

Rapport 2020:13

Kostnadsfria preventivmedel till unga

En uppföljning av satsningen
på kvinnors hälsa



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-24-3



Kostnadsfria preventivmedel till unga

En uppföljning av satsningen
på kvinnors hälsa

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Siri Lindqvist Ståhle har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Joakim Ramsberg deltagit.

Stockholm den 21 augusti 2020
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Siri Lindqvist Ståhle
Föredragande

Förord

Preventivmedel är en av de vanligaste behandlingarna som överhuvudtaget ges av vården och de är en viktig del av många människors liv. Tillgången till preventivmedel varierar dock tydligt mellan olika grupper i samhället. Särskilt bland yngre personer kan man misstänka att egenavgiften för läkemedel riskerar att bidra till en ojämlig tillgång till preventivmedel. I syfte att motverka att privatekonomiska skäl ska hindra unga personer från att få tillgång till preventivmedel införde därför regeringen 2017 kostnadsfrihet för preventivmedel som säljs inom läkemedelsförmånen till personer under 21 år. Det uttalade syftet var att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter. Satsningen var en del av en större satsning på kvinnors hälsa. Regeringen bedömde också att kostnadsfrihet skulle vara ett effektivt sätt att förebygga oönskade graviditeter speciellt för kvinnor från familjer med sämre socioekonomisk ställning.

I den här rapporten redovisar vi vårt svar på ett regeringsuppdrag att utvärdera kostnadsfria preventivmedel till unga. Ett särskilt fokus i utvärderingen har varit att studera effekterna i socioekonomiskt utsatta grupper. Med den här rapporten vill vi ge beslutsfattare ett kunskapsunderlag de kan använda i arbetet med att fortsätta utveckla arbetet mot oönskade graviditeter i Sverige.

Arbetet med rapporten har bedrivits av delprojektledaren Siri Lindqvist Ståhle, projektledaren Maria Branting och analytikern Agnes Lindvall. I arbetet har även projektdirektörerna Hanna Sjöberg och Joakim Ramsberg samt projektjuristerna Timothy Hallgren och Nadja Zandpour deltagit. Utöver det har även analytikerna Martina Bergström och Ida Tedeblad varit delaktiga. Vi vill varmt tacka Helena Kopp Kallner, Helena Hognert, Margareta Larsson och föreningen Sveriges ungdomsmottagningar för

Förord

synpunkter på rapporten. Avslutningsvis vill vi också rikta ett tack till alla personer som intervjuats, deltagit i fokusgrupper eller besvarat enkäter samt de patient- och brukarföreträdare och sakkunniga som kommit med värdefulla inspel under arbetets gång.

Stockholm i augusti 2020

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Resultat i korthet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp och analysera införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år. Syftet med kostnadsfria preventivmedel var att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter. Vi har analyserat statistik för uthämtade hormonella preventivmedel och antalet tonårsgraviditeter innan och efter att preventivmedel blev kostnadsfritt. På så sätt har vi försökt att se hur kostnadsfriheten har påverkat andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel och förekomsten av oönskade graviditeter.

Våra slutsatser är:

- ▶ Efter att kostnadsfriheten infördes 2017 har andelen kvinnor i åldern 15–20 år som har hämtat ut och antagligen använder preventivmedel ökat. Framför allt har andelen kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel, som spiral och p-stav, ökat.
- ▶ Vissa grupper har hämtat ut preventivmedel i lägre utsträckning, särskilt kvinnor som bor i områden där en stor andel personer har utländsk bakgrund.
- ▶ Antalet aborter och tonårsfödslar har minskat men varierar mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Minskningen kan vara en följd av en ökad användning av långtidsverkande preventivmedel och införandet av kostnadsfria preventivmedel.

Vi ger fyra rekommendationer:

- ▶ Regioner och kommuner bör fortsätta att stärka tillgängligheten till preventivmedel och preventivmedelsrådgivning för att minska förekomsten av oönskade graviditeter och säkerställa en jämlik tillgång till preventivmedel.

- ▶ Unga bör även i fortsättningen erbjudas kostnadsfria preventivmedel.
- ▶ Regionerna bör överväga att ta fram kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och tillsammans med kommunerna.
- ▶ Regeringen bör ge en lämplig aktör i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd om metoder för riktade insatser till svårnådda grupper.

Sammanfattning

Kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år infördes i hela landet 2017. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp och analysera införandet av kostnadsfria preventivmedel. I den här rapporten redovisar vi hur andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har utvecklats sedan införandet samt vilka effekter kostnadsfriheten kan ha haft på antalet aborter och tonårsfödslar. Vi identifierar ett antal utgångspunkter för det fortsatta arbetet med att förebygga oönskade graviditeter och lämnar rekommendationer till regeringen och regionerna.

RESULTAT OCH SLUTSATSER

Syftet med att införa kostnadsfria preventivmedel var att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter. Regeringen motiverade beslutet med att det finns forskning som visar att subventionerade preventivmedel är en viktig faktor för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga.

Vi har analyserat information om uthämtade preventivmedel samt antalet aborter och tonårsfödslar för att studera resultat och effekter av kostnadsfriheten. Vi har också genomfört en litteraturstudie, enkäter till ungdomsmottagningarna, fokusgrupper med unga kvinnor samt en enkät till unga kvinnor och män.

Kostnaden påverkar preventivmedelsanvändningen

Kostnaden kan påverka om kvinnor använder preventivmedel visar resultatet av ett antal studier och befolkningsundersökningar. I vissa fall har subventionerade eller kostnadsfria preventivmedel medfört ett minskat antal aborter.

Samtidigt finns det många andra faktorer som också påverkar preventivmedelsanvändningen och därmed förekomsten av oönskade graviditeter. Det kan exempelvis vara användningen av osäkra preventivmetoder och riskbeteende hos unga samt kunskap om sex och samlevnad. Andra faktorer som kan påverka är tillgänglighet till preventivmedelsrådgivning samt rädsla för biverkningar och hormoner.

Det vanligaste preventivmedlet hos unga kvinnor är p-piller. Samtidigt är risken för oönskade graviditeter lägre om kvinnorna använder långtidsverkande preventivmedel som spiral eller p-stav. Ungdomsmottagningarna arbetar kontinuerligt för att öka användningen av långtidsverkande preventivmedel.

Fler hämtade ut preventivmedel när de blev kostnadsfria

I samband med att kostnadsfria preventivmedel infördes 2017 ökade andelen kvinnor i åldern 15–20 år som hämtade ut preventivmedel. Den största ökningen kan vi se för långtidsverkande preventivmedel. De regioner som hade infört kostnadsfria preventivmedel tidigare än 2017 skiljer sig i princip inte från utvecklingen i övriga landet. Även om andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat på nationell nivå, har den minskat i några regioner.

Unga kvinnor har relativt god kännedom om kostnadsfriheten och den är något högre bland kvinnor som är sexuellt aktiva. Generellt får unga information om kostnadsfriheten när de besöker ungdomsmottagningen. Informationen kan ha varit otillräcklig till kvinnor där kostnaden är ett hinder för att använda preventivmedel eller till grupper som inte besöker ungdomsmottagningarna.

Vissa grupper hämtar ut preventivmedel i lägre utsträckning

Det finns skillnader mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden i vilken mån de hämtar ut preventivmedel. I områden med en stor andel personer med utländsk bakgrund hämtar en lägre andel kvinnor ut preventivmedel. Det har inte heller skett någon stor förändring i andelen

som har hämtat ut preventivmedel i dessa områden under 2015–2019. Andelen kvinnor i åldern 18–20 år som har hämtat ut preventivmedel har ökat i områden med lägre utbildningsnivå och minskat i socioekonomiskt starka områden. Resultaten av vår regressionsanalys tyder på att de socioekonomiska förhållandena i bostadsområdet har större påverkan på hur många kvinnor i åldern 15–20 år som har hämtat ut preventivmedel jämfört med kvinnor i åldern 21–25 år.

Tonårsgraviditeterna minskar

Antalet tonårsgraviditeter (det vill säga aborter och tonårsfödslar) är ett viktigt mått för att följa den totala utvecklingen av graviditeter bland unga. År 2010–2018 minskade både aborter och tonårsfödslar vilket har medfört en minskning av det totala antalet tonårsgraviditeter.

Antalet tonårsfödslar är ojämnt fördelat mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Det är fler kvinnor i områden där många har utländsk bakgrund som har fött barn. Det finns även tecken på att antalet aborter skiljer sig åt mellan grupper. En minskning av antalet aborter kan bero på att fler använder långtidsverkande preventivmedel och att preventivmedlen blev kostnadsfria.

VÅR SAMLADE BEDÖMNING

Vår analys tyder på att kostnadsfriheten kan ha bidragit till att fler har hämtat ut preventivmedel, men det finns källor till osäkerhet. Införandet av kostnadsfria preventivmedel har medfört en nationell enhetlighet för preventivmedelskostnader och har förenklat administrationen för apoteken och regionerna. Vi bedömer därför att det är relevant att unga under 21 år även i fortsättningen erbjuds kostnadsfria preventivmedel. Samtidigt är aborterna fler bland unga vuxna utanför målgruppen för kostnadsfria preventivmedel.

Eftersom det är många olika faktorer som påverkar preventivmedelsanvändningen, är det viktigt att även genomföra andra insatser. Vår analys visar bland annat att det finns skillnader mellan regioner i hur tillgänglig preventivmedelsrådgivningen är och mellan områden med olika socioekonomiska förhållanden i vilken mån unga hämtar ut preventivmedel. Därför är det viktigt att både arbeta för att öka tillgängligheten samt att arbeta för att nå grupper som själva inte söker sig till ungdomsmottagningarna.

VÅRA REKOMMENDATIONER

Eftersom det finns flera olika faktorer som påverkar preventivmedelsanvändningen, är det svårt att identifiera en unik insats som leder till en hög och jämlik preventivmedelsanvändning. Vi kan dock konstatera att fler unga hämtade ut preventivmedel i samband med kostnadsfrihetens införande och det finns stöd för att kostnaden kan ha en effekt på preventivmedelsanvändningen.

En del i arbetet för att säkerställa en likvärdig tillgång till preventivmedel kan därför vara att även fortsättningsvis erbjuda kostnadsfria preventivmedel. Utöver detta ser vi att det finns unga som inte själva söker sig till ungdomsmottagningarna. Det saknas till viss del kunskap om hur man bäst når de ungdomarna. Det finns även skillnader mellan ungdomsmottagningarnas verksamhet i olika regioner, vilket leder till skillnader i tillgänglighet.

Vi lämnar följande rekommendationer:

- ▶ *Regioner och kommuner bör fortsätta att stärka tillgängligheten till preventivmedel och preventivmedelsrådgivning för att minska förekomsten av oönskade graviditeter och säkerställa en jämlik tillgång till preventivmedel*

Det är viktigt att fortsätta utveckla tillgängligheten till preventivmedelsrådgivning utifrån regionernas specifika förutsättningar och befolkningens behov. Det kan bland annat vara insatser för att nå underrepresenterade grupper i ungdomsmottagningarnas målgrupp eller erbjuda en ökad digital tillgänglighet. Det kan också vara att identifiera områden med låg preventivmedelsanvändning och rikta insatser för att nå unga kvinnor i dessa områden.

- ▶ *Unga bör även i fortsättningen erbjudas kostnadsfria preventivmedel*

En del i arbetet med att minska antalet oönskade graviditeter och säkerställa en jämlik tillgång till preventivmedel kan vara att även i fortsättningen erbjuda kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år. Om syftet är att minska det totala antalet oönskade graviditeter, kan det också vara relevant att överväga insatser även till andra åldersgrupper.

Vi ser exempelvis att aborttalen är högre både i åldersgruppen 20–24 år och högst bland kvinnor i åldern 25–29 år. En möjlig insats för att minska förekomsten av oönskade graviditeter är därför att utöka målgruppen för kostnadsfria preventivmedel.

- ▶ *Regionerna bör överväga att ta fram kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och tillsammans med kommunerna*

I dagsläget finns skillnader i ungdomsmottagningarnas arbete, exempelvis när det gäller målgrupper, uppdrag, kompetens och bemanning. Skillnaderna i ungdomsmottagningarnas syn på målgrupper och uppdrag påverkar ungas möjlighet till likvärdig kunskap och vård.

Vi rekommenderar därför regionerna att överväga att ta fram kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet, för att minska skillnaderna mellan regionerna. Huvudmannaskapet för ungdomsmottagningarna skiljer sig, där mottagningen antingen kan vara en del av den kommunala verksamheten, regionens verksamhet eller ha ett delat huvudmannaskap mellan kommunen och regionen. Därför behöver arbetet ske tillsammans med kommunerna.

- ▶ *Regeringen bör ge en lämplig aktör i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd om metoder för riktade insatser till svårnådda grupper*

Vissa grupper av unga söker sig inte till ungdomsmottagningarna och får inte heller preventivmedelsrådgivning på annat håll. För att förbättra förutsättningarna att nå dessa grupper, kan man ta fram ett tvärvetenskapligt kunskapsstöd om tillgängliga och utvärderade metoder för att nå svårnådda grupper. Kunskapsstödet kan även användas inom andra områden där man har identifierat ett ojämnt deltagande i förebyggande vård och sociala insatser.

En utgångspunkt för arbetet bör vara att samla både forskning och lärande exempel från framgångsrika nationella, regionala och lokala arbetssätt. Ett första steg bör därför vara att en lämplig myndighet får i uppdrag att kartlägga tillgången till utvärderade och beprövade metoder för att stärka deltagandet i förebyggande vård och sociala insatser från svårnådda grupper. Om man bedömer att förutsättningarna är goda, bör man därefter ta fram ett stödmaterial riktat till regioner, kommuner och andra aktörer med uppdrag inom förebyggande hälsovård. Vi tror att ett konkret och tvärvetenskapligt stödmaterial som syftar till att vara ett praktiskt stöd i utvecklings- och förbättringsarbetet kan ge störst effekt.





Innehåll

1	Inledning.....	19
1.1	Kostnadsfria preventivmedel till unga i hela landet.....	19
1.2	Vårdanalys följer upp kostnadsfriheten.....	22
1.3	Vi har använt olika datakällor och metoder	27
1.4	Rapportens disposition	32
2	Preventivmetoder och påverkansfaktorer	37
2.1	Olika metoder för att undvika graviditet	38
2.2	Ungdomsmottagningarna ger råd	41
2.3	Kostnaden kan påverka användningen	44
2.4	Många faktorer påverkar oönskade graviditeter och hur man använder preventivmedel	47
3	Uthämtade preventivmedel över tid	61
3.1	Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat	62
3.2	Skillnader mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden.....	70
3.3	Skillnad i försäljningen mellan regioner.....	78
3.4	Flera faktorer kan ha påverkat utvecklingen.....	80
4	Potentiella effekter av beslutet – tonårsfödslar, aborter och oönskade konsekvenser	93
4.1	Antalet tonårsfödslar har minskat.....	94
4.2	Antalet aborter har minskat över tid	96
4.3	Antalet tonårsgraviditeter visar aborter och tonårsfödslar	100
4.4	Utveckling av sexuellt överförbara infektioner	101



5	Slutsatser och rekommendationer.....	107
5.1	Effekter på uthämtade preventivmedel och tonårsgraviditeter	107
5.2	Utgångspunkter för det fortsatta arbetet.....	109
5.3	Våra rekommendationer.....	112
6	Referenser.....	119
	Bilagor	127
	Bilaga 1 – Metod	127
	Bilaga 2 – Resultat klusteranalys 15–17 år och 21–25 år.....	135
	Bilaga 3 – Subventioner av preventivmedel inom läkemedelsförmånen i regionerna 2016–2020	141



Inledning

I slutet av 2015 inledde regeringen en satsning för att stärka kvinnors hälsa och utveckla den vård som riktas specifikt till kvinnor. Enligt regeringen är det övergripande syftet med den samlade satsningen att ”minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor, och minska hälsoklyftorna i samhället” (Regeringskansliet 2016). Sedan i november 2016 är jämställd hälsa ett jämställdhetspolitiskt delmål och den satsning som görs för att stärka kvinnors hälsa är enligt regeringen en del i att uppfylla det jämställdhetspolitiska delmålet (Regeringskansliet 2016).

Regeringens satsning på kvinnors hälsa riktar sig mot olika områden och omfattar både reformer i form av författningsändringar och stimulansmedel till regionerna, men också andra insatser som uppdrag till Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) fick 2016 i uppdrag att följa upp och analysera effekterna av delar av regeringens satsning (Socialdepartementet 2016). Den här rapporten är en del av slutrapporteringen av det uppdraget, och är en uppföljning av införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år.

1.1 KOSTNADSFRIA PREVENTIVMEDEL TILL UNGA I HELA LANDET

Det finns en förväntan att unga personer ska utbilda sig och skaffa ett stabilt arbete och en bostad innan de blir föräldrar. Studier visar att unga föräldrar, och särskilt unga mödrar, löper en större risk än andra att hamna utanför utbildningssystemet och arbetsmarknaden (SOU 2017:9). För att stärka unga personers möjligheter att själva bestämma om, och när, de vill bli föräldrar är



det viktigt med tillgång till effektiva preventivmedel och möjlighet till abort. Därutöver behövs kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (Folkhälsomyndigheten 2018).

Från den 1 januari 2017 är preventivmedel inom läkemedelsförmånerna som skrivs ut enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorska kostnadsfria för personer under 21 år (18 och 19 §§ lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., förmånslagen). Kostnadsfriheten är en del i regeringens satsning på kvinnors hälsa. Enligt regeringen är syftet med kostnadsfria preventivmedel att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6). I förarbetena till ändringen står att syftet är att minska antalet oönskade graviditeter (Ds 2015:59).

Läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna är kostnadsfria för personer under 18 år sedan den 1 januari 2016 (15–19 §§ förmånslagen). Det betyder att införandet av kostnadsfriheten i praktiken innebär en förändring för personer i åldrarna 18–20 år. För närvarande finns det inga preventivmedel för män inom läkemedelsförmånerna, vilket innebär att förändringen bara gäller preventivmedel för kvinnor i åldrarna 18–20 år (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6). Ändringen kan påverka män om de delar kostnaden för preventivmedel med sin partner. Läkemedelsförmånen inkluderar fler än hälften av alla p-piller, alla fyra hormonspiralerna och p-staven, men ingen av de tre vaginalringarna (TLV 2020).

De ekonomiska konsekvenserna av beslutet att erbjuda kostnadsfria preventivmedel uppstod i statsbudgeten eftersom staten hade kompenserat regionerna för ökade kostnader genom det specialdestinerade bidraget för läkemedelsförmånerna (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6). Det innebär en oförändrad kostnad för regionerna och en minskad kostnad för den enskilda personen. Regeringen beräknade kostnaden för beslutet till 27 miljoner kronor per år (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6). Kostnaden beräknades utifrån den information om inbetalda egenavgifter för preventivmedel till personer i åldersgruppen som var aktuell då, men tog hänsyn till att beslutet förmodligen skulle leda till en ökad användning och att vissa personer kanske skulle byta till ett preventivmedel som omfattades av beslutet.

1.1.1 Kostnadsfrihet för att minska oönskade graviditeter

Regeringen motiverar införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år med att forskning visar att subventionerade preventivmedel är en

av de viktigaste faktorerna för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.8). Förarbetena beskriver färre aborter bland unga kvinnor i Norrbotten, som infört kostnadsfria preventivmedel, och Gotland, som subventionerat preventivmedel (Ds 2015:59). Där anges även att oplanerade graviditeter är vanligare bland personer med svagare socioekonomisk status och svagare hälsa (Ds 2015:59). Utifrån detta menar regeringen att subventioner av preventivmedel kan vara ett effektivt sätt att både minska antalet oönskade graviditeter och risken för tidigt barnafödande, speciellt bland kvinnor från familjer med sämre socioekonomisk ställning (Ds 2015:59).

Med åldersgränsen på 21 år är syftet att försöka minska antalet tonårsaborter som är fler än i de andra nordiska länderna, trots att antalet har minskat under en längre tid (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.8). Åldersgränsen på 21 år motiveras med att oplanerade graviditeter bedöms kunna påverka yngre personer mer negativt än personer i övriga åldrar. Det handlar enligt regeringen dels om hälsorisker i samband med tonårsgraviditeter, dels om de sociala konsekvenser som en oönskad graviditet kan få för unga kvinnor (Ds 2015:59).

1.1.2 Olika metoder för att subventionera läkemedel

För att skydda en enskild patient från höga läkemedelskostnader subventioneras många läkemedel och en del varor vid vissa sjukdomar. Detta skydd kallas för *högkostnadsskyddet* och regleras i förmånslagen. De flesta läkemedel som förskrivs på recept omfattas av högkostnadsskyddet. För de läkemedlen betalar man en egenavgift upp till ett kostnadstak (5 § förmånslagen). Kostnadstaket är 2 350 kronor per år sedan den 1 januari 2020 (5 § förmånslagen och 2 kap. 6, 7 §§ socialförsäkringsbalken (2010:110)).

Utöver högkostnadsskyddet finns det ett antal speciallösningar för subventioner och egenavgifter för vissa läkemedel och vissa patientgrupper som innebär att man inte betalar någon egenavgift för läkemedlet. Vissa av de särskilda subventionerna och förutsättningarna för dem är lagstadgade. Detta gäller exempelvis kostnadsfria preventivmedel till personer under 21 år, läkemedel till personer under 18 år, läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen (2004:168) och vissa förbrukningsartiklar inom läkemedelsförmånerna (18 och 19 §§ förmånslagen och 7 kap. 1 § smittskyddslagen). Andra subventioner har kommit till genom överenskommelser mellan staten och regionerna. Det gäller exempelvis subventioner av insulin till diabetiker (se prop. 1996/97:27).



Motiven till de olika subventionsformerna varierar. För att analysera det nuvarande systemet med ett särskilt statsbidrag för läkemedel tillsatte regeringen 2016 Läkemedelsutredningen. Som en del i uppdraget har utredningen tittat på förmånslagen och hur den ska tillämpas. Läkemedelsutredningen konstaterar att det i vissa fall finns goda skäl till lösningarna, men att det i andra fall leder till ojämlika förutsättningar för behandling (SOU 2018:89). De leder även till merarbete för vården och för apoteken.

Regionerna har själva subventionerat preventivmedel

Regionerna har erbjudit subventionerade preventivmedel även innan kostnadsfria preventivmedel till personer under 21 år infördes i förmånslagen. Sedan 2013 rekommenderar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR, tidigare SKL) att regionerna ska subventionera preventivmedel för personer till och med 25 års ålder (SKL 2013). Rekommendationen syftade till att göra kostnaden för preventivmedel mer enhetlig mellan regionerna. Utöver detta rekommenderade SKR att kostnaden för preventivmedel för personer till och med 25 år inte ska överstiga 100 kronor per år. Enligt rekommendationen ska preventivmedlet ingå i läkemedelsförmånerna för att vara aktuellt för subvention.

Alla regioner har följt SKR:s rekommendation och erbjuder subventionerade preventivmedel sedan 2014 eller 2015. I vissa regioner erbjuds preventivmedel kostnadsfritt. I de regioner som tar ut en avgift är den max 100 kronor per år, förutom i Dalarna där avgiften är 200 kronor per år (se även bilaga 3).

1.2 VÅRDANALYS FÖLJER UPP KOSTNADSFRIHETEN

Vårdanalys har i uppdrag att följa upp och analysera införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år (S2016/06724/FS). Syftet med kostnadsfria preventivmedel är enligt regeringen att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6). Vi har valt att betrakta en minskning av antalet oönskade graviditeter i målgruppen som den avsedda effekten av beslutet. Det tänkta resultatet är en ökad användning av preventivmedel, vilket ska ge effekten. Även andra aktiviteter än införande av kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna kan påverka användningen av preventivmedel i målgruppen. Det kan exempelvis vara interna faktorer, som

andra aktiviteter som regionerna genomför för att minska förekomsten av oönskade graviditeter, och externa faktorer, som målgruppens kännedom om kostnadsfriheten.

Uppföljningen ska enligt uppdraget innehålla vår samlade bedömning av satsningens effekter i den utsträckning det är möjligt att mäta effekter. Effekterna kan då vara att preventivmedelsanvändningen har ökat samt att tonårsfödslar och aborter har minskat i målgruppen i samband med införandet av kostnadsfria preventivmedel. Vi ska också göra en bedömning av hur satsningen har bidragit till utveckling av områdena och vilka utmaningar vi bedömer kvarstår.

För att få en bild av möjliga orsaker bakom en förändring i preventivmedelsanvändning utöver kostnadsfriheten har vi undersökt om det skett förändringar i ungdomsmottagningarnas verksamhet. Utöver detta har vi undersökt vad forskning inom området anser är viktiga påverkansfaktorer för preventivmedelsanvändning.

Vi har inte haft möjlighet att genomföra en fullständig genomlysning av samtliga länkar i orsakssambandskedjan och externa och interna faktorer av betydelse. Det är möjligt att mäta förändringar på effektnivå när det gäller aborter och tonårsfödslar samt förändringar på resultatnivå när det gäller andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i olika grupper. Däremot är det svårt att säkerställa att eventuella förändringar har uppkommit som en direkt konsekvens av beslutet om kostnadsfria preventivmedel eller andra insatser som genomförts. Skälet är att det är svårt att isolera effekter och andra faktorer som påverkar utvecklingen. Vi kommer därför att mäta och analysera resultat av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel och potentiella effekter på aborter och tonårsfödslar, och i den mån det är möjligt göra bedömningar om eventuella förändringar kan bero på beslutet om kostnadsfria preventivmedel. Vi har fokuserat på tre huvudteman med tillhörande delfrågor (figur 1).



Figur 1. Våra uppföljningsfrågor.

Bakgrunden till beslutet om kostnadsfria preventivmedel samt utformning och genomförande av beslutet

- ▶ Utifrån befintlig kunskap om preventivmedelsanvändning, var det motiverat att öka användningen?
- ▶ Utifrån befintligt kunskapsläge, var det motiverat att välja kostnadsfrihet för att öka användningen?
- ▶ Finns det andra faktorer som påverkar preventivmedelsanvändningen?
- ▶ Har det skett andra förändringar som kan ha haft betydelse för utvecklingen?

Uthämtade preventivmedel, tonårsfödslar och aborter – utveckling och nuläge

- ▶ Har andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel samt antalet tonårsfödslar och aborter bland personer i målgruppen förändrats efter beslutet om kostnadsfria preventivmedel, nationellt, regionalt och i grupper med olika socioekonomiska förhållanden?
- ▶ Finns det skillnader i andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden?
- ▶ Finns det regionala skillnader i preventivmedelsförsäljning?
- ▶ Hur har den statliga subventionen påverkat regionernas tidigare nivå av subventionering av preventivmedel för personer upp till och med 25 år?

Slutsatser och rekommendationer

- ▶ I vilken utsträckning kan eventuella resultat och effekter bero på kostnadsfriheten?
- ▶ Finns det behov av ytterligare insatser och vilka insatser kan i sådant fall vara aktuella utifrån befintligt kunskapsläge?

1.2.1 Begränsningar i vår uppföljning

Det finns flera svårigheter i att kartlägga orsakssambanden mellan hög användning av preventivmedel och minskat antal aborter samt i att mäta antalet oönskade graviditeter. Detta medför att det är svårt att utvärdera effektmålen för beslutet om kostnadsfria preventivmedel, det vill säga utvärdera om insatsen (kostnadsfria preventivmedel) kan relateras till ett önskat resultat (minskning av oönskade graviditeter).

Statistik om uthämtade preventivmedel beskriver inte alltid användning

Det går inte att mäta den faktiska användningen av preventivmedel. Därför har vi valt att använda statistik för uthämtade receptbelagda preventivmedel som indikator på användningen som grund för analysen. Uthämtade

preventivmedel är dock inte nödvändigtvis samma sak som användning. En person kan hämta ut preventivmedel men sedan inte använda dem. Det är också möjligt att preventivmedlet används av andra anledningar än att förhindra graviditet.

En annan faktor som ger osäkerhet i statistiken är storleken på förpackningarna för korttidsverkande preventivmedel. Ett uttag från apoteket kan omfatta preventivmedel för tre månader upp till tolv månader. Att en person hämtat ut korttidsverkande preventivmedel vid minst ett tillfälle under ett år garanterar därför inte att preventivmedel har använts under hela året.

Uthämtning av hormonella preventivmedel kan följas via Socialstyrelsens läkemedelsregister och försäljning av preventivmedel finns i e-Hälsomyndighetens försäljningsstatistik. Statistiken innehåller inte uppgifter om kopparspiral, eftersom det räknas som en medicinteknisk produkt. Det saknas också nationell statistik över försäljningen av kondomer. Det medför att det utifrån den statistik vi har tillgång till inte går att följa eventuella förändringar i användarmönster mellan hormonella och icke-hormonella preventivmedel. Vi saknar även information om användningen av andra metoder som avbrutet samlag och säkra perioder.

En generell ökning av användningen av långtidsverkande preventivmedel påverkar även den totala uttaget av preventivmedel. När man använder korttidsverkande preventivmedel skapar det ett kontinuerligt behov av nya preventivmedel. Så länge man använder ett korttidsverkande preventivmedel kommer det därför påverka statistiken över uthämtade preventivmedel. När man däremot använder långtidsverkande preventivmedel sker uthämtningen vid ett tillfälle men själva preventivmedlet används under flera år. Det finns därmed en skillnad mellan antalet kvinnor som använder långtidsverkande preventivmedel och som har hämtat ut den typen av preventivmedel under ett år, där användningen kommer vara högre än uttaget under ett specifikt år. Den skillnaden är större för långtidsverkande preventivmedel än korttidsverkande preventivmedel. Ett minskat uttag av långtidsverkande preventivmedel behöver därför inte alltid betyda minskad användning.

Det finns faktorer som påverkar preventivmedelsanvändningen men som kan vara svåra att mäta, till exempel attityder och egna erfarenheter hos unga kvinnor samt ungdomsmottagningarnas förutsättningar att nå ut till alla unga.

Oönskade graviditeter går inte att mäta

Ofrivilliga graviditeter kan uppstå i alla fertila åldrar och i alla olika livssituationer. En graviditet kan vara önskad från början, men kan också



utvecklas från önskad till oönskad senare under graviditeten. Det är också möjligt att en initialt önskad graviditet övergår till att vara önskad. Utifrån statistik kan vi inte avgöra om en graviditet är önskad eller inte.

Abortstatistik används ofta som indikator för att uppskatta antalet oönskade graviditeter. Abortstatistik behöver dock analyseras i relation till statistik över tonårsfödslar, som också ger en indikation på ungas förmåga att skydda sig mot oönskade graviditeter. Färre aborter skulle också kunna förklaras av fler födslar. Eftersom inte alla oönskade graviditeter leder till abort är det svårt att identifiera det verkliga antalet oönskade graviditeter.

I två jämförbara studier baserade på enkäter genomförda 2013 och 2017 med kvinnor i åldern 16–49 år angav omkring 22 procent av kvinnorna i respektive studie att de hade upplevt minst en oplanerad graviditet (Kopp Kallner 2015; Hellström 2019). Vid jämförelse av resultaten var det ett signifikant större antal oplanerade graviditeter som ledde till abort i den senare undersökningen (Hellström 2019).

Sju procent av de män och kvinnor som deltog i Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter svarade att de fått barn utan att de själva ville (Folkhälsomyndigheten 2019). Bland utrikesfödda eller personer med utländsk bakgrund var det tio procent av kvinnorna och nio procent av männen som uppgav att de fått barn utan att vilja det (Folkhälsomyndigheten 2020a).

Svårt att bedöma socioekonomiska faktorer hos unga

Det finns flera utmaningar med att mäta skillnader i hur unga med olika socioekonomiska förhållanden använder preventivmedel. För det första finns det ingen enhetlig bild av vilka socioekonomiska faktorer som påverkar eller har ett samband med preventivmedelsanvändning. För det andra är det svårt att dela in tonåringar och unga vuxna i olika socioekonomiska grupper. Det beror på att de inte går att gruppera efter inkomst- och utbildningsnivå. Tonåringar och unga vuxna har ofta ännu inte uppnått en ålder där de har avslutat sina gymnasie- eller universitetsstudier. De som arbetar har ofta lägre lön och arbetar deltid i högre utsträckning.

Därför har vi i stället valt att titta på den socioekonomiska sammansättningen i bostadsområdet för de unga kvinnorna som har hämtat ut preventivmedel. Vid tolkningen av resultaten är det viktigt att komma ihåg att resultaten är en deskriptiv analys av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i områden med olika karaktär, den beskriver inte ett orsakssamband. Vi kan inte heller säga något om hur stor andel av kvinnorna som är sexuellt aktiva som har hämtat ut preventivmedel. Detta är särskilt

viktigt att ta hänsyn till i de yngre åldersgrupperna där andelen kvinnor som är sexuellt aktiva kan variera mellan olika områden.

1.2.2 Vårdanalys delrapportering

Under 2018 publicerade Vårdanalys en delrapport av uppdraget att följa upp satsningen på kvinnors hälsa (Vårdanalys 2018). Delrapporten fokuserade på hur inriktningen för satsningen förhåller sig till behov och utmaningar inom området. Vi konstaterade att det finns ett värde i att försöka minska förekomsten av oönskade graviditeter bland unga, både ur ett individ- och samhällsperspektiv. Att bli gravid och få barn i ung ålder påverkar starkt livet för en ung människa, och har också betydelse för samhället i stort.

Eftersom oönskade graviditeter är svårt att mäta, valde vi att fokusera på antalet aborter och tonårsfödslar som i kombination ger det totala antalet tonårsgraviditeter. Vi konstaterade att tonårsgraviditeterna har minskat under en längre tid, men att det finns tecken på att tonårsgraviditeter är ojämnt fördelade mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Vi såg också att antalet aborter per 1 000 kvinnor var högre i åldrarna 21–25 år, det vill säga personer som är äldre än de som ingår i målgruppen för kostnadsfria preventivmedel.

Vår slutsats var att beslutet om kostnadsfria preventivmedel bidrar till nationell enhetlighet och en mer jämlik tillgång till preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för personer under 21 år. Kostnadsfrihet kan bidra till att öka användningen av preventivmedel bland unga, och därigenom minska antalet oönskade graviditeter. Beslutet om kostnadsfria preventivmedel påverkar troligen i första hand de personer som tidigare har avstått preventivmedel av ekonomiska skäl.

1.3 VI HAR ANVÄNT OLIKA DATAKÄLLOR OCH METODER

Vi har använt flera olika metoder och datakällor för att besvara rapportens frågor. Exempelvis har vi gjort enkätundersökningar, men vi har även sammanställt statistik från andra myndigheter.

1.3.1 Enkäter och fokusgrupper

För att kunna analysera förändringar i uthämtade preventivmedel behöver vi veta om unga kvinnor känner till att preventivmedel är kostnadsfria. Varje år genomför analysföretaget Ungdomsbarometern en ungdomsstudie för att



kartlägga attityder och beteendemönster. I studien svarar personer 15–24 år från hela landet på frågor inom flera olika områden.

I oktober 2019 genomförde Ungdomsbarometern en enkät inom området livsstil, hälsa och idrott. Vårdanalys var delaktiga i att utforma två frågor om unga kvinnors kännedom om kostnadsfria preventivmedel och unga mäns attityd till preventivmedel i enkäten. Vårdanalys fick därefter ta del av resultatet från enkäten för dessa frågor. Totalt kom det in svar från 1 150 kvinnor i åldern 15–21 år och 1 796 män i åldern 15–24 år. Resultatet har viktats efter kön, ålder och region.

Vi behöver också veta vad unga kvinnor tycker om preventivmedel och vad de tror kan minska förekomsten av oönskade graviditeter bland unga. Därför har vi pratat med unga kvinnor om preventivmedelsanvändning, information och kunskap om preventivmedel, och insatser för att förebygga oönskade graviditeter. Totalt genomförde vi fokusgrupper och intervjuer vid fyra tillfällen vid fyra olika ungdomsmottagningar (två i Stockholm, en i Falun och en i Norrköping).

För att undersöka om ungdomsmottagningarna har gjort förändringar som kan påverka preventivmedelsanvändningen har vi genomfört en enkät. I enkäten ställde vi också frågor om vad mottagningarna tycker är de största utmaningarna i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. Vi mejlade enkäten till företrädare för ungdomsmottagningarna i alla regioner i slutet av 2019. Enkäten skickades till 259 mottagare och vi fick 76 svar. Eftersom många av de som svarade på enkäten företrädde flera mottagningar representerar svaren totalt 140 mottagningar, vilket ger en svarsfrekvens på 54 procent. Vi fick svar från alla regioner förutom Jämtland-Härjedalen och Västerbotten. Ibland svarade verksamhetschefen på en mottagning och i andra fall svarade en medarbetare, exempelvis en barnmorska. Under 2017 genomförde vi en liknande enkät. Resultatet från enkäten som genomfördes 2017 redovisade vi i delrapporten. Även elevhälsan kan ha en roll i att sprida information om kostnadsfriheten och genomföra andra insatser för att påverka preventivmedelsanvändningen, men vi har valt att fokusera på ungdomsmottagningarna utifrån deras centrala roll för ungas sexuella och reproduktiva hälsa.

Införandet av kostnadsfria preventivmedel var inte tänkt att påverka subventionerna av preventivmedel för de som inte omfattas av förändringen. Vi har genomfört en enkät till regionernas läkemedelskommittéer för att undersöka om de gjort någon förändring i subventionerna av preventivmedel.

1.3.2 Analyser av statistik

Vi har sammanställt och analyserat statistik om aborter, tonårsfödslar och uthämtade hormonella preventivmedel från Socialstyrelsen. Genom analyserna vill vi följa utvecklingen över tid och i samband med att preventivmedel blev kostnadsfritt. Vi har kompletterat statistiken med information om läkemedelsförsäljning från e-Hälsomyndigheten.

För att identifiera hur andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har utvecklats under en längre tid har vi analyserat både det totala antalet kvinnor som har hämtat ut preventivmedel och uttaget per 1 000 kvinnor. Vi har valt att dela upp statistiken i tre åldersgrupper:

- Kvinnor 15–17 år, omfattas av kostnadsfria receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånen sedan den 1 januari 2016 (införandet av kostnadsfria läkemedel för personer under 18 år).
- Kvinnor 18–20 år, målgruppen för kostnadsfria preventivmedel, omfattas av kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånen sedan den 1 januari 2017.
- Kvinnor 21–25 år, omfattas av regionernas egna subventioner av preventivmedel. Kvinnor i den åldersgruppen som är bosatta i Blekinge, Norrbotten, Skåne, Uppsala och Örebro har kostnadsfria preventivmedel genom regionala subventioner. Övriga kvinnor i gruppen betalar en egenavgift på 100–200 kronor per år.

Vi har analyserat det totala uttaget av hormonella preventivmedel, det vill säga kort- och långtidsverkande preventivmedel tillsammans. Därefter har vi även analyserat uttaget av kort- och långtidsverkande preventivmedel var för sig. Eftersom studier visar att långtidsverkande preventivmedel kan medföra en lägre risk för oönskad graviditet och att Läkemedelsverket rekommenderar långtidsverkande preventivmedel till unga kvinnor, är det viktigt att följa utvecklingen för den typen av preventivmedel separat.

Vi har även undersökt statistik för utvecklingen av sexuellt överförbara infektioner från Folkhälsomyndigheten. Syftet med analysen var att kartlägga om de sexuellt överförbara infektionerna har ökat som en följd av en ökad användning av hormonella preventivmedel i stället för kondom.

1.3.3 Analyser för att identifiera skillnader mellan grupper

En del i uppföljningen är att se om det finns skillnader i andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel och oönskade graviditeter mellan grupper



med olika socioekonomiska förhållanden. Socialstyrelsen har kombinerat statistik om uthämtade preventivmedel, antalet aborter och tonårsfödslar från sina register med information om socioekonomiska förhållanden från Statistiska centralbyrån (SCB). För att kunna analysera socioekonomiska skillnader har de utgått ifrån SCB:s demografiska statistikområden (DeSO). Socioekonomiska variabler kopplades till varje område.

Vi har därefter använt datan i våra analyser. Datat har delats upp i fyra olika grupper med hjälp av en klusteranalys. Se bilaga 1 för en mer detaljerad beskrivning av den. De variabler som ingår i analysen är områdets utbildnings- och inkomstnivå samt information om antalet invånare som har svensk respektive utländsk bakgrund.

Information om ett områdes inkomstnivå får vi genom att använda oss av inkomstkvartiler. För att kunna jämföra olika inkomstkikt har befolkningen delats upp i fyra lika stora delar, kvartiler, utifrån hushållets disponibla inkomst. Genom detta får vi ett mått på ekonomisk standard för en person. Personer med lägst inkomst tillhör kvartil 1 och de med högst inkomst tillhör kvartil 4. I analysen har vi tagit med information om antalet personer i inkomstkvartil 1 till 4 i varje område.

I statistiken definieras svensk bakgrund som en person som har minst en förälder som är född i Sverige. Med utländsk bakgrund avses personer som antingen själva är födda i ett annat land än Sverige, eller att båda föräldrarna är födda utomlands.

Vad är en klusteranalys?

Klusteranalys är en deskriptiv statistisk metod för att dela in objekt, exempelvis personer eller bostadsområden, i olika grupper (kluster). Målet med en klusteranalys är att försöka skapa så distinkta kluster som möjligt, där alla objekt i klustret ska vara så lika varandra som möjligt, men så olika objekten i de andra grupperna.

I den här analysen har vi delat in 5 705 demografiska statistikområden i fyra olika kluster utifrån inkomstnivå i området, utbildningsnivå i området, arbetslöshet, och andelen bosatta i området med utländsk bakgrund. Vi har sedan tittat på statistik för uthämtade preventivmedel och antalet tonårsfödslar bland kvinnor i respektive åldersgrupp i våra fyra kluster. För mer information, se bilaga 1.

Vi har grupperat demografiska statistikområden

Våra objekt i klusteranalysen är SCB:s demografiska statistikområden (DeSO). DeSO delar in Sverige i olika områden utifrån geografiska förutsättningar, valdistrikt och kommun- och länsgränser. Sammanlagt finns det 5 984 DeSO i Sverige. Varje område består av 700–2 700 invånare och är stabilt över tid. Från Läkemedelsregistret har vi information om antalet kvinnor 15–25 år i varje DeSO som har hämtat ut kort- eller långtidsverkande preventivmedel. När vi aggregerat samtliga DeSO till kluster kan vi se hur många kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i klustren, samt se hur klustren skiljer sig åt utifrån de socioekonomiska variabler som vi har delat in DeSO efter.

I klusteranalysen av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel och antalet tonårsfödslar identifierades fyra kluster, det vill säga grupper av områden med liknande socioekonomisk karaktär.

För uppgifter om antalet tonårsfödslar har vi använt oss av information från Medicinska födelseregistret och antalet födslar som har registrerats fram till och med 2017, det vill säga den mest aktuella informationen i dag. Det här innebär att vi inte kan säga något om utvecklingen i grupper med olika socioekonomiska förhållanden efter införandet av kostnadsfria preventivmedel. Eftersom antalet aborter i en grupp även kan påverkas av antalet födslar och för att få en så tydlig bild av skillnader mellan grupper som möjligt, anser vi ändå att det är relevant att analysera skillnader mellan grupper även för födslar.

I vår analys av skillnader i antalet aborter mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden har vi använt samma metod som i klusteranalysen av uthämtade preventivmedel och tonårsfödslar. Vi har däremot inte inkluderat information om antalet personer med utländsk bakgrund. Det har medfört att vi i den här analysen får tre kluster i stället för fyra som i de andra två klusteranalyserna.

Vi har använt uppgifter om aborter som är registrerade i Patientregistret, det vill säga bara aborter som har genererat ett läkarbesök. Det medför att analysen inte omfattar alla aborter. Analysen omfattar antalet aborter som utfördes under 2017–2018.

Vi har också genomfört en linjär regressionsanalys för att kontrollera sambandet mellan socioekonomiska förhållanden i ett område och antalet kvinnor 15–25 år som har hämtat ut hormonella preventivmedel. Analysen är ett komplement till klusteranalysen. Totalt har vi genomfört tre regressionsanalyser: en för kvinnor 15–17 år, en för kvinnor 18–20 år och en för kvinnor 21–25 år. De socioekonomiska variablerna som är inkluderade i modellerna är:

- antalet personer i området som befinner sig i inkomstkvarter ett till fyra,
- antalet personer som har en grundskoleexamen respektive gymnasie- eller eftergymnasial examen som högsta avslutade utbildning,
- antalet personer som har utländsk bakgrund.

1.3.4 Litteraturstudier och externa experter

För att få information om forskning om preventivmedelsanvändning och önskad graviditeter gjorde vi en litteraturstudie. Vi undersökte vilka attityder unga personer i Sverige har till preventivmedelsanvändning

generellt, och till hormonella preventivmedel specifikt. Vi studerade även hur andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel skiljer sig i olika grupper av unga kvinnor i Sverige.

För att få mer information om aktiviteter för att minska förekomsten av oönskade graviditeter och öka användningen av preventivmedel, gjorde vi en kompletterande litteraturstudie. I den ingick artiklar som handlade om tonårsgraviditeter, oönskade graviditeter och aborter samt både hormonella och icke-hormonella preventivmedel. De aktiviteter som togs upp i artiklarna var informationskampanjer, lägre priser, öppettider, tillgänglighet, rådgivning, gratis kondomer eller akut p-piller. Litteraturstudierna har gett oss en bild av forskningsläget, men är inte en fullständig systematisk kartläggning av forskningen. Frågeställningarna och preliminära sökord stämdes av med externa experter till projektet. Litteratursökningen genomfördes av en bibliotekarie vid Karolinska Institutets Bibliotek (KIB).

I arbetet med uppföljningen har vi haft dialog med externa experter för att diskutera analyser och kvalitetssäkra arbetet. De externa experterna har fått möjlighet att lämna skriftliga synpunkter på ett utkast av rapporten i sin helhet vid ett tillfälle.

1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 presenterar vi slutsatser från forskningen om faktorer som påverkar förekomsten av oönskade graviditeter och vilka faktorer som enligt forskning kan påverka användningen av preventivmedel.

I kapitel 3 redogör vi för andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel före och efter beslutet om kostnadsfria preventivmedel och analyserar vad utvecklingen kan bero på.

I kapitel 4 presenterar vi utvecklingen för antalet tonårsfödslar och aborter och diskuterar om utvecklingen kan relateras till införandet av kostnadsfria preventivmedel. Vi diskuterar även eventuella oönskade konsekvenser av att använda hormonella preventivmedel i stället för kondom.

I kapitel 5 presenterar vi sammanfattande slutsatser om införandet av kostnadsfria preventivmedel, vilka utvecklingsbehov som har identifierats i uppföljningen och vilka åtgärder som kan behövas för möta dessa behov.

Bilagorna till rapporten beskriver de olika underlagen samt våra arbets- och analysmetoder närmare.

1.4.1 Ordval och begrepp

Under 2019 bytte Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) namn till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I vår rapport benämner vi organisationen med det namn som gällde vid tidpunkten som vi refererar till.

För att öka rapportens läsbarhet har begreppet kvinna använts för alla personer som vi antar använder hormonella receptbelagda preventivmedel även om gruppen också innefattar individer som inte identifierar sig som kvinnor.





Preventivmetoder och påverkansfaktorer

I det här kapitlet beskriver vi olika preventivmetoder. Därefter undersöker vi om kostnadsfria preventivmedel har förutsättningar att minska förekomsten av oönskade graviditeter bland unga. Vi har även undersökt om det finns andra faktorer som kan påverka oönskade graviditeter och preventivmedelsanvändningen hos unga.

Utifrån kapitlet konstaterar vi:

- Det finns ett antal preventivmetoder, där p-piller är den vanligaste bland unga kvinnor. Samtidigt rekommenderas unga kvinnor att använda långtidsverkande preventivmedel i större utsträckning.
- Unga kan få preventivmedelsrådgivning på ungdomsmottagningar som finns i hela landet. Mottagningarnas verksamhet är utformad på olika sätt i olika regioner. Alla unga nås inte av ungdomsmottagningarnas insatser.
- Forskning stödjer att kostnaden kan påverka användningen av preventivmedel, men det är svårt att bedöma hur stor betydelse kostnaden har.
- Användning av osäkra preventivmetoder och riskbeteende hos unga, otillräckliga kunskaper om sex och samlevnad, tillgänglighet till preventivmedelsrådgivning, samt rädsla för biverkningar och hormoner är andra faktorer som påverkar ungas användning av preventivmedel. Socioekonomiska faktorer kan även påverka preventivmedelsanvändningen.
- Det är viktigt att män involveras i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter eftersom de har ett lika stort ansvar för den sexuella och reproduktiva hälsan.



2.1 OLIKA METODER FÖR ATT UNDVIKA GRAVIDITET

Det finns flera preventivmedel och metoder som används för att förhindra oönskade graviditeter. Det finns preventivmedel både med och utan hormoner. Preventivmedel med hormoner är exempelvis p-piller, minipiller, hormonspiral, p-stav och p-ring. Till preventivmedel utan hormoner räknas bland annat kopparspiral, kondom och pesssar. Andra metoder som avbrutet samlag och så kallade *säkra perioder* förekommer också. Dessa metoder räknas som osäkra metoder för att undvika graviditet.

Olika metoder ger olika säkerhet i skyddet mot graviditet. Vilken preventivmetod som väljs beror bland annat på kvinnans och partners önskemål om säkerhet och metod. Val av preventivmetod varierar också mellan åldersgrupper och beroende på livssituation. Preventivmedel kan även användas för att skydda mot sexuellt överförbara infektioner, där preventivmedel som kondom ger ett skydd både mot könssjukdomar och graviditet medan hormonella preventivmedel enbart ger ett skydd mot graviditet. Unga kvinnor har en särskilt hög fertilitet, därför är viktigt att de preventivmetoder som används av dessa kvinnor har hög effektivitet och är lätta att använda (Läkemedelsverket 2014).

2.1.1 P-piller det vanligaste preventivmedlet bland unga kvinnor

P-piller är det vanligaste preventivmedlet bland unga kvinnor i Sverige (Kopp Kallner 2015; Larsson 2007; Lindh 2017; Lindh 2016). Det visas även i Folkhälsomyndighetens rapport *UngKAB15* om sexualitet och hälsa bland unga i Sverige från 2017. I undersökningen var p-piller och andra preventivmedel med hormoner (minipiller, p-stav, p-ring, p-plåster eller hormonspiral) den vanligaste preventivmetoden för kvinnor i åldrarna 16–29 år (Folkhälsomyndigheten 2017). I undersökningen uppgav 50 procent av de ungdomar som besvarade enkäten att de använt en hormonell preventivmetod vid senaste sextillfället. Det var 25 procent som hade använt kondom under hela samlaget som preventivmetod. I en liknande studie men med fokus på unga utrikesfödda var det 17 procent av ungdomarna som hade använt en hormonell preventivmetod vid det senaste sextillfället (Folkhälsomyndigheten 2020a).

2.1.2 Mål att öka användningen av långtidsverkande preventivmedel

År 2014 gjorde Läkemedelsverket en ändring i sina behandlingsrekommendationer. Ändringen innebar att långtidsverkande preventivmedel,

det vill säga hormonspiral, kopparspiral eller p-stav i större utsträckning än tidigare även ska rekommenderas till unga kvinnor (Läkemedelsverket 2014). Långtidsverkande preventivmedel rekommenderas eftersom dessa metoder ger en hög effektivitet och få biverkningar samtidigt som de inte kräver ett regelbundet intag vilket kan passa bättre vid en mer oregelbunden livsstil vilket unga antas ha (Läkemedelsverket 2014). Vid användande av långtidsverkande preventivmedel finns inte samma risk för felaktig användning som vid korttidsverkande preventivmedel (Kilander 2018). Kvinnor som använder långtidsverkande preventivmedel är även oftare nöjda med sitt preventivmedel och har bättre följsamhet till behandlingen. Resultat från studier visar även att långtidsverkande preventivmedel leder till färre upprepade aborter i jämförelse med p-piller (Kilander 2018).

Kunskapen om behandlingsrekommendationer för långtidsverkande preventivmedel hos hälso- och sjukvårdspersonal påverkar kvinnans val av preventivmedel (Ekelund 2014). I vissa fall medför även begränsad kunskap om spiralinsättning hos hälso- och sjukvårdspersonalen att denna preventivmetod inte används (Kilander 2018). Trots rekommendationer om användning av långtidsverkande preventivmedel hos unga kvinnor finns det studier som visar att långtidsverkande preventivmedel används minst bland unga kvinnor i åldrarna 15–19 år (Lindh 2017). I Folkhälsomyndighetens undersökning *SRHR2017* hade cirka 28 procent av kvinnorna i åldrarna 16–29 år använt någon form av långtidsverkande preventivmedel under de senaste 12 månaderna (Folkhälsomyndigheten 2019). Motsvarande siffra för kvinnor mellan 30–44 år var cirka 34 procent. Samtidigt kan vi också notera att användningen av långtidsverkande preventivmedel ökar bland unga (Socialstyrelsen 2020a).

2.1.3 Viktigt att hitta ett preventivmedel som passar

Oönskade graviditeter uppstår trots att preventivmedel har använts. Orsaken till detta kan vara att preventivmedlet använts felaktigt eller på grund av bristande följsamhet till behandlingen (Falk 2010; Kilander 2018; Kopp Kallner 2015). En strukturerad och omfattande rådgivning från vården om olika typer av preventivmedel, som är matchad mot livsstil och behov, underlättar valet av preventivmetod för individen (Falk 2010; Gemzell-Danielsson 2011; Kilander 2018; Skogsdal 2018). Sådan rådgivning ökar även motivationen att använda det valda preventivmedlet vilket ger bättre följsamhet och minskar risken för oönskade graviditeter. Omkring 3 procent av alla deltagande kvinnor och män 16–44 år i Folkhälsomyndighetens



undersökning *SRHR2017* angav att det saknas preventivmedel som passar för dem (Folkhälsomyndigheten 2019).

En utmaning för att förhindra oönskade graviditeter är bristande följsamhet till preventivmedelsbehandling enligt företrädarna för ungdomsmottagningarna som deltog i vår enkät. Flera av företrädarna poängterar även vikten av att rådgivningen utgår ifrån personen och hennes individuella behov. De unga kvinnor som deltog i Vårdanalys fokusgrupper diskuterar också att det kan vara svårt att hitta ett preventivmedel som passar och att det kan vara en anledning till att inte använda preventivmedel.

2.1.4 Hög preventivmedelsanvändning ger inte alltid färre aborter

På nationell aggregerad nivå finns det en relation mellan det genomsnittliga antalet barn per kvinna, generell preventivmedelsanvändning i befolkningen, och antalet aborter. En hög preventivmedelsanvändning kan ofta relateras till ett lägre antal oplanerade graviditeter och ett lägre aborttal. Det finns emellertid många faktorer som påverkar alla dessa tre parametrar. Mellan slutet av 1960-talet till mitten av 1980-talet minskade barnafödandet i Sverige. Denna nedgång berodde på en utveckling av samhället där fler kvinnor började lönearbeta, men även på en utveckling av bättre och säkrare preventivmedel (SCB 2018). Abortlagen (1974:595) som bland annat innebär att kvinnan själv kan begära abort fram till en viss vecka och tillgången till säkra och lagliga abortmetoder kan även antas ha påverkat antalet födda barn. Andra faktorer som påverkar det genomsnittliga antalet barn per kvinna är den genomsnittliga utbildningsnivån för kvinnor, ekonomisk utveckling, en bättre hälso- och sjukvård och tillgång till preventivmedelsrådgivning (Roser 2017). Preventivmedelsanvändningen och antalet aborter påverkas även av en ökad medelålder för förstföderskor. När kvinnor föder barn allt senare medför det ett ökat behov av effektiva preventivmedel högre upp i åldrarna vilket även bidrar till en högre andel kvinnor som använder preventivmedel (Hognert 2018a).

I Hognert (2018a) beskrivs hur utvecklingen mot att varje kvinna föder färre barn inledningsvis även kan medföra att antalet aborter ökar trots en ökande preventivmedelsanvändning. När man på samhällsnivå uppnår ett önskvärt antal barn per kvinna minskar antalet aborter, medan preventivmedelsanvändningen är konstant eller ökar. De aborter som utförs kan då ofta relateras till att preventivmedel använts felaktigt, eller på ett otillfredsställt behov av preventivmedel. Ett otillfredsställt behov av preventivmedel definieras av Kopp Kallner (2015) som förekomsten av

personer som inte använder preventivmedel men som inte försöker att bli gravida, är sterila eller enbart har sex med en partner av samma kön. Det otillfredsställda behovet av preventivmedel för kvinnor i Sverige beräknas till cirka 15 procent (Hellström 2019). Antalet aborter slutar ofta att öka över tid om förekomsten av preventivmedel är tillräckligt hög för att den generella efterfrågan på preventivmedel ska vara tillgodosedd (Hognert 2018a).

Det finns inget tydligt samband mellan hög preventivmedelsanvändning och låga aborttal när vi jämför statistik för de nordiska länderna (Hognert 2018a). Faktorer som i stället behöver studeras för att kunna förklara antalet aborter är vilken typ av hormonellt preventivmedel som används (exempelvis långtidsverkande jämfört med korttidsverkande) och användningen av preventivmedel i en viss åldersgrupp.

Avsaknad av data för användning av preventivmedel utan hormoner och information om de fall där preventivmedel inte används gör att det blir svårare att identifiera korrekta samband mellan preventivmedelsanvändning och aborter. Folkhälsomyndigheten (2019) konstaterar att god tillgång till preventivmedel och fri abort inte har lett till färre oönskade graviditeter.

2.2 UNGDOMSMOTTAGNINGARNA GER RÅD

Specifika ungdomsmottagningar har funnits i Sverige i omkring 50 år. Unga kan söka till mottagningarna för att få råd och stöd om bland annat sexuell hälsa och sexuella rättigheter. Ungdomsmottagningarnas verksamhet är utformad på olika sätt i olika regioner. Det är inte heller alla unga som nås av ungdomsmottagningarnas insatser, eller på annat sätt får tillgång till preventivmedel eller preventivmedelsrådgivning.

2.2.1 Ungdomsmottagningar finns i hela landet

I Sverige är preventivmedelsrådgivning för unga en avgiftsfri och etablerad verksamhet. Preventivmedelsrådgivning till personer under 21 år sker främst på ungdomsmottagningarna. Den typen av mottagningar byggdes upp i samband med att abortlagen kom till. Det går också att få råd och hjälp på en vårdcentral, gynekologisk mottagning eller en barnmorskemottagning. Även elevhälsan kan ge information om sexuell hälsa och preventivmedel. Det finns cirka 230 ungdomsmottagningar i Sverige (SKL 2019).

Ungdomsmottagningarna arbetar för att stärka ungdomars psykiska och fysiska hälsa samt deras identitet och sexualitet (Folkhälsomyndigheten 2019). Förutom att få råd om preventivmedel kan de som besöker



mottagningen även få svar på andra frågor om sexuell och reproduktiv hälsa. Mottagningen kan antingen bedrivas i regionens regi (cirka 56 procent av mottagningarna), vara en del av den kommunala verksamheten (cirka 9 procent), eller ha ett delat huvudmannaskap mellan kommun och region (cirka 31 procent) (SKL 2019). I vissa regioner finns det även ungdomsmottagningar i privat regi i samverkan med region eller kommun (cirka 3 procent).

2.2.2 Regionala skillnader i ungdomsmottagningarnas verksamhet

Det finns inga författningskrav eller stödmaterial på nationell nivå som specifikt riktar sig till ungdomsmottagningarna, förutom de riktlinjer som tagits fram av föreningen Sveriges Ungdomsmottagningar och som inte är bindande för regioner och kommuner. Det bidrar till att det finns skillnader i mottagningarnas arbete, exempelvis när det gäller målgrupp och uppdrag samt tillgänglighet (MUCF 2015; SKR 2020; Socialstyrelsen 2013). Det kan exempelvis leda till skillnader i kompetens och bemanning. Skillnaderna kan bero på att det är en frivillig verksamhet med olika huvudmän. Skillnader i verksamheternas resurser påverkar ungas möjlighet till likvärdig kunskap och vård genom ungdomsmottagningarna.

I en nationell kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamhet konstaterar SKR (2020) att verksamheterna ofta har otydliga uppdragsbeskrivningar från huvudmännen. Det beror troligen inte på huvudmannaskapet i sig utan snarare att ungdomsmottagningarna många gånger har en undanskymd roll i huvudmannens organisation. Otydligheter i uppdraget medför att den enskilda mottagningen måste prioritera vilka insatser den ska genomföra, vilket kan leda till skillnader mellan mottagningarna. SKR menar att om ungdomsmottagningarnas uppdrag förtydligas kan prioritering av insatser ske lättare, vilket skulle medföra ökad likvärdighet över landet. Utöver det beskriver SKR hur utmaningarna för ungdomsmottagningarna är gemensamma mellan regioner, och att det därför finns stor potential att stärka mottagningarna genom kunskapsstöd, kunskapsutbyte och samverkan.

Resultaten av vår enkät till ungdomsmottagningarna tydliggör också att det finns skillnader i ungdomsmottagningarnas verksamhet mellan mottagningar och regioner.

Det genomförs jämförelsevis få insatser på regional nivå för att förebygga oönskade graviditeter. Om mottagningarna deltog i regionövergripande insatser handlade det ofta om regiongemensamma utbildningstillfällen. I stort sett allt arbete med att förebygga oönskade graviditeter har genomförts som en del av ungdomsmottagningens egen verksamhet.

Vilka insatser som har genomförts skiljer sig mellan de olika mottagningarna. I enkäten anger 27 av de 76 företrädarna för ungdomsmottagningarna att otillräckliga ekonomiska eller personella resurser är det största hindret för mottagningen för att kunna nå fler ungdomar och erbjuda preventivmedelsrådgivning.

” I glesbygd så har barnmorskor och kuratorer ofta delade tjänster på barnmorskemottagning, skolan eller något annat kuratorsuppdrag i kommunen. Det gör att uppdraget på ungdomsmottagningen ibland får stå tillbaka för de andra uppdragen. Att jobba fokuserat med de unga är förutsättningen för låga aborttal.”

– Svar på frågan ”Vilka är de största hinder och utmaningar ni ser i er verksamhet när det gäller att förebygga oönskade graviditeter bland unga?” i Vårdanalys enkät till ungdomsmottagningarna 2019

I december 2019 tillsatte regeringen en utredning för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (Socialdepartementet 2019). I bakgrunden till uppdraget konstaterar regeringen att ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner och att tillgången till mottagningar i landet varierar. Utöver det finns det skillnader inom organisation, bemanning och innehåll. Dessutom konstaterar regeringen att det inte finns någon övergripande organisations- eller ledningsstruktur på nationell nivå för ungdomsmottagningarna, och nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer saknas. En del i uppdraget är att överväga möjligheterna till ett gemensamt huvudmannaskap för ungdomsmottagningarna. Uppdraget ska redovisas 2021.

2.2.3 Svårigheter att nå ut till alla ungdomar

Även om målgruppen för ungdomsmottagningarna är bred, når verksamheten ofta en begränsad del av alla unga. Det finns även tecken på att de som inte nås har särskilda behov i frågor om sexualitet (SKR 2020). Män söker sig till ungdomsmottagningarna i lägre utsträckning än kvinnor, vilket delvis kan förklaras av att preventivmedelsrådgivning främst riktar sig till kvinnor (Folkhälsomyndigheten 2017; Region Stockholm 2019; SKR 2020). Det finns också ett behov att nå ut till unga i socioekonomiskt utsatta områden, nyanlända unga och unga som lever i hederskulturer, hbtq-unga och unga med intellektuella funktionsnedsättningar (SKR 2020).

Det är mindre vanligt att tonåringar som är födda utanför Sverige eller har minst en förälder som är född utomlands har varit i kontakt med



en mottagning för rådgivning om preventivmedel (Flodström 2012; Helström 2006).

I rapporten om sexuell hälsa bland unga utrikesfödda konstaterar Folkhälsomyndigheten (2020a) att resultaten av enkäten tyder på att gruppen saknar kunskap om ungdomsmottagningar och tjänster som 1177 Vårdguiden, och att det är angeläget att genomföra insatser inom sexuell hälsa utifrån gruppens specifika behov. Bland unga utrikesfödda var det 62 procent av de tillfrågade ungdomarna som visste var de kunde vända sig för kunskap om sexualitet, preventivmedel och sexuell och reproduktiv hälsa (Folkhälsomyndigheten 2020a). Det var framför allt kvinnor i åldrarna 16–19 år som saknade kännedom om vart de skulle vända sig för att få preventivmedel.

” Att nå ut till de ungdomar som verkligen behöver det mest så att de söker sig hit.”

– Svar på frågan ”Vilka är de största hinder och utmaningar ni ser i er verksamhet när det gäller att förebygga oönskade graviditeter bland unga?” i Vårdanalys enkät till ungdomsmottagningarna 2019

Ungdomsmottagningarna själva uppger i den enkät vi genomfört att ett av de största hindren och utmaningarna i att förebygga oönskade graviditeter bland unga är att nå alla ungdomar, och i synnerhet vissa grupper. Arbetet med att nå ut till fler och till de som i lägre utsträckning söker sig till mottagningarna varierar mellan mottagningar och regioner (SKR 2020).

2.3 KOSTNADEN KAN PÅVERKA ANVÄNDNINGEN

Regeringen menar att subventioner av preventivmedel kan vara ett effektivt sätt att både minska antalet oönskade graviditeter och risken för tidigt barnafödande (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6). Att kostnaden kan ha en inverkan på användandet av preventivmedel stöds i forskning, men det är svårt att bedöma hur stor betydelse som kostnaden har.

SBU:s upplysningstjänst besvarade 2011 en fråga om ifall subventionering av p-piller till tonåringar medför lägre abortfrekvens. Vid en genomgång av studier över kunskap och attityder om preventivmedel, oönskade graviditeter och abort hos tonåringar identifierades fyra svenska studier. Ingen av studierna menade att kostnaden var en avgörande faktor för användningen av preventivmedel (SBU 2011). I genomgången ingick även fyra studier som analyserar trender efter förändring av p-piller-subventioner eller jämförelser mellan regioner som har haft eller inte har haft subventionering.

Resultaten från samtliga dessa studier tyder på att det finns ett samband mellan subventionering av preventivmedel och minskat antal aborter. Alla studierna saknar en slumpmässigt utvald kontrollgrupp, och precis som i vår uppföljning går det därför inte att säkerställa att det inte är andra faktorer som har påverkat abortfrekvensen. SBU konstaterar att det är sannolikt att användningen av preventivmedel och abortfrekvens påverkas av subventionering av preventivmedel. Ändå är det svårt att bedöma hur stor effekten blir. Storleken av effekten varierar under en längre tid och påverkas av övriga förhållanden i samhället vid införandet av subventionen.

En studie visar att subventionen av preventivmedel under 1989–1993 ledde till en ökad försäljning, 8 procent färre aborter och en minskad risk för tidigt barnafödande (IFAU 2009). Innan regionerna införde mer enhetliga subventioner av preventivmedel konstaterade en studie att kostnaden för långtidsverkande preventivmedel medförde att preventivmedlet i vissa fall valdes bort av kvinnan även om det framstod som det mest lämpliga (Makenzius 2012).

En annan svensk studie (Sydsjö 2014) kunde inte visa något tydligt samband mellan subventionerade preventivmedel till unga kvinnor och färre aborter. Slutsatsen från studien var att det behövs mer innovativa interventioner för att öka användningen av preventivmedel hos unga och minska andelen oönskade graviditeter (Sydsjö 2014).

En studie som i stället undersöker bakomliggande faktorer till användning av preventivmedel beskriver att hög kostnad för preventivmedel är en orsak till att kvinnor under 19 år som blivit oönskat gravida inte har använt preventivmedel (Helström 2006).

Vid en jämförelse mellan de nordiska länderna har Danmark som inte erbjuder subventionerade preventivmedel både högre användning av preventivmedel och lägre aborttal jämfört med Sverige (Hognert 2018b).

I en studie från USA undersöks hur subventionerade preventivmedel påverkar förekomsten av oönskade graviditeter (Iseyemi 2017). Andelen oönskade graviditeter var högre i områden med lägre socioekonomisk status även efter införandet av kostnadsfria preventivmedel. Att kostnadsfrihet inte minskar skillnader i oönskade graviditeter mellan olika områden kan förklaras av faktorer som felaktig användning, dåligt följsamhet till vald preventivmetod eller låga kunskaper om preventivmetoder och fertilitet.

I Folkhälsomyndighetens undersökning *SRHR2017* anger 1,4 procent av kvinnorna i åldern 16–29 år att de inte har använt preventivmedel på grund av att de inte haft råd eller att kostnaden varit för hög (Folkhälsomyndigheten 2019). I myndighetens undersökning *UngKAB15* framkom att unga kvinnor 16–19 år var den grupp där högst andel (4 procent) uppgav att de inte hade



råd med hormonella preventivmedel (Folkhälsomyndigheten 2017). I den undersökningen efterfrågade även 46 procent av ungdomarna billigare preventivmedel och 41 procent gratis kondomer.

I en studie med fokus på unga utrikesfödda angav 13 procent av kvinnorna i åldern 15–29 år att de efterfrågade gratis preventivmedel (Folkhälsomyndigheten 2020a). Efterfrågan var generellt högre i åldersgruppen 26–29 år och högre bland personer med eftergymnasial utbildning. Bland personer i ålder 16–19 år efterfrågade sju procent kostnadsfria preventivmedel.

Den viktigaste insatsen på nationell nivå för att förebygga oönskade graviditeter är att subventionera preventivmedel enligt företrädarna för ungdomsmottagningarna som deltog i vår enkät (20 av 76 företrädare för ungdomsmottagningarna). Samtliga unga kvinnor i de fokusgrupper vi genomfört tyckte också att kostnaden är viktig och tror att fler använder preventivmedel om det är gratis. Flera av de unga kvinnorna nämner samtidigt att priset inte behöver vara avgörande, att det är viktigt att vara bekväm med sitt preventivmedel och att de hade varit beredda att betala lite mer för att få den typ som de föredrar.

Kostnaden för de olika hormonella preventivmedlen varierar, där långtidsverkande preventivmedel som spiral generellt har en högre engångskostnad. Engångskostnaden ska jämföras med den kontinuerliga kostnaden som finns för korttidsverkande preventivmedel. En hög engångskostnad kan dock ha en stor betydelse för en person med små ekonomiska marginaler. Beroende på den ursprungliga kostnaden för ett preventivmedel kan subventionen ha olika stor påverkan.

Folkhälsomyndigheten undersöker attityder och sexuellt beteende

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att följa utvecklingen inom sexuell och reproduktiv hälsa och att verka för kunskapsuppbyggnad och nationell samordning inom området. De senaste åren har myndigheten genomfört ett antal enkäter för att besvara frågor om sexuell hälsa, både generellt i befolkningen och med fokus på specifika grupper. Enkäterna har till viss del varit utformade på liknande sätt och resultaten kan därför delvis jämföras med varandra.

Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige (UngKAB15)

En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år

År 2017 kom resultaten från en enkätstudie till unga i åldern 16–29 år med fokus på sexualitet och hälsa. Totalt svarade 7 865 personer på enkäten, och bland dessa var 4 780 kvinnor. Vi refererar till denna rapport som UngKAB15 och Folkhälsomyndigheten 2017.

(forts.)

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017

Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017

I maj 2019 presenterades resultaten av en stor nationell befolkningsstudie om sexuell och reproduktiv hälsa och sexuella rättigheter. Studien genomfördes under 2017 och cirka 14 500 personer i åldrarna 16–84 år deltog. Vi refererar till studien som SRHR2017 och Folkhälsomyndigheten 2019.

Migration, sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention

En kartläggning av unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter i Sverige

Under våren 2020 publicerades en rapport om sexuell hälsa bland utrikesfödda i Sverige. Enkäten riktade sig till utrikesfödda som flyttat till Sverige, migranter, och inkluderade personer i åldern 16–29 år som var födda i ett annat land eller område än EU, Nordamerika, Australien, Japan och Nya Zeeland, oavsett vistelsetid och skäl för migration. Resultatet av studien bygger på svar från cirka 1 770 personer. Omkring en tredjedel av ungdomarna identifierade sig som kvinnor. Av de som besvarade enkäten kom 85 procent från fem länder (Syrien, Afghanistan, Eritrea, Somalia och Irak), och 76 procent av de som besvarade enkäten hade bott i Sverige i tre år eller mindre. Mot bakgrund av detta ska resultaten generaliseras med försiktighet. Det går inte att dra slutsatser om alla utrikesfödda i Sverige utifrån studien. Vi refererar till studien som Folkhälsomyndigheten 2020a.

2.4 MÅNGA FAKTORER PÅVERKAR OÖNSKADE GRAVIDITETER OCH HUR MAN ANVÄNDER PREVENTIVMEDEL

Det finns studier som kartlägger ungas attityder till preventivmedel och faktorer som påverkar användningen av preventivmedel. Riskbeteende hos unga, otillräckliga kunskaper om sex och samlevnad, tillgänglighet till preventivmedelsrådgivning, samt rädsla för biverkningar och hormoner är faktorer som påverkar förekomsten av oönskade graviditeter och användning av preventivmedel. En övergripande slutsats av litteraturgenomgången är att det krävs en kombination av flera olika insatser för att minska antalet oönskade graviditeter och öka användningen av preventivmedel.

2.4.1 Riskbeteende hos unga

Studier som Ekstrand (2005) beskriver att risktagande, tilltro till säkra perioder, oplanerat sex, och sex i kombination med alkohol var orsaker till att inte använda preventivmedel. Sydsjö (2014) pekar på att andra faktorer som attityder, utbildning, religion, traditioner och kulturella olikheter kan påverka preventivmedelsanvändningen. Känslomässiga, psykologiska och



beteendemässiga faktorer kan påverka preventivmedelsanvändningen, till exempel osäkerhet om användning, glömska, oförsiktighet och chanstagande (Ekstrand 2005; Falk 2010; Helström 2006).

I Folkhälsomyndighetens undersökning *SRHR2017* angav 15 procent av kvinnorna i åldern 16–29 år att de hade använt avbrutet samlag och 6,5 procent säkra perioder under de senaste 12 månaderna (Folkhälsomyndigheten 2019). Studier visar en överrepresentation i användningen av osäkra preventivmetoder vid oönskad graviditet (Kopp Kallner 2015). Sverige har en större andel kvinnor som använder osäkra preventivmetoder jämfört med exempelvis USA och Frankrike (Kopp Kallner 2015). Detta kan delvis förklara skillnader i abortstatistiken mellan länderna (Kopp Kallner 2015; Hellström 2019).

Studien *UngKAB15* har visat att medelåldern för sexuell debut med en partner är 16 år (Folkhälsomyndigheten 2017). Samtidigt som debutåldern är relativt oförändrad över de senaste åren har preventivmedelsanvändningen vid debuten ökat (Ekstrand 2005). Uppskattningsvis använder 75 procent av alla tonåriga kvinnor i Sverige något preventivmedel vid sexdebuten (Kopp Kallner 2015). Riskbeteende är vanligare vid tidigare sexdebut (Kastbom 2015). Det är vanligare bland unga kvinnor jämfört med unga män att ha oskyddat sex (Folkhälsomyndigheten 2017), och vanligare bland unga utrikesfödda (Folkhälsomyndigheten 2020a).

” Man tänker att 'det händer inte mig' ”

– Ung kvinna i Vårdanalys fokusgrupper om preventivmedel

Resultatet av våra fokusgrupper visar att de unga kvinnorna är medvetna om riskerna med oskyddat sex, men också att de upplever sannolikheten att bli gravid som låg, vilket medför att de inte alltid använder preventivmedel. I vår enkät till ungdomsmottagningarna anger åtta av företrädarna för ungdomsmottagningarna att ökat risktagande och okunskap som det största hindret för att förebygga oönskade graviditeter bland unga.

” Utmaningen är att arbeta med åldersgruppen då de inte alltid förstår konsekvenserna av att inte skydda sig eller följsamhet i behandlingen.”

– Svar på frågan ”Vilka är de största hinder och utmaningar ni ser i er verksamhet när det gäller att förebygga oönskade graviditeter bland unga?” i Vårdanalys enkät till ungdomsmottagningarna 2019

Alkohol och tobak har samband med lägre användning av preventivmedel och sexuellt risktagande (Larsson 2007; Häggström-Nordin 2011; Thorsén 2006; Ekstrand 2005; Guleria 2017). I Folkhälsomyndighetens undersökning *UngKAB15* angav 19 procent av ungdomarna att de hade druckit alkohol i samband med det senaste sextillfället (Folkhälsomyndigheten 2017). Generellt har alkoholkonsumtionen bland unga minskat under en längre tid, för att under 2019 nå historiskt låga nivåer vid mätningen 2019 (CAN 2019). Dels sker alkoholdebuten allt senare, därefter minskar den totala alkoholkonsumtionen. En minskad alkoholkonsumtion skulle kunna medföra ett minskat sexuellt riskbeteende hos unga, vilket skulle kunna påverka antalet tonårsfödslar och aborter.

2.4.2 Otillräckliga kunskaper om sex och samlevnad

Avsaknad av information kan vara en anledning till att inte använda preventivmedel och skydda sig mot graviditet. Samtidigt som många unga anser att det är viktigt med preventivmedel är kunskapen om kvinnans kropp och fertilitet samt preventivmetoder och deras effektivitet många gånger låg (Ekstrand 2005; Folkhälsomyndigheten 2017; Skogsdal 2019). Orsaken till en abort varierar, men bidragande faktorer kan vara otillräcklig kunskapsbaserad sexualundervisning till unga, samt bristande tillgänglighet till lyhörd och kunskapsbaserad preventivmedelsrådgivning (Folkhälsomyndigheten 2019).

Undervisning om sex och samlevnad är ett obligatoriskt ämne i skolan (Skolverket 2019). Studier pekar på att bra sex- och samlevnadsundervisning kan leda till bland annat minskad frekvens av tonårsfödslar och aborter (Falah-Hassani 2009; UNFPA 2015). Hognert (2018a) konstaterar att det troligen behövs ökad sex- och samlevnadsundervisning i områden med låg socioekonomisk status för att minska omotiverade skillnader i preventivmedelsanvändning mellan olika grupper.

I Folkhälsomyndighetens rapport om sexuell hälsa bland unga utrikesfödda svarade en liten andel av ungdomarna att skolans sex- och samlevnadsundervisning eller ungdomsmottagningarna är den huvudsakliga källan till kunskaper om sexuell hälsa (Folkhälsomyndigheten 2020a). De unga utrikesfödda som besvarade enkäten ville bland annat ha mer kunskap om hur kroppen fungerar och om familjeplanering. Flodström (2012) konstaterar ett behov av ökad sex- och samlevnadsundervisning till utrikesfödda personer, där migrationen kan ha medfört att man har missat årskurserna i skolan där sex- och samlevnadsundervisning normalt sett ingår, eller att undervisningen i födelselandet varit bristfällig.



Enligt Skolinspektionens rapport *Sex- och samlevnadsundervisning* (2018) är dagens skolundervisning av varierande kvalitet. Det finns inte någon fortbildning som säkerställer att undervisningen är uppdaterad och bygger på den senaste kunskapen och rekommendationerna. Detta synliggörs även av några av företrädarna för ungdomsmottagningarna i vår enkät.

” Korrekt information om preventivmedel i skolans regi: Ta bort alla gamla läromedel och [se till] att lärarna vet vad de pratar om, till exempel kring spiral och akutprevention.”

– Svar på frågan ”Vilka är de största hinder och utmaningar ni ser i er verksamhet när det gäller att förebygga oönskade graviditeter bland unga?” i Vårdanalys enkät till ungdomsmottagningarna 2019

Det har under en längre tid funnits ett missnöje med sex- och samlevnadsundervisningen bland unga (Ekstrand 2005; Folkhälsomyndigheten 2017). Bristande sex- och samlevnadsundervisning kan bland annat resultera i begränsad kunskap om risker med hormonella preventivmedel men även om abort. Skolinspektionen (2018) konstaterar i sin översyn att det saknas regelbundenhet i undervisningen samt att det både saknas kompetens hos lärarna och i skolledningens styrning av sex- och samlevnadsundervisningen (Skolinspektionen 2018).

Deltagarna i samtliga av våra fokusgrupper lyfte fram skolans undervisning om sex och samlevnad. De flesta av de unga kvinnorna menar att skolans undervisning brister både i omfattning och utformning. För att minska förekomsten av oönskade graviditeter anser de unga kvinnorna i fokusgrupperna och företrädare för ungdomsmottagningarna i vår enkät att det finns ett behov av sex- och samlevnadsundervisning tidigare i åldrarna. Undervisningen behöver även tydliggöra det gemensamma ansvaret för att skydda sig enligt både de unga kvinnorna i fokusgrupperna och företrädarna för ungdomsmottagningarna.

Att en barnmorska eller läkarstuderande informerar om preventivmedel i skolan kan medföra att inställningen bland elever på gymnasiet till att använda preventivmedel blir mer positiv (Larsson 2006). Utåtriktat arbete och samverkan med skolor är även något som företrädarna för ungdomsmottagningarna i vår enkät identifierar som en viktig faktor för att minska risken för oönskade graviditeter. I enkäten framgick att 72 av de 76 företrädarna informerar högstadielklasser och 44 av företrädarna informerar gymnasieklasser. Det är även möjligt att elevhälsan skulle kunna ha en större

roll i arbetet med att minska förekomsten av oönskade graviditeter och att sprida information om preventivmedel i skolorna.

2.4.3 Tillgänglighet till preventivmedel och preventivmedelsrådgivning

Tillgänglighet till preventivmedel och preventivmedelsrådgivning kan påverka användningen av preventivmedel (Hognert 2018a; Kilander 2018; Kopp Kallner 2015).

Vårdanalys (2019) beskriver i en rapport två aspekter av tillgänglighet som förhindrar att en person får vård och behandling i den utsträckning som behövs: väntetider och tillgänglighetsbarriärer. Väntetider handlar om tillgång till vård inom systemet. När man väl kommit i kontakt med sjukvården och fått hjälp kan väntetiderna till nästa steg i vårdkedjan vara långa eller korta. Tillgänglighetsbarriärer definieras som hinder för att en person ska komma in i hälso- och sjukvårdssystemet. Om barriärerna är höga medför det att det är svårt för personer i behov av vård att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Det finns olika typer av barriärer:

- fysiska barriärer, exempelvis lokaler som inte är anpassade, eller långa avstånd
- kostnadsmissiga barriärer, som att en person inte har råd att ta sig till sjukvården eller hämta ut läkemedel
- informationsmissiga barriärer, som avsaknad av information om hur och var man ska söka vård
- språkliga barriärer, som svårigheter att förstå den information som ges
- kulturella barriärer, som erfarenhet av hälso- och sjukvårdssystem som fungerar på ett annat sätt.

SKR (2020) konstaterar att hindren för att besöka ungdomsmottagningarna varierar mellan regioner och för olika ungdomar. I vissa fall är geografiska avstånd ett hinder. Mottagningarna finns ofta på större orter, och de som finns på mindre orter har ofta begränsade öppettider. I glesbygd finns även problem med kompetens och att utforma gruppverksamhet. Andra hinder kan vara åldersgränser, eller bristande förtroende och legitimitet för ungdomsmottagningarna hos vissa ungdomar.

En systematisk litteraturoversyn från Storbritannien konstaterar att tillgänglighet i form av mottagningens lokalisering och öppettider är viktiga faktorer för att unga ska söka preventivmedelsrådgivning (Baxter 2010). Forskning har även visat att tillgång till en klinik som erbjuder rådgivning



om sex utan tidsbokning i socioekonomiskt utsatta områden har betydelse för användningen av preventivmedel (Ingram 2010). En stor majoritet av de socioekonomiskt utsatta ungdomarna som besökte kliniken sa att de inte skulle ha besökt någon klinik om inte den hade funnits.

Liknande resultat presenteras av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) (2015). I deras studie lyfte unga fram vikten av att det fanns ungdomsmottagningar i närområdet som man lätt kunde skapa kontakt med och ta sig till. MUCF konstaterar även att tillgången till ungdomsmottagningar varierar i landet. I en enkät om ungdomsmottagningarnas verksamhet som SKL har genomfört svarade representanter från fyra län att det inte var alla ungdomar i länet som hade tillgång till en ungdomsmottagning (SKL 2019).

En svensk studie (Kilander 2018) handlar om preventivmedelsrådgivning i samband med abort. Studien beskriver hur svårigheter att nå en klinik för att boka tid för insättning av spiral och möjligheten för kliniken att boka tid för spiralinsättning i samband med abort bidrog till att färre använde spiral. En annan svensk studie (Makenzius 2012) konstaterar att mottagningens tillgänglighet via telefon påverkar helhetsupplevelsen av en abort, och att unga kvinnor tycker att det är svårare att kontakta en mottagning via telefon.

En del i arbetet med tillgänglighet är även att säkerställa tillgång till alla preventivmedel. Nya preventivmedel kan innebära behov av fortbildning av personal. Insättning av långtidsverkande preventivmedel som spiral eller p-stav tar även mer tid i anspråk jämfört med förskrivning av korttidsverkande preventivmedel som p-piller. För att sätta in en spiral krävs dessutom att två barnmorskor, eller en barnmorska och en undersköterska, är i tjänst på mottagningen om det behövs hjälp (Region Stockholm 2019). Tre företrädare för ungdomsmottagningarna i vår enkät svarade att de har börjat sätta in spiraler på den specifika mottagningen. Tidigare har patienterna hänvisats till andra ungdomsmottagningar eller till en kvinnoklinik.

2.4.4 Rädsla för biverkningar och hormoner

Många unga som blivit oönskat gravida har inte använt preventivmedel av rädsla för biverkningar (Falk 2010; Hellström 2019; Hellström 2006; Kopp Kallner 2015). Flera svenska studier visar också att unga kvinnor blivit allt mer kritiska till hormonella preventivmedel som uppfattas ge oönskade biverkningar (Ekstrand 2005; Hellström 2019; Kopp Kallner 2015; Tydén 2012).

I Folkhälsomyndighetens undersökning *SRHR2017* anger cirka 17 procent av kvinnorna i åldern 16–29 år att de inte har använt preventivmedel av

rädsla för hormoner (Folkhälsomyndigheten 2019). Rädslan är högre bland kvinnor med eftergymnasial utbildning (25 procent) jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning (14 procent). I undersökningen *UngKAB15* angav 25 procent av kvinnorna att de inte ville använda hormonella metoder, och 23 procent att de är rädda för biverkningar (Folkhälsomyndigheten 2017). En större andel av kvinnor i åldrarna 16–19 år kan tänka sig att använda hormonella preventivmedel (80 procent) jämfört med 25–29-åriga kvinnor (50 procent) (Folkhälsomyndigheten 2017).

Biverkningar från hormonella preventivmedel är något som flera av de unga kvinnorna i de fokusgrupper vi genomfört diskuterar. Oro för biverkningar kan enligt kvinnorna medföra att preventivmedel inte används. I vår enkät till ungdomsmottagningarna beskriver 4 av de 76 företrädarna att rädsla för hormoner är en utmaning i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. I vissa fall menar de som svarat på enkäten att rädslan kan relateras till information som sprids i både traditionella och sociala medier. Det kan exempelvis vara information om fördelar med naturlig familjeplanering och ensidig information om biverkningar. Att medier kan påverka ungas attityd och uppfattning om preventivmedel är även något som lyfts fram av de externa experter som Vårdanalys samarbetat med i arbetet med den här uppföljningen. Omkring 66 procent av de unga kvinnor som deltog i *UngKAB15*-undersökningen angav att internet var deras främsta källa till information om bland annat preventivmedel. Ungefär en tredjedel av alla som deltog i undersökningen hämtade information från tv, tidningar och radio (Folkhälsomyndigheten 2017).

” Har under en period varit väldigt mycket informationer om 'säkra perioder'/naturlig familjeplanering via dagspress och tv som tyvärr gjort att en del ungdomar inte tror att de behöver använda annat preventivmedel.”

– Svar på frågan ”Vilka är de största hinder och utmaningar ni ser i er verksamhet när det gäller att förebygga oönskade graviditeter bland unga?” i Vårdanalys enkät till ungdomsmottagningarna 2019

2.4.5 Socioekonomiska faktorer påverkar

Det finns socioekonomiska skillnader i tillgången till kunskap om preventivmedel (Helström 2006; Lindh 2016). Personer med mindre resurser har ofta lägre kunskap om preventivmedel (Lindh 2016). I studien *SRHR2017*



konstaterar Folkhälsomyndigheten att faktorer som inkomst och utbildning kan påverka användningen av preventivmedel (Folkhälsomyndigheten 2019).

I Hognert (2018a) undersöks användningen av preventivmedel över tid hos 19-åringar som bor i Göteborgsområdet. I statistik från 1980–1990 ser man inte någon skillnad i användningen av preventivmedel mellan områden med olika socioekonomiska förhållanden. Data från senare år visar en lägre användning av preventivmedel i områden med lägre socioekonomisk status jämfört med områden med mellan och högre socioekonomisk status. Samtidigt har även demografin i dessa områden ändrats och andelen utrikesfödda har ökat markant, vilket kan ha medfört förändringar i användningen av preventivmedel.

Parallellt med att användningen av preventivmedel minskade konstaterades en ökning av BMI hos kvinnor som bodde i områden med sämre socioekonomiska förhållanden. Högt BMI begränsar valmöjligheterna för olika preventivmedel och kan vara en förklaringsfaktor till skillnaderna (Hognert 2018a). Skälet är att högt BMI ger en ökad risk för venös blodpropp, vilket i sin tur medför att kombinerade hormonella preventivmetoder, som p-piller, inte rekommenderas (Läkemedelsverket 2014). Att det har uppkommit en skillnad i användningen av preventivmedel mellan områden med olika socioekonomiska förhållanden kan tyda på en ökande ojämlikhet.

Socioekonomiska faktorer kan även påverka antalet aborter. Det finns ett antal studier som kartlägger sannolikheten att genomgå en abort. Tydligast påverkan har socioekonomiska riskfaktorer som utbildningsnivå, arbetslöshet och inkomstnivå. Även faktorer som avsaknad av socialt nätverk och att tidigare ha genomgått en abort kan ha betydelse (Helström 2003; Iseyemi 2017; Makenzius 2012; Scott 2017). Kvinnor som genomgår upprepade aborter har ofta en högre grad av socioekonomisk utsatthet jämfört med kvinnor som enbart genomgår en abort (Makenzius 2012).

2.4.6 Utrikesfödda använder mer sällan preventivmedel

Det är vanligare att utrikesfödda aldrig har använt något preventivmedel eller använder osäkra preventivmetoder jämfört med personer födda i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2020a; Helström 2003).

En studie från Norge (Omland 2014) undersöker skillnader i hur kvinnor födda i och utanför Norge använder hormonella preventivmedel. Utrikesfödda kvinnor använde preventivmedel i lägre utsträckning, men det var en stor skillnad mellan kvinnor med olika födelseland. Viktiga faktorer som hade en positiv inverkan på användningen av

preventivmedel var sysselsättning genom jobb eller studier, hur länge kvinnan hade bott i Norge samt ålder vid migrationen, där lägre ålder vid ankomst gav högre preventivmedelsanvändning. När resultatet för preventivmedelsanvändningen justerades för sysselsättning, fanns det oförklarade skillnader mellan kvinnor födda i Norge och utrikesfödda kvinnor. Störst skillnad i användningen av hormonella preventivmedel sågs i åldersgruppen 16–25 år.

Att vara utrikesfödd är även en riskfaktor för abort (Helström 2003; Makenzius 2012). Troligen är det inte skillnader i kulturell bakgrund som är den bakomliggande orsaken, utan snarare att personer som är utrikesfödda ofta har högre förekomst av socioekonomiska riskfaktorer som låg utbildningsnivå, lägre inkomstnivå och arbetslöshet (Helström 2003). I Folkhälsomyndighetens undersökningar av den sexuella hälsan bland unga konstateras att antalet aborter är lägre bland unga utrikesfödda jämfört med unga i allmänhet (Folkhälsomyndigheten 2020a). Det finns också studier där resultatet är det omvända. Dessa studier utgår däremot inte från en svensk befolkning.

2.4.7 Unga män tar mindre ansvar för preventivmedel

Även om beslutet om kostnadsfria preventivmedel i praktiken bara avser preventivmedel för kvinnor, konstaterar regeringen att det ändå är av stor betydelse att nå och involvera män i förebyggandet av oönskade graviditeter (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.6). Kvinnor och män har ett lika stort ansvar för den sexuella och reproduktiva hälsan.

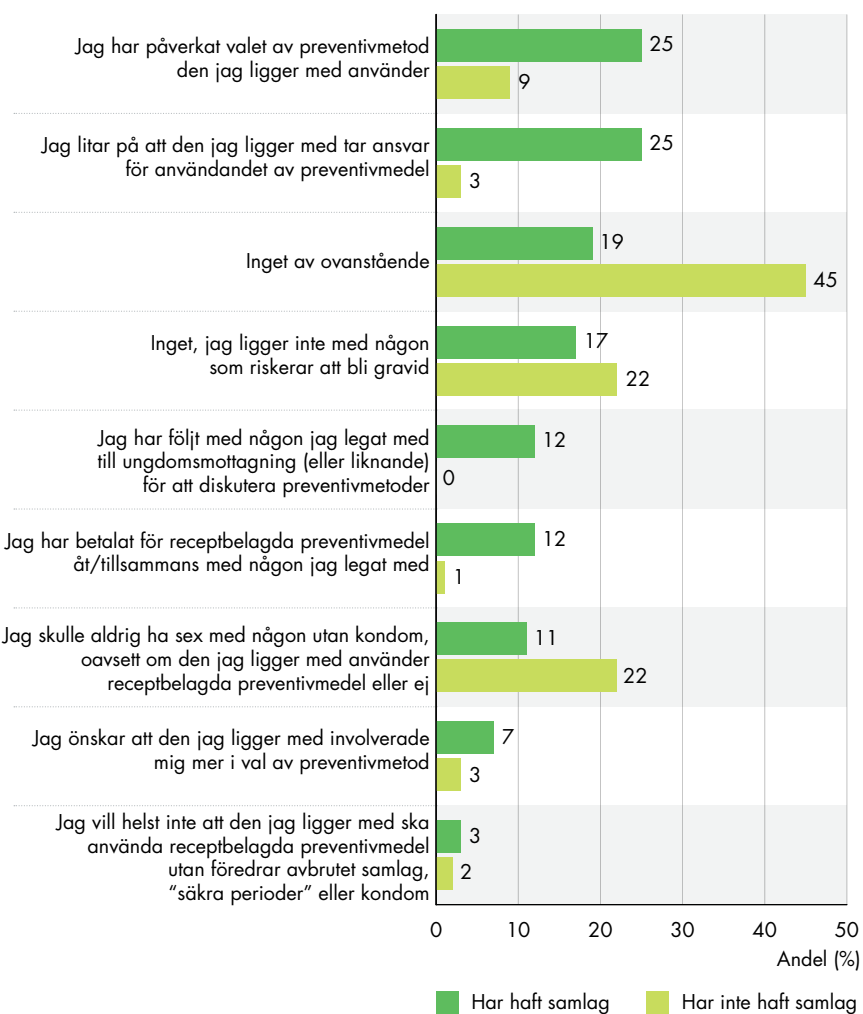
Generellt finns en god tillgång på information om preventivmedel och reproduktiv hälsa. Trots det finns ett behov av att tillgodose unga mäns tillgång till rådgivning och vård inom området (Folkhälsomyndigheten 2019). Kvinnor tar överlag större ansvar för preventivmedel och testning av sexuellt överförbara infektioner (Ekstrand 2005; Folkhälsomyndigheten 2017; Larsson 2007). Det saknas en naturlig plats för unga män att få information och rådgivning om sin sexuella hälsa (Folkhälsomyndigheten 2019), och män står enbart för 10–15 procent av besöken på ungdomsmottagningarna (Folkhälsomyndigheten 2017). Förebyggande insatser, som ungdomsmottagningarnas arbete, når män i olika stor omfattning. Det saknas kunskap om hur detta påverkar unga mäns kunskap och delaktighet i den sexuella och reproduktiva hälsan för sig och sin partner. Eftersom män i lägre utsträckning kommer till ungdomsmottagningarna har skolan, inklusive elevhälsan, större betydelse för information om sex och samlevnad.



De unga kvinnorna som deltog i våra fokusgrupper delar bilden att kvinnor generellt sett tar ett större ansvar för att skydda sig. Flera upplever att män inte visar något intresse eller frågar om preventivmedel.

I Ungdomsbarometerns undersökning ingick en fråga om preventivmedel till män i åldern 15–24 år, där männen fick ange vilket påstående som bäst stämde in på dem. Resultatet från enkäten ger inte någon enhetlig bild av attityder till preventivmedelsanvändning (figur 2). Svaren skiljer sig också mellan män som har haft sex och inte, samt mellan yngre och äldre män. Bland de unga män som haft samlag litade 25 procent på att partnern tar ansvar för preventivmedel. 3 procent av de män som hade haft samlag ville inte att en partner skulle använda receptbelagda preventivmedel.

Figur 2. Unga mäns attityd till preventivmedel. Fråga: När det kommer till användandet av receptbelagda preventivmedel, vad av följande stämmer in på dig?



Det vanligaste svarsalternativet i frågan om unga mäns attityder till användningen av preventivmedel var att inget av svarsalternativen stämde. Detta tyder på att frågan och svarsalternativen inte var utformade på ett så relevant sätt som möjligt. Exempelvis kan det ha saknats fler svarsalternativ för kondom användning, vilket är det preventivmedel som män har störst möjlighet att kontrollera.

” På vår mottagning är killarna underrepresenterade. Vår utmaning är att få killarna att komma till oss och kunna informera om säkersex, och dela ut kondomer.”

– Svar på frågan ”Vilka är de största hinder och utmaningar ni ser i er verksamhet när det gäller att förebygga oönskade graviditeter bland unga?” i Vårdanalys enkät till ungdomsmottagningarna 2019

Ungdomsmottagningarna beskrev sitt arbete för att involvera unga män i att förebygga oönskade graviditeter i den enkät vi genomförde under 2019. Totalt uppgav 32 av de 76 företrädarna för ungdomsmottagningarna att genomförde specifika insatser för att nå män. Arbetet bestod bland annat av riktad information i skolor, kondomsamtal, och involvering i samband med partners besök på mottagningen. Fem av företrädarna uppgav även att de hade specifika mottagningar för män.





Uthämtade preventivmedel över tid

I det här kapitlet presenterar vi hur uttaget av preventivmedel har utvecklats under 2006–2019. Vi redogör också för resultaten av en fördjupad analys av skillnader i andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden och mellan regioner. Till sist undersöker vi om det finns andra faktorer som kan ha påverkat uttaget av preventivmedel.

Våra viktigaste resultat:

- Andelen kvinnor i åldern 15–20 år som har hämtat ut preventivmedel har ökat. Det är uttaget av långtidsverkande preventivmedel som har ökat mest. Vi kan inte med säkerhet säga att ökningen beror på att preventivmedel blivit kostnadsfria.
- Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel skiljer sig mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Andelen är lägst i områden med stor andel personer med utländsk bakgrund. Andelen kvinnor i åldern 18–20 år som har hämtat ut preventivmedel har ökat i områden där många personer har lägre utbildningsnivå och minskat i socioekonomiskt starka områden.
- Kännedomen om kostnadsfria preventivmedel är relativt god bland unga kvinnor, men lägre bland de som inte har haft samlag.
- Flera ungdomsmottagningar har genomfört insatser för att öka tillgängligheten och för att nå ut till nya grupper som sällan söker sig till ungdomsmottagningarna.



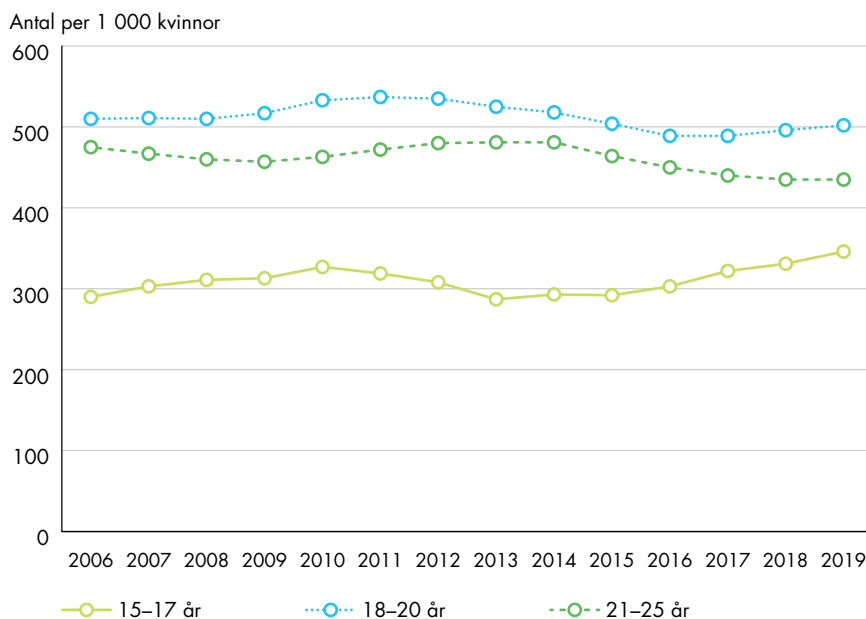
3.1 ANDELEN KVINNOR SOM HAR HÄMTAT UT PREVENTIVMEDEL HAR ÖKAT

Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel är högst bland kvinnor i åldern 18–20 år, och lägst bland kvinnor i åldern 15–17 år. Detta kan bero på att det är färre kvinnor i åldersgruppen 15–17 år som är sexuellt aktiva och därmed har behov av preventivmedel. En mindre andel kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i åldersgruppen 21–25 år än 18–20 år kan bero på att fler kvinnor i den äldre åldersgruppen aktivt försöker bli gravida, vilket minskar det totala behovet av preventivmedel. I samtliga åldersgrupper har det skett en ökning av andelen kvinnor som har hämtat ut och därför troligen kommer att använda långtidsverkande preventivmedel.

3.1.1 Skillnader mellan olika åldersgrupper

Andelen kvinnor som har hämtat ut kort- respektive långtidsverkande preventivmedel har utvecklats olika för kvinnor i olika åldersgrupper. Antalet kvinnor som har hämtat ut hormonella preventivmedel (både kort- och långtidsverkande) per 1 000 kvinnor framgår av figur 3.

Figur 3. Antal kvinnor som har hämtat ut hormonella preventivmedel (kort- eller långtidsverkande) per 1 000 kvinnor i befolkningen 2006–2019.



Källa: Socialstyrelsen. Vårdanalys bearbetning.

Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har tydligt ökat i åldersgruppen 15–17 år. År 2006 hämtade cirka 290 kvinnor per 1 000 kvinnor ut preventivmedel, 2019 var det nära 350 kvinnor per 1 000 kvinnor som hämtade ut preventivmedel.

För kvinnor i åldern 18–20 år ökade andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel från 2016 efter några års minskning. Den genomsnittliga andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel varierar mellan åren, men håller sig runt cirka 50 procent.

Sedan 2014 minskar andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel för åldersgruppen 21–25 år. År 2014 hämtade cirka 481 kvinnor per 1 000 kvinnor ut preventivmedel. Därefter minskade andelen med cirka 10 procent. År 2019 hämtade omkring 435 kvinnor per 1 000 kvinnor ut preventivmedel.

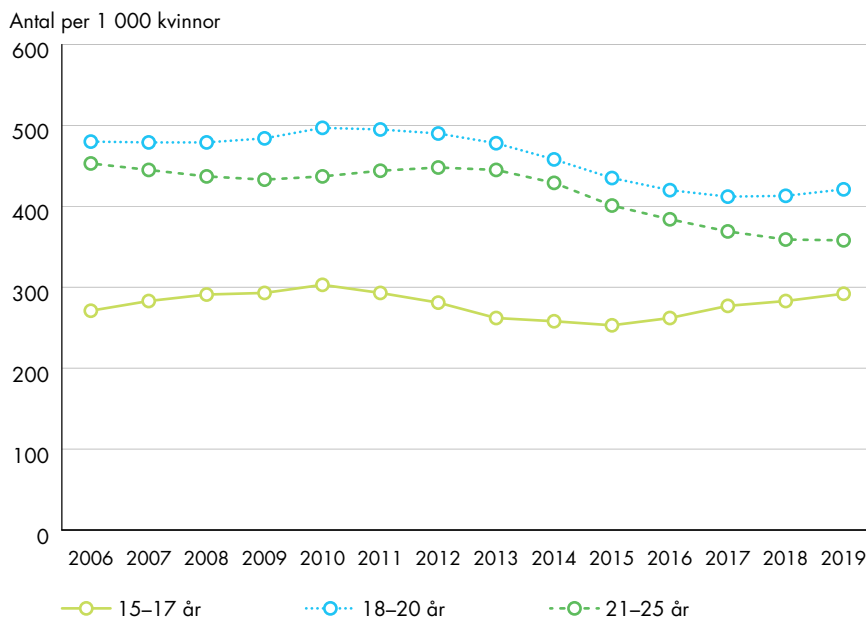
För samtliga åldersgrupper ses en förskjutning mot en allt större andel preventivmedel inom läkemedelsförmånen, särskilt för korttidsverkande preventivmedel. Utvecklingen är tydligast i åldersgrupperna 15–17 år och 18–20 år. Från och med 2017 utgör preventivmedel inom läkemedelsförmånen en allt större del av alla sålda preventivmedel. Vi kan därför anta att beslutet om kostnadsfria preventivmedel har medfört att fler unga kvinnor använder preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånen.

3.1.2 Uthämtning av korttidsverkande preventivmedel

Det är fler kvinnor som har hämtat ut och därmed förmodligen använder korttidsverkande preventivmedel jämfört med långtidsverkande preventivmedel. Figur 4 visar det genomsnittliga antalet kvinnor per 1 000 kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel. I samtliga åldersgrupper kan vi se variationer mellan åren. På samma sätt som för det totala uttaget av preventivmedel är det flest kvinnor i åldersgruppen 18–20 år som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel, och lägst antal kvinnor i åldern 15–17 år.

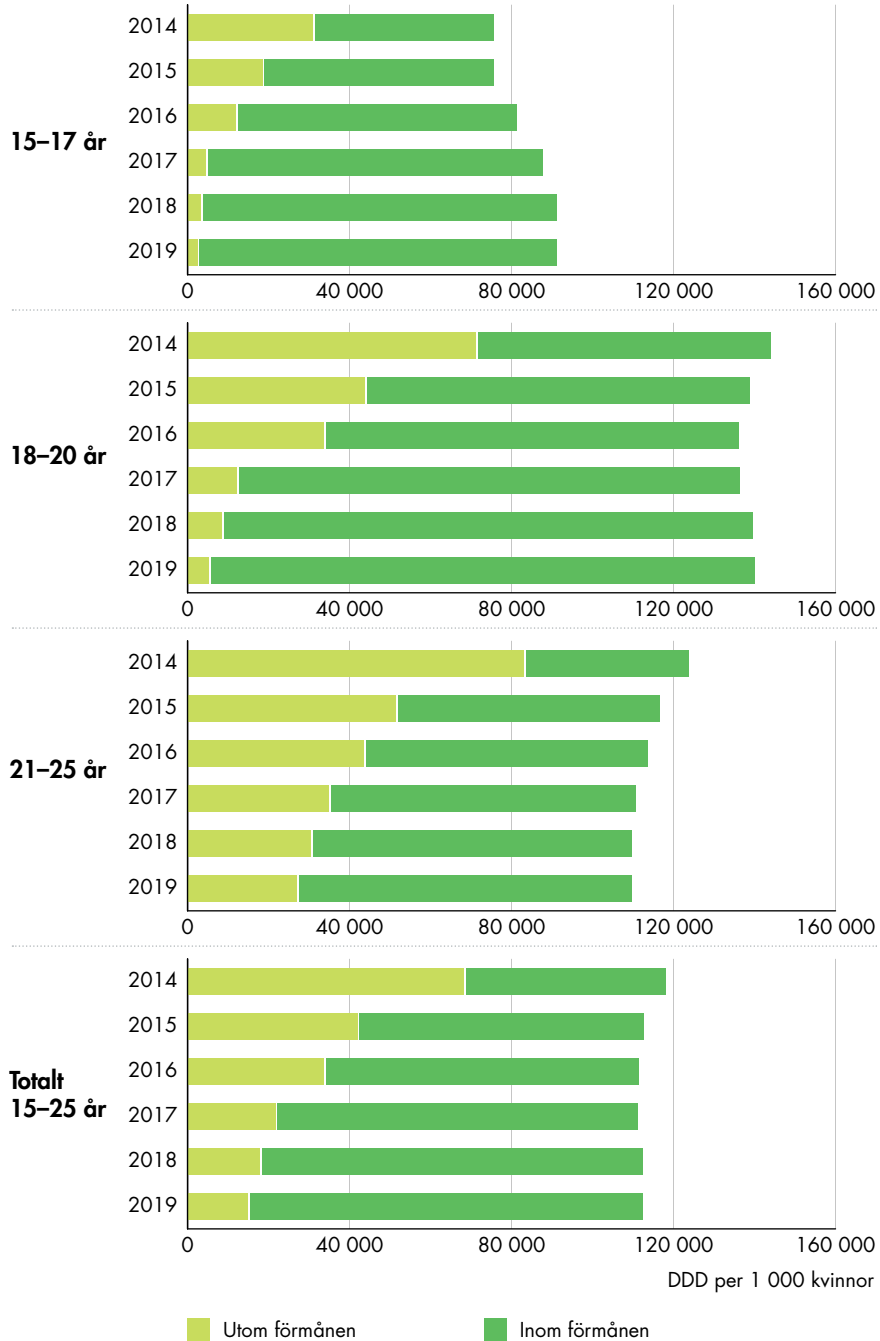


Figur 4. Antal kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel per 1 000 kvinnor 2006–2019.



Källa: Socialstyrelsen. Vårdanalys bearbetning.

Som komplement till statistiken för antalet kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel har vi även analyserat försäljningsstatistiken för korttidsverkande preventivmedel, det vill säga antalet sålda doser under 2014–2019 (figur 5). För kvinnor i åldern 15–17 år ökar försäljningen av korttidsverkande preventivmedel sedan 2014. För kvinnor i åldern 18–20 år minskade försäljningen av korttidsverkande preventivmedel under 2014–2016 men har därefter ökat. I åldersgruppen 21–25 år som varken berörs av besluten om kostnadsfria läkemedel eller preventivmedel har försäljningen av korttidsverkande preventivmedel minskat. I den åldersgruppen omfattas en större andel av sålda preventivmedel inte av läkemedelsförmånen.

Figur 5. Försäljning av korttidsverkande preventivmedel till kvinnor i olika åldersgrupper 2014–2019.

Källa: e-Hälsomyndigheten. Vårdanalys bearbetning.

Not: Korttidsverkande preventivmedel i figur 5 omfattar ATC-koderna G02BB + G03A exkl. G03AD och G03AC08. Gruppen innehåller alla hormonbaserade preventivmedel exklusive långtidsverkande och akut prevention. Korttidsverkande preventivmedel mäts i enheten definierad dygnsdos (DDD). DDD för ett läkemedel är den förmodade medeldosen till vuxna vid underhållsbehandling vid läkemedlets huvudindikation.

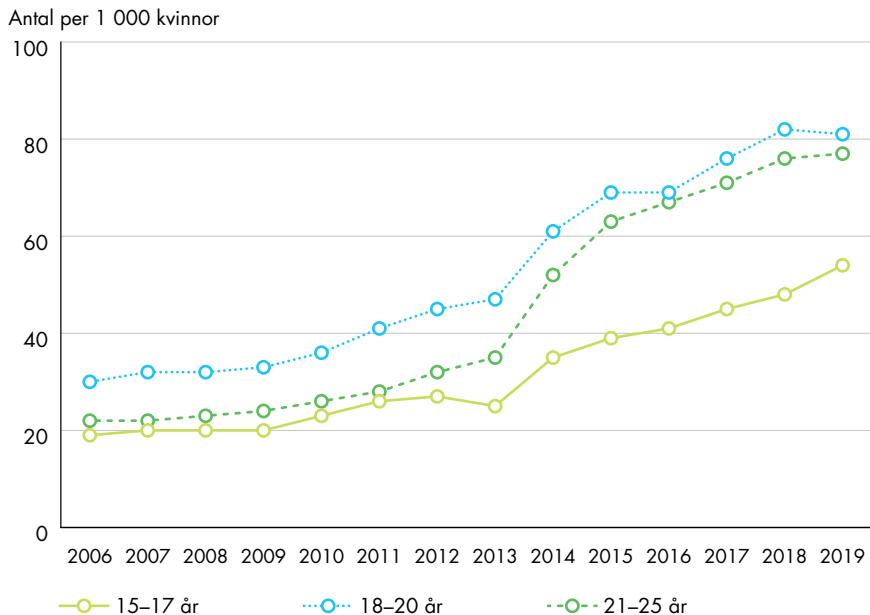


3.1.3 Uttaget av långtidsverkande preventivmedel har ökat

I samtliga åldersgrupper har andelen kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel ökat (figur 6). Från och med 2014 syns en tydlig ökning, vilket sannolikt är en effekt av att Läkemedelsverket då uppdaterade och förtydligade sina rekommendationer för förskrivning av långtidsverkande preventivmedel till unga kvinnor. Andelen kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel är högst i åldersgruppen 18–20 år och lägst i gruppen 15–17 år.

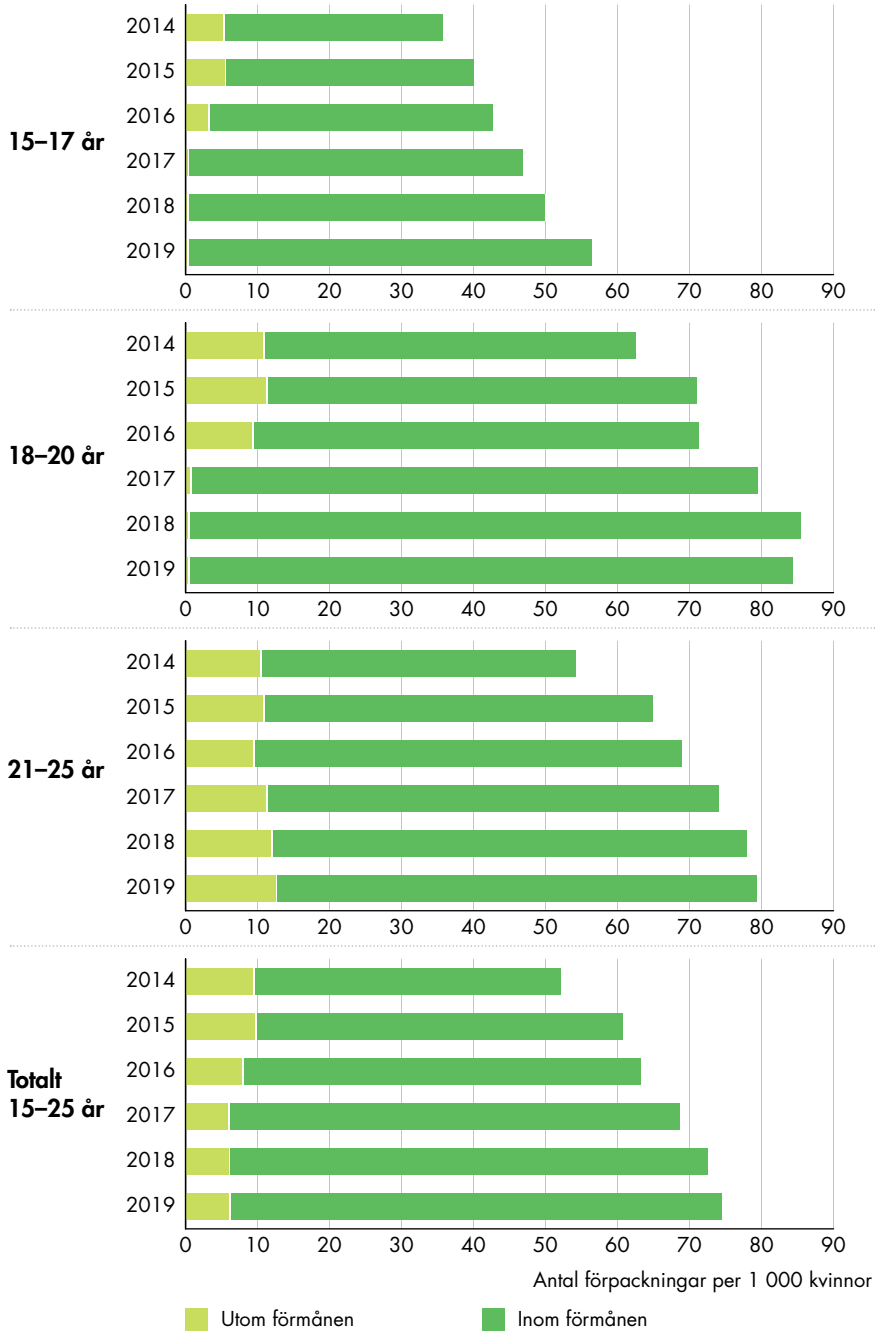
År 2006 var det cirka 30 kvinnor per 1 000 kvinnor i åldern 18–20 år som hade hämtat ut långtidsverkande preventivmedel. Motsvarande siffra för 2019 var drygt 80 kvinnor per 1 000 kvinnor i befolkningen. Detta innebär att användningen av långtidsverkande preventivmedel har mer än fördubblats i den åldersgruppen.

Figur 6. Antalet kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel per 1 000 kvinnor i befolkningen.



Källa: Socialstyrelsen. Vårdanalys bearbetning.

Även för långtidsverkande preventivmedel har vi kompletterat statistiken för antalet kvinnor som har hämtat ut preventivmedel med försäljningsstatistik. Den totala försäljningen av långtidsverkande preventivmedel har ökat i alla åldersgrupper (figur 7).

Figur 7. Försäljning av långtidsverkande preventivmedel till kvinnor i olika åldersgrupper 2014–2019.

Källa: e-Hälsomyndigheten. Vårdanalys bearbetning.

Not: Långtidsverkande preventivmedel i figur 7 omfattar ATC-koderna G02BA + G03AC08. Gruppen innehåller hormonspiraler och p-stavar. Långtidsverkande preventivmedel verkar under en längre period på 3–5 år och hämtas därmed inte ut varje år. Försäljningen av långtidsverkande preventivmedel mäts i enheten antalet sålda förpackningar. Det saknas uppgifter om definierad dygnsdos (DDD).



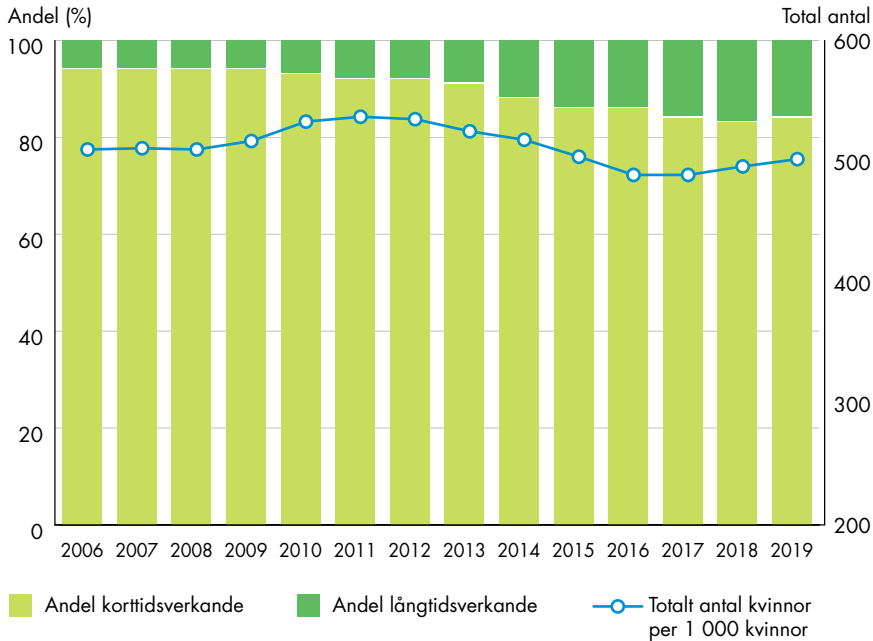
Även här är försäljningen högst bland kvinnor i åldern 18–20 år och lägst i gruppen 15–17 år. Även om den totala försäljningen av långtidsverkande preventivmedel ökar, minskar försäljningen av långtidsverkande preventivmedel utanför förmånen. Minskningen är störst i åldersgrupperna 15–17 år och 18–20 år. Minskningen beror troligen på att kostnadsfriheten medfört en ännu mer påtaglig skillnad i kostnad när långtidsverkande preventivmedel inom förmånen är gratis och de utanför förmånen har ett högre pris. Långtidsverkande preventivmedel utanför förmånen utgjorde 0,2–0,4 procent av den totala försäljningen av långtidsverkande preventivmedel i åldersgrupperna 15–17 år och 18–20 år 2019.

3.1.4 Kvinnor 18–20 år hämtar i större utsträckning ut preventivmedel

Eftersom kvinnor i åldern 18–20 år är de som påverkas av införandet av kostnadsfria preventivmedel 2017, har vi valt att lyfta fram den åldersgruppen specifikt när vi redovisar utvecklingen av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel. Figur 8 visar utvecklingen för det totala antalet kvinnor i åldern 18–20 år per 1 000 kvinnor som har hämtat ut hormonella preventivmedel, samt fördelningen i procent mellan kort- och långtidsverkande preventivmedel.

Figuren visar att ungefär hälften av alla kvinnor i denna åldersgrupp hämtar ut hormonella preventivmedel och att andelen är relativt oförändrad sedan 2006. Andelen långtidsverkande preventivmedel har ökat kontinuerligt men tydligare från och med 2014 när Läkemedelsverket ändrade sin rekommendation om långtidsverkande preventivmedel till unga kvinnor.

Figur 8. Antalet kvinnor 18–20 år som har hämtat ut hormonella preventivmedel per 1 000 kvinnor i befolkningen 2006–2019, samt andelen kvinnor 18–20 år som har hämtat ut korttidsverkande eller långtidsverkande preventivmedel.



Källa: Socialstyrelsen. Vårdanalys bearbetning.

Tabell 1 visar förändringen av antalet kvinnor i åldern 18–20 år per 1 000 kvinnor som har hämtat ut preventivmedel, och förändringen i försäljning av preventivmedel.

Andelen kvinnor som hämtat ut och försäljningen av korttidsverkande preventivmedel har ökat mer i samband med att kostnadsfria preventivmedel infördes 2017 jämfört med åren före och efter. Även siffrorna för långtidsverkande preventivmedel ökade under 2017–2018, men ökningen var större 2016–2017 innan kostnadsfria preventivmedel infördes nationellt. För långtidsverkande preventivmedel minskar både andelen kvinnor som hämtat ut och försäljningen något under 2018–2019. Läkemedelsverket ändrade sin behandlingsrekommendation om långtidsverkande preventivmedel till unga kvinnor 2014, vilket troligen har påverkat ökningen.

Tabell 1. Procentuell förändring i antalet kvinnor per 1 000 kvinnor i befolkningen som har hämtat ut preventivmedel och försäljning av preventivmedel per 1 000 kvinnor, för kvinnor 18–20 år under 2014–2019.

Procentuell förändring	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019
Korttidsverkande preventivmedel					
Antal kvinnor per 1 000 kvinnor	– 2,72 %	– 3,05 %	– 0,03 %	1,44 %	1,32 %
Försäljning (DDD)	– 3,65 %	– 1,82 %	0,21 %	2,26 %	0,33 %
Långtidsverkande preventivmedel					
Antal kvinnor per 1 000 kvinnor	13,61 %	0,35 %	10,78 %	7,52 %	– 1,75 %
Försäljning (förpackningar)	13,70 %	0,26 %	11,62 %	7,53 %	– 1,32 %
Totalt					
Antal kvinnor per 1 000 kvinnor	– 2,27 %	– 3,05 %	– 0,03 %	1,44 %	1,32 %

Källa: Socialstyrelsen och e-Hälsomyndigheten. Vårdanalys bearbetning.

3.2 SKILLNADER MELLAN GRUPPER MED OLIKA SOCIOEKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN

Det finns ett samband mellan socioekonomiska förhållanden i ett område och andelen kvinnor bosatta i området som har hämtat ut preventivmedel. Vi har genomfört en regressionsanalys som visar ett samband mellan andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel och utbildningsnivå samt andelen med utländsk bakgrund bosatta i området. Detta samband stöds av en deskriptiv klusteranalys av uthämtade preventivmedel. I klusteranalysen har vi identifierat fyra kluster, vi beskriver metoden kortfattat i kapitel 1 och ytterligare i bilaga 1. Figur 9 beskriver översiktligt varje kluster, en mer detaljerad beskrivning finns i bilaga 1.

Figur 9. Beskrivning av de fyra klustren som ingår i klusteranalysen.

Kluster 1	Kluster 2	Kluster 3	Kluster 4
<p>Kluster 1 är störst och består av 2 741 bostadsområden. Inkomstnivån är jämnt fördelad över inkomstkvartilerna. 52 procent av de boende har en gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning. Arbetslösheten är i genomsnitt 2,5 procent. Klustret har lägst andel boende med utländsk bakgrund (17 procent).</p>	<p>Kluster 2 består av 806 bostadsområden. I genomsnitt återfinns 42 procent av de boende i den lägsta inkomstkvartilen. Det är omkring 42 procent som har en gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning och ungefär lika många har någon form av eftergymnasial examen. Det är också det klustret med högst arbetslöshet (6 procent). Omkring 23 procent av de boende har utländsk bakgrund.</p>	<p>Kluster 3 består av 1 472 bostadsområden. Cirka 37 procent av invånarna befinner sig i den högsta inkomstkvartilen. 43 procent har en eftergymnasial utbildning som är längre än 3 år. Områden i detta kluster har även lägst arbetslöshet av samtliga kluster (2 procent). Av de boende har cirka 24 procent utländsk bakgrund.</p>	<p>Kluster 4 är minst och består av 686 bostadsområden. Inkomstnivån i området är ganska jämnt fördelad mellan inkomstkvartilerna. Majoriteten av de boende har grundskole- eller gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning. Arbetslösheten är kring 3 procent. Klustret har högst andel boende med utländsk bakgrund (61 procent).</p>

3.2.1 Kvinnor i områden med stor andel utlandsfödda hämtar mer sällan ut preventivmedel

Områden med olika socioekonomiska förhållanden skiljer sig åt genom att ha olika stora andelar kvinnor som har hämtat ut preventivmedel. Samtidigt saknar vi information om hur många som är sexuellt aktiva i varje område, vilket har betydelse för tolkningen av resultaten.

Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel är lägst i kluster 4, det vill säga områden där i genomsnitt 61 procent har utländsk bakgrund (figur 10). Det framgår när vi gör en analys av alla kvinnor i åldern 15–25 år som har hämtat ut preventivmedel under 2015–2019. Utvecklingen av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i kluster 4 är relativt oförändrad under 2015–2019.

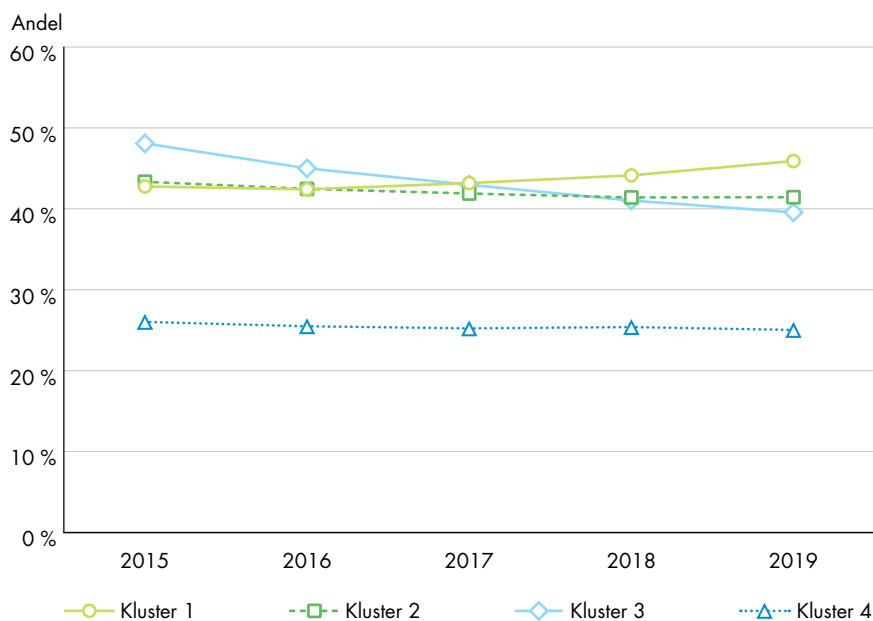
I kluster 1, det vill säga områden där i genomsnitt 52 procent har gymnasieexamen, har andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel ökat. Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel minskar i kluster 3, det vill säga områden där i genomsnitt 37 procent har hög inkomst och 43 procent har universitetsexamen, och i kluster 2, det vill säga områden där i genomsnitt 42 procent har låg inkomst. Störst minskning har skett i kluster 3,



där andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har minskat från 48 procent 2015 till 40 procent 2019.

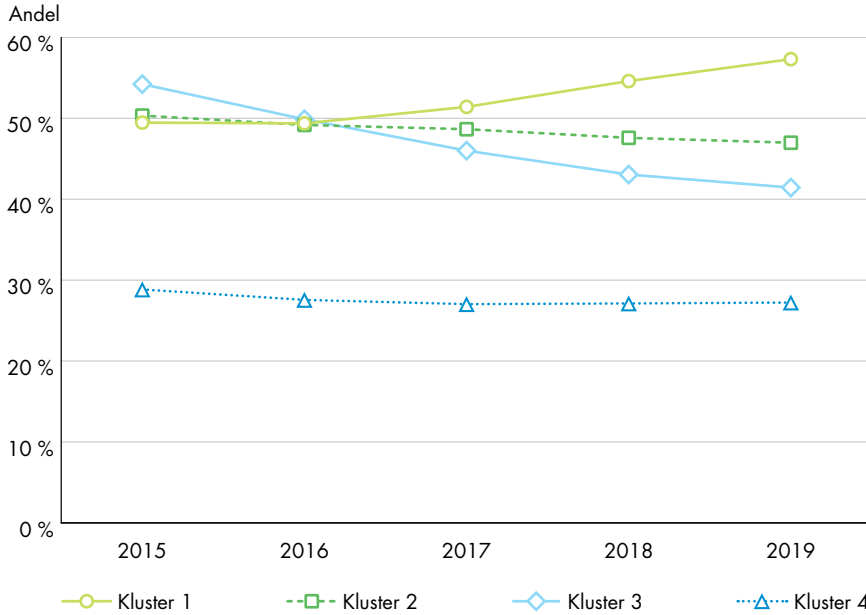
I Folkhälsomyndighetens undersökning *SRHR2017* uttryckte en större andel personer med eftergymnasial utbildning rädsla för biverkningar och hormoner, vilket skulle kunna vara en tänkbar förklaring till den minskade andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i områden med en högre utbildningsnivå.

Figur 10. Andel kvinnor 15–25 år i varje socioekonomiskt kluster som har minst ett registrerat uttag av hormonella preventivmedel (lång- och korttidsverkande).



Utvecklingen av andelen kvinnor i åldern 18–20 år som har hämtat ut preventivmedel följer samma trender som för kvinnor i åldern 15–25 år och framgår av figur 11. Dock är både ökningen och minskningen i respektive kluster större för den här åldersgruppen. Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i kluster 1 ökade med åtta procentenheter 2015–2019, från 49 procent till 57 procent. I kluster 3 minskade i stället andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel med 13 procentenheter, från 54 till 41 procent. Att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har minskat i socioekonomiskt starka områden tyder på att det är andra faktorer utöver kostnaden som påverkar andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel.

Figur 11. Andelen kvinnor i åldrarna 18–20 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut preventivmedel 2015–2019.



Andelen kvinnor i åldern 15–17 år som har hämtat ut preventivmedel är högst i kluster 1. Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat i alla kluster förutom kluster 4, där andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel är oförändrad. Ökningen gäller både korttidsverkande och långtidsverkande preventivmedel. Vi kan konstatera att skillnaderna mellan grupper har ökat under 2015–2019.

För kvinnor i åldern 21–25 år är andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel högst i kluster 3. Även i den åldersgruppen är det en mindre andel kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i kluster 4. Generellt ser vi att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel minskar i alla kluster, förutom i kluster 4. Minskningen beror på en minskad andel kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel.

Andelen kvinnor i åldern 21–25 år som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel ökar i alla kluster. Generellt ser vi att skillnaderna mellan olika grupper minskar 2015–2019.

Detaljerade resultat av klusteranalysen för kvinnor i åldern 15–17 år och 21–25 år redovisas i bilaga 2.



3.2.2 Skillnader mellan grupper även för kort- och långtidsverkande preventivmedel

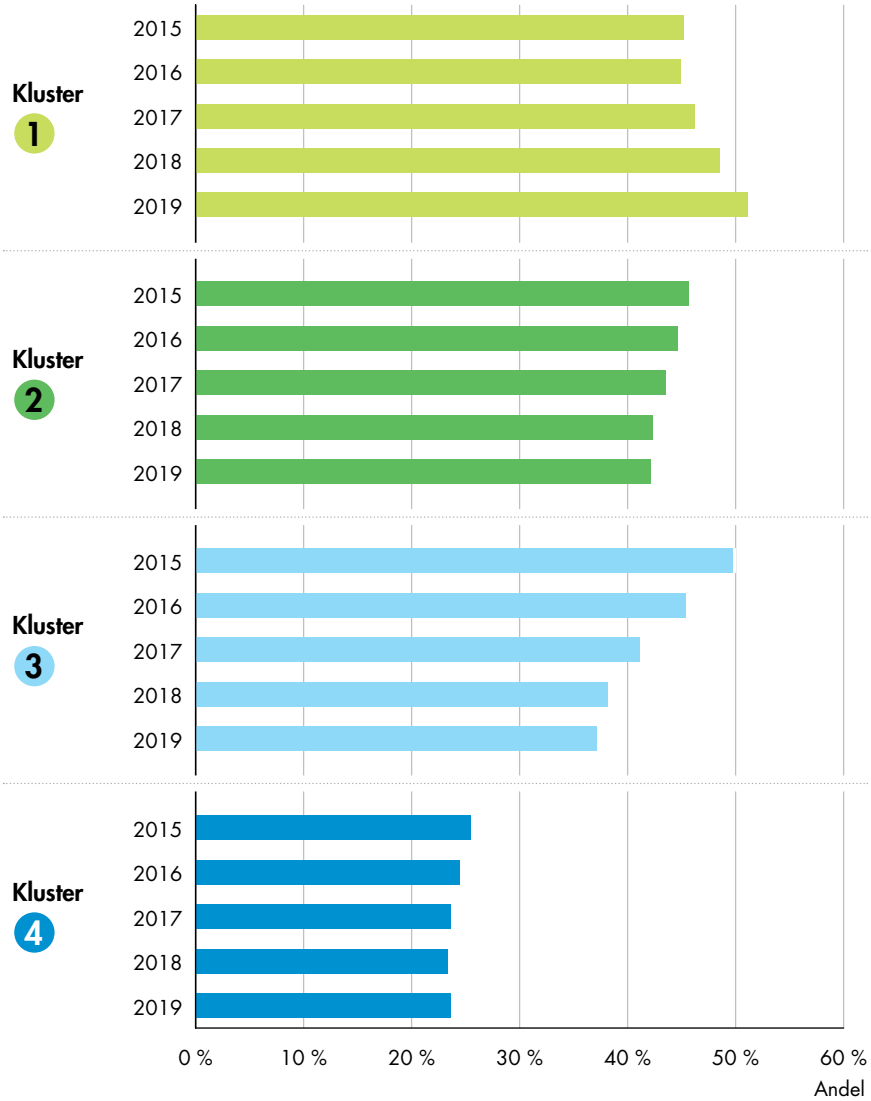
Korttidsverkande preventivmedel utgör majoriteten av alla uthämtade preventivmedel i samtliga socioekonomiska grupper. Det innebär att utvecklingen för korttidsverkande preventivmedel i stort följer utvecklingen i uttag av samtliga hormonella preventivmedel.

Andelen kvinnor i åldern 18–20 år som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel ökade i kluster 1. Samtidigt minskade andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel framförallt i kluster 3 (13 procentenheter), men även i kluster 2 (3 procentenheter) (figur 12). Kluster 4 har lägst andel kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel, andelen är också i stort sett oförändrad 2015–2019.

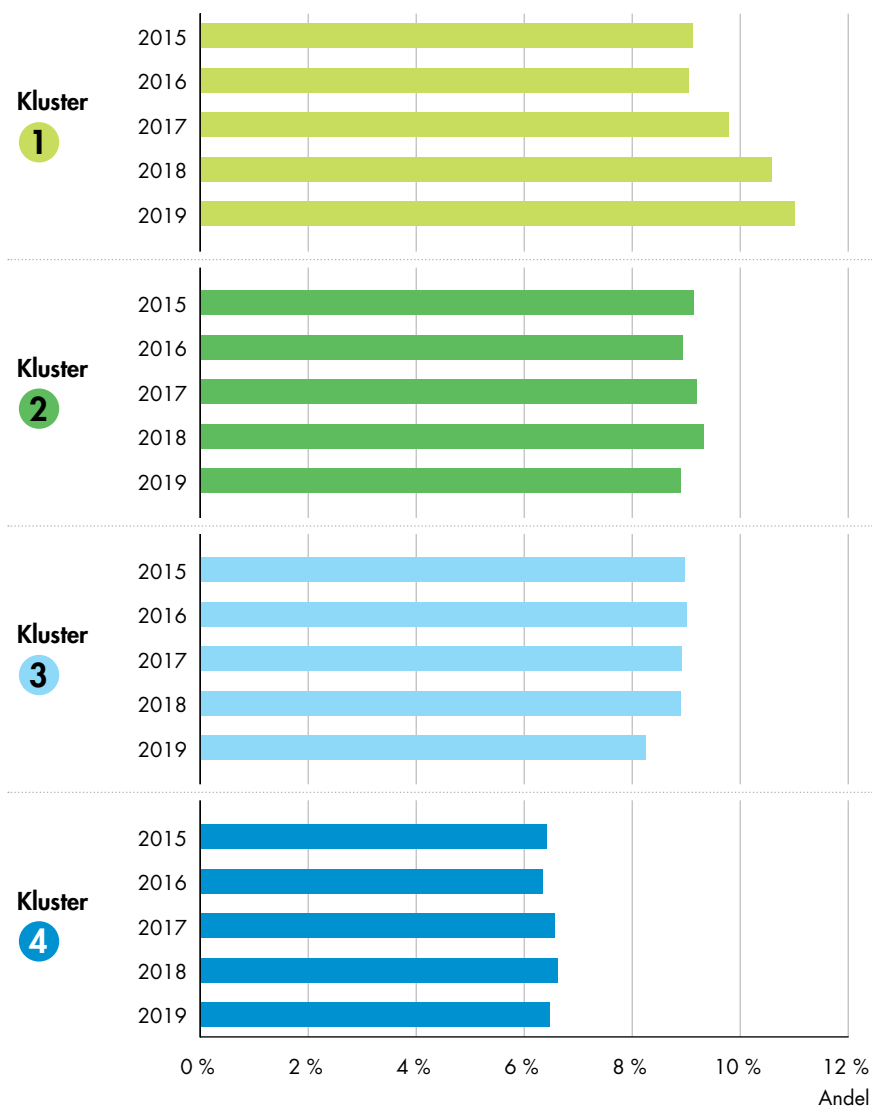
Det genomsnittliga antalet kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel har ökat under 2015–2019. Samtidigt skiljer sig andelen åt mellan de olika socioekonomiska grupperna, men samtliga kluster följer en liknande trend.

Att hämta ut långtidsverkande preventivmedel är något vanligare bland kvinnor i åldern 18–20 år, men det är inte några stora skillnader mellan åren (figur 13). Störst skillnad ser vi i kluster 1, där andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat med två procentenheter. Även för långtidsverkande preventivmedel är uthämtningen lägre i områden där många personer har utländsk bakgrund. Eftersom vi saknar information om hur sexuell aktivitet skiljer sig åt mellan grupperna, kan vi bara dra slutsatser om skillnader i andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel och inte om det otillfredsställda behovet av preventivmedel i respektive grupp.

Figur 12. Andelen kvinnor i åldern 18–20 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel 2015–2019.



Figur 13. Andelen kvinnor i åldern 18–20 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel 2015–2019.



3.2.3 Socioekonomiska faktorer har störst påverkan på yngre kvinnor

Som komplement till vår klusteranalys har vi även gjort en regressionsanalys. Syftet med analysen är att undersöka hur socioekonomiska variabler som inkomst och utbildning påverkar sannolikheten för att en kvinna ska hämta ut hormonella preventivmedel. Vi har använt oss av samma socioekonomiska variabler som ingick i klusteranalysen. I regressionsanalysen är bostadsområdena inte grupperade i olika kluster.

Regressionsanalysen för kvinnor i åldern 18–20 år visar att det finns ett samband mellan utbildningsnivån i ett bostadsområde och andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel. Färre hämtar ut preventivmedel i områden där det är vanligast att enbart ha grundskoleexamen men även i områden där de flesta har eftergymnasial examen som högsta avslutade utbildning. Det innebär att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel generellt är något lägre i områden med fler låg- eller högutbildade personer. Samtidigt hämtar fler ut preventivmedel i områden där de boende har gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning. Det går också att se ett negativt samband mellan andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel och antalet boende med utländsk bakgrund i ett område. Det innebär att det är något färre kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i områden med fler personer med utländsk bakgrund.

Det går att se liknande mönster bland unga kvinnor 15–17 år och 21–25 år. Färre hämtar ut preventivmedel i områden där många har grundskoleexamen som högsta avslutade utbildning. Men till skillnad från de yngre kvinnorna hämtar fler kvinnor i åldern 21–25 år ut preventivmedel i områden med många högutbildade. I och med det avviker den åldersgruppen från de yngre åldersgrupperna. När vi tar bort skillnader som beror på inkomstnivå och utbildning kan vi också se att det finns ett svagt positivt samband mellan antal boende med utländsk bakgrund och andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel för kvinnor i åldern 21–25 år.

Det finns tecken på att områdets socioekonomiska förhållande mer påverkar i vilken mån kvinnor 15–20 år hämtar ut preventivmedel än kvinnor 21–25 år. De socioekonomiska variablerna förklarar en större del av variationen i modellerna för 15–17 åringar och 18–20 åringar än vad det gör för 21–25 åringar.

En möjlig tolkning är att yngre kvinnors preventivmedelsanvändning och om de är sexuellt aktiva eller inte i högre grad påverkas av deras omgivning. Ett antagande skulle kunna vara att yngre kvinnor är mer beroende av sina



föräldrars socioekonomiska situation, medan de något äldre kvinnorna i högre grad har sina egna inkomster, även om de i många fall inte är höga. Detaljerade resultat av regressionsanalysen för kvinnor 15–17 år och 21–25 år finns i bilaga 2.

3.3 SKILLNAD I FÖRSÄLJNINGEN MELLAN REGIONER

När vi har studerat skillnader mellan regioner har vi använt oss av försäljningsstatistik för korttidsverkande preventivmedel från e-Hälsomyndigheten. Från statistiken kan vi konstatera att försäljningen skiljer sig mellan regioner (figur 14). Under 2019 var försäljningen av korttidsverkande preventivmedel för kvinnor i åldern 18–20 år högst i Kalmar och Blekinge samt lägst i Stockholm och Västerbotten.

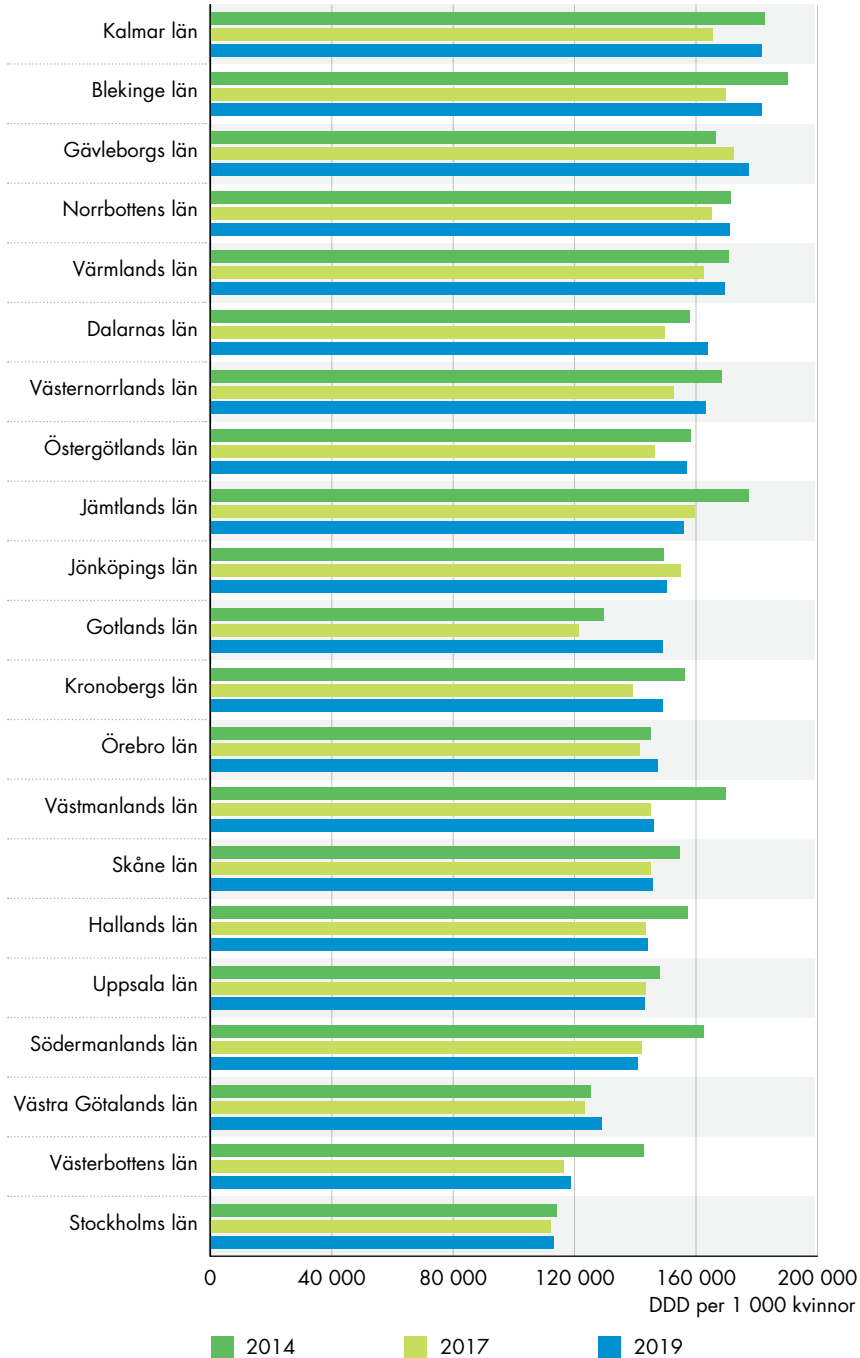
I samband med införandet av kostnadsfria preventivmedel 2017–2018 har försäljningen av korttidsverkande preventivmedel till kvinnor i åldern 15–25 år ökat i 15 av de 21 regionerna och minskat i 6 regioner. För gruppen 18–20 år ökade försäljningen i 16 regioner och minskade i 5 regioner. Ökningen i försäljning till gruppen 18–20-åringar varierade mellan 0,06 och 10,07 procent. Minskningen sträckte sig mellan 0,13 och 0,74 procent. Försäljningen av korttidsverkande preventivmedel för den här åldersgruppen på nationell nivå har ökat med cirka två procent.

3.3.1 Skillnader i regionernas subventioner

Inom ramen för uppföljningen av införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år har vi frågat regionernas läkemedelskommittéer om de subventionerar preventivmedel utanför förmånerna. I enkäten angav 12 regioner att de gör det. Dessa preventivmedel är antingen helt kostnadsfria eller har en egenavgift på 100 kronor per år. Fyra regioner subventionerar alla förekommande preventivmedel. Andra subventionerar specifika preventivmedel, oftast enbart p-ring. I vår enkät till ungdomsmottagningarna uttrycker några företrädare att det är problematiskt att subventionerna skiljer sig mellan regioner. Framför allt uttrycker flera av de som svarat på enkäten att det är ett problem att p-ringen inte subventioneras i alla regioner.

Andelen sålda korttidsverkande preventivmedel utanför läkemedelsförmånen har minskat under 2014–2019 i alla regioner. Däremot varierar andelen mellan regionerna. Skillnaderna verkar bara till viss del kunna förklaras av skillnader i subventionering av preventivmedel utanför förmånen. De regioner som inte subventionerar korttidsverkande preventivmedel

Figur 14. Försäljning av korttidsverkande preventivmedel totalt inom och utom förmånen per region för kvinnor i åldern 18–20 år.



Källa: e-Hälsomyndigheten. Vårdanalys bearbetning.

Not: Korttidsverkande preventivmedel mäts i enheten definierad dygnsdos (DDD). DDD för ett läkemedel är den förmodade medeldosen till vuxna vid underhållsbehandling vid läkemedlets huvudindikation.



utanför förmånen har en något högre försäljning av preventivmedel inom läkemedelsförmånen.

Av de fem regioner som har den högsta försäljningen av korttidsverkande preventivmedel utanför förmånen finns fyra regioner som har haft kostnadsfria preventivmedel sedan tidigare. Två av dem subventionerar även korttidsverkande preventivmedel utanför förmånen.

3.3.2 Ingen region har ändrat tidigare subvention

Vid införandet av kostnadsfria preventivmedel till personer under 21 år hade alla regioner någon form av subventionering av preventivmedel för personer till och med 25 års ålder. Utöver detta subventionerade även vissa regioner preventivmedel som inte ingår i läkemedelsförmånen. Eftersom regionernas subventioner har varierat, och i några fall varit mer långtgående än beslutet om kostnadsfria preventivmedel, betonade regeringen i förarbetena att beslutet syftar till att minska antalet oönskade graviditeter och inte till att sänka regionernas nuvarande nivåer av subventionering av preventivmedel (Ds 2015:59).

Vi har genom en enkät till regionernas läkemedelskommittéer undersökt om regionerna ändrat subventioneringen för personer till och med 25 år i samband med införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år. Ingen av regionerna hade ändrat sin subventionering. Det innebär att fem regioner erbjuder kostnadsfria preventivmedel för personer till och med 25 år, och övriga regioner erbjuder preventivmedel till en egenavgift på 100–200 kronor.

3.4 FLERA FAKTORER KAN HA PÅVERKAT UTVECKLINGEN

Vi kan konstatera att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat, men det går inte att säga hur stor påverkan beslutet om kostnadsfria preventivmedel har haft på den förändringen. Eftersom vi inte kan isolera effekten av kostnadsfriheten från andra faktorer är det möjligt att det finns andra faktorer som också har påverkat utvecklingen. Det finns flera möjliga slutsatser om den påverkan som införandet av kostnadsfria preventivmedel har haft:

- Andelen unga kvinnor som avstod från preventivmedel på grund av kostnaden innan kostnadsfriheten var liten, och därför kan inga större effekter förväntas.

- Kostnaden var ett hinder för att använda preventivmedel för vissa unga kvinnor, men gruppen saknar kännedom om kostnadsfriheten. Ytterligare tid behöver passera från kostnadsfrihetens införande tills att full effekt har uppnåtts.
- De förändringar vi kan konstatera beror på andra faktorer än kostnadsfriheten.
- Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel hade minskat eller ökat i mindre utsträckning även om kostnadsfriheten inte hade införts och det finns därför en dold effekt.

Det kan också vara så att det är en kombination av dessa möjliga slutsatser som har påverkat den utveckling vi kan se. Det skulle innebära att den potentiella effekten av kostnadsfriheten var låg, att vissa kvinnor i målgruppen saknar kännedom om kostnadsfriheten och att det finns andra faktorer som har påverkat utvecklingen, exempelvis förändringar i ungdomsmottagningarnas arbete. I det här avsnittet presenterar vi det underlag vi har som på olika sätt stödjer eller motsäger de möjliga hypoteserna.

3.4.1 Oklart hur stor effekten av kostnadsfriheten blir

En möjlighet är att en liten andel kvinnor avstod från preventivmedel på grund av kostnaden. Det skulle kunna förklara att vi bara ser en liten ökning av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel efter kostnadsfrihetens införande. Både i vår analys av uthämtade preventivmedel och i tidigare studier finns det delvis stöd för den teorin.

Kvinnor har angett att kostnaden är en orsak att inte använda preventivmedel (Helström 2006; Makenzius 2012). Mellan 1,4 och 4 procent av kvinnorna i Folkhälsomyndighetens undersökningar av den sexuella hälsan anger kostnadsskäl för att inte använda preventivmedel (Folkhälsomyndigheten 2017; Folkhälsomyndigheten 2019). SBU (2011) konstaterar att det troligen finns ett samband mellan subventionering av preventivmedel och minskat antal aborter, men att storleken på effekten är svår att bedöma. Studier från IFAU (2009) och Västra Götalandsregionen (2000) visar att preventivmedelsförsäljningen ökade när subventioner infördes.

Sammanfattningsvis finns det flera tecken på att kostnaden påverkar användningen av preventivmedel, men att det troligen inte är en stor andel av kvinnorna som avstår från preventivmedel på grund av kostnaden. Det medför att den förväntade effekten förmodligen inte är stor. Å andra sidan



finns det tecken som tyder på att införandet av kostnadsfria preventivmedel har haft en effekt. Till exempel har andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel ökat i de åldersgrupper som omfattas av kostnadsfria preventivmedel, det vill säga för kvinnor 15–17 år och 18–20 år, men inte för kvinnor 21–25 år.

Beslutets faktiska påverkan på ungas ekonomi

Beroende på hur regionernas subventioner för preventivmedel till unga såg ut innan införandet av kostnadsfria preventivmedel förändrar beslutet de ungas kostnader för preventivmedel i olika utsträckning. I praktiken har beslutet inte inneburit någon ekonomisk förändring för kvinnor under 21 år som bor i Blekinge, Norrbotten, Skåne, Uppsala och Örebro, eftersom preventivmedel inom läkemedelsförmånerna redan var kostnadsfria för unga i de regionerna.

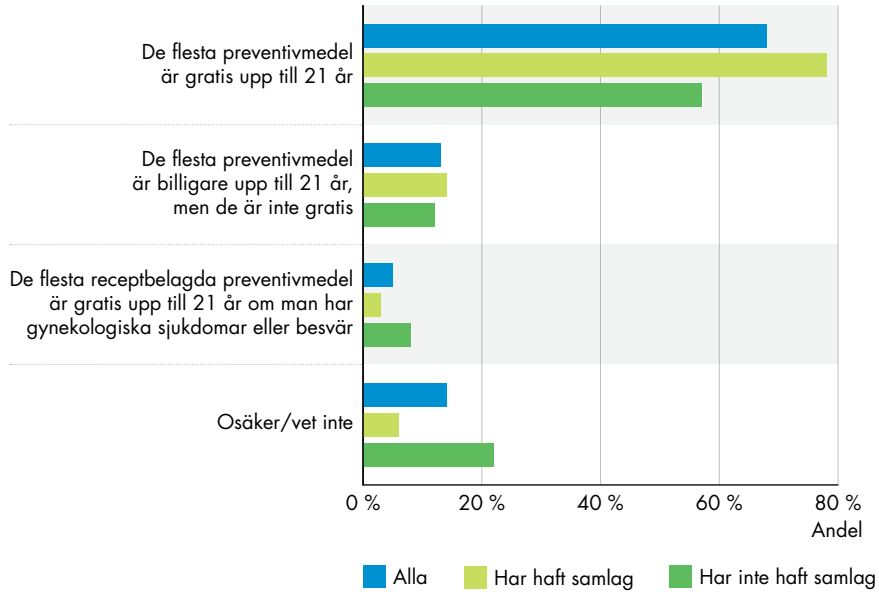
Omkring 24 procent av landets unga kvinnor i åldern 18–20 år bor i de regionerna (SCB 2020). För dem har beslutet praktiskt inte inneburit någon förändring. Detta är viktigt att ta hänsyn till i analyser av uthämtade preventivmedel och tonårsgraviditeter, eftersom eventuella förändringar i de regionerna inte direkt kan tillskrivas beslutet. För resterande 76 procent av kvinnorna i åldern 18–20 år innebär beslutet en minskning av kostnaden på 100–200 kronor per år för preventivmedel inom läkemedelsförmånerna.

3.4.2 Fler unga kvinnor som haft samlag känner till kostnadsfriheten

Information om kostnadsfriheten behöver nå ut för att en förändring ska få effekt för den grupp där kostnaden är avgörande för att hämta ut preventivmedel. Det finns generellt en förhållandevis god kännedom om kostnadsfriheten bland unga kvinnor visar resultaten på frågor i Ungdomsbarometern. Av de tillfrågade kvinnorna angav 68 procent att de flesta receptbelagda preventivmedel är gratis upp till 21 år (figur 15). De som inte känner till kostnadsfriheten anger att preventivmedel är billigare men inte gratis, att de är osäkra eller inte vet.

En viktig faktor för kännedom om kostnadsfriheten är om personen har haft samlag eller inte. Kännedomen ökar hos kvinnor som har haft samlag. Av kvinnorna som har haft samlag anger 78 procent att de flesta preventivmedel är gratis jämfört med 57 procent av kvinnorna som inte haft samlag. Bland de kvinnor som inte haft samlag svarar en större andel att de är osäkra eller inte vet.

Figur 15. Kännedom om kostnadsfrihet bland unga kvinnor. Fråga: Vilket av följande påståenden tror du stämmer om kostnaden för receptbelagda preventivmedel?



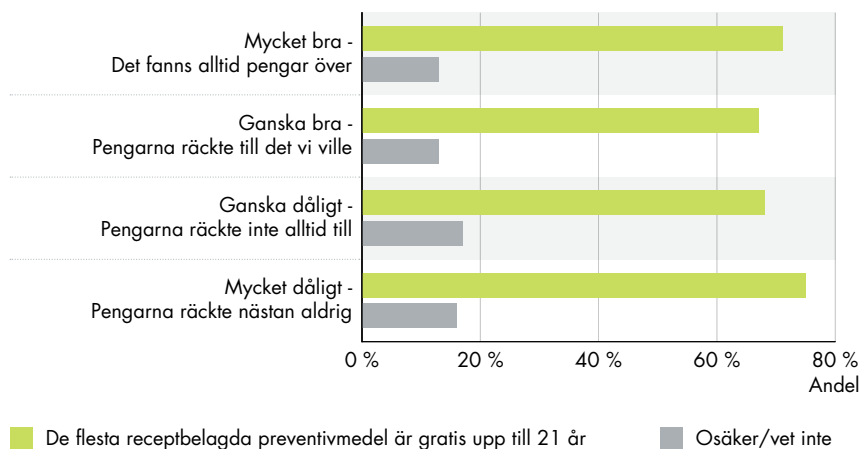
Källa: Vårdanalys fråga genom Ungdomsbarometern 2019.

Vid uppdelning av svaren per ålder kan vi se att kvinnor som var 17 år vid undersökningen oftare kände till kostnadsfriheten, och sällan inte visste eller var osäkra. Lägst kännedom hade 15-åringarna och 21-åringarna. Det är små geografiska skillnader i kännedom om kostnadsfriheten, och vårdnadshavarnas utbildningsnivå verkar inte heller ha en stor påverkan på kännedomen.

De kvinnor som besvarade enkäten fick svara på hur de upplevde familjens ekonomiska situation under uppväxten. Bland de kvinnor som upplevde en mycket dålig ekonomisk situation var kännedomen om kostnadsfria preventivmedel något högre (figur 16). Skillnaden i kännedom minskar däremot när svaren också kombineras med om de haft samlag eller inte, där alla som haft samlag har ungefär lika god kännedom oavsett upplevd ekonomisk situation.



Figur 16. Kännedom om kostnaden för preventivmedel jämfört med självupplevd ekonomisk situation under uppväxten.



Källa: Vårdanalys fråga genom Ungdomsbarometern 2019.

Kvinnor med utländsk bakgrund svarar i högre utsträckning att de inte vet eller är osäkra på kostnaderna för preventivmedel. Men skillnaden minskar när svaren även relateras till sexuell aktivitet. Ett antagande kan vara att kännedomen om kostnadsfriheten för preventivmedel snarare avspeglar om personen är sexuellt aktiv eller inte.

I studien *UngKAB15* konstaterar Folkhälsomyndigheten att den genomsnittliga sexuella debutåldern är 16 år (Folkhälsomyndigheten 2017), hos unga utrikesfödda sker den sexuella debuten senare, vid 19 års ålder (Folkhälsomyndigheten 2020a). I undersökningen antas den senare sexdebuten bero på normer för avhållsamhet i gruppen (Folkhälsomyndigheten 2020a). I enkäten till unga utrikesfödda anger sju procent av ungdomarna i åldern 16–19 år att de har ett behov av kostnadsfria preventivmedel, trots att den här gruppen redan erbjuds det.

Resultatet i vår fråga i Ungdomsbarometern bygger troligen på en kombination av senare sexdebut i gruppen unga med utländsk bakgrund, men även att den gruppen generellt har lägre kunskap om preventivmedel och vart man kan vända sig för preventivmedelsrådgivning.

3.4.3 Förändringar i ungdomsmottagningarnas arbete kan påverka

Andra faktorer som kan påverka användningen av preventivmedel och antalet önskade graviditeter är tillgängligheten till preventivmedelsrådgivning, ungdomsmottagningarnas arbete att nå ut till nya grupper och frekvensen av användning av långtidsverkande preventivmedel.

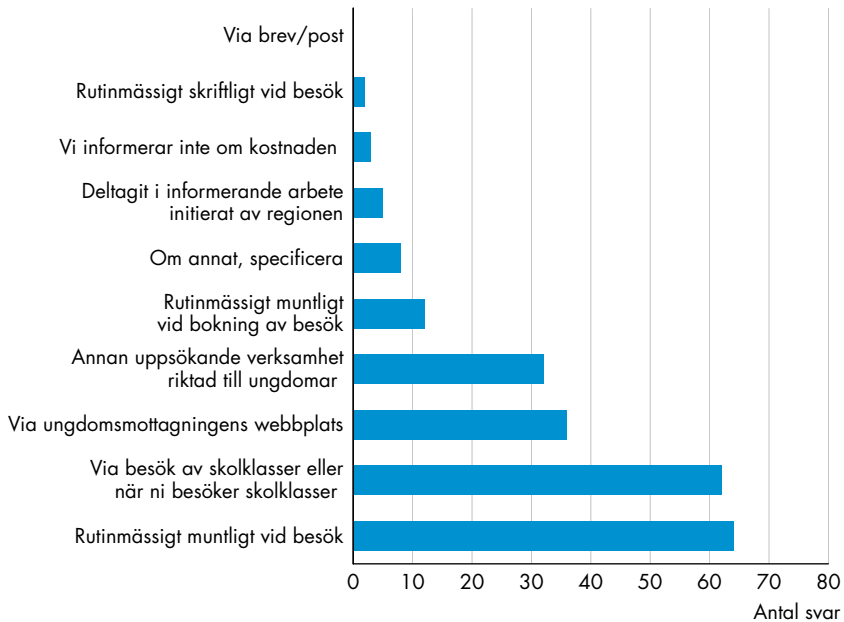
Sedan 2016 har det pågått en satsning på psykisk hälsa bland annat genom en överenskommelse mellan staten och SKR. Pengar från den satsningen har använts för att stärka ungdomsmottagningarnas arbete. Satsningen på ungdomsmottagningarna har omfattat 130 miljoner kronor per år under 2016–2019, totalt 520 miljoner kronor (SKL 2019). SKR utvärderar ungdomsmottagningarnas arbete inom satsningen varje år. Bemanning har varit en stor del av satsningen där de flesta regionerna har använt en del av pengarna till en ökad bemanning (SKL 2019). Totalt sett användes omkring hälften av medlen till detta. Andra områden där insatser har genomförts är ökad tillgänglighet och kompetensutveckling. Insatser för ökad tillgänglighet inkluderar bland annat utökade öppettider, nya mottagningar och andra kommunikationssätt. Inom kompetensutveckling har mottagningarna exempelvis tagit fram vägledande dokument, förbättrat samverkan och genomfört insatser som riktar sig till personal som arbetar med nyanlända eller till de unga nyanlända.

Ungdomsmottagningarna informerar om kostnadsfriheten

Regionernas arbete för att informera om kostnadsfriheten och preventivmedel varierar i landet. Det vanligaste är att ungdomsmottagningarna informerar om kostnadsfriheten muntligt vid besök på mottagningen (figur 17). Ungdomsmottagningarna uppger även att de informerar om kostnadsfriheten när de besöker skolklasser eller när de tar emot ungdomar på studiebesök på mottagningen. Information om kostnadsfriheten finns även på ungdomsmottagningens webbplats.



Figur 17. Tillvägagångssätt för att informera om kostnadsfrihet på ungdomsmottagningar som har besvarat Vårdanalys enkät.



Källa: Vårdanalys enkät till ungdomsmottagningar 2019.

Ungdomsmottagningarna arbetar för ökad tillgänglighet och för att nå ut till fler

Ungdomsmottagningarna arbetar både med individuell rådgivning och utåt-riktat arbete, exempelvis besök i skolor för att öka användningen av preventivmedel och förebygga oönskade graviditeter. Flera mottagningar informerar och utbildar även annan hälso- och sjukvårdspersonal om preventivmedel.

Ungdomsmottagningarnas tillgänglighet diskuterades under de fokusgrupper som Vårdanalys har genomfört. Några vanliga hinder för att gå till ungdomsmottagningen är risken att stöta på någon man känner, att föräldrarna kan få veta eller att tiderna krockar med skolan. Detta är även något som MUCF (2015) och SKR (2020) har identifierat som hinder för att unga ska besöka ungdomsmottagningen.

Vår enkät till ungdomsmottagningarna visar att många av de insatser som verksamheterna genomförde för att förebygga oönskade graviditeter handlar om tillgänglighet till preventivmedel. Detta kan både handla om att erbjuda kostnadsfria kondomer och akut p-piller, men även att öka tillgängligheten till preventivmedelsrådgivning (figur 18). Flera mottagningar erbjuder

tidsbokning via webben och digitala vårdmöten. Flera mottagningar har även öppet under hela sommaren, och erbjuder kvällsöppet minst en kväll i veckan.

Figur 18. Insatser från ungdomsmottagningarna för att ge en ökad tillgänglighet till preventivmedel.



Källa: Vårdanalys enkät till ungdomsmottagningar 2019.

Att minska skillnader mellan socioekonomiska grupper och rikta insatser till utrikesfödda kan ha betydelse i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter (Helström 2003; Hognert 2018a; Makenzius 2012).

För att nå ut till fler ungdomar anger företrädare för ungdomsmottagningarna i vår enkät att mottagningarna har genomfört insatser riktade mot specifika grupper. Det kan vara unga nyanlända (42 svar), unga med funktionsnedsättning (27 svar) och unga i socioekonomiskt utsatta områden (14 svar). Exempel på genomförda insatser är

- besök på språkintruktionsprogram på gymnasiet och i särskolan
- studiebesök på mottagningen för ensamkommande ungdomar
- framtagande av informationsmaterial till elever i särskola (åk 7–9)
- deltagande i evenemang i socioekonomiskt utsatta områden, exempelvis temadag om hälsa.

Flera mottagningar har även gjort specifika insatser som riktar sig till alla ungdomar. Detta kan exempelvis vara att ordna tjej- respektive killkvällar, eller att ha en satellitmottagning i en skola för att komma närmare ungdomarna.

De flesta av företrädarna för ungdomsmottagningarna (38 av 76) i vår enkät upplever inte någon förändring i efterfrågan av preventivmedelsrådgivning. Det var 15 företrädare som upplevde en ökad efterfrågan. Ökningen kan bland annat bero på en ökad tillgänglighet, exempelvis i form av ökad bemanning och införandet av digitala vårdmöten. Sju av företrädarna upplever att ökningen beror på införandet av kostnadsfria preventivmedel.

Ungdomsmottagningarna arbetar för att fler ska använda långtidsverkande preventivmedel. Majoriteten (69 av 76) av företrädarna för ungdomsmottagningarna som deltog i vår enkät angav att de arbetar för att öka användningen av långtidsverkande preventivmedel. Detta sker främst genom utökad information, exempelvis om fördelar med långtidsverkande preventivmedel jämfört med korttidsverkande. Informationen ges både vid individuell rådgivning och vid besök i skolor.

3.4.4 Kostnadsfriheten kan ha medfört ett trendbrott

Vi bör beakta möjligheten att det kan finnas en dold effekt av kostnadsfriheten, det vill säga att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel skulle ha minskat även om kostnadsfriheten inte hade införts. Ett sätt att bedöma en dold effekt är att studera längre tidsserier för uthämtade preventivmedel.

Om andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel under en lång tid har minskat och vi i samband med kostnadsfriheten ser ett trendbrott skulle en dold effekt kunna finnas. När vi studerar uthämtade preventivmedel för kvinnor 18–20 år över en längre tid ser vi att det har funnits en nedåtgående trend för den totala andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel. Men i samband med kostnadsfrihetens införande ökar uttaget av preventivmedel. Det kan vara ett tecken på att kostnadsfriheten har haft effekt och påverkat den totala andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel.

Ett annat tillvägagångssätt för att identifiera en dold effekt är via en kontrollgrupp. I den här uppföljningen kan de regioner som hade infört kostnadsfrihet innan det generella beslutet om kostnadsfria preventivmedel användas som kontrollgrupp. Ett tecken på att kostnaden av preventivmedel gör skillnad vore om försäljningen av preventivmedel skiljer sig mellan de län som erbjuder kostnadsfria preventivmedel och de som har en avgift.

Fem av landets regioner (Blekinge, Norrbotten, Skåne, Uppsala och Örebro) har erbjudit kostnadsfria preventivmedel till unga kvinnor till och med 25 år innan det infördes nationellt (Vårdanalys 2018). Generellt skiljer sig inte försäljningsmönstret mellan dem som haft kostnadsfrihet en längre period från dem som införde kostnadsfriheten i samband med det generella beslutet om kostnadsfria preventivmedel. Preventivmedelsförsäljningen minskade mellan 2017–2018 i tre av regionerna som infört kostnadsfria preventivmedel tidigare. I de övriga två regionerna ökade försäljningen med cirka 3,8 procent.





Potentiella effekter av beslutet – tonårsfödslar, aborter och oönskade konsekvenser

Vi har studerat utvecklingen av antalet tonårsfödslar och antalet aborter de senaste åren och i samband med införandet av kostnadsfria preventivmedel. Vi har också analyserat skillnader i tonårsfödslar och aborter mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Till sist har vi undersökt om antalet sexuellt överförbara infektioner har ökat som en oönskad konsekvens av beslutet om kostnadsfria preventivmedel.

Våra viktigaste resultat:

- Tonårsfödslar har minskat sedan 2010, men födslarna är ojämnt fördelade mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Det är fler kvinnor i områden där många har utländsk bakgrund som har fött barn.
- Generellt finns en nedåtgående trend för antalet aborter. Antalet aborter per 1 000 kvinnor är högre bland kvinnor i åldern 21–25 år det vill säga som inte ingår i målgruppen för kostnadsfria preventivmedel. Det finns tecken på att antalet aborter är ojämnt fördelat mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden.
- Antalet tonårsgraviditeter har minskat under 2010–2018 vilket tydliggörs av att både aborter och antalet tonårsfödslar har minskat. Det är viktigt att även följa antalet födslar, eftersom färre aborter skulle kunna medföra fler födslar.
- En ökning av sexuellt överförbara infektioner skulle kunna vara en oönskad konsekvens av införandet av kostnadsfria preventivmedel. Vi ser

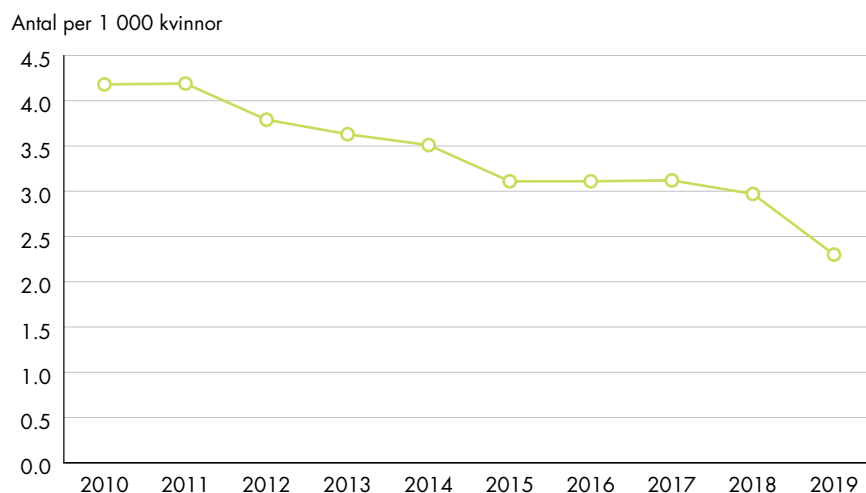


att infektionerna har blivit fler, men det beror troligen på att testningen har ökat och att fler fall därför upptäcks. Vi kan inte uttala oss om ifall kostnadsfriheten kan ha påverkat utvecklingen.

4.1 ANTALET TONÅRSFÖDSLAR HAR MINSKAT

Antalet barn som har fötts av kvinnor under 19 år har minskat under 2010–2019 (figur 19). Sedan 2010 har antalet födda barn per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år i stort sett halverats. För kvinnor i åldern 18–20 år är minskningen något mindre. I den åldersgruppen kan det vara så att fler personer aktivt försöker bli gravida. Antalet födda barn fortsätter att minska 2017, det vill säga i samband med införandet av kostnadsfria preventivmedel. Den minskning som konstateras ser dock ut att vara en del i en nedåtgående trend med många potentiellt bakomliggande faktorer.

Figur 19. Antalet födda barn per 1 000 kvinnor 15–19 år.



Källa: SCB 2020. Vårdanalys bearbetning.

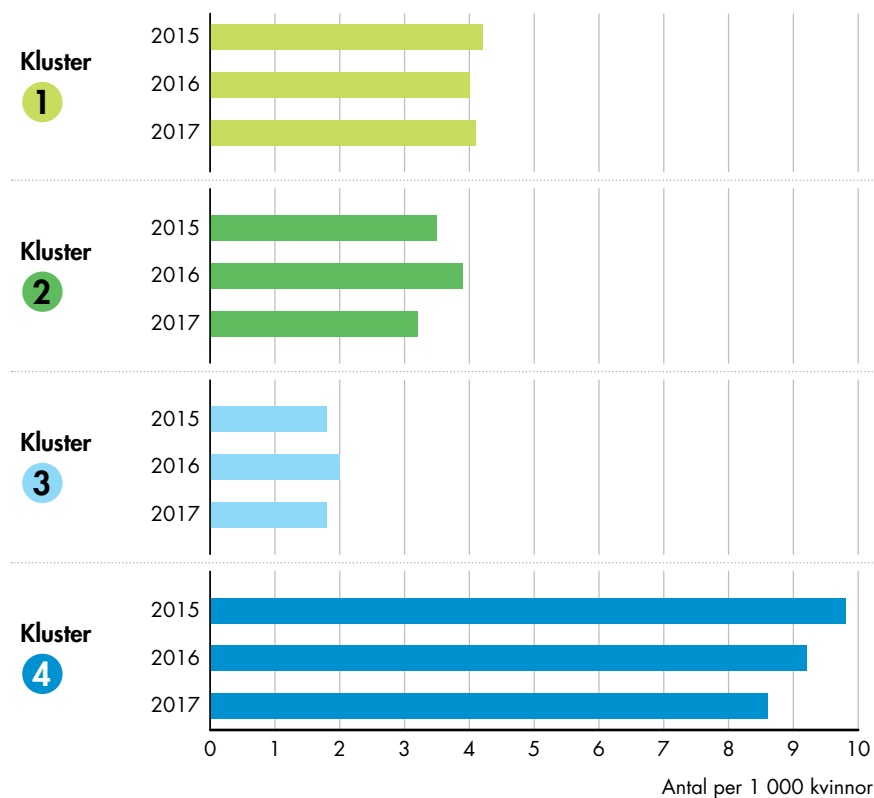
Antalet födda barn per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år har minskat i alla regioner 2010–2019, men det finns regionala skillnader i antalet barn som fötts. Ingen tydlig avvikelse från den minskande trenden kan identifieras på regional nivå i samband med införandet av kostnadsfria preventivmedel 2017. Det finns en variation i antalet födda barn mellan åren och det finns många möjliga förklaringar till variationerna.

Vi kan inte se någon tydlig skillnad i antalet födda barn av kvinnor i åldern 15–19 år i de regioner som införde kostnadsfria preventivmedel redan 2014 jämfört med övriga regioner.

4.1.1 Flest tonårsfödslar i områden där många har utländsk bakgrund

Genom vår klusteranalys ser vi att det finns skillnader i antalet tonårsfödslar mellan områden med olika socioekonomiska förhållanden. Vi har använt oss av samma kluster som i analysen av andelen kvinnor i olika områden som har hämtat ut preventivmedel, en beskrivning av klustren finns i figur 9 i kapitel 3 ovan. Resultaten av analysen framgår av figur 20.

Figur 20. Antalet kvinnor 19 år och yngre som fött barn per 1 000 kvinnor i befolkningen i respektive socioekonomisk grupp 2015–2017.



Antalet tonårsfödslar är högst i kluster 4, det vill säga områden där i genomsnitt 61 procent har utländsk bakgrund, och lägst i kluster 3, det vill



säga områden där i genomsnitt 37 procent har hög inkomst och 43 procent har en universitetsexamen. Antalet tonårsfödslar varierar samtidigt mellan åren. I kluster 4 ser vi att antalet kvinnor som har fött barn har minskat under 2015–2017.

Från analysen kan vi konstatera att det finns socioekonomiska skillnader i tonårsfödslar. Om de skillnaderna kvarstår även efter införandet av kostnadsfria preventivmedel kan vi inte uttala oss om eftersom vi inte har information om antalet födslar efter 2017. Samtidigt kan vi notera att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i kluster 4 är oförändrad även efter införandet av kostnadsfria preventivmedel. Det skulle kunna vara ett tecken på att skillnaderna mellan grupperna kvarstår även för antalet tonårsfödslar.

4.2 ANTALET ABORTER HAR MINSKAT ÖVER TID

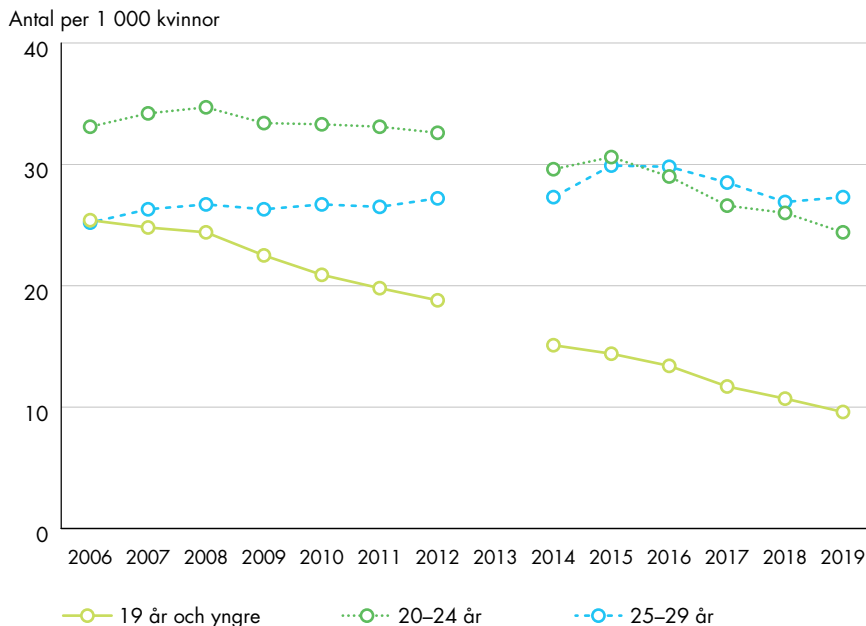
Enligt abortlagens nuvarande lydelse ska abort utföras före utgången av artonde havandeskapsveckan om kvinnan begär det, om det inte medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa (1 § abortlagen). I Sverige rapporteras uppgifter om aborter till Socialstyrelsen.

Statistikinsamlingen har förändrats under de senaste åren. Den statistik som nu förs är mindre detaljerad än tidigare. Det medför bland annat att det inte går att följa komplett abortstatistik utifrån kvinnors födelseår, utan bara utifrån sammanslagna åldersgrupper.

Utifrån uppföljningen av införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år är det intressant att studera abortstatistik för unga kvinnor i åldern 18–20 år. Statistik för de kvinnorna finns i två åldersgrupper i abortstatistiken: kvinnor 19 år och yngre och kvinnor 20–24 år. Det innebär att vi inte kan redovisa specifika uppgifter för det totala antalet aborter bland kvinnor i målgruppen för kostnadsfria preventivmedel.

Under 2019 rapporterades cirka 36 000 aborter i Sverige. Det motsvarar cirka 19 aborter per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–44 år (Socialstyrelsen 2020b). Det totala antalet aborter har varierat mellan omkring 36 000 och 38 000 aborter per år sedan 2006. Statistik över antalet aborter per 1 000 kvinnor i åldersgrupperna 19 år och yngre, 20–24 år och 25–29 år framgår av figur 21. Vi noterar att det har skett en stor minskning av antalet aborter bland kvinnor som är 19 år och yngre.

Figur 21. Antalet aborter per 1 000 kvinnor per åldersgrupp 2006–2019.



Källa: Socialstyrelsen 2020. Vårdanalys bearbetning.

Not: Data för 2013 saknas på grund av uppehåll i datainsamlingen. Från och med 2014 rapporteras antalet aborter med en ny metod. För 2017 saknas uppgift om ålder för omkring 1 procent av aborterna. Siffrorna för åldersklasser är underskattade.

De senaste tio åren har antalet tonårsaborter minskat bland kvinnor som är 19 år och yngre, från cirka 7 500 aborter 2006 till cirka 2 600 aborter 2019. I åldersgruppen kvinnor 19 år och yngre rapporterades 9,6 aborter per 1 000 kvinnor 2019, jämfört med 25,4 aborter per 1 000 kvinnor 2006.

Enligt Socialstyrelsen (2020b) kan minskningen bero på ökad användning av långtidsverkande preventivmedel och ekonomiska subventioner av preventivmedel. I Socialstyrelsens statistik om förskrivning av preventivmedel ser vi exempelvis att användandet av långtidsverkande preventivmedel har fördubblats under perioden 2006–2018. År 2018 fick omkring 16 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år hormonspiral eller p-stav, vilket kan jämföras med ungefär 7 000 kvinnor i samma åldersgrupp 2006.

Aborter har länge varit vanligast i åldersgruppen 20–24 år, men sedan 2016 har antalet aborter varit högre i åldersgruppen 25–29 år. Antalet aborter i åldersgruppen 20–24 år har minskat, medan aborterna i gruppen 25–29 år har ökat.

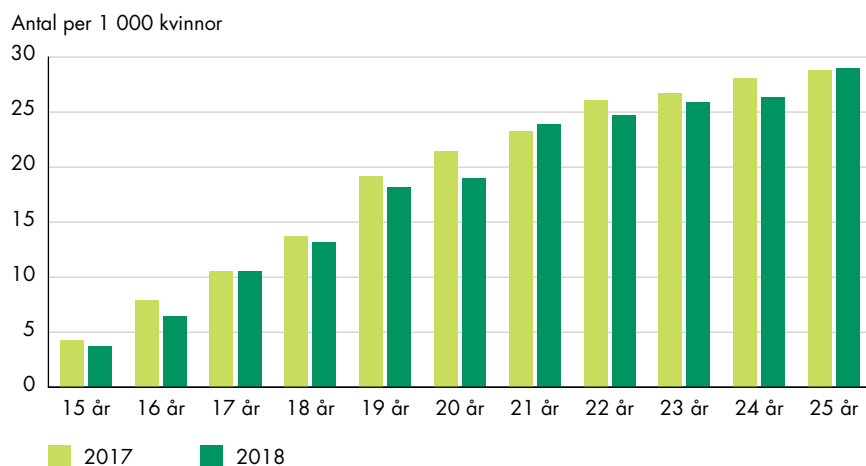


4.2.1 Patientregistret ger information om aborter i varje årskull

Sedan 2017 sammanställer Socialstyrelsen även information om antalet aborter från Patientregistret. Genom det registret kan man göra en uppdelning av antalet aborter utifrån kvinnans födelseår.

Det är enbart läkarbesök inom specialistvården som rapporteras till registret, vilket medför att en stor andel av aborterna saknas i registret (Socialstyrelsen 2020c). Exempelvis hanteras tidiga medicinska aborter självständigt av en barnmorska och kommer därmed inte med i registreringen. År 2017 rapporterades 37 000 aborter i Socialstyrelsens abortstatistik, samtidigt som 12 700 kvinnor hade fått huvuddiagnosen *O04 Legal abort* i Patientregistret. Figur 22 visar antalet aborter som var registrerade i Patientregistret 2017–2018 och beräknade som antalet aborter per 1 000 kvinnor per årskull.

Figur 22. Antalet aborter per 1 000 kvinnor och per årskull 2017–2018.



Källa: Socialstyrelsen. Vårdanalys bearbetning.

I målgruppen för kostnadsfria preventivmedel, det vill säga kvinnor i åldern 18–20 år, har antalet aborter minskat med cirka 7 procent. Aborterna minskade från 2 807 aborter 2017 till 2 611 aborter 2018. Beräknat per 1 000 kvinnor i åldersgruppen motsvarar det en minskning från 18,2 aborter per 1 000 kvinnor 2017 till 16,7 aborter per 1 000 kvinnor 2018.

4.2.2 Skillnad i utvecklingen av antalet aborter mellan socioekonomiska grupper

Sannolikheten att göra abort påverkas av socioekonomiska faktorer som inkomst- och utbildningsnivå och arbetslöshet (Helström 2003; Iseyemi 2017; Makenzius 2012; Scott 2017).

Vi har gjort en klusteranalys som visar att det finns skillnader i antalet aborter mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Vi har identifierat tre kluster i vår analys, de beskrivs kortfattat i figur 23.

Figur 23. Beskrivning av de tre klustren som ingår i klusteranalysen.

Kluster 1	Kluster 2	Kluster 3
<p>Kluster 1 är störst och består av 3 146 bostadsområden. Inkomstnivån är jämnt fördelad över inkomstkvartilerna. 51 procent av de boende har en gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning. Arbetslösheten är i genomsnitt 2,5 procent.</p>	<p>Kluster 2 består av 932 bostadsområden. I genomsnitt återfinns 41 procent av de boende i den lägsta inkomstkvartilen. Det är omkring 42 procent som har en gymnasieexamen som högst avslutade utbildning och ungefär lika många har någon form av eftergymnasial examen. Det är också det klostret med högst arbetslöshet (6 procent).</p>	<p>Kluster 3 består av 1 540 bostadsområden. Cirka 36 procent av invånarna befinner sig i den högsta inkomstkvartilen. 42 procent har en eftergymnasial utbildning som är längre än 3 år. Områden i detta kluster har även lägst arbetslöshet av samtliga kluster (2 procent).</p>

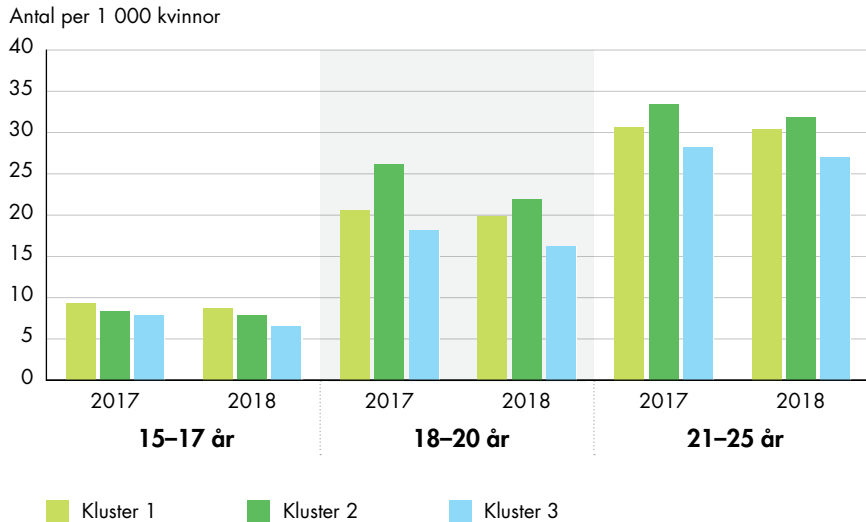
I samtliga kluster sker fler aborter hos kvinnor i åldern 21–25 år (figur 24). Bland de yngsta kvinnorna är det små skillnader mellan antalet aborter i olika kluster, men det sker något fler aborter i kluster 1. Lägst antal aborter sker i kluster 3.

Bland kvinnor i åldrarna 18–25 år sker flest aborter i kluster 2. Resultatet gäller för både 2017 och 2018, även om antalet aborter har minskat mellan dessa år. Lägst antal aborter sker i kluster 3.

Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att resultaten inte inkluderar alla aborter som har utförts, att tidserien är kort och att det finns många faktorer som påverkar antalet aborter som är svåra att mäta i den här typen av analys. Resultaten ska därför tolkas med försiktighet.



Figur 24. Antalet aborter per 1 000 kvinnor i olika socioekonomiska kluster och åldersgrupp 2017–2018.



En annan faktor som påverkar sannolikheten att genomgå en abort är att tidigare ha genomgått en abort. Kvinnor som genomgår upprepad abort har ofta en högre grad av socioekonomisk utsatthet jämfört med kvinnor som enbart genomgår en abort (Makenzius 2012).

Vid omkring 37 procent av de aborter som genomgicks av kvinnor mellan 20–24 år 2019 hade kvinnan tidigare gjort en eller flera aborter (Socialstyrelsen 2020b). Bland kvinnor under 19 år hade kvinnan gjort minst en abort vid ett tidigare tillfälle i 15 procent av aborterna. Andelen aborter där kvinnan har gjort minst en abort vid ett tidigare tillfälle har minskat sedan 2017 för kvinnor 19 år och yngre.

4.3 ANTALET TONÅRSGRAVIDITETER VISAR ABORTER OCH TONÅRSFÖDSLAR

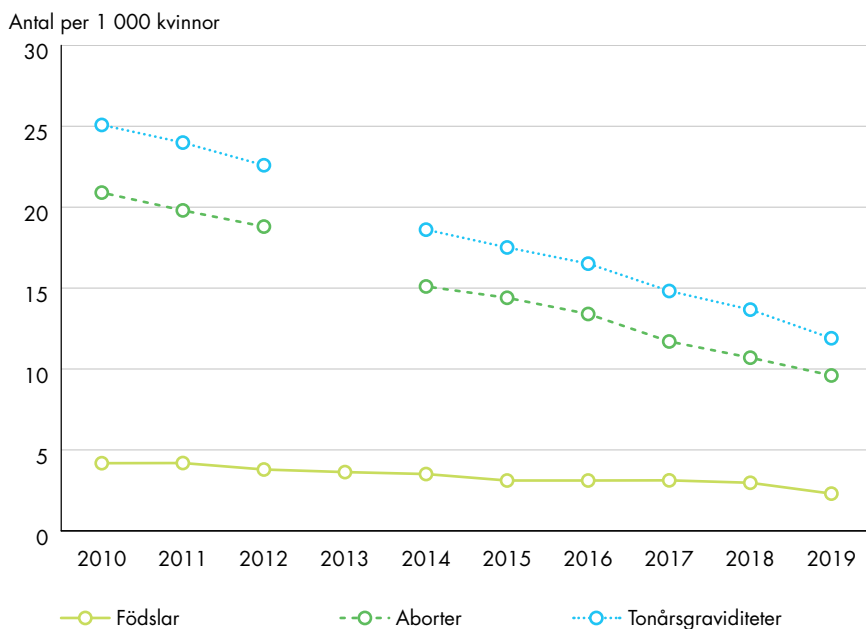
En minskning av antalet tonårsaborter måste alltid relateras till antalet tonårsfödslar i åldersgruppen, eftersom färre aborter skulle kunna förklaras av fler födslar. Som konstaterat ovan har antalet tonårsfödslar också minskat under en längre tid, men inte i samma utsträckning som antalet aborter.

Det totala antalet tonårsgraviditeter följer av antalet tonårsfödslar och antalet aborter, exklusive de graviditeter som slutar i missfall. Risken för

missfall ökar med kvinnans ålder, och omkring 15–25 procent av alla kvinnor har genomgått ett eller flera missfall (Folkhälsomyndigheten 2019).

Antalet tonårsgraviditeter (per 1 000 kvinnor i åldern 15–19 år) har minskat under 2010–2019, från 25,1 år 2010 till 11,9 år 2019 (figur 25). Det motsvarar en minskning av det totala antalet tonårsgraviditeter från 7 646 graviditeter 2010 till 3 210 graviditeter 2019, vilket är en minskning på 58 procent. Det är både antalet tonårsfödslar och antalet aborter som har minskat under den perioden, där antalet aborter har minskat med 60 procent och tonårsfödslar med 50 procent.

Figur 25. Antalet tonårsaborter, tonårsfödslar och tonårsgraviditeter per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år 2010–2019.



Källa Socialstyrelsen 2020 och SCB 2020. Vårdanalys bearbetning.

4.4 UTVECKLING AV SEXUELLT ÖVERFÖRBARA INFEKTIONER

Användning av hormonella preventivmedel som p-piller och spiral minskar risken för att bli gravid men skyddar inte mot sexuellt överförbara infektioner. Innan beslutet om kostnadsfria preventivmedel fattades fick remissinstanser yttra sig om förslaget. En risk som en remissinstans lyfte fram var att



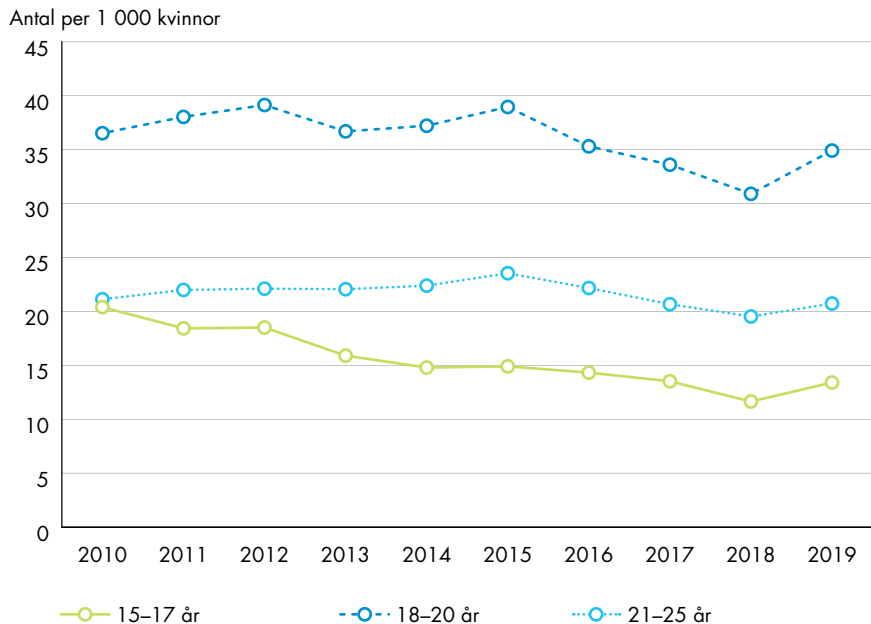
införandet av kostnadsfria preventivmedel skulle kunna medföra minskad kondomanvändning till förmån för hormonella preventivmedel. Därmed skulle risken för att smittas av sexuellt överförbara infektioner kunna öka som en oönskad konsekvens av införandet av kostnadsfria preventivmedel.

Enligt Folkhälsomyndigheten (2017) är klamydia den vanligaste sexuellt överförbara infektionen bland unga. Fler kvinnor testar sig för både klamydia och gonorré än män (Folkhälsomyndigheten 2017).

Under de senaste åren har antalet klamydiainfektioner minskat bland kvinnor i åldern 15–24 år, bortsett från en ökning under 2018–2019 (figur 26). De skillnader som kan ses mellan olika år och mellan regioner kan bero på faktorer som antalet personer som genomgår provtagning, tillgänglighet till testning, rutiner för smittspårning och genomförandet av förebyggande åtgärder (Folkhälsomyndigheten 2020b). De senaste åren har fler genomgått provtagning, särskilt bland kvinnor.

Förekomsten av klamydia i befolkningen har minskat sedan 2008. Det minskande antalet fall bland kvinnor i åldern 15–24 år kan vara en effekt av hälsofrämjande och förebyggande arbete som har bedrivits i regionerna. Förändringar i sexuellt beteende kan också påverka smittspridningen och antal smittade, till exempel ökad användning av kondomer med tillfälliga och nya partner och minskat antal sexpartner.

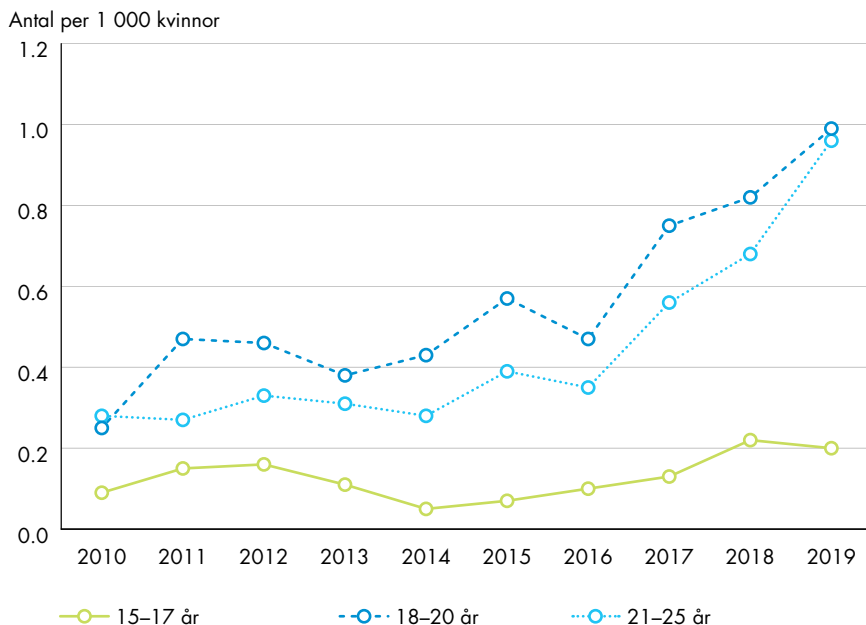
Figur 26. Antalet klamydiafall per 1 000 kvinnor i olika åldersgrupper 2010–2019.



Källa: Folkhälsomyndigheten. Vårdanalys bearbetning.

Antalet fall av gonorré har ökat sedan 2009 (figur 27). Experter inom sexuell hälsa och hiv-prevention vid Folkhälsomyndigheten beskriver många tänkbara orsaker till det, exempelvis införandet av ett kombinerat test för klamydia och gonorré. Det nya testet har medfört att fler potentiellt smittade har kunnat nås och därmed fått diagnos och behandling. Utöver detta har antalet personer som testar sig ökat.

Figur 27. Antalet gonorréfall per 1 000 kvinnor i olika åldersgrupper 2010–2019.



Källa: Folkhälsomyndigheten. Vårdanalys bearbetning.

Det är svårt att identifiera ett tydligt samband mellan ökningen av antalet fall av klamydia och gonorré och införandet av kostnadsfria preventivmedel. Ökningen kan vara en del i en ökande trend med många olika förklaringsfaktorer.

Experter inom sexuell hälsa och hiv-prevention vid Folkhälsomyndigheten menar också att det är svårt att bedöma orsakerna till förändringarna, enligt vår dialog med dem. Faktorer som kondom användning kan exempelvis öka på aggregerad nivå utan att det påverkar användningen i vissa grupper. Troliga bakomliggande orsaker till utvecklingen är enligt Folkhälsomyndigheten kondom användning, tillgänglighet till testning, testningsvolym, smittspårningsrutiner och andra preventionsinsatser som genomförs i olika län och som är riktade till olika grupper.



Slutsatser och rekommendationer

I den här rapporten har vi undersökt om införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år har påverkat hur stor andel kvinnor som har hämtat ut preventivmedel samt hur utvecklingen av tonårsfödslar och aborter ser ut. I det här kapitlet sammanfattar vi resultat och slutsatser utifrån våra analyser. Utifrån dem ger vi avslutningsvis rekommendationer till regeringen och regionerna i det fortsatta arbetet med att minska antalet önskade graviditeter.

5.1 EFFEKTER PÅ UTHÄMTADE PREVENTIVMEDEL OCH TONÅRSGRAVIDITETER

I det här avsnittet presenterar vi de slutsatser vi kan dra utifrån de analyser som vi genomfört i arbetet med uppföljningen av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år.

5.1.1 Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat något

Vi kan konstatera att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat bland kvinnor i åldern 15–20 år och därmed i målgruppen för beslutet om kostnadsfria preventivmedel. Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har också ökat i de regioner som erbjöd kostnadsfria preventivmedel även innan det generella införandet.



Samtidigt som andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat på nationell nivå har den minskat i 6 av 21 regioner. Försäljningen av preventivmedel i de regioner som har infört kostnadsfria preventivmedel tidigare än 2017 skiljer sig huvudsakligen inte från utvecklingen nationellt.

Den ökning av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel som ses i samband med införandet av kostnadsfria preventivmedel kan bero på kostnadsfriheten. Den skulle också kunna vara en del i en ökande trend med många bakomliggande faktorer. Den sammantagna slutsatsen av det underlag som presenteras i vår rapport är därför att kostnadsfriheten kan ha medfört en ökning av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel, men att det är möjligt att den utvecklingen beror på andra faktorer.

5.1.2 Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel är lägre i vissa grupper

Det finns skillnader relaterade till socioekonomiska förhållanden i tillgången till kunskap om preventivmedel (Helström 2006; Lindh 2016). Personer med mindre resurser har ofta mindre kunskap om preventivmedel (Lindh 2016). Detta återspeglas till viss del i resultatet av frågorna i Ungdomsbarometern, där kvinnor med självupplevd sämre ekonomisk situation under uppväxten hade högre kännedom om kostnadsfriheten. Samtidigt är den starkaste förklaringsfaktorn till kännedom om kostnadsfriheten om personen hade haft samlag eller inte.

Vår analys av andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel visar att det finns skillnader i uttag mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Andelen kvinnor som har hämtat ut och förmodligen också kommer att använda preventivmedel är framför allt lägre i områden där många personer har utländsk bakgrund. Samtidigt ser vi också att fler kvinnor under 19 år som är bosatta i områden med stor andel personer med utländsk bakgrund har fött barn.

Det är viktigt för genomslaget av beslutet om kostnadsfria preventivmedel att målgruppen får information om kostnadsfriheten. Kännedomen om kostnadsfriheten är förhållandevis god, men är högre bland kvinnor som är sexuellt aktiva. Det är osäkert om informationen har varit tillräcklig för att nå de grupper som avstår från preventivmedel av ekonomiska skäl. De flesta ungdomsmottagningar informerar om kostnadsfriheten när unga besöker mottagningen, eller i samband med att ungdomsmottagningen besöker skolor. Det har inte genomförts några specifika insatser för att informera om kostnadsfriheten.

5.1.3 Antalet tonårsfödslar och aborter har minskat

Tonårsfödslarna har minskat över tid, men de är ojämnt fördelade mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Antalet aborter har också minskat över tid. Däremot är antalet aborter per 1 000 kvinnor högre bland kvinnor i åldern 20–29 år jämfört med kvinnor under 19 år, det vill säga högre bland kvinnor som inte ingår i målgruppen för beslutet om kostnadsfria preventivmedel. Det finns även tecken på att antalet aborter är ojämnt fördelat mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden.

Det är viktigt att kombinera information om antal aborter och tonårsfödslar för att få en komplett bild av antalet tonårsgraviditeter. Antalet aborter och antalet tonårsfödslar har minskat under en längre tid, vilket medför en minskning av det totala antalet tonårsgraviditeter.

En ökning av användandet av långtidsverkande preventivmedel minskar både risken för oönskade graviditeter och aborter. Att ungdomsmottagningarna aktivt arbetar för att få fler kvinnor att använda långtidsverkande preventivmedel kan därför vara en bakomliggande orsak till att tonårsfödslar och aborter minskar.

Det är svårt att visa ett tydligt samband mellan införandet av kostnadsfria preventivmedel och minskat antal aborter och tonårsfödslar. Minskningen av antalet tonårsfödslar och aborter kan vara en del av en nedåtgående trend med många olika bakomliggande faktorer.

5.2 UTGÅNGSPUNKTER FÖR DET FORTSATTA ARBETET

I det här avsnittet redovisar vi de observationer och analyser som ligger till grund för inriktningen på de rekommendationer vi lämnar till regeringen, regionerna och kommunerna. De kan vara utgångspunkter för det fortsatta arbetet med att minska förekomsten av oönskade graviditeter.

5.2.1 Viktigt med tillgänglighet till preventivmedel och rådgivning

Studier av attityder om användning av preventivmedel visar att det finns många andra faktorer än kostnaden som kan påverka ungas användning av preventivmedel. Det är därför svårt att identifiera en enskild insats som kan medföra en kraftigt ökad användning av preventivmedel.

Det går samtidigt att kombinera generella och riktade insatser för att ytterligare öka användningen av preventivmedel. Ett kontinuerligt arbete med att säkerställa en god tillgänglighet till preventivmedel och preventivmedelsrådgivning samt en rådgivning utifrån den enskilda



kvinnans behov och önskemål framstår som viktiga områden för insatser för att förebygga oönskade graviditeter.

Vår uppföljning visar att det finns variationer i tillgänglighet till ungdomsmottagningar och preventivmedelsrådgivning mellan regioner, och även mellan mottagningar i samma region. Skillnaderna i tillgänglighet kan vara fysiska, exempelvis långa avstånd till mottagningarna. De kan också vara språkliga, där vissa grupper kan ha svårt att förstå den information som ges. Eller så kan de vara kulturella, där vissa grupper saknar kännedom om ungdomsmottagningarnas verksamhet och vad de kan erbjuda i form av kunskap, rådgivning och behandling.

Regionerna har på olika sätt arbetat med att utveckla ungdomsmottagningarnas verksamhet, bland annat med stöd av medel från satsningen på kvinnors hälsa. Exempelvis pågår arbete med att öka tillgängligheten när det gäller avstånd men även öppettider och digital tillgänglighet. Vissa ungdomsmottagningar bedriver även ett aktivt arbete för att nå fler personer och unga som inte söker sig till mottagningen. Vi har ingen komplett bild av alla insatser som har genomförts.

5.2.2 Positivt med nationell enhetlighet om avgifter

Vår analys pekar på att kostnadsfriheten kan ha medfört en ökad användning av preventivmedel, även om det finns källor till osäkerhet i analysen. En ökad andel kvinnor som har hämtat ut preventivmedel kan ha påverkat antalet tonårsfödslar och aborter. Det finns också andra positiva effekter av kostnadsfriheten, bland annat ökad jämlikhet och mindre administration för regioner och apotek. Nationell enhetlighet är även en fördel vid kommunikationsinsatser om kostnadsfriheten. Vi bedömer därför att det är relevant att unga under 21 år även i fortsättningen erbjuds kostnadsfria preventivmedel.

Det finns forskning som styrker kostnadens betydelse för preventivmedelsanvändningen och att subventionering av preventivmedel troligen medför ett minskat antal aborter. Subventionerade preventivmedel uppfattas även som en viktig insats för att förebygga oönskade graviditeter bland företrädarna för ungdomsmottagningarna som har besvarat vår enkät.

Beslutet om kostnadsfria preventivmedel har inneburit att tillgången till preventivmedel har blivit mer likvärdig för personer under 21 år. Sverige har länge haft subventionerade preventivmedel till unga, och de enskilda regionerna har finansierat dem. Subventionernas omfattning har däremot varierat mellan regionerna och mellan år. Den ökade likvärdigheten är positiv både ur ett jämlikhetsperspektiv och ur ett individperspektiv.

Läkemedelsutredningen konstaterar att regionsspecifika subventioner för preventivmedel medför mycket administration, i första hand för apoteken. De måste ha kunskap om dels vilka regler som gäller i respektive region, dels hur de ska fakturera varje region för kostnaderna. Utöver detta kan regionernas egna subventioner av preventivmedel utanför förmånen ge minskade incitament för läkemedelsföretagen att ansöka om subvention för sina produkter.

5.2.3 Flest aborter bland unga vuxna

Om syftet med införandet av kostnadsfria preventivmedel är att minska antalet oönskade graviditeter totalt sett kan det vara aktuellt att överväga om insatser för att minska antalet oönskade graviditeter även borde ha riktats till andra åldersgrupper.

En majoritet av remissinstanserna till beslutet om kostnadsfria preventivmedel ansåg att ändringen borde utökas till att även inkludera personer till och med 25 år. Skälet är att SKL rekommenderade att preventivmedel ska subventioneras till unga till och med 25 år, och att aborttalen i flera år varit högst i åldersgruppen 20–24 år. I remissvaret framförde Folkhälsomyndigheten dessutom att kvinnor i åldersgruppen 20–24 år många gånger har en lägre disponibel inkomst än tonåringar som ofta fortfarande bor hemma. Regeringen motiverade åldersgränsen med att syftet är att försöka minska antalet tonårsaborter (prop. 2016/17:1 utgiftsområde 9 avsnitt 4.8).

Att utöka beslutet om kostnadsfria preventivmedel till att även omfatta personer till och med 25 år skulle vara i linje med det förslag som Läkemedelsutredningen lämnade till regeringen i sitt betänkande (SOU 2018:89). Läkemedelsutredningen föreslår att åldersgränsen för kostnadsfrihet för preventivmedel inom förmånerna borde höjas till och med 25 år. Skälet är att främja en jämlik vård och en kostnadseffektiv läkemedelsanvändning samt att minska den administrativa bördan som de nuvarande reglerna medför för apotek och regioner. Om åldersgränsen höjs skulle samma villkor gälla för alla kvinnor till och med 25 år oavsett var i landet de bor. Det skulle även ge samma faktureringsrutin som för övriga läkemedel inom förmånen, vilket medför en minskad administration för apoteken.

5.2.4 Behov av kunskap om insatser för svårnådda grupper

Resultatet av våra analyser visar att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel skiljer sig mellan områden med olika socioekonomiska förhållanden. Forskning visar att personer i utsatta grupper ofta har lägre



kunskap om preventivmedel. Flera uppföljningar visar även att utsatta grupper söker sig till ungdomsmottagningarna i lägre utsträckning. Ett viktigt område för att förebygga oönskade graviditeter kan därför vara att genomföra riktade insatser för att öka kunskap om preventivmedel och fertilitet. I förlängningen kan det öka användningen av preventivmedel i specifika grupper som inte söker sig till ungdomsmottagningarna, eller till andra verksamheter som ger preventivmedelsrådgivning, i lika stor utsträckning som andra grupper.

Vår enkät till ungdomsmottagningarna visar också att unga män i lägre utsträckning söker sig till mottagningarna. Beslutet om kostnadsfria preventivmedel fokuserar på avgiftsfria receptbelagda preventivmedel som används av kvinnor och påverkar därmed inte primärt det ansvar och den roll som män har i att förebygga oönskade graviditeter. Samtidigt kan mäns attityd till preventivmedel vara en utmaning i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. Resultaten från Ungdomsbarometern visar att en fjärdedel av de unga män som haft samlag litar på att deras partner tar ansvar för preventivmedel. Det kan därför finnas skäl att genomföra specifika insatser riktade mot unga män som en del i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter.

Flera ungdomsmottagningar i landet genomför insatser för att nå ut till unga som inte söker sig till mottagningen och de står ofta inför liknande utmaningar. Trots det saknar mottagningarna kunskapsutbyte och stöd i arbetet. SKR:s kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamhet visar att kunskapsutbyte i dag främst sker genom FSUM, men att organisationen har svårt att tillgodose behovet av stöd och kunskapsutbyte (SKR 2020). Det finns potential att öka det ömsesidiga lärandet och kunskapsutbytet särskilt i det utåtriktade arbetet. Det skulle exempelvis kunna vara att i större utsträckning utbyta kunskap om metoder och verktyg samt att utveckla en stärkt kunskapsstyrning av ungdomsmottagningarnas verksamhet. Det utåtriktade arbetet kan också tänkas inkludera stöd till och samverkan med elevhälsan, för att på så vis nå flera ungdomar.

5.3 VÅRA REKOMMENDATIONER

Det går inte att identifiera en unik insats som kan medföra en hög och jämlik användning av preventivmedel. Därför syftar våra rekommendationer till att säkerställa att det bedrivs ett kontinuerligt utvecklingsarbete utifrån bästa tillgängliga kunskap. Kostnadsfriheten kan ha haft effekt på preventivmedelsanvändningen och därför bör den fortsatt vara kvar. Men vi rekommenderar även regeringen att överväga att genomföra kompletterande

insatser för att minska antalet oönskade graviditeter. Vi rekommenderar att regionerna fortsätter arbetet med att utveckla tillgängligheten till preventivmedel och preventivmedelsrådgivning.

- ▶ *Regioner och kommuner bör fortsätta att stärka tillgängligheten till preventivmedel och preventivmedelsrådgivning för att minska förekomsten av oönskade graviditeter och säkerställa en jämlik tillgång till preventivmedel*

Vår bedömning är att det är viktigt att fortsätta utveckla tillgängligheten till preventivmedelsrådgivning utifrån regionernas geografiska förutsättningar och befolkningens behov. Det kan till exempel handla om särskilda insatser för att nå underrepresenterade grupper ur ungdomsmottagningarnas målgrupp eller en ökad digital tillgänglighet. Det kan också handla om att identifiera områden med låg användning av preventivmedel, och rikta insatser för att nå unga kvinnor i dessa områden.

- ▶ *Unga bör även i fortsättningen erbjudas kostnadsfria preventivmedel*

Det är viktigt att arbeta för att minska antalet oönskade graviditeter och att säkerställa en jämlik tillgång till preventivmedel. En del i detta arbete kan vara att även i fortsättningen erbjuda kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år. Om syftet är att minska antalet oönskade graviditeter totalt sett, kan det vara relevant att överväga att genomföra insatser även i andra åldersgrupper.

Vi ser exempelvis att aborttalen är högre både i åldern 20–24 år och högst bland kvinnor i åldern 25–29 år. SKR och Läke-medelsutredningen förespråkar att kostnadsfria preventivmedel erbjuds till unga till och med 25 år. En möjlig insats för att minska förekomsten av oönskade graviditeter att utöka målgruppen för kostnadsfria preventivmedel.

- ▶ *Regionerna bör överväga att ta fram kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom ramen för den nationella strukturen för kunskapsstyrning och tillsammans med kommunerna*

I dag finns skillnader i ungdomsmottagningarnas arbete, exempelvis när det gäller målgrupp, uppdrag, kompetens och bemanning. Skillnaderna



i ungdomsmottagningarnas målgrupp och uppdrag påverkar ungas möjlighet till likvärdig kunskap och vård. Vi rekommenderar därför regionerna att överväga att ta fram ett kunskapsstöd för ungdomsmottagningarnas verksamhet, för att minska skillnaderna mellan regionerna. Huvudmannaskapet för ungdomsmottagningarna skiljer sig åt, där mottagningen antingen kan vara en del av den kommunala verksamheten, regionens verksamhet eller ha ett delat huvudmannaskap mellan kommun och region. Därför behöver arbetet ske tillsammans med kommunerna.

► *Regeringen bör ge en lämplig aktör i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd om metoder för riktade insatser till svårnådda grupper*

Det finns grupper av unga som inte söker sig till ungdomsmottagningarna i lika stor utsträckning som andra. Det saknas till viss del kunskap om vilka insatser som är effektiva för att nå ut till de grupperna. Ett sätt att förbättra förutsättningarna för att utforma sådana insatser kan vara att ta fram ett tvärvetenskapligt kunskapsstöd om tillgängliga och utvärderade metoder för att nå svårnådda grupper. Ett sådant kunskapsstöd kan också vara av nytta i arbetet med stärkt jämlikhet på andra områden där man ser ett ojämlikt deltagande i förebyggande vård och sociala insatser. En del i arbetet borde också vara inriktad på metoder för att förändra unga mäns attityder till preventivmedel.

Vi har ingen fullständig bild av tillgången till forskning och annan kunskap inom området. En utgångspunkt för arbetet bör vara att samla både forskning och lärande exempel från framgångsrika nationella, regionala och lokala arbetsätt. Ett första steg bör därför vara att en lämplig myndighet får i uppdrag att kartlägga tillgången till utvärderade och beprövade metoder för att stärka deltagandet i förebyggande vård och sociala insatser för svårnådda grupper. Om förutsättningarna bedöms vara goda bör man därefter ta fram ett stödmaterial riktat till regioner, kommuner och andra aktörer med uppdrag inom förebyggande hälsovård. Vi tror att ett konkret och tvärvetenskapligt stödmaterial som är ett praktiskt stöd i utvecklings- och förbättringsarbetet kan ge störst effekt. Hur ett sådant stöd bäst utformas för att göra nytta kan däremot behöva utredas vidare.

Kunskapsstödet vi föreslår bör alltså inte vara specifikt riktat till ungdomsmottagningarna. Det bör snarare utformas för att kunna

fungera för en bredd av verksamheter inom hälso- och sjukvården och omsorgen som har liknande utmaningar med att nå fram till och göra olika svårnådda grupper delaktiga. Kunskapsstödet bör definiera olika typer av marginaliserade grupper samt samla effektiva och beprövade metoder för att nå dem och anpassa verksamheterna efter deras behov. Metoder för att nå och anpassa verksamheter för personer med olika typer av funktionsnedsättningar bör också ingå i kunskapsstödet.





Referenser

- Baxter, S., Blank, L., Guillaume, L., Squires, H., Payne, N., (2010) *Views of contraceptive service delivery to young people in the UK: a systematic review and thematic synthesis*. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2011;37:71-84.
- CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) (2019) *Skolelevers drogtjänor 2019*, Rapport 187.
- Ds 2015:59 *Särskilda satsningar på unga och äldres hälsa*.
- Ekelund, M., Melander, M. & Gemzell-Danielsson, K. (2014). *Intrauterine contraception: attitudes, practice, and knowledge among Swedish health care providers*. Contraception, 89, s. 407–12.
- Ekstrand, M., Larsson, M., Von Essen, L. och Tydén, T. (2005). *Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits - a focus group study among 17-year-old female high-school students*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 84, s. 980–6.
- Falah-Hassani, K., Kosunen, E., Shiri, R., Jokela, J., Liinamo, A., Rimpelä, A., (2009) *Adolescent Sexual behaviour during periods of increase and decrease in the abortion rate*, Obstetrics and gynecology, 114, s. 76–86.
- Falk, G., Ivarsson, A. B. och Brynhildsen, J. (2010). *Teenagers' struggles with contraceptive use - What improvements can be made?* European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 15, s. 271–9.
- Flodström, E., (2012). *Unga irakiernas syn på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*, Socialmedicinsk tidskrift, 2, s. 140–149.
- Folkhälsomyndigheten (2017). *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige. UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år*.

- Folkhälsomyndigheten (2018). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för alla, Sammanfattning av Gutmacher-Lancet kommissionens slutrapport.*
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017 – Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.*
- Folkhälsomyndigheten (2020a). *Migration, sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention. En kartläggning av unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter i Sverige.*
- Folkhälsomyndigheten (2020b). Klamydiainfektion, Årsrapport 2018, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistika-o/sjukdomsstatistik/klamydiainfektion/> [Hämtat 2020-03-25].
- Gemzell-Danielsson, K., Thunell, L., Lindeberg, M., Tydén, T., Marintcheva-Petrova, M. och Oddens, B. J. (2011). *Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden.* Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 90, s.869–77.
- Guleria, S., Juul, K. E., Munk, C. m. fl. (2017). *Contraceptive non-use and emergency contraceptive use at first sexual intercourse among nearly 12 000 Scandinavian women.* Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 96, s. 286–94.
- Helström, A., Gemzell Danielsson, K., Kopp Kallner, H., (2019). *Trends in use and attitudes towards contraception in Sweden: results of a nationwide survey.* The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 24:2, 154–160, DOI: 10.1080/13625187.2019.1581163.
- Helström, L., Odling, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N., Ekblom, A., (2003), *Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden,* Scandinavian Journal of Public Health, 31, s. 405–410.
- Helström, L., Zätterström, C. och Odling, V. (2006). *Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents.* Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology, 19, s. 209–13.
- Hognert, H., (2018a) *Contraception and unplanned pregnancies,* Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.
- Hognert, H., Skjeldestad, FE., Gemzell-Danielsson, K., et al. (2018b) *Ecological study on the use of hormonal contraception, abortions and births among teenagers in the Nordic countries.* BMJ Open 2018;8:e022473. doi:10.1136/bmjopen-2018-022473.

- Häggström-Nordin, E., Borneskog, C., Eriksson, M. och Tydén, T. (2011). *Sexual behaviour and contraceptive use among Swedish high school students in two cities: comparisons between genders, study programmes, and over time*. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16, s. 36–46.
- IFAU (Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering), (2009) *Effekter av att subventionera p-piller för tonåringar*.
- Ingram, J. och Salmon, D. (2010). *Young people's use and views of a school-based sexual health drop-in service in areas of high deprivation*. *Health Education Journal*, 69, s.227–35.
- Iseyemi, A., Zhao, Q., McNicholas, C., Peipert, J., (2017), *Socioeconomic Status as a risk factor for unintended pregnancy in the contraceptive CHOICE project*, *Obstet Gynecol*, 130(3); 609–615.
- Kastbom, Å., Sydsjö, G., Bladh, M., Priebe, G., Svedin, C-G., (2015) *Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychological health and risky behaviour in later life*, *Acta Paediatrica*, 104, s. 91–100.
- Kilander, H., (2018) *Contraceptive counselling in abortion care*, Linköping University Medical Dissertation No. 1631.
- Kopp Kallner, H., Thunell, L., Brynhildsen, J., Lindeberg, M. och GemzellDanielsson, K. (2015). *Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women – A Nationwide Survey*. *PLoS ONE* [Electronic Resource], 10, e0125990.
- Larsson, M., Eurenus, K., Westerling, R. och Tydén, T. (2006). *Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students*. *Scandinavian journal of public health*, 34, s. 124–31.
- Larsson, M., Tydén, T., Hanson, U. och Häggström-Nordin, E. (2007). *Contraceptive use and associated factors among Swedish high school students*. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12, s. 119–24.
- Lindh, I., Hognert, H. och Milsom, I. (2016). *The changing pattern of contraceptive use and pregnancies in four generations of young women*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95, s. 1264–72.
- Lindh, I., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Hognert, H., Milsom, I. och Lidegaard, O. (2017). *Contraceptive use in the Nordic countries*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96, s. 19–28.
- Läkemedelsverket (2014). *Antikonception – behandlingsrekommendation*. Information från Läkemedelsverket 2014;25(2):14–28.

- Makenzius, M., (2012) *Unintended pregnancy, abortion and prevention – Women and men's experiences and needs*, Digital comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the faculty of medicine 795, Acta Universitatis Upsalensis Uppsala.
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) (2015). *Särskilt utsatta ungdomsgrupper – Ungas sexuella och reproduktiva rättigheter, Fokus15: Del 2*.
- Omland, G., Ruths, S., Diaz, E., (2014) *Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database*, International Journal of Obstetrics & Gynaecology, DOI: 10.1111/1471-0528.129.
- Prop. 1996/97:27. Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.
- Prop. 2016/17:1. Budgetpropositionen för 2017.
- Regeringskansliet (2016). *Insatser för kvinnors hälsa*. <https://www.regeringen.se/artiklar/2016/11/insatser-for-kvinnors-halsa/> [Hämtat 2020-01-20].
- Region Stockholm (2019) *Ungdomsmottagningar i Stockholms län – Sammanställning uppföljning 2018*, HSN 2018-0560.
- Roser, M., (2017) *Fertility Rate*, <https://ourworldindata.org/fertility-rate> [Hämtat 2020-04-17].
- Scott, R., Bajos, N., Slaymaker, E., Wellings, K., Mercer, C., (2017) *Understanding differences in conception and abortion rates among under-20 year olds in Britain and France: Examining the contribution of social disadvantage*, PLoS One, 2017; 12(10).
- Skogsdal, Y., Fadl, H., Cao, Y., Karlsson, J., Tydén, T., (2019) *An intervention i contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health - a randomized controlled trial*, Upsala Journal of Medical Sciences.
- Skogsdal, Y., Karlsson, J., Cao, Y., Fadl, H., Tydén, T., (2018) *Contraceptive use and reproductive intentions among women requesting contraceptive counseling*, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 97, s. 1349-1357.
- Skolinspektionen (2018) *Sex och samlevnadsundervisning*. Diarienummer 400-2016-11445.
- Skolverket (2019) *Sex- och samlevnadsundervisning – en introduktion. Jämställdhet, sexualitet och relationer i läroplanerna*.
- Socialdepartementet (2016). *Uppdrag att följa upp regeringens satsning på förlossningsvården och andra insatser för kvinnors hälsa 2015-2019*. S2016/06724/FS.
- Socialdepartementet (2019) *S 2019:05 Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

- Socialstyrelsen (2013). *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Kap. 7. Hälsa och sjukvård.
- Socialstyrelsen (2020a). *Statistik om läkemedel 2019*. Art.nr: 2020-4-6707.
- Socialstyrelsen (2020b). *Statistik om aborter 2019*. Art.nr: 2020-6-18.
- Socialstyrelsen (2020c). *Patientregistret*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/> [Hämtat 2020-04-08].
- SOU 2017:9, *Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar. Delbetänkande av samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar*.
- SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel. Slutbetänkande av Läkemedelsutredningen*.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2011). *P-piller och abortfrekvens*. SBU:s upplysningstjänst, publicerad 2011-10-19.
- Statistiska centralbyrån (SCB) (2018) *Nedåtgående trend i barnafödande*, <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2018/nedatgaende-trend-i-barnafodande/> [Hämtat 2020-04-17].
- Statistiska centralbyrån (SCB) (2020) *Statistikdatabas, Folkmängd efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968–2019*, www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/ [Hämtat 2020-02-20].
- Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2013). *Rekommendation om gemensam modell för preventivmedelssubvention*. Dnr 12/7264.
- Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2019). *Stimulansmedel inom ramen för överenskommelsen inom området psykisk hälsa 2019, Kommunernas, regionernas och länens redovisningar av 2019 års stimulansmedel*.
- Sveriges kommuner och regioner (SKR) (2020). *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa, Nuläge och vägar framåt*.
- Sydsjö, A., Sydsjö, G., Bladh, M. och Josefsson, A. (2014). *Reimbursement of hormonal contraceptives and the frequency of induced abortion among teenagers in Sweden*. BMC public health, 14, s. 523.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), (2020) *Pris- och subvention av läkemedel*, <https://tlv.se/lakemedel/pris-och-subvention-av-lakemedel.html> [Hämtat 2020-02-06].
- Thorsén, C., Aneblom, G. och Gemzell-Danielsson, K. (2006). *Perceptions of contraception, non-protection and induced abortion among a sample of urban Swedish teenage girls: focus group discussions*. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 11, s. 302-9.
- Tydén, T., Palmqvist, M. och Larsson, M. (2012). *A repeated survey of sexual behavior among female university students in Sweden*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 91, s. 215-9.

- UNFPA (United Nations Population Fund) (2015) *Sexuality education, Policy brief No. 2, Sexuality education: What is its impact?*
- Västra Götalandsregionen (2000), *Utvärdering av subventionerade avgifter för preventivmedel till tonåringar.*
- Vårdanalys (2018). *I väntans tider – En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa.* Rapport 2018:2.
- Vårdanalys (2019). *Med örat mot marken – Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter.* Rapport 2019:2.



BILAGA 1 – METOD

I den här bilagan presenterar vi hur vi genomfört de statistiska analyser som vi använt oss av i rapporten.

I rapporten vill vi undersöka om det finns skillnader i uttag av preventivmedel utifrån kvinnornas socioekonomiska bakgrund. För att genomföra analysen har vi använt oss av en klusteranalys och en linjär regressionsanalys. En svaghet med analysen är att vi inte kan klassificera unga kvinnor som har hämtat ut preventivmedel efter olika socioekonomiska variabler. Unga personer har i lägre utsträckning avslutat sin utbildning, och har generellt lägre inkomst än vuxna i yrkeslivet, vilket försvårar analysen utifrån socioekonomiska egenskaper.

För att undersöka skillnader mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden studerar vi i stället den socioekonomiska sammansättningen i olika bostadsområden, och hur preventivmedelsuthämtningen skiljer sig åt mellan dem. Det medför att analysen tar hänsyn till miljön som de unga kvinnorna lever i, även om vi inte kan avgöra om det finns några kausala förhållanden mellan områdets socioekonomiska egenskaper och andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel.

Klusteranalys är en deskriptiv metod

En klusteranalys grupperar objekt i olika kluster utifrån de variabler som är inkluderade i analysen. Objekten fördelas mellan kluster utifrån principen att objekten i ett kluster ska vara så lika varandra som möjligt, och så olika objekten i de andra klustren. I den här analysen utgörs objekten av SCB:s demografiska statistikområden (DeSO).

En klusteranalys är alltid deskriptiv och icke-inferentiell. Metoden kommer att gruppera objekten oavsett om det finns en logisk grund för indelningen eller

inte. Därför är det viktigt att från början kunna motivera valet av variabler som vi använder för att gruppera objekten. I den här analysen har vi använt oss av variabler som ska beskriva ett områdes socioekonomiska förhållanden.

I klusteranalysen undersöker vi hur lika de olika objekten (i vårt fall bostadsområdena) är för samtliga variabler i analysen. Efter att bostadsområdena har grupperats i olika kluster lägger vi till statistiken om uthämtade preventivmedel, tonårsfödslar och aborter i områdena. På så sätt kan vi se om de olika klustren skiljer sig åt, antingen mellan socioekonomiska variabler eller i andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel, tonårsfödslar eller aborter.

Data kommer från Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen

I en klusteranalys ska olika objekt grupperas i kluster. I vår analys är dessa objekt bostadsområden i form av SCB:s demografiska statistikområden. De har grupperats utifrån ett antal variabler som mäter olika socioekonomiska förhållanden i området (tabell 2). Efter indelningen i kluster har vi lagt till information om uthämtade preventivmedel, tonårsfödslar och aborter.

Tabell 2. Datakällor och variabler i klusteranalysen.

Variabel	År
Statistiska centralbyrån	
Inkomstkvartil 1 (0–163 617 SEK)	2017
Inkomstkvartil 2 (163 618–280 169 SEK)	2017
Inkomstkvartil 3 (280 170–400 577 SEK)	2017
Inkomstkvartil 4 (>400 577 SEK)	2017
Arbetslöshet	2018
Högsta avslutade utbildning – grundskola (Utbildningsregistret)	2019
Högsta avslutade utbildning – gymnasium (Utbildningsregistret)	2019
Högsta avslutade utbildning – eftergymnasial mindre än 3 år (Utbildningsregistret)	2019
Högsta avslutade utbildning – eftergymnasial mer än 3 år (Utbildningsregistret)	2019
Boende med utländsk bakgrund	2019
Socialstyrelsen	
Uthämtning av hormonella preventivmedel (Läkemedelsregistret)	2015–2019
Födslar (Medicinska födelseregistret)	2015–2017
Aborter (Patientregistret)	2017–2018

Not: Utländsk bakgrund definieras som en person född utanför Sverige, alternativt med en eller två föräldrar födda utanför Sverige.

Samtliga variabler är uppdelade efter SCB:s demografiska statistikområden, totalt 5 705 områden. Klusteranalysen är utförd utifrån variablerna från SCB. För dessa variabler har vi värdena för enskilda år och vi har gjort antagandet att värdena går att generalisera för samtliga år 2015–2019. Det innebär att vi antar att ett DeSO har haft ungefär samma socioekonomiska förhållanden under tidsperioden 2015–2019.

Bostadsområden grupperas efter socioekonomiska variabler

Klusteranalys är inte en metod för statistisk inferens, vilket innebär att det inte finns några antaganden om normalitet, att data är linjär, eller homoskedasticitet att ta hänsyn till. Däremot behöver vi ta hänsyn till stickprovets storlek och representativitet. Variablerna bör också kontrolleras för multikollinearitet, eftersom starka korrelationer mellan objekt agerar som en form av viktning i analysen.

I vår klusteranalys använder vi oss av 5 705 objekt (DeSO) som tillsammans utgör nästan samtliga demografiska statistikområden i Sverige. Vi bedömer därmed att stickprovsstorleken är tillräckligt stor för att kunna representera små kluster, och att representativiteten är god.

I den här analysen har vi använt oss av *k-means clustering* som delar in objekten i ett tidigare bestämt antal kluster. Vi har avgjort antalet kluster genom att studera variationen inom klustren med hjälp av *within-cluster sum of squares (wss)*. Det är en metod som visar hur kompakta klustren blir vid olika antal kluster i analysen. Eftersom vi eftersträvar kompakta kluster där alla objekt är så närbelägna varandra som möjligt, vill vi använda antalet kluster som ger oss minst variation inom klustren. I det här fallet är det fyra kluster totalt i analysen av uthämtade preventivmedel och tonårsfödslar, samt tre kluster i analysen av antalet aborter.

Utifrån det förutbestämda antalet kluster har vi valt ut ett antal objekt slumpmässigt som startpunkter för klustren. Sedan följer en process där vi har fördelat resten av objekten i klustren efter principen att de ska vara så lika medelvärdet i ett kluster som möjligt, men olika medelvärdet i övriga kluster. För att bedöma vilket objekt som hör till vilket kluster behövs en metod för att mäta likheten mellan olika objekt. I det här fallet används avståndet mellan objektet och mittpunkten i klustret.

Fyra kluster ingår i vår klusteranalys av uthämtade preventivmedel

Klusteranalysen föreslår att bostadsområdena grupperas i fyra kategorier utifrån variablerna som beskriver socioekonomiska förhållanden i områdena.

Klustren består av olika många bostadsområden. Det minsta klustret består av 686 områden och det största av 2 741 områden (tabell 3).

Tabell 3. Antal DeSO per kluster.

Kluster 1	Kluster 2	Kluster 3	Kluster 4
2 741	806	1 472	686

För att beskriva klustrens socioekonomiska förhållanden har vi tagit fram medelvärdet för variablerna i varje kluster. Genom att studera det genomsnittliga värdet för de olika bostadsområdena som utgör ett kluster, samt andelen som befinner sig i varje kategori, tar vi också hänsyn till att klustren har olika storlek. De socioekonomiska variablernas medelvärde redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Genomsnittligt värde för socioekonomiska variabler i befolkningen i varje kluster.

Variabel	Kluster 1	Kluster 2	Kluster 3	Kluster 4
Inkomstkvartil 1	22,2 %	41,5 %	20,0 %	24,3 %
Inkomstkvartil 2	27,1 %	26,6 %	20,2 %	25,0 %
Inkomstkvartil 3	27,4 %	20,7 %	23,0 %	25,8 %
Inkomstkvartil 4	23,3 %	11,0 %	36,8 %	24,9 %
Arbetslöshet	2,5 %	6,4 %	2,1 %	3,0 %
Grundskoleexamen	12,2 %	10,0 %	6,1 %	24,5 %
Gymnasieexamen	51,9 %	41,8 %	30,5 %	42,6 %
Eftergymnasialutbildning mindre än 3 år	14,2 %	16,2 %	18,0 %	12,9 %
Eftergymnasialutbildning mer än 3 år	19,9 %	29,9 %	42,9 %	15,6 %
Boende med utländsk bakgrund	16,8 %	23,2 %	23,7 %	61,1 %

Utifrån medelvärdena för de socioekonomiska variablerna har vi namngett klustren utifrån det tydligaste karaktärsdraget i varje kluster:

- Kluster 1 karaktäriseras av låg utbildning och består av områden där i genomsnitt 52 procent enbart har gymnasieexamen.
- Kluster 2 karaktäriseras av låg inkomst och består av områden där i genomsnitt 42 procent ingår i inkomstkvartil 1.

- Kluster 3 kan definieras som socioekonomiskt starkt och består av områden där 37 procent har hög inkomst, inkomstkvartil 4, och 43 procent har universitetsexamen.
- Kluster 4 karaktäriseras av många personer med utländsk bakgrund och består av områden där i genomsnitt 61 procent har utländsk bakgrund.

Beräkning av antalet kvinnor som har hämtat ut preventivmedel

Efter att ha fördelat alla bostadsområden i olika kluster och lagt till information om uthämtade preventivmedel i området, går det att beräkna andelen kvinnor i åldern 15–25 år som har hämtat ut preventivmedel i varje kluster.

För att beräkna andelen kvinnor i varje kluster som har hämtat ut preventivmedel behöver vi veta hur många som bor i varje kluster. SCB presenterar sin statistik över boende i åldersgrupperna 15–19 år, 20–24 år och 25–29 år. Det är möjligt att summera antalet 15–24 åringar i varje kluster, men eftersom vi inte vet antalet 25-åringar i varje bostadsområde går det inte att beräkna den totala befolkningen 15–25 år. I stället har vi gjort en uppskattning av antalet 25-åringar i varje bostadsområde. I beräkningarna har vi använt oss av SCB:s redovisade statistik över antalet 25–29-åringar i varje DeSO, och gjort antagandet att varje område har en ganska jämn fördelning av 25-, 26-, 27-, 28- och 29-åringar. Antalet 25–29-åringar delades på 5, för att få en uppskattning om antalet 25-åringar som bor i varje område. Det uppskattade värdet har sedan adderats till antalet kvinnor i åldern 15–24 år i varje område.

Utifrån det uppskattade totalvärdet av 15–25-åringar i ett område har vi också beräknat antalet 18–20-åringar. Med hjälp av SCB:s befolkningsstatistik har vi beräknat hur stor andel av alla kvinnor i spannet 15–25 år som är 18–20 år, och sedan multiplicerat den andelen med antalet 15–25-åringar per DeSO. Det ger oss en uppskattning av antalet 18–20-åringar i varje kluster.

Utifrån den beräknade befolkningmängden och data från Socialstyrelsen om antalet individer som har hämtat ut preventivmedel går det att beräkna andelen kvinnor 18–20 år i varje kluster som har hämtat ut preventivmedel (tabell 5).

Tabell 5. Andel kvinnor 18–20 år som har hämtat ut korttidsverkande respektive långtidsverkande hormonella preventivmedel 2015–2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Kluster 1					
Korttidsverkande	45 %	45 %	46 %	49 %	51 %
Långtidsverkande	9 %	9 %	10 %	11 %	11 %
Kluster 2					
Korttidsverkande	46 %	45 %	44 %	42 %	42 %
Långtidsverkande	9 %	9 %	9 %	9 %	9 %
Kluster 3					
Korttidsverkande	50 %	45 %	41 %	38 %	37 %
Långtidsverkande	9 %	9 %	9 %	9 %	8 %
Kluster 4					
Korttidsverkande	25 %	24 %	24 %	23 %	24 %
Långtidsverkande	6 %	6 %	7 %	7 %	6 %

Födslar i klustren

På samma sätt som vi kopplat statistik över uthämtade preventivmedel till klustren har vi lagt till information från Medicinska födelseregistret om antalet kvinnor 19 år och yngre som fött barn under perioden 2015–2017. Utifrån befolkningssammansättningen av 15–19-åringar i varje kluster har vi beräknat antalet kvinnor 19 år och yngre per 1 000 kvinnor i befolkningen som fött barn under den perioden (tabell 6). Vår tidsserie är begränsad, eftersom Medicinska födelseregistret vid tidpunkten för analysen inte hade data tillgänglig för födslar efter 2017.

Tabell 6. Antalet födslar bland kvinnor 19 år och yngre per 1 000 kvinnor i befolkningen.

	2015	2016	2017
Kluster 1	4,18	3,96	4,07
Kluster 2	3,47	3,89	3,18
Kluster 3	1,81	1,96	1,75
Kluster 4	9,83	9,19	8,64

Aborter i socioekonomiska kluster

Vi har genomfört en klusteranalys för antalet aborter, för att se om det finns skillnader i antalet aborter mellan grupper med olika socioekonomiska förhållanden. Till skillnad från klusteranalysen som presenterats för uthämtade preventivmedel, har vi inte använt andelen utlandsfödda som en klustervariabel. Klustren är i stället skapade utifrån variablerna inkomst, utbildning och arbetslöshet. Utifrån dessa variabler skapas tre kluster. Den genomsnittliga andelen i varje kluster som har olika inkomst- och utbildningsnivå samt den genomsnittliga arbetslösheten i klustren redovisas i tabell 7. Utifrån dessa kluster har Socialstyrelsen kopplat aggregerad statistik för antalet aborter i varje kluster.

Tabell 7. Genomsnittligt värde för socioekonomiska variabler i befolkningen i varje kluster.

Variabel	Kluster 1	Kluster 2	Kluster 3
Inkomstkvartil 1	22,1 %	40,6 %	20,0 %
Inkomstkvartil 2	26,7 %	27,0 %	20,4 %
Inkomstkvartil 3	27,3 %	21,1 %	23,1 %
Inkomstkvartil 4	23,8 %	11,3 %	36,4 %
Arbetslöshet	2,5 %	6,2 %	2,1 %
Grundskoleexamen	14,6 %	11,3 %	6,5 %
Gymnasieexamen	50,8 %	42,4 %	31,5 %
Eftergymnasialutbildning mindre än 3 år	13,8 %	15,9 %	17,9 %
Eftergymnasialutbildning mer än 3 år	18,7 %	28,1 %	41,8 %

Regressionsanalys

Vi har genomfört en regressionsanalys i analysen av uthämtade preventivmedel i enskilda DeSO, för att undersöka sambandet mellan områdets socioekonomiska förhållande och andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel. Analysen gjordes för uthämtade preventivmedel 2019, och vi har utfört en separat analys för samtliga åldersgrupper 15–17 år, 18–20 år och 21–25 år. Analysen har utförts med hjälp av en linjär regressionsanalys, variablerna beskrivs i tabell 8.

Tabell 8. Beskrivning av variabler inkluderade i regressionsanalysen.

Variabel	Beskrivning
Y	Antal individer som hämtat ut preventivmedel i ett DeSO
X ₁	Individer i ett DeSO 25–64 år med grundskoleexamen som högsta avslutade utbildning
X ₂	Individer i ett DeSO 25–64 år med gymnasieexamen som högsta avslutade utbildning
X ₃	Individer i ett DeSO 25–64 år med eftergymnasial examen som högsta avslutade utbildning
X ₄	Individer 20+ år i inkomstkvartil 1 i ett DeSO
X ₅	Individer 20+ år i inkomstkvartil 2 i ett DeSO
X ₆	Individer 20+ år i inkomstkvartil 3 i ett DeSO
X ₇	Individer 20+ år i inkomstkvartil 4 i ett DeSO
X ₈	Individer med utländsk bakgrund i ett DeSO

Det finns viss korrelation mellan variablerna, men vid ett VIF-test låg alla variabler under gränsen för multikollinearitet. Resultatet för regressionsanalysen visas i tabell 9.

Tabell 9. Regressionsanalys för uthämtade preventivmedel per åldersgrupp i DeSO.

Variabel	Koefficient		
	15–17 år	18–20 år	21–25 år
Grundskoleexamen	– 0,01 ***	– 0,01 ***	– 0,02 ***
Gymnasieexamen	0,01 ***	0,004 ***	– 0,01 ***
Eftergymnasial examen	– 0,01 ***	– 0,01 ***	0,02 ***
Inkomstkvartil 1	– 0,0001	– 0,001	– 0,01 ***
Inkomstkvartil 2	0,002 *	0,001	0,002
Inkomstkvartil 3	– 0,001	0,0004	0,01 ***
Inkomstkvartil 4	– 0,0002	– 0,001 *	– 0,01 ***
Boende med utländsk bakgrund	– 0,01 ***	– 0,01 ***	0,004 ***
Konstant	– 0,59 *	– 0,37	– 0,14

BILAGA 2 – RESULTAT KLUSTERANALYS 15–17 ÅR OCH 21–25 ÅR

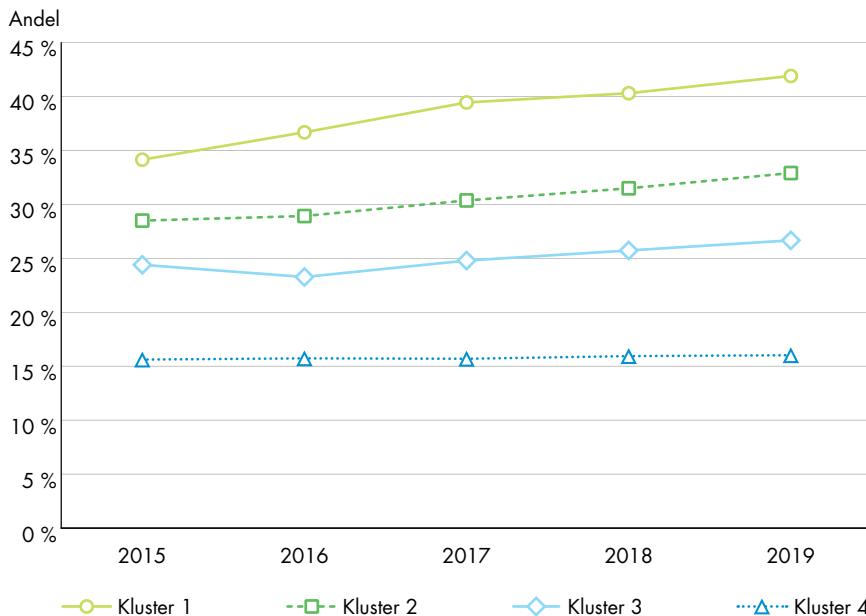
I den här bilagan ger vi en mer detaljerad presentation av klusteranalysen för åldersgrupperna 15–17 år och 21–25 år. Resultaten visar att det är skillnader mellan områden även i dessa åldersgrupper. Andelen kvinnor som har hämtat ut och förmodligen använder preventivmedel är lägre i områden där många personer har utländsk bakgrund. För kvinnor 15–17 år ser vi ökade skillnader mellan klustren under 2015–2019, medan skillnaderna minskar för kvinnor i åldrarna 21–25 år.

Skillnaderna mellan grupper ökar för kvinnor i åldern 15–17 år

Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har generellt ökat under en tid bland 15–17-åringar. Skillnader mellan de socioekonomiska grupperna har ökat något under 2015–2019, bland annat på grund av att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel har ökat bland kvinnor i kluster 1, det vill säga områden där i genomsnitt 52 procent enbart har gymnasieexamen (figur 28).

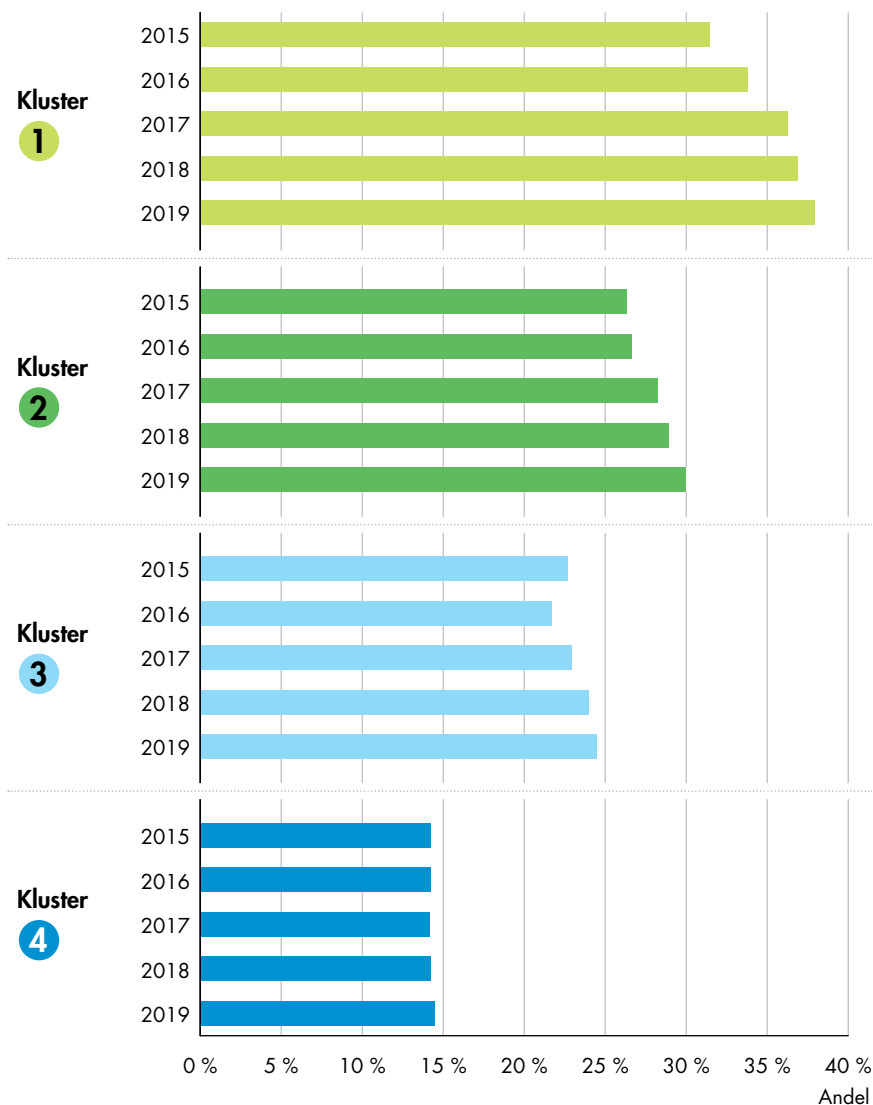
Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel är lägst i kluster 4, det vill säga områden där i genomsnitt 61 procent har utländsk bakgrund och högst i kluster 1. Vi kan se en ökning i andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel i samtliga kluster förutom kluster 4. Ökningen beror på en ökning både av korttidsverkande och långtidsverkande preventivmedel.

Figur 28. Andelen kvinnor i åldern 15–17 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut preventivmedel 2015–2019.



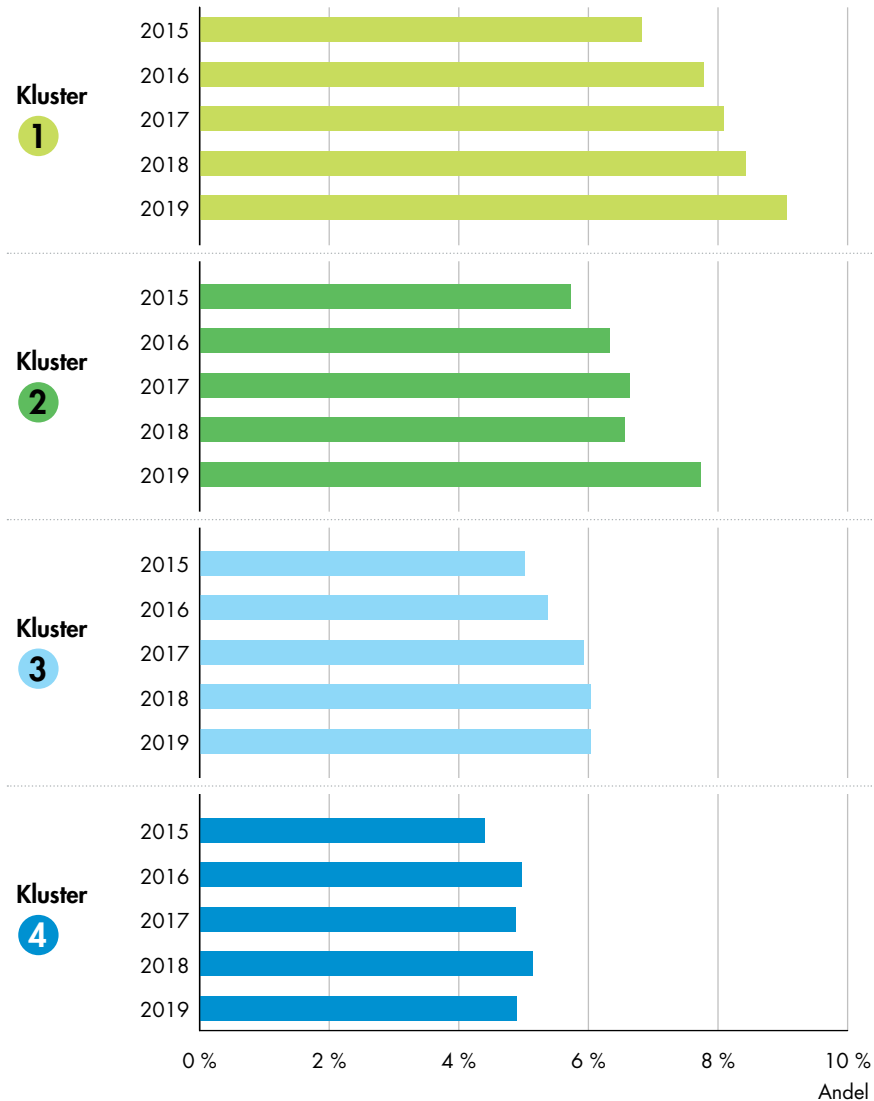
Det finns även skillnader mellan klustren i andelen kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel. Figur 29 visar att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel är lägst i kluster 4. I det klustret är andelen kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel konstant under 2015–2019. I övriga kluster har andelen ökat, med störst ökning i kluster 1.

Figur 29. Andelen kvinnor i åldern 15–17 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel 2015–2019.



Andelen kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel ökar i alla kluster (figur 30). Störst ökning ser vi kluster 1 och kluster 2. I de klustren var ökningen två procentenheter 2015–2019. I de andra klustren var ökningen en procentenhet.

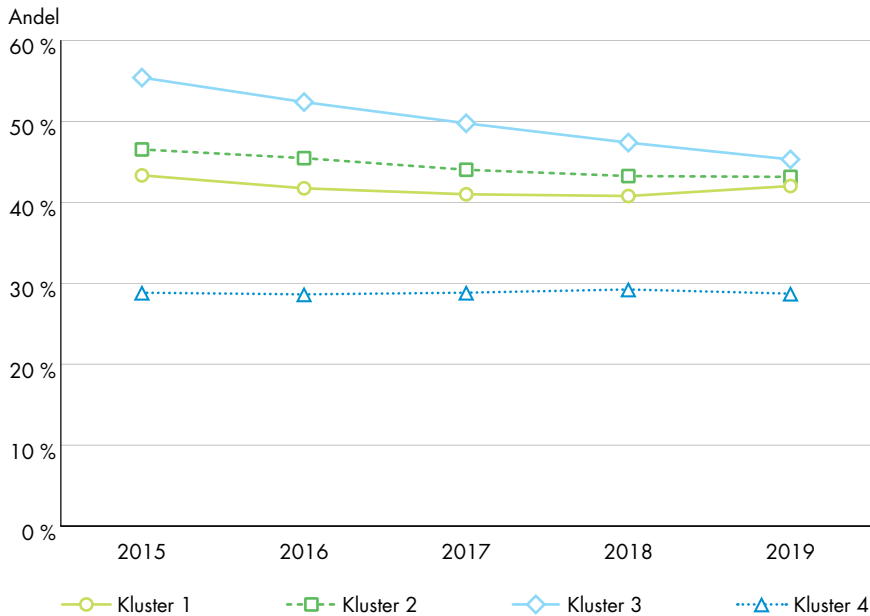
Figur 30. Andelen kvinnor i åldern 15–17 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel 2015–2019.



Skillnaderna mellan grupper minskar för kvinnor 21–25 år

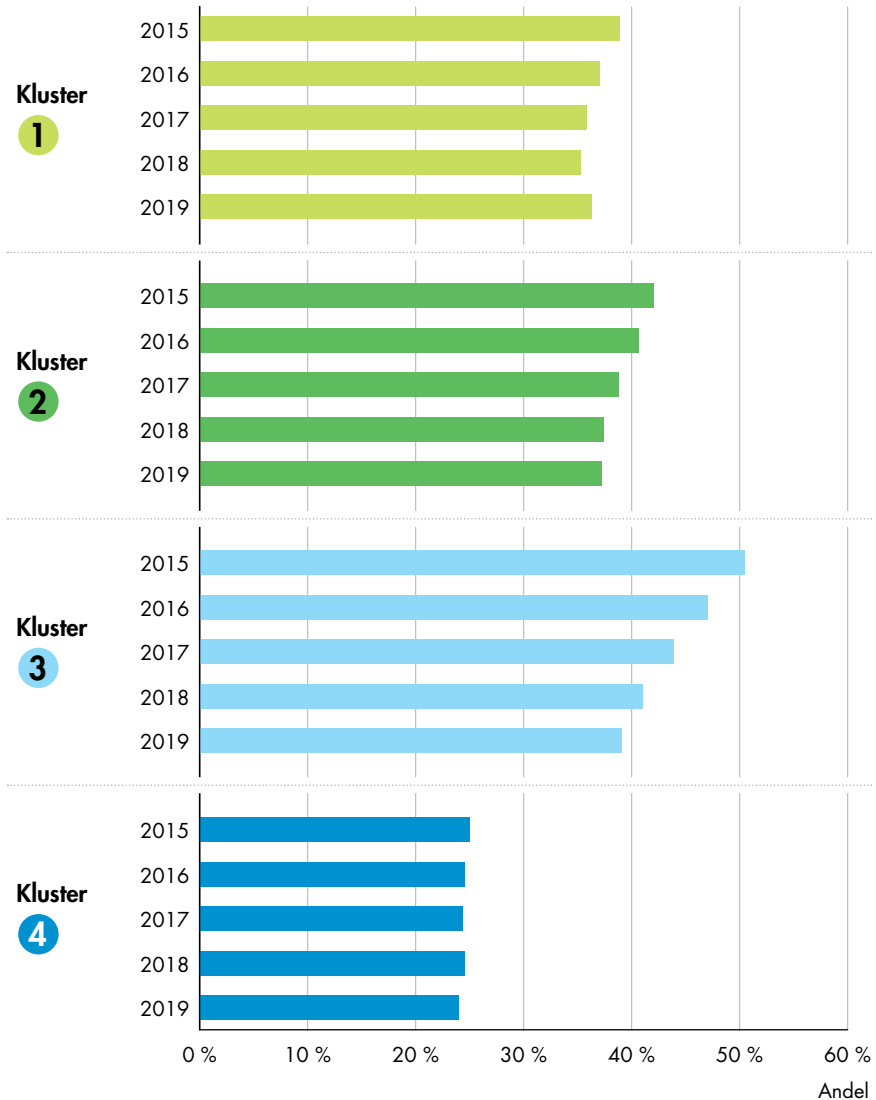
För kvinnor i åldern 21–25 år har andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel minskat i de olika grupperna under 2015–2019 (figur 31). Till skillnad från övriga åldersgrupper är andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel högst kluster 3, det vill säga områden där i genomsnitt 37 procent har hög inkomst och 43 procent universitetsexamen. Kluster 1, det vill säga områden där i genomsnitt 52 procent har gymnasieexamen har haft störst andel kvinnor som hämtat ut preventivmedel i övriga åldersgrupper, men i den här åldersgruppen är andelen näst lägst. Andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel är dock fortfarande lägst i kluster 4. Minskningen beror på en minskad andel kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel.

Figur 31. Andelen kvinnor i åldern 21–25 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut preventivmedel 2015–2019.



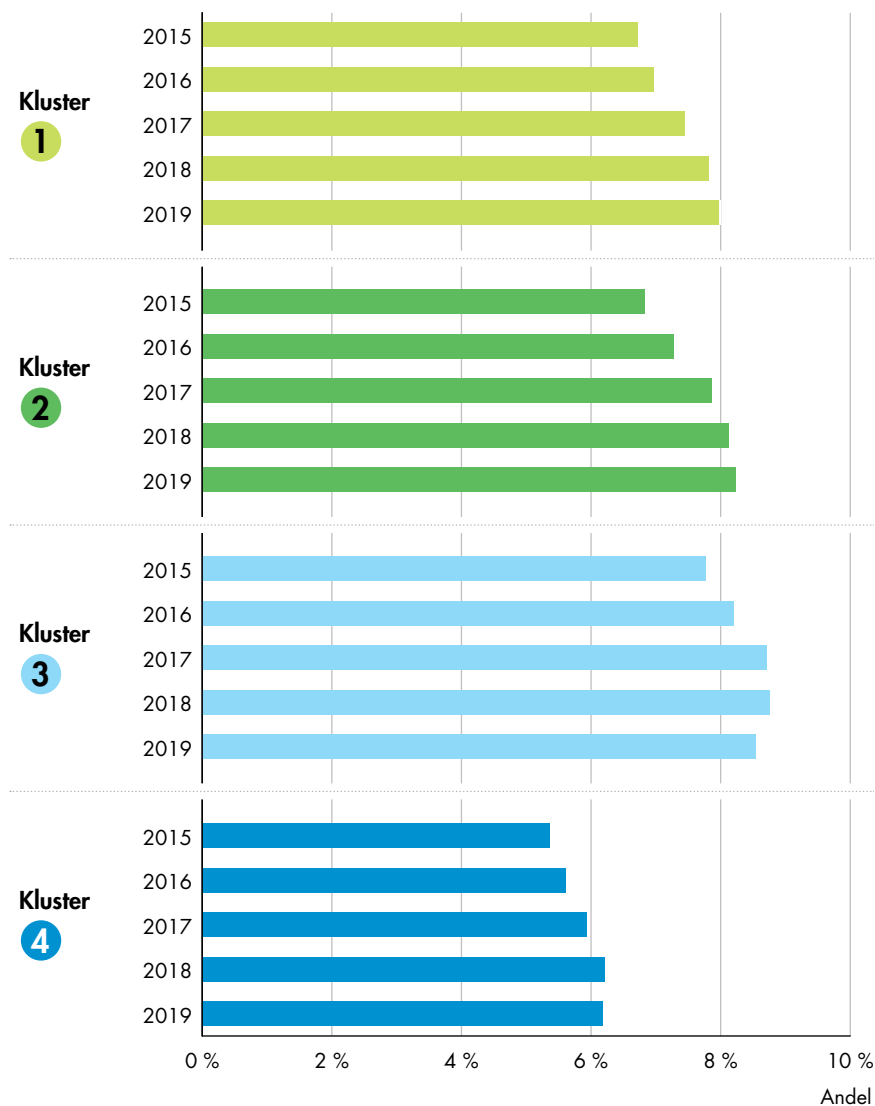
Under 2015–2019 minskade andelen kvinnor som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel i alla kluster (figur 32). Störst minskning var i kluster 3 (11 procentenheter) och kluster 2 (5 procentenheter).

Figur 32. Andelen kvinnor i åldern 21–25 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut korttidsverkande preventivmedel 2015–2019.



Andelen kvinnor som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel har ökat med cirka en procentenhet i samtliga kluster under 2015–2019 (figur 33).

Figur 33. Andelen kvinnor i åldern 21–25 år i de socioekonomiska grupperna som har hämtat ut långtidsverkande preventivmedel 2015–2019.



BILAGA 3 – SUBVENTIONER AV PREVENTIVMEDEL INOM LÄKEMEDELSFÖRMÅNEN I REGIONERNA 2016–2020

Under 2014 ändrade flera regioner reglerna för subventioner av preventivmedel. Tabell 10 visar regionernas subventioner av preventivmedel 2016 och 2020. Tabellen visar också om regionerna subventionerar några preventivmedel som inte ingår i läkemedelsförmånen, vilka preventivmedel det i sådant fall handlar om, samt om det i de fallen finns någon egenavgift för patienten. Källor till informationen i tabell 10 presenteras i tabell 11. I samtliga fall har informationen hämtats från regionernas webbplatser.

Tabell 10. Subventioner av preventivmedel i respektive region.

Region	Subvention 2016	Subvention 2020	Subvention utanför förmånen (Ja/Nej)?	Vilka preventivmedel? Egenavgift för patienten?
Blekinge	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Ja.	Alla. Kostnadsfritt.
Dalarna	200 kronor per år t.o.m. 25 år.	200 kronor per år t.o.m. 25 år.	Ja.	Alla. Egenavgift om 200 kronor per år.
Gotland	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Ja.	P-plåster, p-ring. Egenavgift om 100 kronor per år.
Gävleborg	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Nej.	
Halland	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Nej.	
Jämtland Härjedalen	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Ja.	Alla. Egenavgift om 100 kronor per år.
Jönköping	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Nej.	
Kalmar	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Nej.	
Kronoberg	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Ja.	P-ring. Egenavgift om 100 kronor per år.
Norrbottn	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Ja.	P-ring, p-plåster, en sorts p-pillar. Kostnadsfritt.

(forts.)

Tabell 10. (forts.)

Region	Subvention 2016	Subvention 2020	Subvention utanför förmånen (Ja/Nej)?	Vilka preventivmedel? Egenavgift för patienten?
Skåne	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Nej.	
Stockholm	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Ja.	P-ring, p-spruta, p-plåster. Kostnadsfritt under 21 år, 100 kronor 21 år och över.
Sörmland	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Ja.	P-ring. Egenavgift om 100 kronor per år.
Uppsala	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Nej.	
Värmland	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Nej.	
Västerbotten	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Nej.	
Västernorrland	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Ja.	P-piller. Egenavgift om 100 kronor per år.
Västmanland	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Ja.	P-ring. Egenavgift om 100 kronor per år.
Västra Götaland	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Nej.	
Örebro	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Kostnadsfritt t.o.m. 25 år.	Ja.	P-ring. Kostnadsfritt.
Östergötland	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	100 kronor per år t.o.m. 25 år.	Nej.	

Källa: Se tabell 11.

Tabell 11. Redovisning av källor för information om subventionering av preventivmedel till unga kvinnor i de olika regionerna. Samtliga källor är hämtade 2020-03-09.

Region	Källa
Blekinge	Region Blekinges egen subventionering av läkemedel eller annan vara https://regionblekinge.se/download/18.7d9f1b25167c61c5af325e17/1547626081196/Egna%20subventioner%20utanf%C3%B6r%20lagstadgade%20%C3%A4kemedelsf%C3%B6rm%C3%A5ner.pdf
Dalarna	Regionssubvention av preventivmedel https://www.regiondalarna.se/contentassets/123ee216e99a4b8eba193e5d6c51b97d/subvention-preventivmedel.pdf
Gotland	Information till Apoteksaktörer https://www.gotland.se/servlet/GetDoc?meta_id=46273
Gävleborg	Subvention Preventivmedel https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-vard-och-tandvard/lakemedel/forskrivning-av-lakemedel/Landstingssubventioner/Preventivmedel/
Halland	Subvention av läkemedel https://vardgivare.regionhalland.se/behandlingsstod/lakemedel/forskriva-och-ordinera-lakemedel/subvention-lakemedel/
Jämtland Härjedalen	Preventivmedel till unga kvinnor https://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivareochpartners/sjukvardochhalsa/lakemedel/apoteksaktorer.4.1ac2dc59158699366d11a1a4.html
Jönköping	Landstingssubventioner – Preventivmedel till unga kvinnor https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/Dokument/Evo/69978ea8-5f43-4e21-b6cc-c4188f9f7adb
Kalmar	Preventivmedel https://www.ltkalmar.se/Documents/Samarbetsportalen/Vardriktlinjer/Lakemedel/Rutiner%20for%20subvention/Preventivmedel.pdf
Kronoberg	Subvention av läkemedel utanför förmån – Preventivmedel till kvinnor under 26 år http://www.regionkronoberg.se/vardgivare/vardriktlinjer/lakemedel/subvention-av-lakemedel-utanfor-forman/#tab-7952
Norrbottn	Subvention läkemedel – Preventivmedel https://nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso-och-sjukvard/Lakemedel/Landstingets-riktlinjer/Subvention-Lakemedel/
Skåne	Förskrivning och fakturering av läkemedel och liknande produkter med särskild landstingssubvention https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/lakemedel/sarskild-landstingssubvention/forskrivn_fakt_lakemedelsn_prod_ltsubv_180607.pdf
Stockholm	Preventivmedelssubvention till ungdomar https://vardgivarguiden.se/globalassets/administration/verksamhetsadministration/lakemedel/lakemedelssubventioner/apoteksaktorer/preventivmedelssubvention-ungdomar.pdf

(forts.)

Tabell 11. (forts.)

Region	Källa
Sörmland	Landstingssubventionerade läkemedel https://samverkan.regionsormland.se/siteassets/halsa-och-varld/lakemedelskommitten/landstingssubventioner/landstingssubventionerade-lakemedel-2.pdf
Uppsala	Regionbeslutade subventioner 2018 http://www.lul.se/apotek
Värmland	Subvention av läkemedel vid antikonception https://www.regionvarmland.se/globalassets/vardgivarwebb/vard-och-behandling/lakemedel/apotek/subvention-av-preventivmedel-2019-2020.pdf
Västerbotten	För apotek https://regionvasterbotten.se/for-vardgivare/behandlingsstod-och-vardriktlinjer/lakemedel/for-apotek
Västernorrland	Information till apoteksaktörer samt enkätsvar https://www.rvn.se/contentassets/e874810bdb374f0daa8f4b8f4218cc65/dokument/andrad-p-subvention-fr.o.m.-2015-01-01.pdf
Västmanland	Kopia av Bilaga 7 till Landstingsstyrelsens protokoll 23 mars 2016 https://regionvastmanland.se/globalassets/vardgivare-och-samarbetspartners/behandlingsstod/lakemedel/dos-mm/beslut_preventivmedel_2016.pdf
Västra Götaland	Landstingssubventioner – Preventivmedel till unga kvinnor https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/lakemedel/landstingssubventioner/
Örebro	Subventionerade läkemedel utöver läkemedelsförmånen inom Örebro län https://www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-vardgivare/Formaner-och-avgifter/Landstingssubventionerade-lakemedel/
Östergötland	Subventionering, preventivmedel unga kvinnor https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Regiondirektor/Rad-och-kommitteer-/Lakemedel-new/Information-till-apotek/Faktura/Landstingssubventioner-i-samband-med-receptlakemedel/

Kostnadsfria preventivmedel till unga

En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp införandet av kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år, vilket är en del i regeringens satsning på kvinnors hälsa. Vi har analyserat statistik över uthämtade preventivmedel och tonårsgraviditeter. Uppföljningen visar att andelen kvinnor som har hämtat ut preventivmedel ökat men att det finns skillnader mellan grupper. Vi konstaterar att det är viktigt med insatser för att minska förekomsten av oönskade graviditeter. Kostnadsfria preventivmedel kan vara en del i det arbetet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

