

# Sexuell och reproduktiv hälsa

## Sammanfattning

Sexuell och reproduktiv hälsa avspeglar i hög grad vårt sätt att leva och våra livsvillkor. I ett långt perspektiv har den ökande välfärden i kombination med en väl utbyggd hälso- och sjukvård lett till att det är sällsynt att mödrar dör vid förlossningen och till att spädbarnsdödligheten fortsätter att minska till nya rekordlåga nivåer internationellt sett. Graviditet och förlossning är dock fortfarande en tid i kvinnors liv som är förknippad med många hälsoproblem, och sjukskrivningar är vanliga.

Föräldrarnas ålder vid första barnets födelse stiger inte längre, den har varit densamma sedan 2004 för både kvinnor och män. Att allt fler får barn senare i livet innebär att många under en lång period dessförinnan behöver skydda sig mot oönskade graviditeter och sexuellt överförda sjukdomar som kan riskera fertiliteten. Parallellt med detta har en allt liberalare syn på sex, frikopplad från stadigvarande förhållanden, utvecklats. Sammantaget innebär detta att framförallt unga människor har fler sexualpartners än tidigare. Dessutom använder allt färre ungdomar kondom när de träffar en ny partner. Klamydia, som är den vanligaste rapporteringsskyldiga könssjukdomen, har ökat mycket snabbt och år 2007 rapporterades 47 000 fall, de flesta bland ungdomar.

Sverige har, tillsammans med Finland, lägst andel hivinfekterade i Väst-europa. Trots det finns det skäl att vara fortsatt uppmärksam på utvecklingen. Den inhemska spridningen ökade markant under år 2007, bland män som har sex med män och bland injektionsmissbrukare. Statistik från första halvåret 2008 visar ingen fortsatt ökning, tvärtom är antalet fall färre än motsvarande period året innan. I kombination med att oskyddat sex blivit vanligare finns risk för fortsatt spridning, även utanför de särskilt riskutsatta grupperna.

Livmoderhalscancer orsakas av en grupp sexuellt överförda virus. Mot några virustyper finns numera vaccin, som Socialstyrelsen föreskriver ska ingå i vaccinationsprogrammet för flickor fr. o. m. 2010. Cellprovskontroller kommer även i fortsättningen att vara nödvändiga för att förebygga livmoderhalscancer, eftersom vaccinet inte täcker samtliga potentiellt cancerframkallande virus.

Ofrivillig barnlöshet drabbar uppskattningsvis omkring 10–15 procent av alla par. En markant sänkning av kvinnors fertilitet sker vid omkring 35 årsåldern. Det verkar inte vara tillräckligt känt bland par som planerar att skaffa

barn, som därmed riskerar att vara för optimistiska beträffande antalet önskade barn. Att könsjukdomar blivit vanligare kan också påverka den framtida fertiliteten.

Tidpunkten för barnafödandet påverkas av samhällsutvecklingen och levnadsvillkoren vilket diskuterades i förra Folkhälsorapporten (2005). Aborter och barnafödandet samvarierar, det vill säga när barnafödandet ökar så ökar också andelen aborter. Ungefär en fjärdedel av alla graviditeter slutar med en abort vilket i stort sett varit fallet sedan 1975. Aborter är vanligast i 20–24-årsåldern. I Sverige är det sällsynt att kvinnor föder barn i tonåren. I åldern 15–17 år slutade 96 procent av kvinnornas graviditeter med en abort och 79 procent i åldern 18–19 år (år 2006). Andelen aborter bland tonåringar ökade under slutet av 1990-talet. Det berodde till stor del på att fler valde abort framför att föda barn, snarare än att fler tonåringar blev gravida. Under 2000-talet ökade dock även andelen tonåringar som blev gravida. Det är stora skillnader mellan hur tidigt i graviditeten som aborter utförs, i olika landsting. De flesta kvinnor som vill genomgå en abort bestämmer sig tidigt och vill ha den snabbt utförd. Vid en tidig abort kan kvinnan välja mellan en medicinsk eller kirurgisk metod.

Trots att inställningen till samkönad sexualitet har blivit mer accepterande förekommer fortfarande diskriminering på grund av sexuell läggning. Homo- och bisexuella personer har betydligt sämre psykisk hälsa än övriga befolkningen. Själv mordstankar och självmordsförsök är dubbelt så vanliga bland homo- och bisexuella personer.

## Inledning

I föregående folkhälsorapport, från år 2005, presenterades för första gången reproduktiv hälsa

som ett eget hälsoområde [1]. Då fokuserade kapitlet på barnafödande. I kapitlet diskuterades hur barnafödande och barnomsorg kan förenas med ett aktivt arbetsliv och hur fertiliteten kan bevaras när barnafödandet sker allt högre upp i åldrarna. Kapitlet beskrev också kvinnors hälsa i samband med graviditet och förlossning. Årets rapport har större fokus på den sexuella hälsan.

Sexuell hälsa<sup>1</sup> innefattar både positiva aspekter av sexualitet och sexualitetens värde för individen, och negativa aspekter, exempelvis oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner. Det är framförallt de negativa hälsokonsekvenserna som detta kapitel handlar om.

## Folkhälsopolitiska mål

År 2003 beslutade riksdagen om en ny folkhälsopolitik med elva målområden. Två av dessa målområden berör sexuell och reproduktiv hälsa: målområde 7, ”Gott skydd mot smittspridning”, och målområde 8, ”Trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa” [2, 3]. Statens folkhälsoinstitut har valt att följa utvecklingen med hjälp av tre så kallade bestämningsfaktorer, för vilka man har mätbara indikatorer. Bestämningsfaktorerna är oskyddad sex (som uppskattas utifrån indikatorerna kondom användning, klamydiautveckling och tonårsgraviditeter), tidigt omhändertagande vid abort (andel aborter i tidig graviditetsvecka) samt sexuellt våld och tvång (anmälda brott).

<sup>1</sup> Sexuell hälsa är enligt WHO:s definition ”ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten; det är inte bara avsaknad av sjukdom och skada. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfylld inställning till sexualiteten och sexuella förhållanden, såväl som möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld”. [2]

På andra viktiga områden, som exempelvis sexualvanor och sexuellt välbefinnande, har inga indikatorer tagits fram eftersom det saknas regelbunden statistik på dessa områden. På nationell nivå har två större befolkningsbaserade sexualvaneundersökningar genomförts. Den första gjordes år 1967 [4] och den andra genomfördes år 1996 [5]<sup>2</sup>. Sedan år 1987 har kunskap, attityder och vanor avseende sexualitet i relation till hiv och aids, undersökts regelbundet hos människor i åldrarna 16–44 år [6]. Olika aktörer har också genomfört ett stort antal lokala studier. Folkhälsoinstitutets sammanställning ”Ungdomar och sexualitet – en forskningsöversikt år 2005”, omfattar över 80 enskilda studier huvudsakligen genomförda åren 2000–2005 [7].

## Sexuellt överförda infektioner (STI)

Förekomsten av klamydia har tredubblats under den senaste 10-årsperioden. Det är en dramatisk ökning som kan förklaras av flera samverkande faktorer, bland annat en förändring i unga människors sexuella beteende. Ungdomar och unga vuxna i åldrarna 15–29 år stod för 88 procent av alla klamydiafall i Sverige år 2007. Den kraftiga ökningen av klamydia kan ses som en signal om ett ökat sexuellt risktagande i denna åldersgrupp. Under rubriken *Förändringar i sexuella attityder och erfarenheter* nedan, beskrivs förändringar när det gäller antal partner och hur vanligt det är med samlag ”första kvällen” med mera.

Klamydia inkluderades i smittskyddslagen år 1988 och är en av de sexuellt överförda infektioner

(STI) som regleras av denna lagstiftning. Övriga STI som klassas som allmänfarliga sjukdomar är gonorré, syfilis och hivinfektion. Att sjukdomarna klassas som allmänfarliga innebär bland annat att undersökning är kostnadsfri för patienten liksom behandling. Laboratorier och läkare som diagnostiserar dessa sjukdomar ska anmäla inträffade fall till smittskyddsläkaren i respektive landsting och till Smittskyddsinstitutet. Den behandlande läkaren har också ansvar för att smittspårning genomförs för att hitta andra smittade och därigenom hindra fortsatt smittspridning.

Klamydia är utan jämförelse den vanligaste sjukdomen av de STI som sorteras under smittskyddslagen. Två andra mycket vanliga STI är genital herpes och kondylom, men ingen av dem faller under smittskyddslagen. Nedan följer mer detaljerade beskrivningar av de sexuellt överförda infektioner som nämnts här och de anmälningspliktiga beskrivs först.

### Klamydia

Klamydia orsakas av en bakterie och behandlas med antibiotika. Ofta ger klamydia inga tydliga symtom, och det fördröjer ibland behandling. Om behandlingen dröjer eller uteblir kan det leda till att kvinnor får äggledarinflammation. Inflammationen kan skada äggledarna och öka risken för utomkvedshavandeskap och sterilitet. För män finns 1–2 procents risk att drabbas av inflammation i bitestiklarna vid obehandlad klamydia, vilket kan leda till nedsatt fruktsamhet [8]. Män kan också få inflammation i prostatan.

1989 rapporterades cirka 29 000 fall av klamydia (kvinnor och män sammantaget). De följande åren, fram till mitten av 1990-talet, halverades antalet fall och låg under några år i mitten av 1990-talet strax under 14 000 fall per år. År 1997

<sup>2</sup> Studien från år 1967 omfattade människor 18–60 år, medan 1996 års undersökning omfattade människor 18–74 år.

inträffade ett trendbrott och därefter har antalet rapporterade fall av klamydia successivt ökat och låg på drygt 47 000 fall år 2007. Det är den högsta siffran sedan rapporteringen började. Utvecklingen framgår i figur 1, uppdelad på ålder och kön för perioden 1989–2007, räknat som antal fall per 100 000 invånare.

I figur 1 kan man se en liten minskning av antalet fall under år 2005 och år 2006 och därefter en kraftig ökning. Utvecklingen hade att göra med en ny genetisk variant av klamydiabakterien, som inte upptäcktes förrän hösten 2006. Denna muterade bakterie kunde inte hittas med de diagnostiska test som två tredjedelar av de bakteriologiska laboratorerna i landet använde tidigare. Därför var klamydiaförekomsten i landet missvisande, åtminstone under år 2005 och år 2006. Rutinerna ändrades år 2007, och idag diagnostiserar samtliga laboratorier också den muterade bakterien

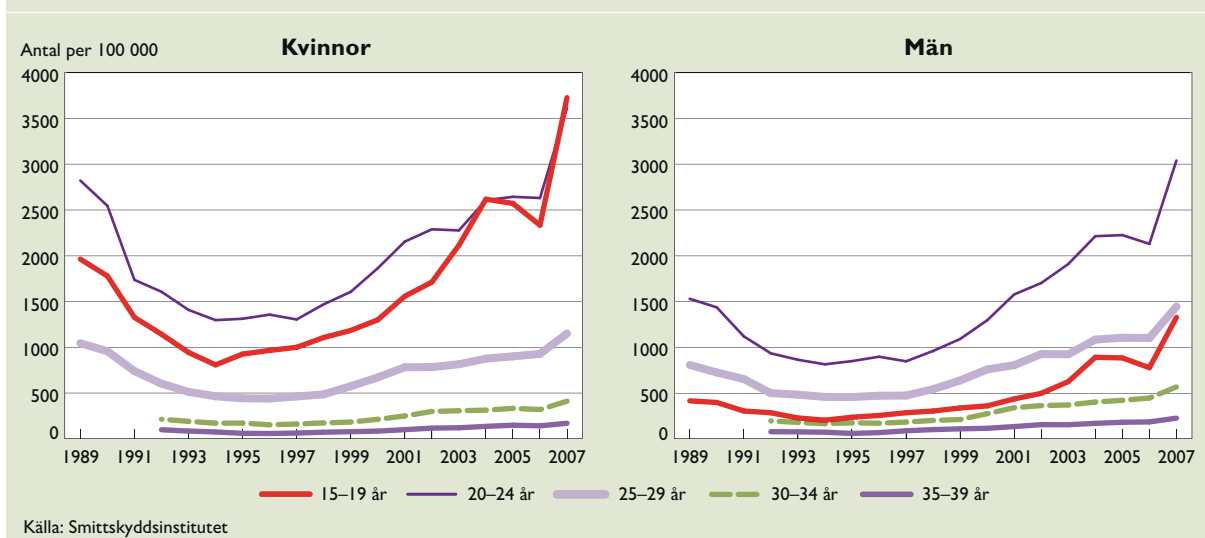
[9]. Den stora ökningen av antalet klamydiafall mellan år 2006 och år 2007 förklaras alltså delvis av en underdiagnostisering år 2006. Under 2008 minskade antalet klamydiafall något till 42 000 fall. Den långsiktiga trenden är dock att klamydia ökat kraftigt de senaste 10 åren.

Medelåldern för rapporterad smittad person är 21,5 år för kvinnor och 24 år för män år 2007. Den åldersgrupp som visat den största ökningen de senaste två åren är 15–19-åringarna. Bara omkring en fjärdedel av alla som testar sig är män. Det är dubbelt så vanligt att man hittar en klamydia-infektion bland testade män än bland testade kvinnor (14 respektive 9 procent). Det visar att riskutsatta män undersöker sig i lägre grad än kvinnor, och därför är smittspårning särskilt viktig för att finna män som bär på en klamydiainfektion.

De länder som har tillgängliga data på nationell nivå, det vill säga Norge, Danmark, Finland och

### Figur 1. Klamydia

Antal anmälda fall av klamydia per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 15 till 39 år, perioden 1989–2007.



Storbritannien, rapporterar ungefär samma förekomst av diagnostiserad klamydia som i Sverige. Klamydia är vanligast bland unga kvinnor också i dessa länder.

### Gonorré och syfilis

Gonorré var vid 1970-talets början nästan lika vanlig i den svenska befolkningen som klamydia är i dag. Närmare 40 000 fall av gonorré rapporterades år 1970. Sedan minskade förekomsten successivt fram till mitten av 1990-talet, då endast 211 fall rapporterades [10]. Därefter har antalet fall ökat, och mellan år 2000 och år 2007 har antalet rapporterade fall varierat mellan 500 och 700 fall per år. Detta beror huvudsakligen på en ökad inhemsk smitta, till skillnad från mitten av 1990-talet, då nästan ingen inhemsk smitta förekom. Inhemsk smitta förekommer särskilt i storstadsområdena bland unga heterosexuella och bland män som har sex med män [10]. En liknande utveckling har skett i många andra västeuropeiska länder under samma tidsperiod [11].

År 2007 rapporterades 642 fall av gonorré i Sverige. Kvinnorna utgjorde endast 20 procent av fallen, och kvinnornas medelålder var lägre än männens, 26 år jämfört med 32 år. Män som smittats av kvinnor är vanligtvis smittade utomlands, företrädesvis i Thailand och andra länder i Sydostasien. De flesta kvinnor smittas däremot i Sverige, och det gäller också män som har sex med män. [12]

Obehandlad gonorré leder till samma typ av följsjukdomar som klamydia men i betydligt högre grad. Gonorré behandlas med antibiotika, precis som klamydia. Ett växande problem är den ökade spridningen av bakteriestammar som är resistenta mot flera vanliga antibiotika [10, 13].

Syfilis försvann nästan helt som inhemsk smitta på 1990-talet och år 1999 rapporterades färre

än 40 fall i hela landet, varav nästan alla smittats i utlandet. I början av 2000-talet ökade dock förekomsten av syfilis, och det berodde framför allt på ett utbrott bland män som har sex med män i Stockholm [14]. År 2007 inträffade 240 fall av syfilis, 51 procent av dem hade smittats i Sverige och 17 procent var kvinnor [12]. Också syfilis botas med antibiotika.

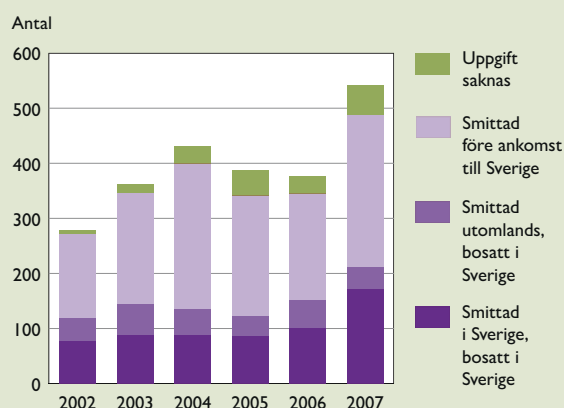
### Hiv och aids

Tack vare bromsmedicinering, en virushämmande kombinationsbehandling mot hiv som introducerades 1996, har antalet hivsmittade personer i Sverige som utvecklar aids, svår immunbrist, minskat kraftigt. Antalet dödsfall har också minskat, vilket innebär att det för varje år blir fler som lever med hiv. Cirka 4 500 personer i Sverige beräknades leva med hivinfektion år 2007, och totalt har drygt 8 000 personer rapporterats hivsmittade sedan mitten av 1980-talet, då rapporteringen började [12].

Mellan år 2003 och år 2006 var antalet nyupptäckta fall av hiv något högre än under föregående femårsperiod. År 2007 rapporterades 541 nya fall av hiv, 208 kvinnor och 324 män (9 saknas uppgift på), vilket är betydligt fler fall än åren innan (figur 2). Variationerna från år till år har huvudsakligen speglat hur stor immigrationen till Sverige varit från områden i världen med hög förekomst av hiv i befolkningen, framför allt från Afrika. Under år 2007 har emellertid inhemsk smitta bland personer som är bosatta i Sverige ökat påtagligt – från 100 personer år 2006 till 171 personer år 2007 (figur 2).

### Figur 2. Hivanmälda i Sverige, smittade i Sverige eller utomlands

Antal hivanmälda personer dels bland personer bosatta i Sverige vid smittotillfället som smittats i Sverige eller utomlands, dels bland invandrare som smittats före ankomsten till Sverige, perioden 2002–2007.



Källa: Smittskyddsinstitutet

Inhemsk spridning är i hög grad koncentrerad till Stockholms län, och den förekommer huvudsakligen bland injektionsmissbrukare och män som har sex med män. Under år 2007 har antalet smittade ökat betydligt bland män som har sex med män och bland intravenösa missbrukare (figur 3). Av de 228 personer som smittats i heterosexuella förhållanden under år 2007 var ett 40-tal smittade i Sverige. Medelåldern vid diagnostillfället för smittade genom heterosexuella förhållanden har legat runt 37 år de senaste fem åren. [12, 15]

Majoriteten av de män som smittats genom sex med män är smittade i Sverige. Under 2000-talet har en successiv ökning av nya hivfall skett i denna grupp, från 74 rapporterade fall år 2000 till 130 fall år 2007. Många har smittats under året före diagnosen, och det tyder på en aktuell smittspridning. Det är vanligt att man vid hivdiagnosen samtidigt är smittad av gonorré, klamydia eller

syfilis, eller haft en sådan STI nyligen. Dessa STI är med andra ord en riskmarkör för hiv bland män som har sex med män [16].

Under år 2007 ökade inhemsk smittspridning bland injektionsmissbrukare markant (figur 3). År 2007 rapporterades 61 nya fall bland injektionsmissbrukare jämfört med omkring 30 fall per år under de sista fem åren. Av de 61 nya fallen var 52 personer smittade i Sverige. Av dessa 52 personer hade 49 smittats i Stockholmsområdet, där en ökad smittspridning setts i denna grupp under år 2006 och år 2007. [12, 15]

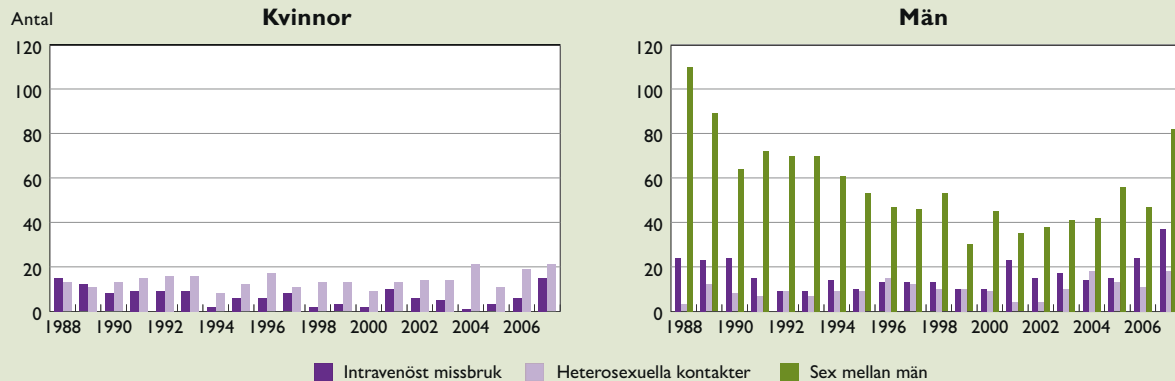
Även i övriga Västeuropa ökar antalet hivfall, framför allt till följd av immigration från länder i världen med hög förekomst av hiv, samt på grund av en ökad smittspridning bland män som har sex med män. Bland injektionsmissbrukare har hivspridningen i flertalet västeuropeiska länder minskat under 2000-talet, medan delar av Östeuropa drabbats av omfattande utbrott i denna grupp i slutet av 1990-talet och under 2000-talets början. [14].

Tiden från smittotillfälle till diagnos kan vara lång. De som i dag får diagnosen hiv, kan ha varit smittade i upp till tio års tid. År 2007 rapporterades 53 nyupptäckta hivfall med samtidig aidsdiagnos. Det visar att det finns ett mörkertal i befolkningen av personer som varit smittade länge utan att testa sig. Många av dem har dock sannolikt smittats innan de immigrerat till Sverige, men sent diagnostiserade fall förekommer även bland infödda svenskar. [12]

Alla gravida kvinnor erbjuds hivtest. Ytterst få gravida kvinnor är smittade, men de som visar sig vara smittade behandlas med bromsmedicin för att hindra att hiv överförs till barnet vid förlossningen. Det fåtal barn som i dag upptäcks vara hivsmittade har i de flesta fall blivit smittade innan de immigrerat till Sverige. [14]

**Figur 3. Hivanmälda uppdelat efter smittväg**

Antal hivanmälda personer som smittats i Sverige, uppdelat efter smittväg. Kvinnor och män, perioden 1988–2007.



Till dessa kommer ett mindre antal inhemska fall där det saknas uppgifter om smittväg eller kön.

Källa: Smittskyddsinstitutet

Den svenska hiv epidemin har hittills kunnat kontrolleras relativt väl. Sverige har, tillsammans med Finland, lägst andel hivinfekterade i Väst-europa. Trots detta finns det skäl att vara fortsatt uppmärksam på utvecklingen. Det är oroande att den inhemska spridningen ökade markant under år 2007. Statistik för första halvåret 2008 visar dock ett minskat antal inhemska smittade jämfört med motsvarande period året innan. Hiv intar en särställning bland de sexuellt överförda sjukdomarna genom sina allvarliga konsekvenser och genom att sjukdomen inte går att bota. Ett annat problem är att hiv kan bli resistent mot hivmediciner, och smittspridning av resistent hivstammar är ett växande hot mot det senaste decenniets behandlingsframgångar. En fortsatt stor smittspridning globalt och i vårt närområde, i kombination med mer liberala sexvanor kan förändra situationen även i Sverige.

## Herpes

Herpes simplex (HSV) är ett virus som finns i två former, HSV1 och HSV2. HSV1 har huvudsakligen förekommit runt munnen och i ansiktet, medan HSV2 förekommit genitalt. Detta verkar ha förändrats, sannolikt som en konsekvens av förändringar i sexuella mönster, där framför allt oralsex har ökat. Det är svårt att finna säkra uppgifter kring förekomsten av herpes i befolkningen, och den varierar också kraftigt mellan olika länder i västvärlden. Enligt Smittskyddsinstitutet bär 50–90 procent av den vuxna befolkningen på antikroppar mot HSV1, medan 15–30 procent av de förstagsgravida har antikroppar mot HSV2. [17]

## Kondylom och HPV

Kondylom är vårtor på könsorganen som orsakas av humant papillomavirus (HPV). Detta är den vanligaste sexuellt överförda infektionen bland både män och kvinnor [18]. Uppskattningsvis 70–80 procent av kvinnorna i Sverige har haft en

HPV-infektion någon gång under sin livstid. Ofta blir kvinnor smittade redan tidigt efter sexualdebuten. Det finns mer än hundra olika typer av HPV-virus, ett 40-tal orsakar kondylom (könsvärtor) och ett fåtal orsakar livmoderhalscancer. För de allra flesta läker infektionen utan att ge några symtom. Hos ett fåtal dröjer sig viruset kvar och kan orsaka cancer. En nordisk studie visar att kondylom har blivit vanligare bland unga kvinnor [19].

### Konsekvenser av hiv och STI

I dag är det inte längre självklart att den som smittas av hiv utvecklar aids, eller att sjukdomen leder till en för tidig död. Däremot är hiv en kronisk sjukdom som innebär ett fortsatt liv med medicinering. Hiv innebär också i allmänhet, trots medicinering, nedsatt livskvalitet till följd av biverkningar från medicinerna, påverkan på sexuallivet, nedsatt fysisk och psykisk hälsa, samt stigmatisering och negativt bemötande som många alltjämt upplever till följd av sjukdomen [14, 20]. Det finns dessutom en risk att viruset utvecklar utveckla resistens mot medicineringen. Även de övriga STI kan leda till komplikationer, varav infertilitet och livmoderhalscancer är bland de allvarligaste. Beträffande gonorré har det blivit vanligare att bakterien är resistent mot antibiotikabehandlingen.

### Ofrivillig barnlöshet

En klamydiainfektion kan ge skador på äggledarna, vilket i sin tur kan leda till svårigheter att bli gravid och till ökad risk för utomkvedshavandeskap. Alla är dock inte överens om i vilken omfattning infektionen leder till komplikationer. Vissa forskare har på senare tid ifrågasatt riskerna för följd-sjukdomar och menar att riskerna är överdrivna

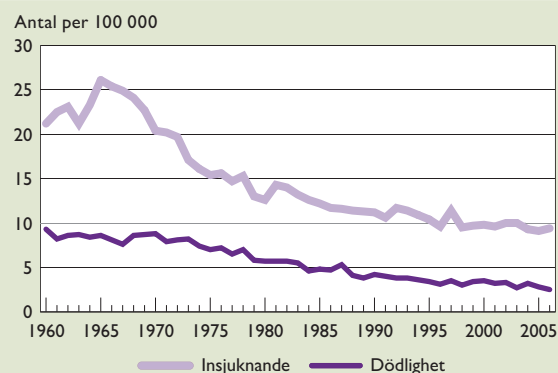
och går att minimera med snabb behandling [21]. Snabb behandling förutsätter dock att infektionen upptäcks tidigt, vilket inte alltid är fallet. Andra forskare menar att vi i dag ser färre utomkvedshavandeskap och färre kvinnor som har skador på äggledarna, på grund av att klamydiainfektionerna minskade under 1990-talet. Dessa forskare menar att sådana komplikationer kan komma att öka igen som ett resultat av den ökande förekomsten av klamydia under senare år [22].

### Livmoderhalscancer

Cancer i livmoderhalsen föregås nästan alltid av en infektion med HPV. I Sverige dog 125 kvinnor av livmoderhalscancer år 2006 och 440 nya fall upptäcktes [23]. Livmoderhalscancer hör till de cancerformer som även drabbar relativt unga individer. Förutom livmoderhalscancer kan också ändtarmscancer, peniscancer och cancer i halsmandlarna orsakas av HPV [18, 24].

#### Figur 4. Livmoderhalscancer, insjuknande och dödlighet

Antal insjuknade och döda i livmoderhalscancer per 100 000 kvinnor och år, perioden 1960–2006. Åldersstandardiserat.



Källa: Cancerregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Hittills har livmoderhalscancer förebyggts genom regelbundna gynekologiska cellprovskontroller av kvinnor i åldersgruppen 23-60 år. Kontrollerna har funnits sedan början av 1960-talet och anses vara den viktigaste orsaken till att både antalet nya fall och dödsfallen i livmoderhalscancer har minskat. Enligt WHO:s rekommendationer bör dessa cellprovskontroller nå 85 procent av målgruppen för att vara så effektiv som möjligt [25]. Det nationella kvalitetsregistret för gynekologisk cellprovskontroll visar att i Sverige nås upp till 78 procent av kvinnorna, men det finns stora regionala skillnader [26].

I dag finns ytterligare en möjlighet att förebygga livmoderhalscancer och andra cancer typer orsakade av HPV genom att vaccinera. Screeningtest för HPV kan i kombination med cellprovskontroller användas i cancerpreventivt syfte. Nyligen har också vacciner mot två HPV-typer utvecklats som beräknas ha samband med omkring 70 procent av all livmoderhalscancer. Ett av de vaccin som är tillgängliga i dag kan också förebygga några vanliga HPV-typer som orsakar kondylom. Vaccinerna skyddar inte mot en redan etablerad infektion, och därför bör man helst vaccineras innan sexualdebuten.

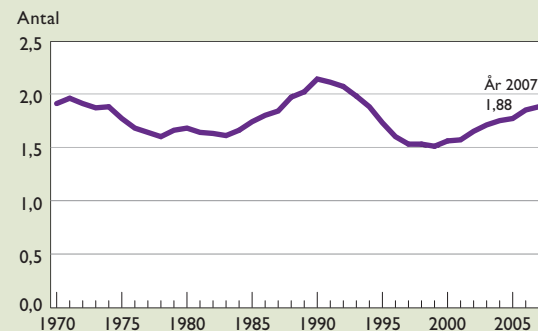
Vaccinerna ger inte skydd mot alla HPV-typer som är associerade med livmodershalscancer. Men tillsammans med cellprovskontrollerna och HPV-screening kan HPV-vaccinet kraftigt minska antalet fall av livmoderhalscancer på längre sikt. Våren 2008 beslöt Socialstyrelsen om att HPV-vaccinering av flickor ska ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn och ungdomar fr. o. m. 2010.

## Graviditet och barnafödande

Sedan år 2000 ökar barnafödandet. År 2007 föddes motsvarande 1,88 barn per kvinna i fruktsam ålder i Sverige, så kallad periodfruktsamhet (figur 5). Barnafödandet i Sverige tenderar att följa den ekonomiska konjunkturen, och mer om detta samband beskrevs i den förra folkhälsorapporten [1].

**Figur 5. Födda barn per kvinna**

Antal födda barn per kvinna (periodfruktsamhet) perioden 1970–2007.

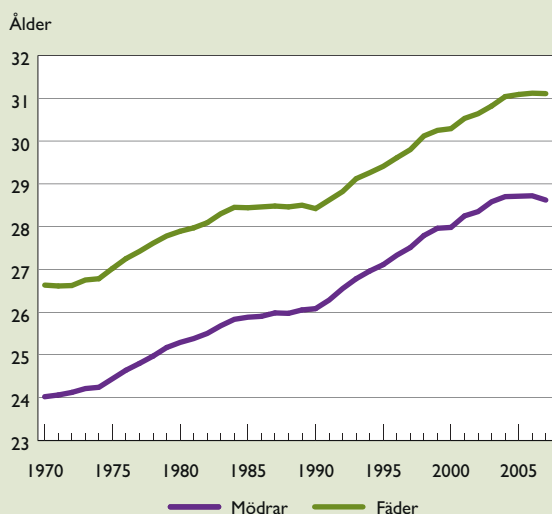


Periodfruktsamheten\* anger det antal barn som kvinnor i genomsnitt skulle få under sin livstid om den fruktsamhet som rådde i olika åldersgrupper under det specifika året skulle bestå. Det är alltså ett fiktivt mått som mäter förändringar i fruktsamhet över tid.

\* Även kallad summerad fruktsamhet eller TFR (Total Fertility Rate).  
Källa: SCB

Medelåldern för förstföderskor år 2007 var 28,6 år och för förstagångsfäder 31,1 år. Förstföderskornas ålder har stigit kontinuerligt. År 1977 var medelåldern 24,8 år, år 1987 26,0 år, och år 1997 27,5 år. I dag verkar inte föräldrarnas ålder vid första barnets födelse öka längre, den har varit densamma sedan år 2004 för både kvinnor och män (figur 6). Hittills har varje generation kvinnor fött i genomsnitt två barn [1], men den stigande åldern för förstföderskor innebär förmodligen att genomsnittet kommer att sjunka något framöver.

**Figur 6. Medelålder vid första barnets födelse**  
Medelålder vid första barnets födelse för mor och far, perioden 1970–2007.



### Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

Ofrivillig barnlöshet är ett vanligt problem. Liksom i övriga Västeuropa och Nordamerika är ungefär 10–15 procent av alla par i Sverige drabbade. Efter 35 års ålder sker en markant minskning av kvinnors fertilitet. Studier bland studenter på grund- och forskarutbildningar visar att de allra flesta ville ha två eller tre barn [27]. Många planerar sitt barnafödande utifrån dålig kunskap om fruktsamhet och tenderar att överskatta förmodligen att få barn relativt sent i livet.

Det är ungefär lika vanligt med andra orsaker till infertilitet än just ålder. Bland kvinnor är den vanligaste orsaken störning av ägglossningen eller skador på äggledarna. Det senare beror ofta på en könssjukdom. Fetma är en orsak till försäm-

rad ägglossning, liksom undervikt. Den vanligaste orsaken bland män är att antalet spermier är lågt eller att deras funktion är försämrad. Bland 20 procent av de par som söker för infertilitet kan man inte finna någon orsak [28].

Antalet behandlingar av ofrivillig barnlöshet, så kallad assisterad befruktning, har ökat. Assisterad befruktning innebär oftast provrörsbefruktning, In vitro fertilisering (IVF), och mer sällan insemination av spermier. Antalet barn som föds till följd av IVF har ökat kontinuerligt: från 712 till cirka 2 800 barn per år mellan år 1991 och år 2004, och utgör i dag cirka 3 procent av alla födselar.

Sedan januari år 2003 är IVF med donerade ägg och spermier tillåtet i Sverige. Tidigare var endast donation av spermier tillåten. Assisterad befruktning är förbehållet par. Det betyder att kvinnan måste vara gift, registrerad partner eller sambo, och assisterad befruktning är alltså inte tillgänglig för ensamstående kvinnor (SOSFS 2006:10 och SOU 2007:3). Från och med juli år 2005 är det dock möjligt för kvinnor i lesbiska relationer att få assisterad befruktning i Sverige [28].

Behandlingsresultaten har förbättrats. Andelen IVF-behandlingar som lett till graviditet och barn har ökat från 17 till cirka 25 procent mellan år 1991 och år 2004. Vid IVF, precis som vid alla andra graviditeter, försämras möjligheten att bli gravid med kvinnans stigande ålder. Fram till år 2003, då nya regler infördes, återfördes vanligtvis två befruktade ägg vid behandlingen. Det resulterade i en hög andel tvillinggraviditeter. Numera återförs i regel endast ett befruktat ägg för att undvika tvillinggraviditeter, eftersom tvillinggraviditeter är mer riskfyllda.

Kejsarsnittsfrekvensen vid assisterad befruktning har varierat mellan 26 och 35 procent. Det är

drygt dubbelt så högt som vid andra förlossningar för förstföderskor, vilket troligen beror på att den här gruppen kvinnor i genomsnitt är äldre. Missfall och utomkvedshavandeskap skiljer sig inte åt från andra graviditeter med ett foster. [28]

### Hälsa vid graviditet och förlossning

Utgången av graviditet och förlossning är god i Sverige. Den förebyggande mödrahälsovården når närmare hundra procent av alla blivande mödrar, och den innefattar hälsoövervakning av graviditeten samt psykologiskt stöd. Numera arbetar mödrahälsovården även med att identifiera psykosociala missförhållanden och kvinnor som är utsatta för våld, för att kunna ge dem stöd och insatser så tidigt som möjligt under graviditeten.

Antalet mödrar som dör i samband med graviditet eller förlossning i Sverige har varierat mellan 2–4 kvinnor per år under 2000-talet. År 2007 dog 139 barn under första levnadsveckan och 326 var dödfödda.

Det är inte ovanligt att det under graviditeten uppstår komplikationer som kräver extra uppmärksamhet och vård. En tredjedel av kvinnorna vårdas på sjukhus någon gång under graviditeten [1]. Av närmare 100 000 förlossningar per år är tre fjärdedelar helt normala och kräver inga särskilda medicinska ingrepp. Tonåringar och kvinnor över 35 år riskerar i högre grad problem, exempelvis att föda för tidigt eller få ett barn med låg födelsevikt.

Det är mycket vanligt att kvinnan blir sjukskriven under sista delen av graviditeten [29]. Ryggvärk är den vanligaste orsaken, och det drabbar sannolikt mer än hälften av alla gravida. Även andra hälsoproblem som sömnsvårigheter, urininkontinens och mag-tarmproblem är vanliga.

Cirka 8–10 procent av alla gravida drabbas av depression. Hormonella faktorer tycks inte vara orsaken, men däremot verkar psykologiska och sociala förhållanden vara betydelsefulla. Det kan till exempel vara bristande stöd från partner, vänner och familj, ekonomiska svårigheter, ohälsa, graviditetskomplikationer eller andra stressande livshändelser [30]. Många hälsoproblem kan kvarstå i månader eller år efter förlossningen.

Övervikt och fetma leder till kraftigt ökad risk för graviditetskomplikationer som t.ex. diabetes, högt blodtryck och havandeskapsförgiftning. Av gravida med övervikt eller fetma riskerar 17 procent att insjukna i graviditetsdiabetes, jämfört med 1–3 procent bland normalviktiga. Risken ökar med graden av övervikt. Överviktiga (BMI 25–29) löper dubbel risk för graviditetsdiabetes och de med fetma (BMI 30 eller högre) minst 6 gånger högre risk [31]. Överviktiga mödrar får också större barn vilket också ökar risken för förlossningskomplikationer. Under 1990-talet ökade andelen gravida med övervikt från 20 till 25 procent och andelen med fetma från 6 till 10 procent. Sedan början av 2000-talet har andelen gravida med övervikt varit oförändrad, men andelen med fetma har ökat till 11 procent [32, 33].

Få kvinnor är nykterister och de flesta har ett etablerat konsumtionsmönster av alkohol innan de blir gravida. Ett särskilt prioriterat delmål i de nationella målen för folkhälsan som riksdagen antagit är att kvinnor inte ska dricka någon alkohol överhuvudtaget under graviditeten [34]. Anledningen till denna restriktiva hållning är att man inte vet om det finns någon nivå av alkoholkonsumtion som är oskadlig för fostret. Alkoholen i den gravidas blod når även fostrets hjärna. Studier har visat att cirka 30 procent av gravida

kvinnor dricker alkohol i större eller mindre mängd. Tre fjärdedelar av landets landsting har därför tidigare lagt sina hälsosamtal med gravida kvinnor för att informera om risker med alkohol tidigt i graviditeten. Hälsosamtalet sker då i femte till sjunde graviditetsveckan istället för i tolfte veckan [35].

Rökning innebär en risk för barnet. Fostrets tillväxt blir sämre på grund av försämrade syresättning via moderkakan och fosterdöd är vanligare. Det är också vanligare att fostret föds för tidigt, vilket innebär en ökad risk för sjuklighet och död. Av alla gravida år 2005 rökte 9 procent i sin tidiga graviditet, vilket är en minskning, jämfört med 12 procent år 2000. Det är vanligare att unga gravida kvinnor röker, 28 procent bland tonåringar och 16 procent i åldrarna 20–24 år [36].

## Oönskade graviditeter

### Abort – att avbryta en oönskad graviditet

Aborter och födslar tenderar att följa varandra. När barnafödandet ökar, ökar även aborterna (figurerna 5 och 7). Under babyboomen 1989–1991 var också antalet aborter högt, medan både aborterna och barnafödandet minskade under första delen av 1990-talet. Likaså sammanfaller 2000-talets ökade barnafödande med en ökning av aborttalen. Andelen som blir gravida (det sammanlagda antalet aborter och födslar) tenderar att följa den ekonomiska konjunkturen: andelen sjönk under 1990-talets lågkonjunktur, men har ökat igen under de senaste årens högkonjunktur.

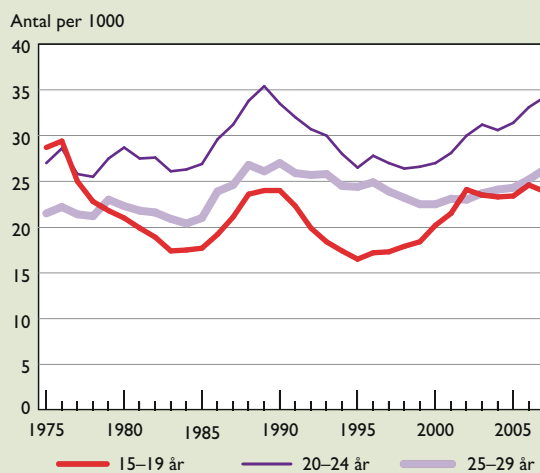
En fjärdedel av alla graviditeter i åldersgruppen 15–44 år slutade med abort år 2006. Denna andel har i stort sett varit densamma sedan 1975, men andelen aborter har förändrats betydligt

bland tonåringar. I åldersgruppen 15–17 år slutade 96 procent av alla graviditeter med en abort år 2006, jämfört med 83 procent år 1990. I åldern 18–19 år slutade 79 procent av graviditeterna med en abort år 2006, jämfört med 55 procent år 1990. En stor del av ökningen av andelen aborter bland tonåringar under slutet av 1990-talet berodde på att fler valde abort framför att föda barn, snarare än att fler tonåringar blev gravida. Under 2000-talet blev också fler tonåringar gravida än tidigare.

Enligt sexualvaneundersökningen år 1996 fanns det ingen skillnad i socialgruppstillhörighet mellan dem med och utan erfarenhet av en abort [5]. Vi vet från enstaka studier att andelen aborter bland immigranter eller barn till immigranter var högre än bland sverigefödda kvinnor [37]. Studier från Norge har visat samma resultat [38, 39].

**Figur 7. Aborter uppdelat efter ålder**

Antal aborter per 1 000 kvinnor och år i olika åldersgrupper 15 till 29 år, perioden 1975–2007.



Källa: Abortstatistiken, Socialstyrelsen

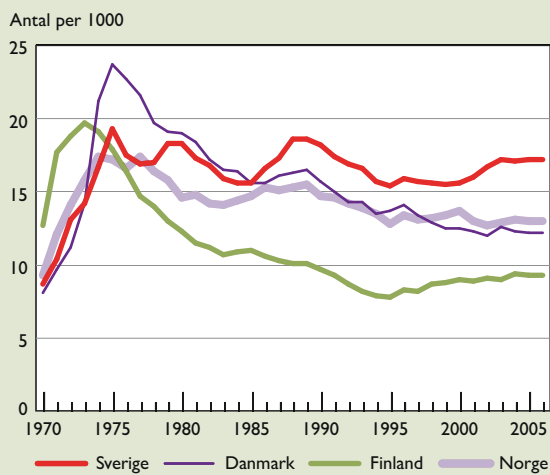
### Aborter i de nordiska länderna

I Sverige, Danmark och Norge kan kvinnor göra abort på egen begäran. I Sverige gäller detta till och med den 18:e graviditetsveckan, och i Danmark och Norge till och med 12:e graviditetsveckan. I Finland måste däremot kvinnan ansöka hos läkare om att få tillstånd till abort. I alla de nordiska länderna kan sena aborter beviljas av nationell myndighet. De abortlagar som gäller i dag i Norden daterar sig från år 1973 i Danmark, år 1974 i Sverige, år 1978 i Norge och i Finland från år 1985.

I Sverige har antalet aborter per 1000 kvinnor i åldern 15–49 år legat på ungefär samma nivå sedan den nuvarande abortlagen infördes år 1975. I Finland, Danmark och Norge har andelen aborter minskat kraftigt sedan mitten av 1970-talet fram till de senaste åren. Under 2000-talet har aborttalen i våra grannländer varit relativt oförändrade (figur 8).

#### Figur 8. Aborter i nordiska länder

Antal aborter per 1 000 kvinnor och år, i åldern 15–49 år i nordiska länder, perioden 1970–2006.

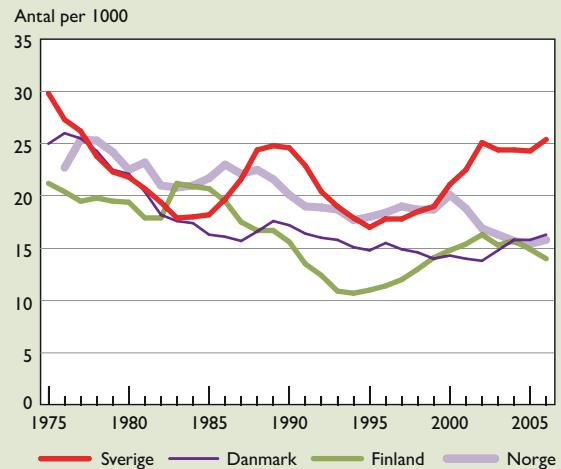


Källa: STAKES, Finland, 2008

Aborter bland tonåringar är vanligare i Sverige än i Norge, Finland och Danmark (figur 9).

#### Figur 9. Aborter bland tonåringar i nordiska länder

Antal aborter per 1 000 kvinnor och år, i åldern 15–19 år i nordiska länder, perioden 1975–2006.



Källa: STAKES, Finland, 2008

En viktig anledning till att aborter är vanligare i Sverige är att svenska tonåringar i högre grad väljer abort framför att föda barn, jämfört med tonåringar i framförallt Norge och Finland (tabell 1). Det är nästan dubbelt så vanligt att finska tonåringar väljer att föda barn istället för att välja en abort, jämfört med svenska tonåringar. Om man istället jämför den totala andelen tonåringar som blir gravida (det sammanlagda antalet aborter och födslar), är skillnaderna mellan länderna mindre. Det är dock fler tonåringar som blir gravida i Sverige än i de andra nordiska länderna.

**Tabell 1. Födslar och aborter bland tonåringar i nordiska länder**

Antal födslar respektive aborter per 1 000 kvinnor och år, i åldern 15–19 år samt procentuell fördelning av aborter respektive födslar, år 2004–2005.

	Sverige	Danmark	Finland	Norge
	Antal per 1 000 kv. och år			
Födslar	6,1	6,1	10,4	8,8
Aborter	24,4	15,8	15,3	15,6
Alla graviditeter	30,5	21,9	25,7	24,4
	Procent			
Födslar	20	28	40	36
Aborter	80	72	60	64
Alla graviditeter	100	100	100	100

Källa: Bearbetning av statistik från STAKES, Finland, 2008

### Abortvården

En påtaglig förändring i och med abortlagen från år 1974 var att aborterna kom att utföras tidigare i graviditeten. Före lagändringen hade närmare hälften av alla aborter skett efter 12:e veckan, vilket innebar ett mer omfattande och riskfyllt ingrepp, särskilt på den tiden. I dag sker 93 procent av alla aborter före vecka 12. Efter 18:e graviditetsveckan får abort endast utföras efter tillstånd från Socialstyrelsen och beviljas endast om synnerliga skäl föreligger. Andelen aborter som utförs efter vecka 18 har legat under 1 procent sedan år 1975.

Medicinska aborter började användas 1992 och är en metod att framkalla abort genom läkemedel utan ett operativt ingrepp. Medicinska aborter förutsätter att aborten kan utföras tidigt i graviditeten, i regel före nionde graviditetsveckan. Vid tidig abort har kvinnan rätt att välja mellan kirurgisk och medicinsk abort. Om väntetiden för att få göra en abort är lång, kan det innebära att graviditeten passerar tidsgränsen för medicinsk abort.

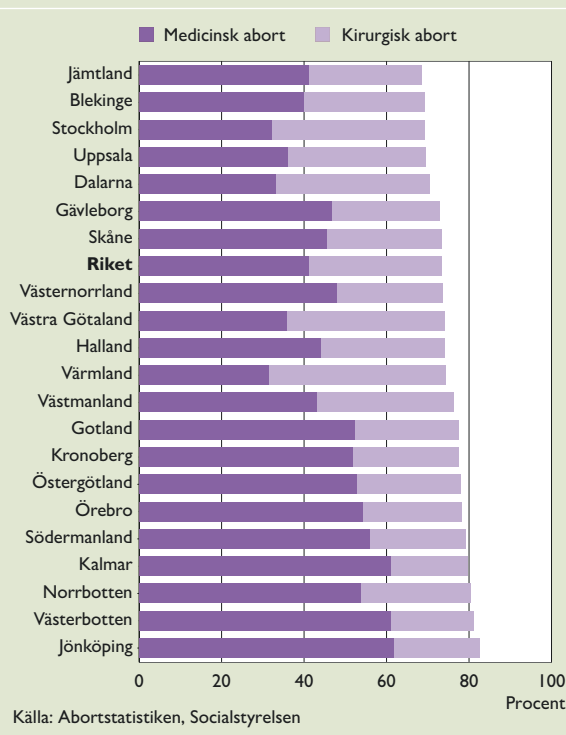
De flesta kvinnor som söker abort bestämmer sig tidigt. De har ofta redan fattat beslutet när de kommer till sjukhuset, och då vill de genomföra

ingreppet så snabbt som möjligt [40, 41]. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort (SOSFS 2004:4) står det att ”När kvinnan har bestämt sig för en abort bör den utföras snarast möjligt”.

Det finns stora regionala skillnader beträffande hur tidigt i graviditeten aborter utförs. I exempelvis Jönköpings och Västerbottens län utfördes 80 procent av aborterna före graviditetsvecka nio, jämfört med 66 procent i Jämtland och Blekinge (figur 10). En kartläggning av Socialstyrelsen år 2006 visade att också väntetiderna för en abort varierar betydligt mellan landstingen.

**Figur 10. Aborter före vecka 9**

Andel (procent) aborter som utförs före graviditetsvecka 9 av samtliga aborter i respektive län, uppdelade på medicinska aborter och kirurgiska aborter, år 2005–2007.



## Förändringar i sexuella attityder och erfarenheter

I dagens snabbt föränderliga samhälle förändras även synen på sexualiteten liksom vilka sexuella erfarenheter människor gör. En grundläggande förändring är att kopplingen mellan kärlek och sexualitet inte längre är lika stark. En stadigt ökande andel av befolkningen anser att det är acceptabelt med sex utanför etablerade kärleksrelationer. Konsekvenser av detta är bland annat ett ökande antal partner och samlag ”första kvällen”. En annan förändring är att synen på samkönad sexualitet har blivit mer öppen. Internet har kommit och används av i stort sett alla åldrar för syften som har med kärlek och sexualitet att göra, och pornografi har i dag blivit mer lättillgängligt.

### Ungdomars sexualvanor

Allmänhetens attityd till tillfälliga sexuella kontakter har blivit mer liberal. Påståendet att ”samlag bör enbart förekomma i fasta förhållanden” instämde 53 procent av männen och 60 procent av kvinnorna instämde år 1987, i åldersgruppen 16–44 år. År 2007 var motsvarande siffror för män 34 procent och för kvinnor 42 procent. Synen på tillfälliga sexuella kontakter hade blivit mer tillåtande i hela åldersspannet 16–44 år [6].

Attitydförändringen avspeglar sig också hos ungdomar. Andelen som haft samlag ”första kvällen” har ökat i åldersgruppen 16–24 år sedan år 2000, och den största ökningen finns bland unga kvinnor (tabell 2). Ingen förändring har skett för män i åldersgruppen 20–24 år.

**Tabell 2. Samlag ”första kvällen”**

Andel (procent) som har haft samlag ”första kvällen” någon gång under de senaste 12 månaderna. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 24 år, år 2000 och 2007.

Ålder	Kvinnor			Män		
	16–17 år	18–19 år	20–24 år	16–17 år	18–19 år	20–24 år
2000	14	25	19	20	24	39
2007	37	35	28	35	36	38

Källa: Herlitz C. [6]

I de tidigare nämnda befolkningsundersökningarna [4, 5] sågs en påtaglig ökning av antalet sexualpartner mellan år 1967 och år 1996. Den största förändringen gällde kvinnor, som år 1967 hade haft i genomsnitt 1,4 sexualpartner under livet, jämfört med år 1996 då motsvarande siffra var 4,6 partner. Motsvarande andel för männen var 4,6 respektive 7,1 partner [5]. Senare studier indikerar att antalet partner blir allt fler. Bland ungdomar har andelen som haft tre eller fler sexualpartner under det senaste året ökat i alla åldrar, utom för män i åldrarna 20–24 år (tabell 3).

**Tabell 3. Tre eller flera sexualpartner**

Andel (procent) som har haft tre eller flera sexualpartner under de senaste 12 månaderna. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 24 år, år 2000 och 2007.

Ålder	Kvinnor			Män		
	16–17 år	18–19 år	20–24 år	16–17 år	18–19 år	20–24 år
2000	8	23	16	7	17	32
2007	17	25	19	11	23	26

Källa: Herlitz C. [6]

Ökningen bland yngre människor tyder på en kraftig ökning i förhållande till tidigare studier, som mätt antal partner i alla åldersgrupper. Om en 18-åring hunnit ha tre eller fler sexualpartner, kommer personen under resten av livet sannolikt

komma upp i betydligt fler partner än de tidigare genomsnitten från år 1996 på 4,6 för kvinnor och 7,1 för män.

Bland 16–17 åringar, år 2007, hade ungefär två av tre pojkar och tre av fyra flickor samlagsdebuterat [6]. Till skillnad mot antalet partner har åldern för samlagsdebut inte förändrats under senare år. Den tycks ligga relativt stabilt på drygt 16 år sedan 1960-talet [42, 43]. Flickor med utländsk bakgrund, debuterar senare än flickor med svensk bakgrund [7]. Debutåldern i övriga Norden är omkring 17 år. Även i USA, Kanada, Frankrike och Storbritannien sker samlagsdebuten vid denna ålder [44].

Vid samlagsdebuten använder cirka 60–70 procent av ungdomarna kondom [43, 45]. Kunskapen om och tilltron till att kondom är ett gott skydd mot STI har ökat mellan 1987–2007, men denna insikt har inte lett till ökad kondomanvändning [46]. Att använda kondom när man träffar en ny partner är särskilt betydelsefullt ur smittskyddssynpunkt. Samlag utan kondom ”första kvällen” har blivit vanligare bland ungdomar (figur 11). Ett ökat risktagande är särskilt påtagligt under 2000-talet. År 2007 använde närmare en fjärdedel inte kondom ”första kvällen”.

I flera studier har framkommit att de tillfrågade upplever kondom som jobbigt, dyrt att köpa samt pinsamt att föra på tal och använda [47–50]. En intervjustudie bland klamydiainfekterade ungdomar visade att männen ofta väntade på att kvinnan skulle föreslå att kondom skulle användas [51]. Kvinnorna däremot upplevde att de skulle visa bristande tillit till mannen genom att föreslå kondom och ville därför inte göra det.

Alkohol användning bidrar också till sexuellt risktagande. Den ökade alkoholkonsumtionen bland ungdomar i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet, som uppmärksammas i kapitlet om

alkohol och kapitlet om ungdomar, sammanfaller i tiden med ökningen av klamydia och andra STI. I flera studier har ungdomar sagt att de någon gång ångrat samlag som de haft under alkoholpåverkan [52–54].

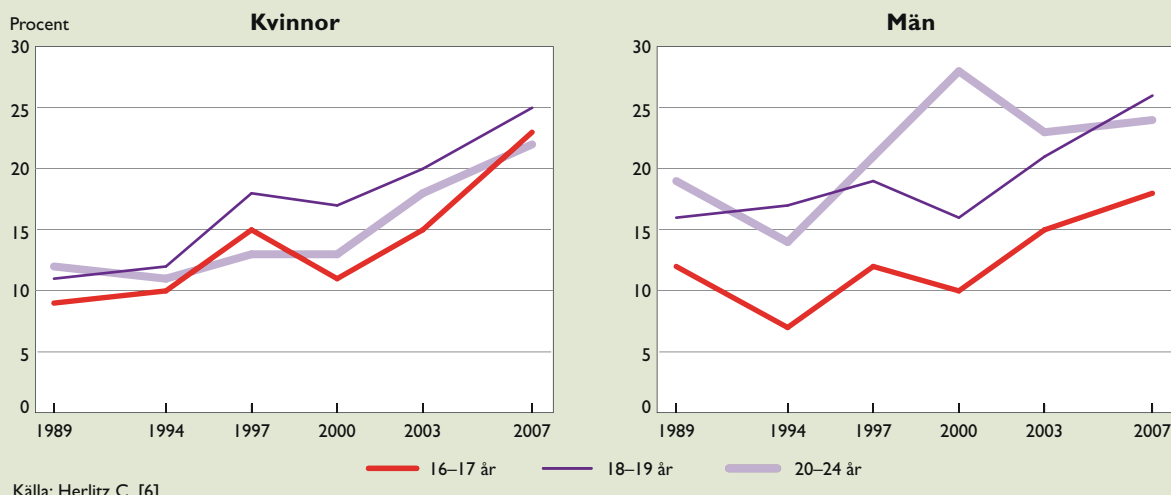
### **Sexualvanor bland män som har sex med män**

Män som har sex med män (MSM) ändrade radikalt sitt sexuella beteende på 1980-talet när hiv och aids blev allmänt känt. De började använda kondom vid anala samlag och många minskade också antalet sexpartner. Det fick till följd att gonorré, klamydia och syfilis nästan helt försvann i denna grupp och att hivspridningen kunde begränsas till en låg nivå.

De senaste årens ökning av sexuellt överförda infektioner och en ökning av hiv visar att det sexuella risktagandet ökat bland män som har sex med män [20]. Yngre tar större risker och är inte lika konsekventa i kondomanvändningen vid analsamlag med en tillfällig partner, som de äldre är [55–57]. Det kan till en del bero på att en ny generation män som har sex med män inte har samma personliga erfarenheter av 1980-talets hivepidemi, och att de har en lägre medvetenhet om hiv. Det i sin tur kan bland annat bero på att bromsmediciner bidragit till att hiv inte längre uppfattas som en lika dramatisk sjukdom. Undersökningar vid Venhälsans mottagning i Stockholm visar också att antalet sexpartner har ökat bland män som har sex med män. Mellan år 1997 och år 2002 fördubblades nästan antalet partner som man hade haft under det senaste året, från 6 till 10 partner i medeltal. Det hade också blivit vanligare med oskyddat oralsex med tillfälliga partner, och Internet hade blivit det vanligaste sättet att träffa en sexpartner [10].

**Figur II. Inte använt kondom**

Andel (procent) som inte har använt kondom vid samlag "första kvällen". Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 24 år, perioden 1989–2007.



De flesta studier om sexuellt risktagande har rört män som har sex med män. En studie omfattande homo- och bisexuella kvinnor visade inga stora skillnader när det gällde sjukdomar jämfört med heterosexuella kvinnor. Homo- och bisexuella kvinnor sökte emellertid i mindre utsträckning gynekolog och förebyggande hälso- och sjukvård, exempelvis cellprovtagning. En femtedel hade någon gång varit gravida [58].

### Samkönad sexualitet och samhällets attityder

Olika attitydundersökningar visar en mer tillåtande syn på samkönad sexualitet under de tjugo år som allmänhetens attityder till hiv/aids studerats. Attityden är i dag betydligt mer positiv än 1987 [5, 6, 46, 59]. En rad nya lagar har tillkommit som också avspeglar en förändrad syn på samkönad sexualitet. Till exempel kom partnerskapslagen år

1995, och lagen mot diskriminering i arbetslivet p.g.a. sexuell läggning kom år 1999. Hets mot personer på grund av sexuell läggning kriminaliserades år 2002 genom tillägg till grundlagarnas och brottsbalkens bestämmelser om hets mot folkgrupp. Lagen om rätt till adoptionsprövning för par som ingått partnerskap kom år 2003. År 2005 kom ett förbud mot diskriminering på grund av sexuell läggning inom det sociala området som t.ex. socialförsäkringssystemet, hälso- och sjukvård med mera. Till sist, år 2006, kom lagen om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever.

Trots att inställningen till samkönad sexualitet har blivit mer tillåtande förekommer fortfarande diskriminering på grund av sexuell läggning. Antalet anmälda hatbrott mot homo- och bisexuella samt transpersoner har ökat under 2000-talet [60]. Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät år 2005

visade att homo- och bisexuella personer har betydligt sämre psykisk hälsa än den övriga befolkningen. Självmordstankar och självmordsförsök var dubbelt så vanliga bland homo- och bisexuella personer. Homo- och bisexuella ungdomar som diskrimineras och trakasseras i skolan visar fler riskbeteenden, som missbruk, självmordstankar och självmordsförsök och sexuella riskbeteenden [61, 62].

Det är logiskt om en ökad öppenhet för samkönad sexualitet också innebär att fler personer har samkönade sexuella erfarenheter. Studier av ungdomar antyder också en ökning under senare år. Vissa studier rapporterar att upp emot 8 procent av alla ungdomar säger sig ha sådana erfarenheter. Eftersom denna typ av frågor ställs på olika sätt i olika studier är det emellertid mycket svårt att dra några säkra slutsatser om omfattningen [7]. Den högsta siffran, 8 procent, finns i studier där frågan formulerats brett, som ”Har du varit sexuellt tillsammans med någon av samma kön?” Detta är en betydligt vidare fråga än ”Har du haft samlag med någon av samma kön?”, som används i flera andra studier. Som jämförelse uppgav drygt 2 procent av befolkningen år 1996 (i åldrarna 18–74 år) att de hade haft sådana erfarenheter någon gång i livet [5].

### Internet

Internet har snabbt och på ett omvälvande sätt förändrat förutsättningarna för kommunikation i samhället. Det gäller i hög grad för frågor med koppling till sexualitet, ordet ”sex” är det mest sökta ordet på Internet.

En absolut majoritet av befolkningen, människor i alla åldrar, använder i dag Internet. En större svensk studie [63] konstaterar att Internet öppnat nya kontaktytor, där det är möjligt att söka nya

partner utifrån andra förutsättningar än de som gäller i exempelvis en krogmiljö. Dessa kontakter leder inte sällan till att man träffas i verkliga livet och har sex. 40 procent av kvinnorna och 35 procent av männen, hade den denna erfarenhet.

Också för män som har sex med män har Internet kommit att fungera som en arena att mötas på utan att riskera stigmatisering eller reaktioner av homofob karaktär. Den vanligaste sexuella aktiviteten på Internet var bland männen att se på erotik eller pornografi, och bland kvinnorna att flirta. Flirtande var den näst vanligaste aktiviteten för männen. Den minst vanliga aktiviteten enligt studien var att söka kontakt med prostituerade. Två procent av männen hade gjort detta.

### Pornografi

I årskurs tre på gymnasiet år 2004 hade 76 procent av flickorna och 98 procent av pojkarna någon gång sett på porr [64]. I årskurs 9 år 2001–2002 hade 57 procent av flickorna och 92 procent av pojkarna tittat på porrfilm någon gång [59]. Flera studier visar att unga män är mer positivt inställda till pornografi än vad unga kvinnor är. Ungdomar och framför allt pojkar tycker att de lär sig mycket om sex via pornografi [65, 66]. Det är dock vanligt att man har ett ambivalent förhållningssätt till pornografi, och upplever det som både upphetsande och äckligt [67, 68]. Likaså kan man vara kritisk till pornografin som fenomen men samtidigt tycka att den är spännande och sexuellt upphetsande [69].

Det är oklart hur pornografi påverkar sexuellt beteende, men det förekommer att ungdomar prövar sexuella handlingar som de fått idéer till genom pornografi. Ungdomar som någon gång sett porrfilm har oftare prövat analsex och oralsex än de som inte har sett sådan film [54, 70].

Pornografins kroppsideal påverkar hur unga människor uppfattar att kroppen ska se ut. I en nordisk studie uttryckte unga kvinnor, i högre grad än unga män, att de hade låg självtillit till sin kropp i förhållande till pornografins kroppsideal. Men unga män talar också om de krav som ställs på kroppen och utseendet. De känner sig osäkra på sin penis storlek och är oroade för att kvinnor ska använda pornografins kriterier när de väljer partner [71].

I djupintervjuer bland ungdomar som sett pornografi framkom att de försöker anpassa sig efter den sexuella norm som de uppfattar råder i samhället. De ansåg bland annat att stereotypa könsroller befasts i pornografin och att den skapar förväntningar och krav på att genomföra vissa sexuella handlingar [66].

### Värdering av sexuallivet

På frågan ”Hur viktig är sexualiteten i ditt liv?” svarade en övervägande del av både kvinnor och män att sexualiteten är viktig, i sexualvaneundersökningen år 1996. Endast 10 procent av kvinnorna och 4 procent av männen ansåg att sexualiteten är ganska eller helt oviktig [5].

I åldrarna under 50 år uppgav omkring 60 procent av kvinnorna att de var tillfredställda eller ganska tillfredställda med sitt sexualliv. Bland kvinnor i åldern 50 till 74 år sjönk andelen till cirka 50 procent. Män, upp till 35 års ålder, tenderade att vara något mindre nöjda än jämnåriga kvinnor, medan män i åldersgruppen 50–65 år var något mer nöjda än jämnåriga kvinnor. Bland de äldsta (66–74 år) var skillnaderna små mellan kvinnor och män [5].

I 1996 års undersökning uppgav såväl män som kvinnor att de hade det bättre sexuellt i nuläget än när de var unga. Både yngre, 25–34 år, och medel-

ålders, 35–54 år, ansåg att de nu i större utsträckning kunde leva som de önskade jämfört med då de var yngre. Även i den högre åldersgruppen, 55–74 år, upplevde de tillfrågade att deras sexualliv var friare än i ungdomen [72].

Det har blivit vanligare att vara sexuellt aktiv i övre medelåldern. I åldersgruppen 51–55 år hade 79 procent haft samlag senaste månaden år 1996 jämfört med 63 procent år 1967. I åldersgruppen 56–60 år var motsvarande förändring mellan de båda åren 68 procent jämfört med 56 procent [4, 5].

I en svensk studie om hur män och kvinnor uppfattade sin kropp ställdes bland annat frågan om det är viktigt att vara sexuellt aktiv. För kvinnorna i åldrarna 65–85 år svarade 14 procent att det var viktigt medan motsvarande siffra för männen var 45 procent. I samma studie framkom också att yngre människor hade en mer positiv syn på att äldre kan vara sexuellt attraktiva jämfört med vad de äldre själva rapporterade [73]. Tidigare har minskad sexuell aktivitet och sexuell lust uppfattats som en naturlig del av åldrandet [74]. I dag ses sexualiteten alltmer som en integrerad del av ett gott åldrande.

De flesta ungdomar verkar vara förhållandevis nöjda med sina sexuella erfarenheter. Man blir också mer nöjd i takt med ökad erfarenhet och det är fler som säger sig vara nöjda med det senaste samlaget än med det första. Ungefär lika många unga kvinnor som unga män säger sig vara nöjda med det senaste samlaget. Däremot har betydligt fler unga män än unga kvinnor uppfattat det allra första samlaget positivt [59].

Ett tillfredställande sexualliv är sannolikt hälsofrämjande, men det saknas epidemiologiska studier som skulle kunna bekräfta ett sådant samband.

### Sexuella svårigheter

Sexuella problem är vanliga. Nästan hälften av kvinnorna och en fjärdedel av männen i 1996 års sexualvaneundersökning hade erfarenhet av sexuella problem [5]. De vanligaste problemen var att inte kunna få erektion, svårighet att få orgasm och bristande sexuell lust. Drygt 20 procent av kvinnorna och 15 procent av männen uppgav att de under åren haft behov av att tala med någon om sin sexualitet. De vände sig då i första hand till läkare inom kroppssjukvården. Kvinnorna, oavsett ålder, hade oftast sökt hjälp hos gynekolog. Männen sökte sig oftast till allmänläkare och urolog.

Telefonrådgivning som fokuserar på sexuella problem har visat sig kunna fylla ett stort behov. På en del orter i landet finns sexologiska mottagningar, men flertalet landsting har ingen sexologisk mottagning alls. Väntetiderna vid de befintliga mottagningarna varierar från tio dagar upp till ett halvår [75]. Rådgivarna behöver en bred kompetens då problemen ofta är mångfasetterade och involverar kroppsliga, psykologiska och sociala perspektiv [76, 77].

### Sexuellt våld

Erfarenheter av att ha blivit utsatt för sexuellt tvång har ett klart samband med en mindre positiv värdering av sexuallivet, och en högre förekomst av sexuella problem. I 1996 års studie [5] uppgav 12 procent av kvinnorna och 3 procent av männen att de tvingats till en sexuell handling. En uppföljning av kvinnor som sökt hjälp vid Rikskvinnocentrum, numera Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), visade att en tredjedel av kvinnorna som varit utsatta för våld också utsatts för sexuellt våld. En femtedel angav att de varit utsatta för våld när de var gravida [78].

De anmälda våldtäkterna har, med undantag för några år, ökat relativt kraftigt de senaste 30 åren (se kapitlet om våld). År 1975 anmäldes cirka 750 våldtäkter, och år 2006 anmäldes drygt 4 200. Bland sexualbrotten ökade antalet anmälda våldtäkter mest, med 11 procent (cirka 420 brott). Denna ökning beror sannolikt till stor del på den lagändring som infördes den 1 april år 2005 och som innebär att en del gärningar som tidigare rubricerades som sexuellt tvång och utnyttjande nu bedöms som våldtäkt. Detta stöds av att antalet anmälda brott avseende sexuellt tvång och utnyttjande minskade med 21 procent (cirka 350 brott) jämfört med år 2005. Ökningen kan också bero på en ökad benägenhet att anmäla våldtäkter. Den största ökningen utgörs av antalet anmälda fullbordade våldtäkter mot barn under 15 år som skett inomhus, som ökade med 69 procent [79].

I den nationella trygghetsundersökningen (NTU) år 2006 fann man att kvinnor uppgav att de har blivit utsatta för sexualbrott i betydligt högre utsträckning än män. Enligt NTU uppgav 1,6 procent av kvinnorna och 0,3 procent av männen att de blivit tvingade, angripna eller ofredade under år 2005. Det är framför allt de yngre åldersgrupperna som uppgav att de drabbas av sexualbrott. I åldern 16–24 år uppgav 2,6 procent att de utsattes för sexualbrott under den aktuella ettårsperioden, medan andelen utsatta sedan blir lägre ju äldre åldersgrupper som studeras. Den grupp som i störst utsträckning (4,9 procent) uppgav att de utsatts för sexualbrott är unga kvinnor i åldern 16–24 år [80].

## Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Primärpreventivt arbete riktas till allmänheten och till större grupper, där inga kända problem har uppstått ännu. Det kan handla om exempelvis sex- och samlevnadsarbete i skolor eller upplysningskampanjer till en större allmänhet. Sekundärpreventivt arbete är aktuellt då ett problem redan identifierats och handlar om att upptäcka problemet tidigt, behandla, ge råd och spärra smitta.

Förebyggande arbete kan också handla om hälsofrämjande insatser. Med det menas att skapa förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor, vilket inte diskuteras vidare i detta avsnitt. Hälsofrämjande insatser kan medverka till att skapa en god självkänsla och färdigheter i att kommunicera kring och bedöma hälsorisker som är grunden även för den sexuella hälsan. Det kan handla om aktiviteter i syfte att skapa ett gott psykosocialt klimat i en skolklass eller övningar för att stärka självkänsla hos en grupp tonåringar.

För att förebygga STI och oönskade graviditeter är det i stort sett samma primärpreventiva och sekundärpreventiva insatser som krävs för att ge individen grundkunskaper, attityder och färdigheter att kunna skydda sig. En utmaning i detta sammanhang är p-piller, som är ett bra skydd mot graviditet men som också kan minska motivationen att använda kondom, vilket är det enda skydd som förebygger STI.

### Insatser mot hiv och STI

Den ökande spridningen av klamydia och andra STI är oroande. Framför allt oupptäckta infektioner kan leda till komplikationer av olika slag. En ökad spridning av STI hos män som har sex med män bör ses i perspektiv av att andelen

hivsmittade är betydligt högre i denna grupp än i befolkningen i stort. Det innebär en påtaglig risk för ökad smittspridning av hiv hos män som har sex med män. Den stora spridningen av STI, framför allt bland unga människor, kan också vara en varningssignal om att hiv skulle kunna få ökad spridning i Sverige även bland unga heterosexuella kvinnor och män. Den låga medvetenheten om risken för hivsmitta är ett problem både i ett allmänt liberalt förhållningssätt till sexuella kontakter och vid resor till länder där hiv-förekomsten är betydligt högre än i Sverige.

### Preventivt arbete mot hiv och STI riktat till ungdomar

Socialstyrelsen har tagit fram en kunskapsöversikt kring primärprevention riktad till ungdomar, baserad på internationell forskning och på svenska erfarenheter [81]. Översikten visar att det är möjligt att påverka ungdomars sexuella risktagande.

Rapportens slutsatser är att skolan är den mest centrala arenan för primärpreventivt arbete, och att insatserna blir än mer effektiva om flera olika aktörer samverkar lokalt. I insatser riktade till ungdomar är det viktigt att ta hänsyn såväl till könsskillnader som till den pågående förändringen mot alltmer liberala sexualvanor. Det är också viktigt att bygga långsiktigt hållbara strukturer för arbetet, exempelvis i form av läro- och kursplaner i skolan och stabila samarbetsformer mellan skolan och andra lokala aktörer. Insatserna bör vara baserade på såväl teoretisk kunskap som på ungdomarnas egna önskemål. Metoder som främjar dialog och reflektion, exempelvis samtalsmetodik, rollspel etc., har visat sig vara centrala för att uppnå goda resultat. Budskap om avhållsamhet har däremot inte visat sig vara effektiva.

Sverige har internationellt sett goda förutsättningar för ett primärpreventivt arbete riktat till ungdomar. Det beror dels på den obligatoriska sex- och samlevnadsundervisningen, dels på relativt god tillgång till ungdomsmottagningar, vanligen drivna av kommuner och landsting (år 2007 fanns 227 ungdomsmottagningar). Trots detta finns det anledning att uppmärksamma kvaliteten i det primärpreventiva arbetet. Sex- och samlevnadsundervisningen i skolan är, också enligt Skolverket, av mycket skiftande standard. Undervisningen behöver förbättras och arbetet måste bli mer konsekvent och genomföras systematiskt [81–83]. Sex- och samlevnadsundervisningen har varit obligatorisk i den svenska skolan i femtio år, men ämnet är fortfarande inte obligatoriskt på lärarutbildningarna. I en kartläggning från år 2004, visade det sig att bara hälften av lärarutbildningarna i Sverige hade kurser i ämnet och att endast 6 procent av lärarstudenterna fick utbildning i detta. Mycket få nytutexaminerade lärare har alltså kompetens att undervisa i sex- och samlevnad [84].

Ungdomsmottagningarna fyller en viktig funktion för unga människor (vanligen upp till 23 år). I åldersgruppen 16–26 år hade 23 procent av kvinnorna och 4 procent av männen besökt en ungdomsmottagning under de senaste tre månaderna 2005–2006 [85].

Men det finns vissa problem även när det gäller ungdomsmottagningarna. Dels har de svårt att hinna med primärpreventivt arbete, särskilt i tider då personalen är upptagen med bland annat de många smittspårningsärenden som följer i klamydiaepidemiens spår, dels kräver ett framgångsrikt preventivt arbete att man når såväl kvinnor som män. Därför är det problematiskt att så få män söker sig till mottagningarna. På några

ställen i landet, bland annat RFSU i Stockholm och Mottagningen för unga män (MUM) i Göteborg, har man satsat särskilt på mottagningar som vänder sig till män. Dessa satsningar har visat sig vara framgångsrika och andelen manliga besökare har ökat kraftigt.

### **Preventivt arbete mot hiv och STI riktat till män som har sex med män**

Män som har sex med män är en viktig grupp i arbetet mot framför allt hiv. Därför har Socialstyrelsen under år 2007 tagit fram en kunskapsöversikt för detta område [55]. Översikten över den internationella forskningen på detta område visar bland annat att förebyggande arbete som sker i grupp och som är baserat på teoretisk kunskap visat sig ha god effekt. Arbetet är särskilt effektivt när det kombinerar kunskap med möjlighet för den enskilde individen att träna kommunikationsfärdigheter. Det är också tydligt att det är viktigt att engagera män som själva har sex med män som informatörer. Rapporten pekar vidare på att det finns kunskapsluckor och ett behov av metodutveckling när det gäller sekundärprevention, bland annat i form av rådgivning i samband med hivtest. Specialutformade mottagningar är viktiga för att nå män som har sex med män, precis som för att nå andra män. Det är också av största vikt att de insatser som riktas mot ungdomar och unga vuxna sker med en medvetenhet om att män som har sex med män utgör en del av denna grupp.

### **Insatser mot oönskade graviditeter**

Statens folkhälsoinstitut har regeringens uppdrag att utarbeta ett handlingsprogram för att förebygga oönskade graviditeter. I förslaget till denna handlingsplan anger myndigheten att det övergripande målet med det förebyggande arbetet

är att de barn som föds ska vara önskade. Samhällets ansvar är att tillhandahålla kunskaper och medel för att ge människor möjlighet att fritt och ansvarsfullt planera sitt barnafödande. Uppdraget är alltså att förebygga oönskade graviditeter, vilket inte är det samma som att förebygga aborter. Avsikten är att i första hand förebygga oönskat barnafödande med preventiva åtgärder och med abort som ett komplement.

P-pillar är en effektiv födelsekontrollerande metod. Utifrån försäljningssiffror för p-pillar, som visar antalet sålda dygnsdoser per 1000 kvinnor i åldersgruppen 15–44 år, kan man få en uppfattning hur vanligt p-pillar är i de olika nordiska länderna. Vanligast är p-pillar i Danmark (319 dygnsdoser) följt av Sverige (293 dygnsdoser), Norge (253 dygnsdoser) och Finland (210 dygnsdoser) [86]. Det finns ingen jämförbar statistik om användning av kopparspiraler och kondomer.

En anledning till att antalet aborter i Sverige har ökat bland ungdomar under senare år kan vara att användningen av preventivmedel har minskat på grund av en rädsla för hormonella preventivmedel i kombination med bland annat bristfällig sexualundervisning i skolan [48, 87]. Larm om p-pillars biverkningar påverkar användningen [45]. Det finns en ambivalens bland kvinnor till att använda p-pillar som inte alltid bemöts i rådgivning [88, 89]. De olika landstingens policyer för subventionerade preventivmedel varierar. Vissa landsting erbjuder ingen subventionering medan andra erbjuder helt kostnadsfria preventivmedel. Den övre åldersgränsen för subventionerna varierar mellan 19 och 24 år [90].

Sedan år 2001 finns akut p-pillar receptfritt på apotek. Det är ett hormonpreparat som tas efter samlag för att förhindra att en graviditet uppstår, och är således inget abortpiller. Bland

universitetsstuderande finns studier som visar på att fler använde akut p-pillar år 2004 jämfört med år 1999. Samma studier visar att de som använder akut p-pillar är mer oroliga för biverkningar av konventionella p-pillar än andra [52]. Akut p-pillar har emellertid inte kommit att användas i den utsträckning som skulle kunna vara fallet, för att förebygga oönskade graviditeter [91–93]. Det kan bero på bristande kunskap om när akut p-pillar kan användas [93]. Även i flera andra länder där akut p-pillar finns tillgängligt har man konstaterat att det behövs mer information om hur och när man använder akut p-pillar [94]. Studier som gjorts bland ungdomar i Sverige sedan akut p-pillar blev receptfritt, visade att en tredjedel ansåg att akut p-pillar var en form av abort och en fjärdedel oroade sig för biverkningar [95].

En genomgång av det nationella forskningsområdet ungdomar och sexualitet visar att en stor andel ungdomar, 71–76 procent i olika studier, använder något preventivmedel vid sitt första samlag, och 68–82 procent vid sitt senaste samlag [7]. Det är vanligare att elever på teoretiska gymnasieprogram använder preventivmedel än elever på praktiskt program, 90 procent jämfört med 64 procent [43]. Ungdomar som hoppat av gymnasiet använder preventivmedel i betydligt lägre grad än ungdomar i gymnasieskolan [96]. Vi saknar bredare kunskap om preventivmedelsanvändning efter tonåren bland andra grupper än studenter. Både aborter och klamydiainfektioner är vanligare i åldersgruppen 20–24 år än bland tonåringar.

### Referenser

1. Socialstyrelsen. Kapitel 6: Reproduktiv hälsa. I: *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
2. Statens Folkhälsoinstitut. *Målområde 7– Gott skydd mot smittspridning*. Stockholm: 2005. Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. R 2005:56.
3. Statens Folkhälsoinstitut. *Målområde 8 – Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa*. Stockholm: 2005. Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. R 2005:57.
4. Zetterberg HL. *Om Sexuallivet i Sverige. Värderingar, normer, beteenden i sociologisk tolkning*. Utbildningsdepartementet. Stockholm: Esselte AB; 1969. Utredningen rörande sexual- och samlvnadsfrågor i undervisnings- och upplysningsarbetet (USSU). SOU 1969:2.
5. Lewin B, Fugl-Meyer K, red. *Sex i Sverige: Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 1998. 1998:11.
6. Herlitz C. *Hiv och aids i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987–2007*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Underlag från experter.
7. Forsberg M. *Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2006.
8. Idahl A BJ, Kumlin U, Olofsson JI. Demonstration of Chlamydia trachomatis IgG antibodies in the male partner of the infertile couple is correlated with a reduced likelihood of achieving pregnancy. *Human Reproduction*. 2004;19(5):1121–6.
9. Velicko I, Kuhlmann-Berenzon S, Blaxhult A. Reasons for the sharp increase of genital chlamydia infections reported in the first months of 2007 in Sweden. *Eurosurveillance*. 2007 Oct;12(10):E5–6.
10. Berglund T. *Recent trends in the epidemiology of gonorrhoea in Sweden – the role of importation and core groups* [doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, Departament of Medical Epidemiology and Biostatistics; 2006.
11. Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sexually Transmitted Infections*. 2004 Aug;80(4):255–63.
12. Smittskyddsinstitutet. *Epidemiologisk årsrapport 2007*. Stockholm: 2008.
13. Berglund T, Colucci B, Lund B, Qvarnström I, Sandström E. Ciprofloxacinresistent gonorré ökar kraftigt i Sverige. Välj rätt antibiotikum och följ upp behandlingen! *Läkartidningen*. 2004 Jul 8;101(2829):2332–5.
14. Socialdepartementet. *Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring*. Stockholm: Fritzes; 2004. Betänkande från Hiv/aids-utredningen. SOU 2004:13.
15. Smittskyddsinstitutet. *Statistik för hivinfektion*. Stockholm; 2007 [uppdaterad 2008-09-01; citerad 2008 -01-08]; Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hivinfektion/?t=com&p=10632#statistics-nav>.
16. Bratt G, Hejdeman B. Sexuellt överförda infektioner ökar risken för HIV. Genomgång bland män som har sex med män visar starkt samband. *Läkartidningen*. 2006 Maj 3–9;103(18):1438–9.
17. Smittskyddsinstitutet. *Sjukdomsinformation om herpes simplex*. Stockholm; 2007 [uppdaterad 2008-09-01; citerad 2008 -01-08]; Tillgänglig från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/herpes-simplex/>.
18. Partridge JM, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in men. *The Lancet Infectious Diseases*. 2006 Jan;6(1):21–31.

19. Kjaer SK, Tran TN, Sparen P, Tryggvadottir L, Munk C, Dasbach E, et al. The burden of genital warts: a study of nearly 70,000 women from the general female population in the 4 Nordic countries. *The Journal of Infectious Diseases*. 2007 Nov 15;196(10):1447–54.
20. Eriksson LE, Berglund T. *Hälsoläget bland män som har sex med män* Statens Folkhälsoinstitut, 2005. Underlagsrapport för FHI:s regeringsuppdrag om Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Bilaga 4. Rapport A 2005:19.
21. Mårdh P. Hur förklara att positiva klamydiaprover ökar när komplikationerna minskar? *Läkartidningen*. 2006;103(28–29):2156.
22. Forslin L, Kamwendo F, Bodin L, Danielsson D. Klamydia-epidemin hotar kvinnors reproduktiva hälsa. Longitudinell studie visar behovet av slagkraftig strategi för att bryta trend. *Läkartidningen*. 2006 Sep 27–Oct 3;103(39):2848–53.
23. Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens statistikdatabaser / Statistik från Cancerregistret 1970–2006*. 2008 [citerad 2008-01-02]; Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/index.htm>.
24. Dahlstrand H, Hammarstedt L, Lindquist D, Romanitan M, Munck-Wikland E, Dalianis T. Virus viktig faktor vid tonsillcancer. *Tandläkartidningen*. 2007;99(5):52–5.
25. World Health Organisation. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice*. Geneva: 2006. Integrating Health Care for Sexual and Reproductive Health and Chronic Diseases.
26. Nilsson J. Stora brister i cellprovskontroller. *Dagens Medicin*. 2007;33:6–7.
27. Tyden T, Svanberg AS, Karlström PO, Lihoff L, Lampic C. Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2006 Sep;11(3):181–9.
28. Socialstyrelsen. *Assisterad befruktning 2004*. Stockholm: 2007. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2007:5.
29. Riksförsäkringsverket. *Gravida kvinnors situation*. Stockholm: 2003. RFV analyserar 2003:7.
30. Wickberg B, Hwang P. *Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödandet*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
31. Cnattingius S, Lambe M. Trends in smoking and overweight during pregnancy: prevalence, risks of pregnancy complications, and adverse pregnancy outcomes. *Seminars in Perinatology*. 2002 Aug;26(4):286–95.
32. Socialstyrelsen. *Medicinsk födelseregistrering 2003*. Stockholm: 2005. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2005:4.
33. Socialstyrelsen. *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2005*. Stockholm: 2007. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2007:9.
34. Socialdepartementet. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: 2002. Prop. 2002/03:35.
35. Statens Folkhälsoinstitutet. *Tidigt hälsosamtal för gravida minskar risken för alkoholskador*. Pressmeddelande [uppdaterad 2007-05-09; citerad 2008-01-02]; Tillgänglig från: [http://www.fhi.se/templates/page\\_\\_\\_10931.aspx](http://www.fhi.se/templates/page___10931.aspx).
36. Socialstyrelsen. *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005*. Stockholm: 2007–10–31. Tillgänglig från: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D94A04F3-EE31-4BFF-9126-F4246356938B/8832/200712512.pdf>.

37. Hellström L, Zätterström C, Odland V. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2006 Jun;19(3):209–13.
38. Eskild A, Nesheim BI, Busund B, Vatten L, Vangen S. Childbearing or induced abortion: the impact of education and ethnic background. Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2007;86(3):298–303.
39. Helgadottir LB, Qvigstad E, Melseth E, Vangen S, Eskild A. Nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i Oslo 2000–03. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2006 Jun 22;126(13):1744–6.
40. Holmgren K. Time of decision to undergo a legal abortion. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 1988;26(4):289–95.
41. Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. *Social science & medicine*. 2001 Dec;53(11):1481–90.
42. Edgardh K. Sexual behaviour in a low-income high school setting in Stockholm. *International journal of STD & AIDS*. 2002 Mar;13(3):160–7.
43. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tyden T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *Journal of Adolescent Health*. 2002 Apr;30(4):288–95.
44. Danielsson M, Rogala C, Sundström K. *Teenage Sexual and Reproductive Behavior In Developed Countries: Country Report for Sweden*. New York and Washington: The Alan Guttmacher Institute; 2001. Occasional Report No. 7.
45. Larsson G, Milsom I, Andersch B, Blohm F. A comparison of contraceptive habits and pregnancy outcome at 19 years of age in two cohorts of Swedish women born 1962 and 1972. *Contraception*. 1996 May;53(5):259–65.
46. Herlitz C. *Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och beteende 1987–2003*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2004. Rapport R2004:7.
47. Darj E, Bondestam K. Ungdomars syn på kondom användning. *Läkartidningen*. 2003 Oct 30;100(44):3510–2, 5–6.
48. Ekstrand M, Larsson M, Von Essen L, Tyden T. 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*. 2005 Oct;84(10):980–6.
49. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Preventing pregnancy: a girls’ issue. Seventeen-year-old Swedish boys’ perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2007 Jun;12(2):111–8.
50. Larsson M, Eurenus K, Westerling R, Tyden T. Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(2):124–31.
51. Christianson M, Johansson E, Emmelin M, Westman G. “One-night stands” - risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in North Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(1):44–50.
52. Larsson M, Tyden T. Increased sexual risk taking behavior among Swedish female university students: repeated cross-sectional surveys. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006;85(8):966–70.
53. Larsson M, Tyden T, Hanson U, Haggstrom-Nordin E. Contraceptive use and associated factors among Swedish high school students. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2007 Jun;12(2):119–24.
54. Tydén T, Rogala C. Sexual behaviour among young men in Sweden and the impact of pornography. *International journal of STD & AIDS*. 2004;15(9):590–3.

55. Tikkanen R. *Kunskapsbaserad hivprevention riktad till män som har sex med män. En sammanfattning av och diskussion utifrån sex internationella kunskapsöversikter*. Västerås: Socialstyrelsen; 2007. Underlag från experter.
56. Tikkanen R, Månsson S-A. *Förhandlad säkerhet och kalkylerade risker. Rapport från en enkätundersökning om socio-sexuella livsstilar och hivrisktaganden bland män som har sex med män*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete; 1999. Rapport 1999:7.
57. Tikkanen R, Månsson S-A, Danebeck K, Eriks-son N. *MSM-enkäten 2006 – en översiktlig resultatpresentation*. Malmö Högskola; 2007.
58. Moegelin L. Bilaga 4.6. Lesbisk hälsa. I: *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2005. Rapport nr A 2005:19.
59. Forsberg M. *Brunetter och Blondiner. Om ungdom och sexualitet i det mångkulturella Sverige* [doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete; 2005.
60. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). *Hatbrott 2006. En sammanställning av polisanmälningar med främlingsfientliga, islamofobiska, antisemitiska och homofobiska motiv*. Stockholm: Fritzes; 2007. Rapport 2007:17.
61. Boström G, Roth N, Nykvist K. *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2006. Rapport 2006:08.
62. Statens Folkhälsoinstitut. *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Stockholm: 2005. Rapport nr A 2005:19.
63. Månsson S, Daneback K, Löfgren-Mårtensson L. *Kärlek och sex på internet*. Göteborgs Universitet och Malmö högskola; 2003. Nätsexprojektet 2003:1.
64. Swedin CG, Priebe G. Bilaga 3: Ungdomars sexualitet – attityder och erfarenheter. I: *Sexuell exploatering av barn i Sverige*. Stockholm: Fritzes; 2004. Socialdepartementet. SOU 2004:71. Betänkande av Utredningen om kunskaper om sexuellt exploaterade barn i Sverige.
65. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Associations between pornography consumption and sexual practices among adolescents in Sweden. *International journal of STD & AIDS*. 2005 Feb;16(2):102–7.
66. Häggström-Nordin E, Sandberg J, Hanson U, Tyden T. 'It's everywhere!' young Swedish people's thoughts and reflections about pornography. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006 Dec;20(4):386–93.
67. Berg L. *Äkta kärlek – heterosexuell samvaro speglar mot diskurser om kärlek, heterosexualitet och kropp* [doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet, Humanistisk-samhällsvetenskapliga vetenskapsområdet, Sociologiska institutionen; 2002.
68. Medierådet. *Koll på porr – skilda röster om sex, pornografi, medier och unga*. 2006.
69. Löfgren-Mårtensson L, Månsson S-A. *"Sex över allt, typ?!" Om unga och pornografi*. Förlagshuset Gothia; 2006.
70. Rogala C, Tydén T. Does pornography influence young women's sexual behavior? *Womens Health Issues*. 2003 Jan–Feb;13(1):39–43.
71. Sorensen AD, Knudsen SV. *Unge, kon og porno-graafi i Norden – Slutrapport*. Köpenhamn: Nordisk Ministerråd; 2006.
72. Sundström K, red. *Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2000.

73. Öberg P, Tornstam L. Attitudes toward embodied old age among Swedes. *International journal of aging & human development*. 2003;56(2):133–53.
74. Levy J. Sex and sexuality in later life stages. I: Rossi IS, red. *Sexuality across the life courses*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. s. 287–312.
75. Linna E, m.fl. (v). *Sexualpolitik*. 2007. Motion till riksdagen 2006/07:So374.
76. Fugl-Meyer KS, Arrhult H, Pharmanson H, Backman AC, Fugl-Meyer AM, Fugl-Meyer AR. A Swedish telephone help-line for sexual problems: a 5-year survey. *The journal of sexual medicine*. 2004 Nov;1(3):278–83.
77. Hedlund E, Göthberg M. Telefonrådgivning i sexuella frågor – erfarenheter från RFSU-kliniken. I: Lundberg PO, red. *Sexologi*. Stockholm: Liber; 2002. s. 378–82.
78. Stensson K, Claesson I, Heimer G. *Våldsutsatta kvinnors hälsa och livssituation – en longitudinell deskriptiv studie*. Rikskvinnocentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala Universitet; 2006. Rapportserie 2006:1.
79. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). *Statistik / Anmälda brott / Tidsserier / Anmälda brott de senaste 10 åren*. 2007 [citerad 2007]; Tillgänglig från: [http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module\\_instance=5&name=/statistik/10/10La\\_anm\\_10\\_ar.xls&url=/statistik/10/10La\\_anm\\_10\\_ar.xls](http://www.bra.se/extra/measurepoint/?module_instance=5&name=/statistik/10/10La_anm_10_ar.xls&url=/statistik/10/10La_anm_10_ar.xls).
80. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). *Nationella trygghetsundersökningen 2006. De första resultaten om utsatthet, trygghet och förtroende*. Stockholm: 2007. Rapport 2007:14.
81. Forsberg M. *Ungdomars sexuella hälsa. Internationella kunskapsöversikter och svenska erfarenheter av förebyggande arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
82. Skolverket. *Nationella Kvalitetsgranskningar*. Stockholm: Liber; 1999. Skolverkets rapport nr 180.
83. Sydsjö G, Selling KE, Nyström K, Oscarsson C, Kjellberg S. Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2006 Jun;11(2):117–25.
84. Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU). *Kartläggning av Sex- och samlevnadsundervisningen på Sveriges lärarutbildningar*. Stockholm: 2004.
85. Statens Folkhälsoinstitut. *Folkhälsoenkät / Resultat 2006 / Nationella data / Vårdkontakter / Ungdomsmottagning: Besökt ungdomsmottagning*. 2006 [citerad 2008]; Tillgänglig från: [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_\\_9863.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page_____9863.aspx).
86. Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO). *Health Statistics in the Nordic Countries 2004*. Copenhagen: 2006.
87. Tydén T, Bingefors K, Odland V. Oral contraceptives and compliance: reaction to cardiovascular alarm among users. *Advances in Contraception*. 1999;15(2):133–9.
88. Kero A, Lalos A. Increased contraceptive use one year post-abortion. *Human Reproduction*. 2005 Nov;20(11):3085–90.
89. Nobili MP, Piergrossi S, Brusati V, Moja EA. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. *Patient education and counseling*. 2007 Mar;65(3):361–8.
90. Socialstyrelsen. *Skilnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel. Problem och åtgärdsförslag inom oförändrad kostnadsram*. Stockholm: 2005. Uppföljning och utvärdering.
91. Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*. 2006 Sep;74(3):208–13.

92. Lakha F, Glasier A. Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland. *Lancet*. 2006 Nov 18;368(9549):1782–7.
93. Läke medelsverket. *Antikonception*. 2005. 2005:(16)7.
94. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception*. 2005 Mar;71(3):202–7.
95. Larsson M, Eurenus K, Westerling R, Tydén T. Emergency contraceptive pills over-the-counter: a population-based survey of young Swedish women. *Contraception*. 2004 Apr;69(4):309–15.
96. Edgardh K. *Tonåringar, sex och samlevnad*. Förlagshuset Gothia; 1992.