

RFSU:S SVERIGE- BAROMETER 2012

HUR BRA ÄR DITT
LÄN PÅ SEX, VÅRD
OCH HÄLSA?

SEX ÄR POLITIK *rfsu* 

INNEHÅLL

FÖRORD	3
PREVENTIVMEDEL	5
UNGDOMSMOTTAGNINGAR	8
ABORT	12
ASSISTERAD BEFRUKTNING	16
STYRANDE PARTIER I LANDSTING OCH REGIONER 2011	19



FÖRORD

VÄLKOMMEN TILL RFSU:S tredje upplaga av Sverigebarometern, RFSU:s årliga kartläggning av tillgången till och kvaliteten på vården kopplad till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Rapporten visar ännu en gång att vården skiljer sig åt beroende på var i landet du bor, men vi ser samtidigt med stor glädje på ett stort antal förbättringar.

I somras släppte vi resultaten som visade att ungdomsmottagningarnas öppettider under sommaren skiftade stort i landet. Nu kommer hela Sverigebarometern 2012 som tittar på bland annat landstingens subvention av preventivmedel, abortstatistiken och möjligheterna till assisterad befruktning. Nytt för i år är att vi även tittat på ungdomsmottagningarnas tillgänglighet för unga hbt-personer samt i vilken utsträckning killar besöker mottagningarna.

Årets Sverigebarometer visar fortfarande på brister och olikheter i tillgången till vård. Vi ser bland annat stora skillnader i subventionen av preventivmedel i Sverige. För RFSU är det en självklarhet att människor ska ges möjlighet att själva välja den preventivmetod som bäst passar dem. Detta betyder att subventionerna måste innefatta olika slags p-piller och andra preventivmedel. Vi vill även se en utveckling av fler preventivmedel för män så att alla ges möjlighet att ta ansvar för sin fertilitet.

UNGDOMSMOTTAGNINGARNA spelar en stor roll för Barometern. De är en viktig aktör för ungas välbefinnande som behöver få mer resurser, större utrymme och ett tydligare uppdrag. I årets Sverigebarometer frågar vi hur unga kvinnor informeras om den kommande livsviktiga

cellprovtagningen som erbjuds från 23 års ålder. En svensk studie visar på vikten av att kvinnor följer kallelsen då de som drabbats av livmoderhalscancer framförallt är personer som inte deltagit i gynekologisk cellprovtagning*. Sveriges kommuner och landsting, SKL, genomför just nu ett projekt som syftar till att öka deltagandet för att rädda liv.

Ett område som skiljer sig åt över landet är andelen medicinska och kirurgiska aborter som utförs. RFSU vill att kvinnan ska ges en reell möjlighet att välja metod, vilket kräver ett snabbt omhändertagande. En finsk studie visar att medicinska aborter innebär färre komplikationer och skulle därför vara att föredra men det kan finnas olika skäl till att en kvinna vill välja en kirurgisk metod och hon ska därmed ha rätten till ett välinformerat val.** En annan viktig aspekt är att lyfta och utveckla barnmorskans roll för öka just andelen medicinska aborter och bra preventivmedelsrådgivning.

SAMTIDIGT SOM VI ser att många regionala skillnader består så gläds vi oss åt att Sverigebarometern gör skillnad! Bara under det senaste året kan vi se ett flertal konkreta förbättringar. Inte minst vad gäller assisterad befruktning. Regeringen arbetar nu med ett lagförslag som skall ge ensamstående kvinnor rätt till assisterad befruktning. Sveriges kommuner och landsting

* Studie refererad i artikeln »Nya riktlinjer för prevention av cervixcancer«, Björn Strander m fl, Läkartidningen nr 8/11. »Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden«, Andrae B, Kemetli L, Sparén P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, et al.

** Maarit Niinimäki et al 2011

SKL, gör i år en översyn av vilken vård som erbjuds ofrivilligt barnlösa, för att se om man kan utveckla en mer jämlik vård. Jämtland, Västerbotten och Västernorrland har redan i höst beslutat att den diskriminerande skillnaden mellan samkönade och olikkönades möjlighet till insemination ska upphöra och vården likställas. Östergötland är nu det enda landsting som har den skillnaden kvar. Landstingen i norr beslutade också att antalet IVF-försök med offentlig finansiering kommer att öka från ett till två.

Ett annat mycket glädjande besked är att Norrbotten som första landsting subventionerar preventivmedel fullt ut för alla upp till 25 år. Redan under det första halvåret ser vi att preventivmedelsanvändningen ökat samtidigt som Socialstyrelsens preliminära statistik för aborter visar redan sjunkande siffror för länet, särskilt i de yngre ålderskategorierna. Mycket tyder med andra ord på att det preventiva arbetet gör skillnad. Här finns ett unikt tillfälle att studera förhållandet mellan subventioner av ett brett utbud av preventivmedel och antalet oönskade graviditeter. SKL utreder just nu om det behövs en harmonisering av preventivmedels-subventioner för att minska skillnaderna i landet, något vi välkomnar.

Under sommaren 2011 hade 25 procent av landets ungdomsmottagningar öppet enligt ordinarie öppettider, i år var siffran 50 procent. Det var en stor förbättring som glädjer RFSU. Förutsättningar för landets ungdomsmottagningar utreds av just nu Socialstyrelsen, vilket RFSU hoppas skall leda till att deras uppdrag får en gemensam definition och reglering.

REGERINGEN HAR beslutat att ta fram en av RFSU mycket efterlängtd nationell SRHR strategi för Sverige. En sådan kan motverka att tillgången till vårdtjänster kopplade till sexuell och reproduktiv hälsa är ojämlik mellan olika grupper och i olika delar av landet. Den kan också ligga till grund för gemensamma prioriteringar och olika satsningar samt ge en sammantagen syn på olika delar av folkhälsopolitiken som berör SRHR.

Liksom i de tidigare Sverigebarometrarna fortsätter vi att efterfråga de aktiva åtgärder för preventivt arbete som Anders Milton föreslog redan 2009 i *Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet* (s 2007:D).

Denna barometer innehåller, precis som tidigare år, ett axplock av frågor. Det finns naturligtvis flera områden som skulle vara intressant att titta närmare på och vissa saker kan diskuteras djupare. Vår förhoppning är att lagssammanställningen ska leda till diskussioner kring varför tillgången till vårdtjänster kopplade till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter skiljer sig åt mellan länen och regionerna. Syftet är helt enkelt att påvisa olikheterna och lyfta behovet av att inom ramen för den nationella SRHR-strategin som nu utarbetas ta ett samlat grepp om alla frågor som ryms inom begreppet sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. För RFSU är svaret enkelt, vården ska inte skilja sig åt beroende på bostadsort eller privatekonomisk situation. Detta är frågor där både den nationella och regionala politiken måste ta sitt ansvar.

Kristina Ljungros

FÖRBUNDSORDFÖRANDE RFSU

PREVENTIVMEDEL

Rebecka som är 18 år och bor i Luleå betalar ingenting för sina p-piller. Men när hon flyttar till Umeå för att studera ska hon plötsligt betala 1000 kronor per år för samma p-piller. RFSU menar att preventivmedel ska vara gratis för unga kvinnor i hela landet.

HUR MYCKET UNGA behöver betala för sina p-piller avgörs i hög utsträckning av var i landet hon bor. P-piller och andra preventivmedel subventioneras för unga kvinnor i olika utsträckning i hela landet, med ett undantag.

I Västerbotten subventioneras inte preventivmedel överhuvudtaget. Det kan innebära att en 17-åring kan få betala upp till tusen kronor per år för att kunna använda ett passande preventivmedel. Det här får konsekvenser. Varje vecka möter barnmorskor ungdomar som helt tvingas välja bort p-piller på grund av den höga kostnaden.

I grannlandet Norrbotten går utvecklingen glädjande nog åt rätt håll. Sedan förra årets Sverigebarometer har landstinget där valt att fullt ut subventionera p-piller till alla upp till 25 år.

Enligt en aktuell genomgång av svensk forskning visar fyra olika studier att subventionering av p-piller till tonåringar minskar abortfrekvensen*. I en av studierna genomförde Gävle ungdomsmottagning år 1989 ett försök där man under ett års tid subventionerade p-piller för kvinnor under 20 år. Resultatet visar att antalet aborter minskade med 31,6 procent det första halvåret. I övriga landet förändrades inte antalet tonårsaborter.

Redan 2009 föreslog Anders Milton i en utredning *Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet* beställd av socialminister Hägglund att hormonella preventivmedel borde subventioneras med en egenavgift på 200 kronor upp till 25 år. Fortfarande efter tre år har inget hänt.

* »P-piller subvention och abortfrekvens«, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU.se

RFSU:S LINJE

RFSU anser att preventivmedel är en rättighet och ska tillhandahållas på lika villkor i hela landet. Därför ska preventivmedel vara gratis upp till 25 år. Den ekonomiska eller sociala situationen ska inte vara avgörande om du kan skydda dig mot oönskade graviditeter. RFSU anser dessutom att subventionen ska omfatta olika preparat, p-piller, p-ring, spiraler, pessar mm för att kvinnan ska kunna välja det som passar bäst och färre biverkningar. RFSU vill se en utveckling av fler preventivmedel för män, för att ge männen möjlighet till att ta större ansvar för sin fertilitet.



SKILLNADER I KOSTNAD FÖR P-PILLER FÖR EN 19-ÅRING

I tre landsting är det gratis med p-piller. I Blekinge upp till 19 år, i Skåne upp till 20 år och i Norrbotten upp till 25 års ålder. I Västerbotten finns inga subventioner alls.

19-åringar i dessa län drabbas av de högsta kostnaderna för p-piller (prisskillnader beroende på sort):

Västerbotten	280-1200 kr/år
Kronoberg	200-430 kr/år
Jämtland	140-600 kr/år

SKILLNADER I KOSTNAD FÖR P-PILLER FÖR EN 23-ÅRING

För 23-åringar är det dyrare med p-piller eftersom många landstings och regioners subventioner bara gäller tonåringar eller upp till 20 års ålder. Utan subventioner kostar olika sorters p-piller 280-1200 kronor per år. Hur dyrt det blir påverkas i också i hög grad av var i landet man bor.

Åtta landsting/regioner – Blekinge, Dalarna, Gotland, Halland, Kronoberg, Uppsala, Västra Götaland, Östergötland – drar gränsen för subventionen vid 19 års ålder. Kvinnor i Värmland, Örebro och Norrbotten får köpa subventionerade p-piller upp till 25 års ålder.

Billigaste p-pillren för 23-åringar:

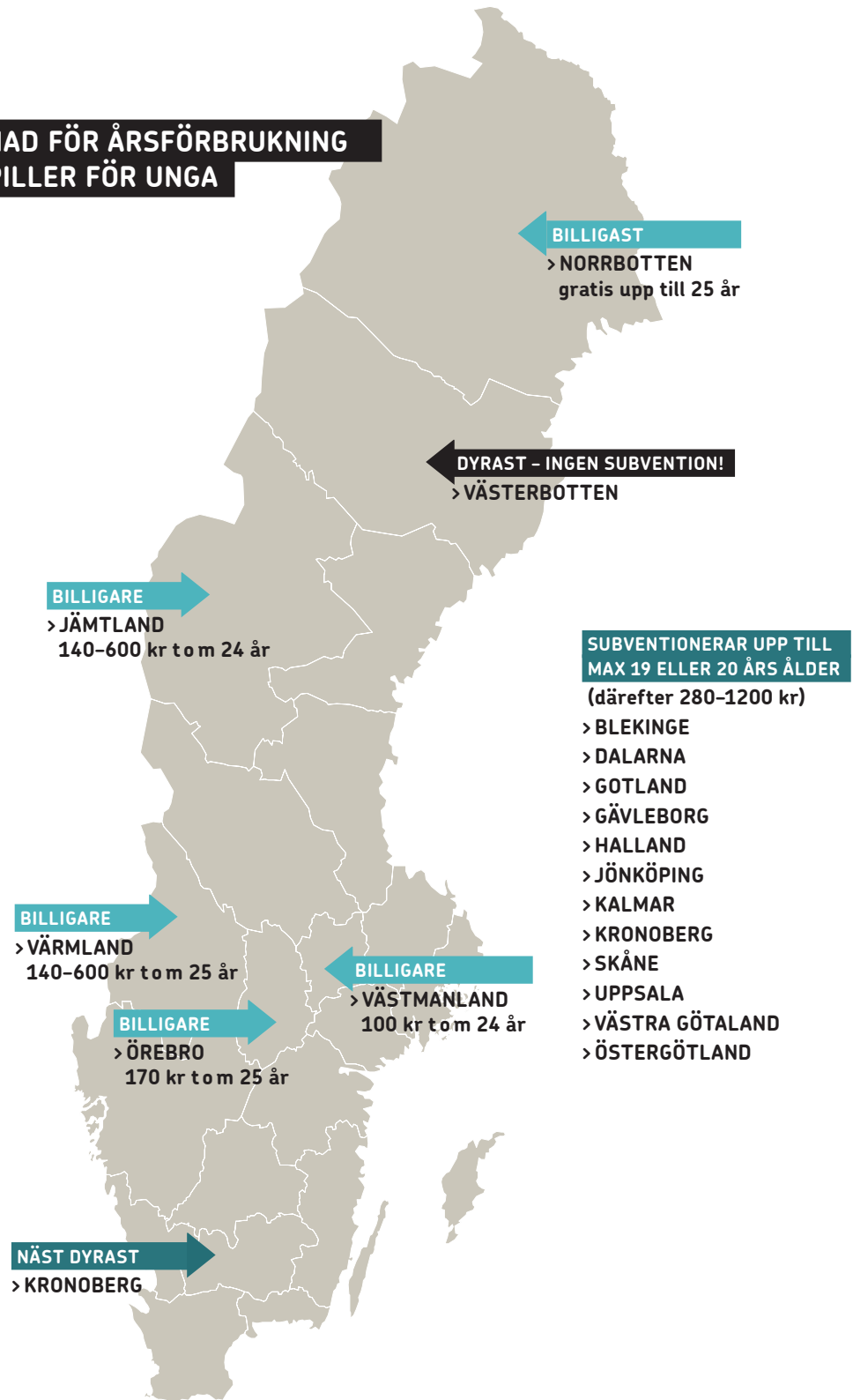
Norrbotten	0 kr
Västmanland	100 kr
Örebro	170 kr

På de flesta håll i landet betalar en 23-åring istället ordinarie pris, dvs 280-1200 kronor per år beroende på sort.

KOSTNADER FÖR P-PILLER 2011

Länsnamn	Subvention	Till och med ålder	Kostnad för en 19-åring/år	Kostnad för en 23-åring/år
Blekinge	Ja	19 år	0 kr	280-1200 kr
Dalarna	Ja	19 år	100 kr	280-1200 kr
Gotland	Ja	19 år	max 300 kr	280-1200 kr
Gävleborg	Ja	20 år	100 kr	280-1200 kr
Halland	Ja	19 år	150 kr	280-600 kr
Jämtland	Ja	24 år	140-600 kr	140-600 kr
Jönköping	Ja	20 år	170-400 kr	280-1200 kr
Kalmar	Ja	20 år	120 kr	280-1200 kr
Kronoberg	Ja	19 år	200-430 kr	280-1200 kr
Norrbotten	Ja	25 år	0 kr	0 kr
Skåne	Ja	20 år	0 kr	280-1200 kr
Stockholm	Ja	22 år	60 kr	280-1200 kr
Södermanland	Ja	21 år	145-375 kr	280-1200 kr
Uppsala	Ja	19 år	100 kr	280-1200 kr
Värmland	Ja	25 år	140-600 kr	140-600 kr
Västerbotten	Nej	—	280-1200 kr	280-1200 kr
Västernorrland	Ja	23 år	80-360 kr	80-360 kr
Västmanland	Ja	24 år	100 kr	100 kr
Västra Götaland	Ja	19 år	100 kr	280-1200 kr
Örebro	Ja	25 år	170 kr	170 kr
Östergötland	Ja	19 år	100 kr	280-1200 kr

KOSTNAD FÖR ÅRSFÖRBRUKNING AV P-PILLER FÖR UNGA



UNGDOMS- MOTTAGNINGAR

Unga hbt-personer behöver synliggöras och bemötas med rätt kompetens. Tre av fyra ungdomsmottagningar markerar särskilt att hbt-personer är välkomna. Mottagningarna behöver även satsa på att i högre utsträckning nå de unga männen.

VERKSAMHET RIKTAD TILL HBT-PERSONER

Undersökningar från Folkhälsoinstitutet, Ungdomsstyrelsen och RFSU Ungdom visar att unga hbt-personer mår sämre än andra unga, och att andelen hbt-personer som övervägt att ta sitt liv är dubbelt så stor som den i övriga befolkningen. Högst är siffran bland 16–29-åringarna. Det är alltså av stor vikt att bemöta unga hbt-personer med medvetenhet och kompetens.

De flesta ungdomsmottagningarna uppmärksammar utåt (via affischer, hemsida etc) att hbt-personer är välkomna, men en fjärdedel har ingen sådan information. Ett fåtal ungdomsmottagningar har någon särskild verksamhet riktad till unga homosexuella, bisexuella eller transpersoner. Det handlar om två mottagningar med hbt-caféer och i ett fall parsamtal eller en kurator som är specialiserad på utredningar om könskorrigering. Sådan särskild riktad verksamhet behöver såklart inte vara det enda sättet att synliggöra och professionellt möta ungdomar bortom heteronormen. RFSU erbjuder en hbt-certifiering till ungdomsmottagningar där all personal utbildas. Certifieringen syftar till såväl kompetenshöjning som synliggörande. I vår enkät har ett tiotal ungdomsmottagningar i de öppna svarsalternativen angivit att de är certifierade. Sammantaget har RFSU certifierat 22 av landets 262 ungdomsmottagningar. Västra Götalandsregionen erbjuder all mottagningsverksamhet en diplomeringsutbildning avseende hbt-personers rättigheter i hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är att hbt-kunskap, kännedom om hbt-personers hälsosituation och rättigheter samt en medvetenhet om heteronormativitet är en förutsättning för att kunna ge ett professionellt och gott bemötande.

UNGDOMSMOTTAGNINGARNA

Ungdomsmottagningarna riktar sig till unga upp till 23–25 år. Den övre åldersgränsen varierar i landet och ska liksom den nedre åldersgränsen vara anpassad till ungas behov, menar FSUM, Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. Mottagningarna erbjuder preventivmedelsrådgivning och gratis kondomer, testning för sexuellt överförbara sjukdomar samt samtal om sexualitet och relationer, nedstämdhet och stress. De flesta unga kommer för att få preventivmedelsrådgivning eller på grund av oro för en könssjukdom. Besöken är gratis. Verksamheten finansieras av landstingen/regionerna, av kommuner eller i samarbete mellan dessa.

KÄLLOR: fsum.org och umo.se

RFSU skickade i maj 2012 för tredje året i rad ut en enkät till landets 262 ungdomsmottagningar. 64 procent svarade (168 stycken).

RFSU:S LINJE

Det behövs en särskild satsning för att främja unga hbt-personers hälsa. Personalen på ungdomsmottagningarna behöver resurser och kompetensutveckling för att kunna möta unga hbt-personers behov.

Ungdomsmottagningarna är lika viktiga för både killar och tjejer. Kunskap om killars behov, ett bra bemötande och en inbjudande fysisk miljö ska finnas på alla mottagningar. Metodutveckling behövs för att öka andelen manliga besökare.

VERKSAMHET RIKTAD TILL UNGA MÄN

Fyra av tio ungdomsmottagningar i undersökningen svarar att de har särskild verksamhet riktad till unga män. Det rör sig ofta om särskilt öronmärkta »killtider«. Vissa mottagningar väljer att särskilt bjuda in killar i sitt informationsmaterial. Andra förekommande strategier är att vidareutbilda viss personal, att hänvisa till en manlig sjuksköterska eller att bedriva uppsökande verksamhet till exempel gentemot idrottsklubbar eller gentemot ensamkommande flyktingpojkar. Flera ungdomsmottagningar skriver att de medvetet valt bort »killtiderna« eftersom de vill undvika särbehandling: »killar är alltid välkomna«. Några har prövat på att ha särskild killmottagning, men avslutat försöket. En mottagning skriver: »Vi har valt att inte ha en specifik killmottagning då det skickar signaler att de bara kan komma då.«

Var är de unga männen? Frågan har länge sysselsatt ungdomsmottagningarna. Forskningen kring frågan har pekat på olika skäl till varför mönstret länge sett ut så som det gör. En viktig förklaring handlar om de kulturella könsroller enligt vilka kvinnor förväntas ta större ansvar för den sexuella hälsan, medan ett riskbeteende är mer accepterat för unga killar. Killarna behöver i större utsträckningta ansvar för sin fertilitet. En studie från Göteborgs universitet menar att problemet bottenar i brist på resurser såväl som i traditionella strukturer, oklar ansvarsfördelning och vaga målformuleringar hos Sveriges ungdomsmottagningar*. UngKabo9, Sveriges största studie av sexualitet och hälsa bland unga bekräftar att fler tjejer än killar uppsöker en mottagning även när det gäller att testa för könssjukdomar. Många killar testar sig via nätet och går därmed miste om den viktiga rådgivning som ungdomsmottagningen tillhandahåller. Samtalen är viktiga ur flera aspekter, eftersom de kan beröra andra relevanta frågor kring normer, identitet, kroppen och den sexuella hälsan.

HBT-PERSONER

Sju av 169 ungdomsmottagningar har inkluderat en särskild verksamhet eller aktivitet riktad till unga hbt-personer. Det motsvarar fyra procent av de svarande.

124 av 167 ungdomsmottagningar uppmärksammar särskilt att även unga hbt-personer är välkomna till mottagningen. Det motsvarar 74 procent av de svarande. Oftast väljer man att sända ut budskapet via hemsidan, på affischer eller inne på själva mottagningen, t ex genom att hänga upp en regnbågsflagga. 26 procent svarade nej på frågan.

UNGA MÄN

4 av 10 ungdomsmottagningar har särskild verksamhet riktad till unga män. I två tredjedelar av fallen handlar det om en till två timmar per vecka. Nio av 168 ungdomsmottagningarna har särskild verksamhet riktad till killar 10 timmar per vecka eller mer.

På 95 av 100 ungdomsmottagningar är mindre än en tredjedel av besökarna killar.

På 75 av 100 ungdomsmottagningar är mindre än en femtedel av besökarna killar.

På de flesta mottagningar som svarat (61,5 procent) är 10-19 procent av besökarna unga män.

* »Where have all the young men gone?« av Klara Abrahamsson och Charlotta Sundin. Examensarbete i folkhälsovetenskap 2008 Göteborgs universitet, D-nivå.

TA CELLPROV – DET KAN RÄDDA LIV!

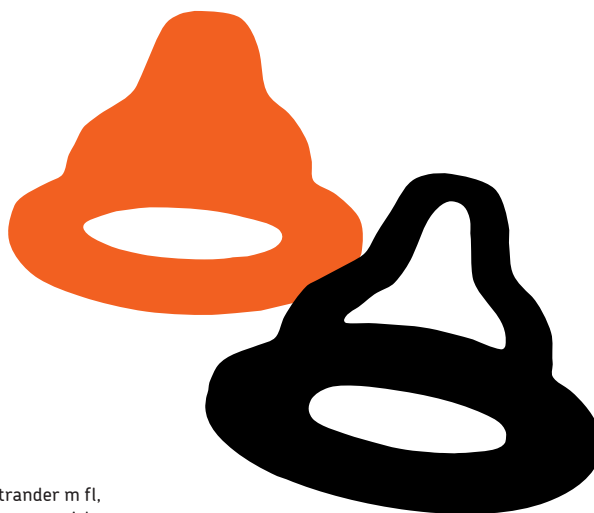
Nästan hälften av de svarande ungdomsmottagningarna saknar rutiner för att informera unga kvinnor om kommande cellprovtagning. Lyckligtvis gör 85 procent av mottagningarna som saknar rutiner det ändå.

Gynekologiskt cellprov tas regelbundet på kvinnor mellan 23 och 60 år, för att på ett tidigt stadium kunna upptäcka cellförändringar som, om de inte behandlas, riskerar att utvecklas till cancer. Det är oftast kvinnor som inte gått regelbundet på provtagningen när de fått kallelsen som drabbas.* Om man tar cellprov regelbundet hinner man upptäcka cellförändringarna i tid och kan lätt ta bort dessa. Ökad kunskap om provtagningen redan innan man kallas för första gången kan vara en faktor som bidrar till ökat deltagande. Ungdomsmottagningar som tidigt möter många unga kvinnor har en unik möjlighet att ge denna livsviktiga information.

Även om man vaccinerats mot HPV är det viktigt att gå på cellprovskontroller. Vaccination mot HPV ingår numera i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn från och med 1 år och ges till flickor 11–12 år. Högkostnadsskyddet gäller mellan 13–26 år.

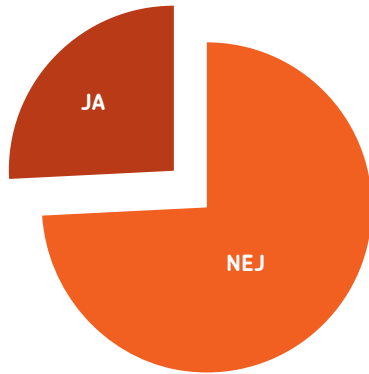
Målformuleringen för Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar FSUM lyder:

»Det övergripande målet för UM är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner.«



* »Nya riktlinjer för prevention av cervixcancer«, Björn Strander m fl, Läkartidningen nr 8/11. »Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden«, Andrae B, Kemetli L, Sparén P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, et al., J Natl Cancer Inst. 2008; 100(9): 622-9.

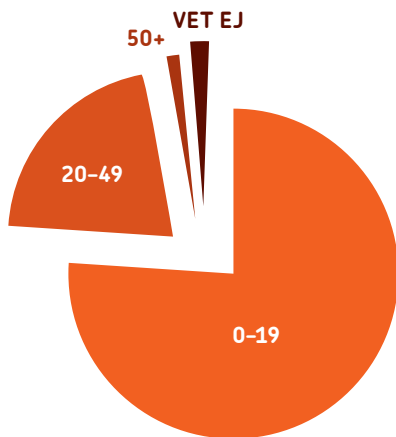
UPPMÄRKSAMMAR NI SÄRSKILT ATT ÄVEN UNGA HBT-PERSONER ÄR VÄLKOMNA TILL MOTTAGNINGEN?



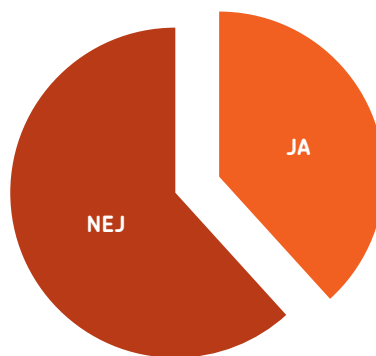
HAR NI NÅGON SÄRSKID VERKSAMHET RIKTAD TILL UNGA HBT-PERSONER?



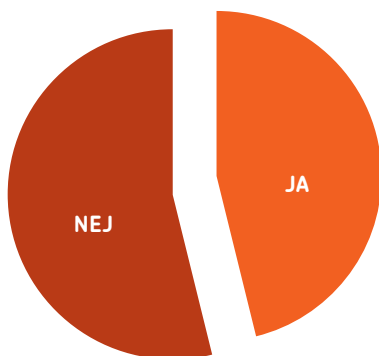
UNGEFÄR HUR STOR ANDEL AV ERA BESÖKARE ÄR MÄN?



HAR NI SÄRSKILD VERKSAMHET RIKTAD TILL UNGA MÄN?



HAR MOTTAGNINGEN RUTINER FÖR ATT INFORMERA OM KOMMANDE CELLPROVTAGNING FÖR UNGA KVINNOR?



BRUKAR NI ÄNDÅ INFORMERA OM KOMMANDE GYNEKOLOGISK CELLPROVTAGNING?



ABORT

Medicinska aborter innebär mindre komplikationer för kvinnan. Men har verkligen alla kvinnor som vill avbryta en oönskad graviditet samma möjlighet att välja den bästa metoden? RFSU noterar stora regionala skillnader. Särskilt i Värmland går utvecklingen bakåt.

DEN SVENSKA ABORTLAGSTIFTNINGEN från 1974 innebär fri abort upp till 18:e graviditetsveckan. Därefter beviljas abort vid särskilda skäl, vanligen fosterskador. Socialstyrelsen statistik för 2011 visar att antalet oönskade graviditeter som avbryts genom en abort var nästintill detsamma som 2010. Antalet tonårsaborter minskade med drygt fem procent jämfört med föregående år och är nu lägre än i gruppen 30–34 år.

Behandlingsmetoderna för en abort är antingen medicinsk, kirurgisk och ibland en kombination av båda. Vid en medicinsk abort som är vanligast i dag, får kvinnan hormontabletter som framkallar ett missfall. Behandlingen inleds på sjukhuset eller godkänd mottagning och kan avslutas i hemmet eller på sjukhus. En efterkontroll är viktig. De medicinska aborterna är vanligast innan utgången av vecka nio, men i takt med den medicinska utvecklingen kan de idag göras fram till vecka 12. Risk för komplikation är mindre vid medicinsk abort.*

Det går också att göra en kirurgisk abort fram till och med vecka 12. En kirurgisk abort görs genom en skrapning. Vid detta ingrepp används lokalbedövning eller narkos. Vid en abort efter vecka 12 används läkemedel. Antalet aborter och vilka metoder som används skiljer sig stort i landet.

I vissa landsting är andelen kirurgiska aborter förvånansvärt hög, även vad det gäller de tidigaste aborterna. Hur kan det komma sig att bara 70,5 procent av de tidiga tonårsaborterna är medicinska i ett landsting (Värmland), medan motsvarande siffra för ett annat landsting är 100 procent (Jämtland och Kronoberg)? Mycket lite talar för att det uteslutande rör sig om kvinnornas egna val eller medicinskt motiverade beslut. Anmärkningsvärt är att utvecklingen i Värmland går bakåt i detta avseende.

Även i gruppen andelen medicinska aborter före vecka 9 i samtliga åldersgrupper ligger Värmland lågt med 74,5 procent med ett riksgenomsnitt på 89,3 procent.

RFSU:S LINJE

Rätten till den egna kroppen innebär också rätten till abort. Det är kvinnan som har beslutet.

Abort är en akut åtgärd och resurser ska finnas för att den ska kunna genomföras utan fördröjning då kvinnan bestämt sig för att avbryta graviditeten. Ett omhändertagande före vecka nio innebär också att kvinnan själv kan välja metod. Att inom ramarna för dagens regelverk förstärka barnmorskornas mandat att handlägga processen när det gäller de medicinska aborterna skulle också stärka kopplingen mellan preventivmedelsrådgivning, förebyggande av oönskade graviditeter och abortvård. Denna kontinuitet är värd att bevara och utveckla.

* Maarit Niinimäki et al 2011

ANTAL ABORTER TOTALT

Antalet aborter 2011 var nästintill detsamma som 2010. Under 2011 utfördes 37 750 aborter vilket innebär 20,9 aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder. De regionala skillnaderna är stora.

Flest aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15-44 år

Gotland	31,1
Stockholm	23,7
Jämtland	23,4

Lägst antal aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15-44 år

Kronoberg	15,4
Jönköping	15,7
Västmanland	16,3

TONÅRSABORTER

Tonårsaborterna fortsätter att minska. Antalet tonårsgraviditeter som avslutades med abort var 5 828 under 2011. Det genomfördes alltså 19,8 tonårsaborter per 1 000 kvinnor i åldern 15-19 år, vilket innebär en minskning med 5,3 procent jämfört med året innan. Antalet tonårsaborter har minskat för varje år sedan 2006.

De geografiska skillnaderna är stora, men dessa har minskat jämfört med 2010. Det senaste decenniet har antalet tonårsaborter varit högst på Gotland, men för 2011 syns en nedgång från 32,1 till 29,4 tonårsaborter per 1 000 kvinnor.

Flest tonårsaborter per 1 000 kvinnor

Gotland	29,4
Jämtland	25,8
Stockholm	24,1

Lägst antal tonårsaborter per 1 000 kvinnor

Jönköping	13,4
Kronoberg	13,9
Blekinge	14,6

ABORTER BLAND KVINNOR 20-24 ÅR

Bland tusen kvinnor i åldern 20-24 år genomfördes 33,1 aborter. Det innebär att abort är vanligast i just denna period i livet. De regionala skillnaderna märks här tydligast. På Gotland har antalet aborter i åldersgruppen ökat kraftigt sedan i fjol.

Flest aborter per 1 000 kvinnor i åldern 20-24 år

Gotland	59,6
---------	------

Lägst antal aborter per 1 000 kvinnor i åldern 20-24 år

Kronoberg	21,2
-----------	------

MEDICINSKA ABORTER

De kirurgiska aborterna fortsätter att minska och andelen medicinska aborter ökar och utgör nu 89,4 procent av alla tidiga aborter.

Det finns stora skillnader mellan landstingen när det gäller metod vid tidiga aborter.

Landsting med högst andel medicinska aborter (före utgången av vecka nio)

Kalmar	99,1%
Jämtland	99,0%
Jönköping	97,7%

Landsting med lägst andel medicinska aborter (före utgången av vecka nio)

Värmland	74,5%
Stockholm	83,7%
Västra Götaland	84,8%

MEDICINSKA ABORTER BLAND TONÅRINGAR

90,4 procent av alla tidiga tonårsaborter var medicinska. Men också när det gäller abortmetod är de regionala skillnaderna stora. Medicinska aborter rekommenderas för tidiga aborter eftersom de medför mindre risker för kvinnan. De är också billigare att genomföra. Det viktigaste är att väntetiderna hålls så pass korta att kvinnan själv har möjlighet att välja metod.

Lägst andel medicinska aborter, tonåringar, före utgången av nionde graviditetsveckan:

Värmland	70,5%
Dalarna	78,6%
Stockholm	84,3%

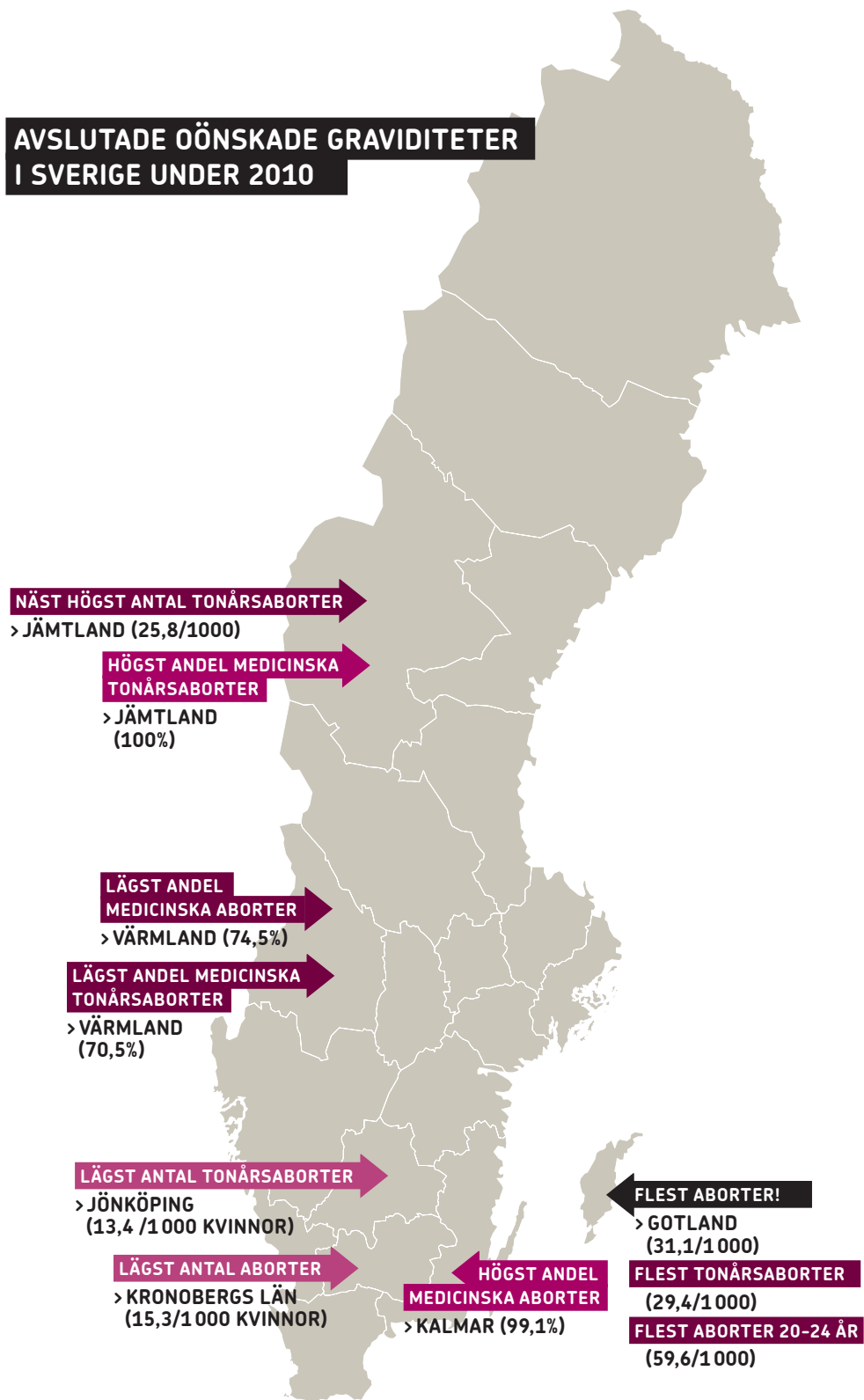
Högst andel medicinska aborter, tonåringar, före utgången av nionde graviditetsveckan:

Kronoberg	100%
Jämtland	100%
Västerbotten	99,3%

ANTALET ABORTER I SVERIGE 2011

Länsnamn	Antal aborter totalt	Antal aborter per 1000 kvinnor	Antal aborter per 1000 kvinnor i åldern 20-24 år	Antal aborter per 1000 kvinnor i åldern 15-19 år	Andel medicinska aborter t o m v 9	Andel medicinska aborter t o m v 9 bland kvinnor i åldern 15-19 år
Blekinge	456	17,6	32,6	14,6	87,6	92
Dalarna	1038	22,2	39,7	20	85,8	78,6
Gävleborg	983	20,7	32,2	20,7	96,4	98,6
Gotland	305	31,1	59,6	29,4	97,3	97,9
Halland	946	17,4	30	17,6	94,3	95,2
Jämtland	514	23,4	36,9	25,8	99	100
Jönköping	978	15,7	25,7	13,4	97,6	99,1
Kalmar	700	17,6	27,4	21,1	99,1	99,1
Kronoberg	516	15,4	21,2	13,9	97,3	100
Norrbottnen	954	22,8	37,8	22,1	91,8	93,9
Skåne	4718	19,2	29,2	17,8	95,8	96,1
Stockholm	10322	23,7	37,8	24,1	83,7	84,3
Södermanland	1088	22,6	40,2	22,8	95,7	98,1
Uppsala	1293	18,7	27,1	16,8	85,8	78,6
Värmland	1022	21,6	34,2	20,1	74,5	70,5
Västerbotten	906	18,4	27,7	21,2	96,8	99,3
Västernorrland	884	21,4	35,3	20,3	97,6	97,6
Västmanland	750	16,3	26,2	15,7	85	89,1
Västra Götaland	5928	19,2	31,7	18,1	84,8	85,8
Örebro	1108	21,1	35,1	16,8	96,2	96,7
Östergötland	1555	19,1	29	15,6	95,7	98,9
Hela Riket	37696	20,8	33,1	19,8	89,3	90,3

AVSLUTADE ÖNSKADE GRAVIDITETER I SVERIGE UNDER 2010



ASSISTERAD BEFRUKTNING

Nytt beslut i norr ger lesbiska rätt till insemination. Alla par i norr ges nu möjlighet till två IVF-försök, ett steg i rätt riktning.

INSEMINATION

I de två tidigare Sverigebarometrarna jämförde RFSU några av de regler som finns uppställda kring insemination och IVF i olika landsting och regioner. Vi kunde konstatera stora skillnader både i fråga om kostnader, åldersgränser och i antal subventionerade försök som erbjuds. Störst skillnader konstaterades för lesbiska par, eftersom vissa landsting fortfarande har skilda regler för heterosexuella och lesbiska som behöver hjälp med att få barn. Ett inseminationsförsök som är gratis för heterosexuella i Östergötland kostar för ett lesbiskt 3000 kr.

Äntligen får ofrivilligt barnlösa i de fyra norrlandstingen en mer jämlik vård. Norrlandstingens Regionförbund fattade den 26 september ett beslut att rekommendera landstingen att besluta nya regler för assisterad befruktning där de diskriminerande skillnaderna mellan samkönade och olikkönade par upphör. Varje landsting kommer nu att fatta beslut om när det ska träda i kraft, troligen 1 januari 2013.

I år har möjligheterna att göra en jämförelse begränsats eftersom det inte finns någon ny nationell sammanställning av landstingens och regionernas regler. RFSU:s kritik av den ojämlika och diskriminerande vården samt efterlysning av nationella riktlinjer har uppmärksammats och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, gör nu en översyn av landstingens regelverk kring behandling av ofrivillig barnlöshet. Under hösten förväntas en presentation och eventuella förslag till en harmonisering för en mer jämlik vård.

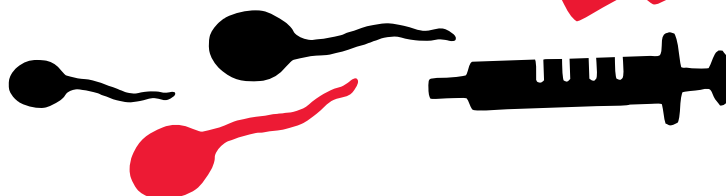
ASSISTERAD BEFRUKTNING

I Sverige används främst två typer av assisterad befruktning vid ofrivillig barnlöshet, insemination och befruktning utanför kroppen, IVF. Insemination kan ske med spermier från mannen i ett par eller med givarspermier. I Sverige har heterosexuella och lesbiska par utan barn rätt till hjälp med insemination eller IVF.

Den 29 mars 2012 beslutade riksdagen att också ensamstående kvinnor ska omfattas av rätten till assisterad befruktning. Regeringen ska nu skyndsamt utreda och klargöra juridiska frågeställningar innan beslutet träder i kraft.

RFSU:S LINJE

Ofrivillig barnlöshet får inte vara en fråga om privatekonomisk situation eller var man bor. Mer behöver göras för att människor oavsett relationsstatus, ska ges stöd till att bilda familj. Samkönade och olikkönade par ska självklart ha samma rättigheter.



IVF

IVF är en förkortning av *in vitro-fertilisering* och innebär assisterad befruktning utanför kroppen. Subventionerad IVF, eller provrörsbefruktning, erbjuds barnlösa heteropar eller lesbiska par, inte par som redan har ett barn. Ett lagförslag som också kommer att ge ensamstående kvinnor motsvarande möjlighet förbereds nu av justitiedepartementet. Det finns en majoritet i riksdagen för lagändringen eftersom samtliga partier förutom Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna ställer sig bakom den.

Antalet försök med IVF-behandling och hur gammal kvinnan får vara varierar mellan landstingen och regionerna. På de flesta håll i landet har lesbiska kvinnor sämre möjligheter än heterosexuella kvinnor att få IVF-behandling. Alla ofrivilligt barnlösa kvinnor har till exempel inte rätt till lika många IVF-försök, detta eftersom försöken i nästan samtliga landsting räknas per par, och inte per individ.

Vad det gäller olika åldersgränser samt regler för heterosexuella jämfört med lesbiska par finns ingen aktuell nationell sammanställning från landstingens centrala organ, SKL. I årets Sverigebarometer finns därför ingen heltäckande genomgång. I två avseenden kan vi dock konstatera en positiv förändring sedan 2011. Enligt de rekommendationer Norrlandstingens Regionförbund beslutade om den 26 september kommer de fyra norrlandstinget att erbjuda paren två IVF-försök. Varje landsting kommer nu att fatta beslut om när det ska träda i kraft, troligen 1 januari 2013. Lesbiska par i Stockholm kan numera välja vem av kvinnorna som ska bära barn nummer två – det vill säga vem som kan få tillgång till assisterad befruktning för att få bära ett syskon. Tidigare kunde endast den av kvinnorna som burit det första barnet komma i fråga. Precis som för olikkönade par är syskonbehandlingen egenfinansierad.

IVF

Samtliga landsting och regioner erbjuder IVF till både heterosexuella och lesbiska par för ordinarie patientavgifter, det vill säga 250–300 kr per försök.

Antalet subventionerade försök varierar från två till tre. Fler än hälften av alla landsting och regioner erbjuder tre försök.





MÖJLIGHETER IVF-BEHANDLINGAR

Länsnamn	Antal IVF-behandlingar	Kostnad IVF-behandling
Blekinge	3	300 kr/besök
Dalarna	3	300 kr/besök
Gotland	3	300 kr/besök
Gävleborg	3	300 kr/besök
Halland	3	300 kr/besök
Jämtland	1*	250 kr/besök
Jönköping	2	300 kr/besök
Kalmar	2	300 kr/besök
Kronoberg	3	300 kr/besök
Norrbottn	1 + 1*	270 kr/besök
Skåne	3	300 kr/besök
Stockholm	3	350 kr/besök
Södermanland	2	300 kr/besök
Uppsala	3	300 kr/besök
Värmland	3	250 kr/besök
Västerbotten	1 + 1*	300 kr/besök
Västernorrland	1*	300 kr/besök
Västmanland	3	300 kr/besök
Västra Götaland	3	300 kr/besök
Örebro	3	250 kr/besök
Östergötland	2	300 kr/besök

*Jämtland, Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland kommer att erbjuda 2 försök, troligen från första januari 2013.

STYRANDE PARTIER I LANDSTING OCH REGIONER 2011

