

Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv



EPIDEMIOLOGISKT CENTRUM
SOCIALSTYRELSEN

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Denna publikation tillhör *Redovisningar av forskningsresultat från IMS och EpC*. Det innebär att den innehåller kunskaper och analyser som bygger på vetenskapliga metoder. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser.

Artikelnr 2005-112-5

Publicerad www.socialstyrelsen.se, andra upplagan, november 2005

Förord

Denna rapport är en uppdatering av rapporten ”Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv” som publicerades första gången juni 2005. Uppdateringen innebär att tabeller och diagram uppdaterats med senast tillgängliga statistik. Innehållet i övrigt är oförändrat. Rapporten Reproductiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv utarbetades i samband med att ett kapitel om den reproduktiva hälsan introducerades för första gången i den nationella folkhälsorapporteringen i Folkhälsorapport 2005. Syftet är att folkhälsoperspektivet ska bli tydligare när man i ett och samma kapitel beskriver utvecklingen kring barnafödande, födelsekontroll, smittskydd, sexuella infektioner, barnlöshet och hälsa vid graviditet och förlossning. Förhoppningen är att det blir lättare att se vilka samband som finns mellan de olika aspekterna av den reproduktiva hälsan, vilka bakgrundsfaktorer de delar och vilka förhållanden i samhällsutvecklingen nationellt och internationellt som kan vara betydelsefulla.

Denna rapport är mer detaljerad än kapitel 6 i Folkhälsorapport 2005 och innehåller dessutom en fullständig referenslista. Till rapporten har även bifogats en tabellbilaga med det sifferunderlag som figurerna baserar sig på. Figurerna och tabellunderlagen finns också i Excel-format som går att ladda ner från socialstyrelsens webbplats (www.socialstyrelsen.se). Rapporten är författad av *Maria Danielsson*, Socialstyrelsen och *Kajsa Sundström*, Karolinska Institutet.

Måns Rosén
Avdelningschef
Epidemiologiskt Centrum Socialstyrelsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Reproduktiv hälsa ett vitt begrepp</i>	9
<i>Barnafödandets förändringar under 1900-talet</i>	10
Svängande födelsetal – och två barn till slut	10
Arbete och barnafödande i ett europeiskt perspektiv	15
Barnafödande under 2000-talet – två barn till slut?	15
<i>Jämställdhet och barn under 2000-talet</i>	18
Blir omsorgen om barn och hushållsarbetet mer jämställt?	19
<i>Födelsekontroll – preventivmedel och abort</i>	21
Från befolkningskontroll till reproduktiv hälsa	22
Födelsekontroll i Sverige	23
Preventivmedel – att förebygga oönskade graviditeter	23
Abort – att avbryta en oönskad graviditet	25
Abort bland tonåringar	26
Abort och födslar bland ungdomar i närliggande länder	28
Abortvården	30
<i>Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning</i>	32
IVF-behandling av infertilitet	33
<i>Sexuellt överförda infektioner</i>	34
Sexuellt överförda infektioner i Sverige	34
Klamydia	36
Smittskydd bland ungdomar	36
Gonorré och syfilis	37
Hiv och aids	37
Utvecklingen av STI i andra europeiska länder	38
Livmoderhalscancer och HPV	38
<i>Hälsa under graviditet och förlossning</i>	41
Svenska förhållanden	42
Komplikationer vid graviditet och förlossning	43
Moderns ålder och graviditetsutfall	44
Graviditet och levnadsvanor	44

Psykisk ohälsa under graviditet	46
Hälsoproblem och sjukskrivning	47
<i>Referenser</i>	49
<i>Sifferunderlag till figurerna</i>	57

Sammanfattning

- Födelsetalen i Sverige har växlat mer än i något annat europeiskt land under 1900-talet. Barnafödandet tenderar att vara högt i goda tider, med hög ekonomisk tillväxt, och lågt under dåliga tider. Det genomsnittliga antalet barn som kvinnor föder under sitt liv har däremot legat förvånansvärt konstant kring två barn per kvinna.
- För både kvinnor och män är det numera viktigt med arbete och inkomst innan man planerar barn. Under 1990-talets lågkonjunktur sjönk barnafödandet främst bland kvinnor med svag förankring på arbetsmarknaden. Under 2000-talet ökar barnafödandet igen.
- Totalt utförs mellan 30 000 och 35 000 aborter årligen i Sverige. Denna nivå har varit relativt oförändrad sedan nuvarande abortlag infördes 1975. Förändringar i aborttalen följer förändringar i födelsetalen, dvs. båda ökar eller minskar under samma tidsperioder
- Födelsetalen bland tonåringar har sjunkit kontinuerligt under de senaste 30 åren och är i ett västerländskt perspektiv mycket låga. Andelen tonåringar som vid en graviditet väljer att göra abort har under senare år successivt ökat.
- Andelen kvinnor som är barnlösa har minskat successivt under 1900-talet. Generationen kvinnor födda på 1940-talet hade den lägsta andelen barnlösa, nämligen 11 procent. Andelen har sedan ökat något och är 14 procent bland kvinnor födda 1959.
- I dag är provrörsbefruktning den vanligaste behandlingsmetoden för alla typer av barnlöshet. Med tanke på påfrestningen, belastningen på sjukvården och att endast 25 procent av behandlingarna leder till graviditet är det särskilt angeläget att satsa på förebyggande av infertilitet.
- Klamydia ökar bland ungdomar. De skyddar sig i högre grad mot oönskade graviditeter än mot könssjukdomar. Att förebygga sexuellt överförbara infektioner är lika angeläget som födelsekontroll, när barnafödandet föregås av en allt längre period av aktivt sexualliv.
- Hittills har spridningen av hiv i Sverige kunnat hållas under god kontroll, trots att hiv ökat dramatiskt bl.a. i Baltikum och Ryssland. Nya fall av hiv kommer framför allt från invandrade personer från högriskområden. Eftersom andra könssjukdomar ökar i gruppen män som har sex med män, finns en risk för att även hiv kommer att öka i denna grupp. Personer som i dag får en hiv-diagnos har smittats för ett till tio år sedan.
- Den medicinska säkerheten under graviditet och förlossning är mycket hög med kvalificerat omhändertagande av komplikationer och avvikelser. Utgången av graviditeter och förlossningar är god, trots att det inte så sällan uppstår komplikationer som kräver extra uppmärksamhet och medicinska insatser.
- Många slutar att röka i samband med graviditet; i graviditetsvecka 8–12 rökte 10 procent, jämfört med 20 procent tre månader före graviditeten. De flesta gravida slutar helt att dricka alkohol under graviditeten. En tredjedel fortsät-

ter att dricka, men i måttliga mängder. Missbruk av alkohol bland gravida är sällsynt och ofta ett dolt problem när det förekommer.

Reproduktiv hälsa ett vitt begrepp

Reproduktiv hälsa är ett vitt begrepp där sociala, psykologiska och kroppsliga aspekter på barnafödande och sexualitet är sammanvävda. Mer konkret innebär en god reproduktiv hälsa, enligt WHO, ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexualliv, förmågan att fortplanta sig, frihet att besluta om sitt barnafödande och möjligheten att få friska barn. God reproduktiv hälsa förutsätter kunskap om och tillgång till födelsekontroll och smittskydd samt säkra förhållanden under graviditet och förlossning. Reproduktiv hälsa ligger i linje med WHO:s vida definition av hälsa som ett tillstånd av socialt, psykiskt och kroppsligt välbefinnande, och inte enbart frånvaro av sjukdom (1).

Fokus i detta kapitel ligger på barnafödandet.¹ Tidpunkten för när i livet man föder barn har förändrats, medan önskan om att få bli förälder tycks vara oförändrat stor. Centrala frågor i dagens Sverige är hur man ska kunna förena barnafödande och barnomsorg med ett aktivt arbetsliv, och hur fertiliteten kan bevaras när barnafödandet sker allt högre upp i åldrarna. Kvinnors hälsa under graviditet och förlossning är förhållandevis god, men det är ändå en period i livet som är förenad med en hel del hälsorisker.

Kapitlet inleds med en diskussion kring hur samhällsvillkoren påverkar barnafödandet, vilket följs av avsnitt om födelsekontroll, ofrivillig barnlöshet, sexuellt överförbara infektioner, smittskydd och hälsa under graviditet och förlossning. Flera avsnitt tar upp de reproduktiva hälsoproblemens internationella omfattning och deras koppling till fattigdom, sociala orättvisor och diskriminering av kvinnor.

¹ Rapportens fokus är på barnafödandet och heterosexuellas villkor. I denna rapport diskuteras t ex sexualitet så gott som endast i relation till barnafödande. Andra viktiga aspekter som kan vara av betydelse för människors hälsa som t ex. sexuell läggning, sexuell tillfredställelse eller sexuellt utnyttjande m.m. behandlas inte i denna rapport.

Barnafödandets förändringar under 1900-talet

Det finns en oro över att det föds för få barn i Sverige för att man i framtiden ska kunna försörja en allt mer åldrande befolkning. Detta är ett framtidsscenario som delas med så gott som alla länder i Europa. Oro över befolkningsutvecklingen är ingen ny företeelse – redan i mitten av 1700-talet, när folkbokföringen infördes, konstaterades att landets befolkningstillväxt var för dålig. Detta berodde på den mycket höga dödligheten, framför allt bland barn. Från slutet av 1700-talet minskade dödsriskerna, som ledde till en kraftig befolkningsökning under 1800-talet. Bekymret med den låga befolkningstillväxten byttes därmed till ett problem med ett befolkningsöverskott, som i kombination med dåliga tider och bl.a. missväxt, ledde till svårigheter för människor att försörja sig. Detta var en viktig anledning till att en miljon människor utvandrade från Sverige.

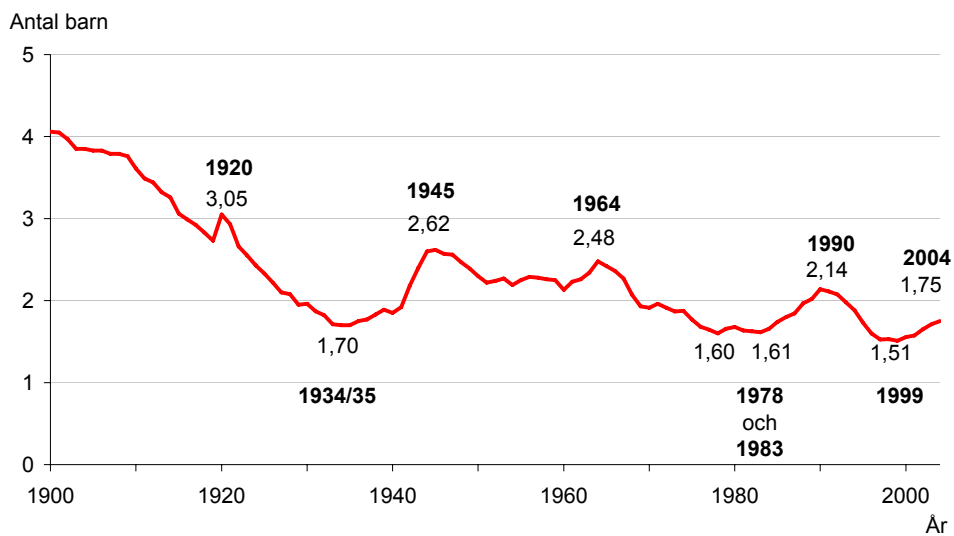
Ända fram till slutet av 1870-talet var fruktsamheten hög och kvinnor fick i genomsnitt 4–5 barn under sin livstid. Därefter sjönk barnafödandet stadigt ända fram till 1930-talet. Nedgången berodde på att familjestorleken minskade successivt. Barnafödandet var emellertid ojämnt fördelat i befolkningen. Man uppskattar att 20–25 procent av kvinnorna födda på 1800-talet förblev barnlösa (2), ofta av sociala och ekonomiska skäl.

Svängande födelsetal – och två barn till slut

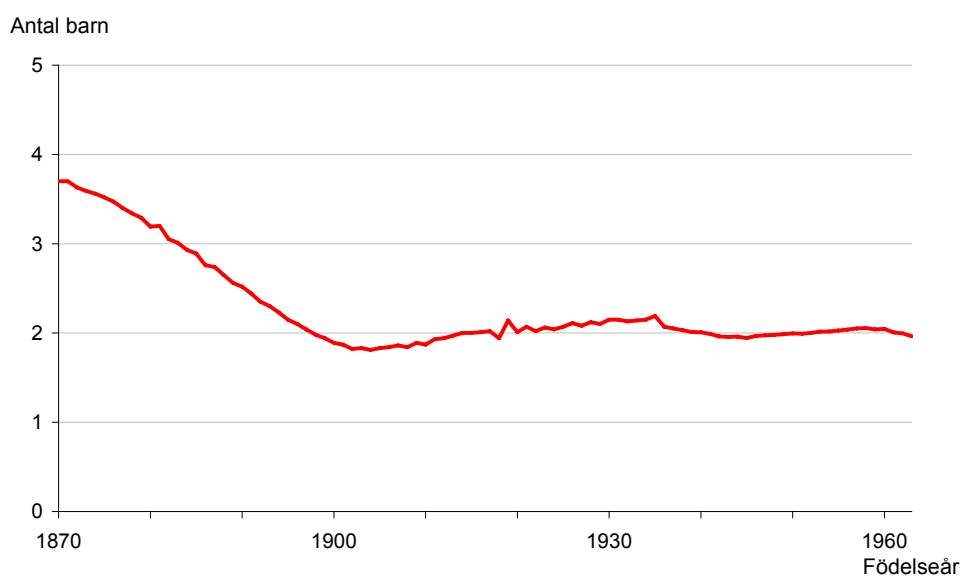
Fram till mitten av 1930 talet sjönk barnafödandet, men sedan dess har barnafödandet svängt kraftigt mellan olika tidsperioder (figur 1). Dessa svängningar i periodfruktsamheten² är mer uttalade i Sverige än i de flesta andra europeiska länder. Det genomsnittliga antalet barn som en generation kvinnor föder under sitt liv har däremot legat förvånansvärt konstant kring två barn. Detta gäller för samtliga kvinnor födda mellan 1900 och 1963, vilket visas i figur 2.

Att periodfruktsamheten varierar, trots att det slutliga antalet barn per kvinna är relativt oförändrat, beror på att det under vissa tidsperioder (kalenderår) är fler som väljer att få barn än under andra perioder. Dessa svängningar i barnafödandet hänger samman med förändringar i samhällsförhållanden, vilka i sin tur påverkar benägenheten att skaffa barn just då i stället för senare. Det visar sig att såväl förstföderskor som omföderskor och kvinnor i olika generationer tenderar att välja samma tidsperioder för sitt barnafödande. Faktorer som bland annat har med kvinnors, men även mäns, möjligheter att klara av försörjning och barn under olika tidsperioder.

² Periodfruktsamheten (figur 1) anger det antal barn kvinnor i genomsnitt skulle få under sin livstid om den fruktsamhet som rådde i olika åldersgrupper det specifika året skulle bestå. Det är således ett fiktivt mått som mäter förändringar i fruktsamhet över tid. Måttet kallas summerad fruktsamhet (TFR – *total fertility rate*).



Figur 1: Periodfruktsamhet, antal födda barn per kvinna, 1900–2004. Källa: SCB.



Figur 2: Det genomsnittliga antalet barn som kvinnor födda mellan 1870 och 1963 har fått under sin livstid (s.k. kohortfruktsamhet). Källa: SCB.

1930–1960-talet: Från låg- till högkonjunktur

Från 1930-talet och fram till i dag kan man se att barnafödandet tenderar att vara högt i goda tider av ekonomisk tillväxt och lågt under dåliga tider. Det låga barnafödande under 1930-talets depression initierade ett socialt reformprogram med bostadsbidrag, mödrapenning och fri förlossningsvård för att stimulera till ökat barnafödande. Under beredskaps- och krigstider på 1940-talet var kvinnor efterfrågade på arbetsmarknaden. Giftermålsfrekvensen ökade och födelsetalet steg så högt som till 2,6 år 1945 (figur 1). Orsaken var inte att antalet barn per familj ökade, utan att färre kvinnor förblev barnlösa till följd av förbättrade ekonomiska och sociala villkor. Barnafödandet har sedan dess varit mer jämt fördelat i befolkningen än tidigare.

Under de ekonomiskt expansiva åren efter andra världskriget kom barnafödandet att fortsätta att ligga på en hög nivå. Kvinnor förvärvsarbetade huvudsakligen innan barnen kom och efter att det yngsta barnet börjat skolan. De daghem som fanns på 1950-talet var avsedda för ogifta kvinnors barn. Mellan 1930 och 1960 tillhörde omkring 30 procent av alla kvinnor arbetskraften (3–5)³. År 1964 nådde barnafödandet en topp på 2,5. Under högkonjunkturen på 1960-talet ökade arbetstillfällena och utbildningstiden för kvinnor. 1965 arbetade 38 procent av kvinnor med barn under sju års ålder, vilket kan jämföras med 80 procent 2004 (5). P-piller introducerades i mitten av 1960-talet.

1970-talet: Sjunkande födelsetal

På 1970-talet ökade efterfrågan på kvinnlig arbetskraft ytterligare. Barnafödandet sjönk främst därför att familjebildningen startade senare. När möjligheten fanns att planera sitt barnafödande var det många som väntade med barn tills utbildning och försörjning var säkrad. Åldern för barnafödandet steg. De generationer kvinnor som är födda efter 1945 lämnade inte längre arbetsmarknaden när de hade barn. Kvinnor återvände till förvärvsarbetet redan när barnen var små, ofta på deltid. 1975 var 61 procent av småbarnsmammorna förvärvsarbetande (5).

Flera västeuropeiska länder kom att genomgå liknande utveckling med ökat kvinnligt förvärvsarbete, längre utbildningstider och ett minskat barnafödande (figur 3). I norra, centrala och västra Europa sjönk barnafödandet ungefär samtidigt som i Sverige, medan i Sydeuropa sjönk barnafödandet något senare. I flertalet östeuropeiska länder sjönk barnafödandet först under 1990-talet i samband med den ekonomiska kris som följde på östblockets upplösning.

1980-talet: Ökat barnafödande trots hög förvärvsfrekvens

Till skillnad mot flertalet länder i Europa bröts i Sverige den neråtgående trenden av minskat barnafödandet i början av 1980-talet. Mellan 1983 till 1990 ökade födelsetalet från 1,6 till 2,1 barn per kvinna, vilket då var bland

³ Avser endast betalt arbete. Från 1963 kan arbetskraftsdeltagande uppskattas utifrån Arbetskraftsundersökningarna, AKU. Dessförinnan kan kvinnligt arbetskraftsdeltagande uppskattas utifrån uppgifter från folk- och bostadsräkningarna. Dessa uppgifter underskattar dock kvinnors arbetskraftsdeltagande. De räknar t ex inte in bondhustrur eller gifta kvinnor med deltidsarbete som deltagande i arbetskraften.

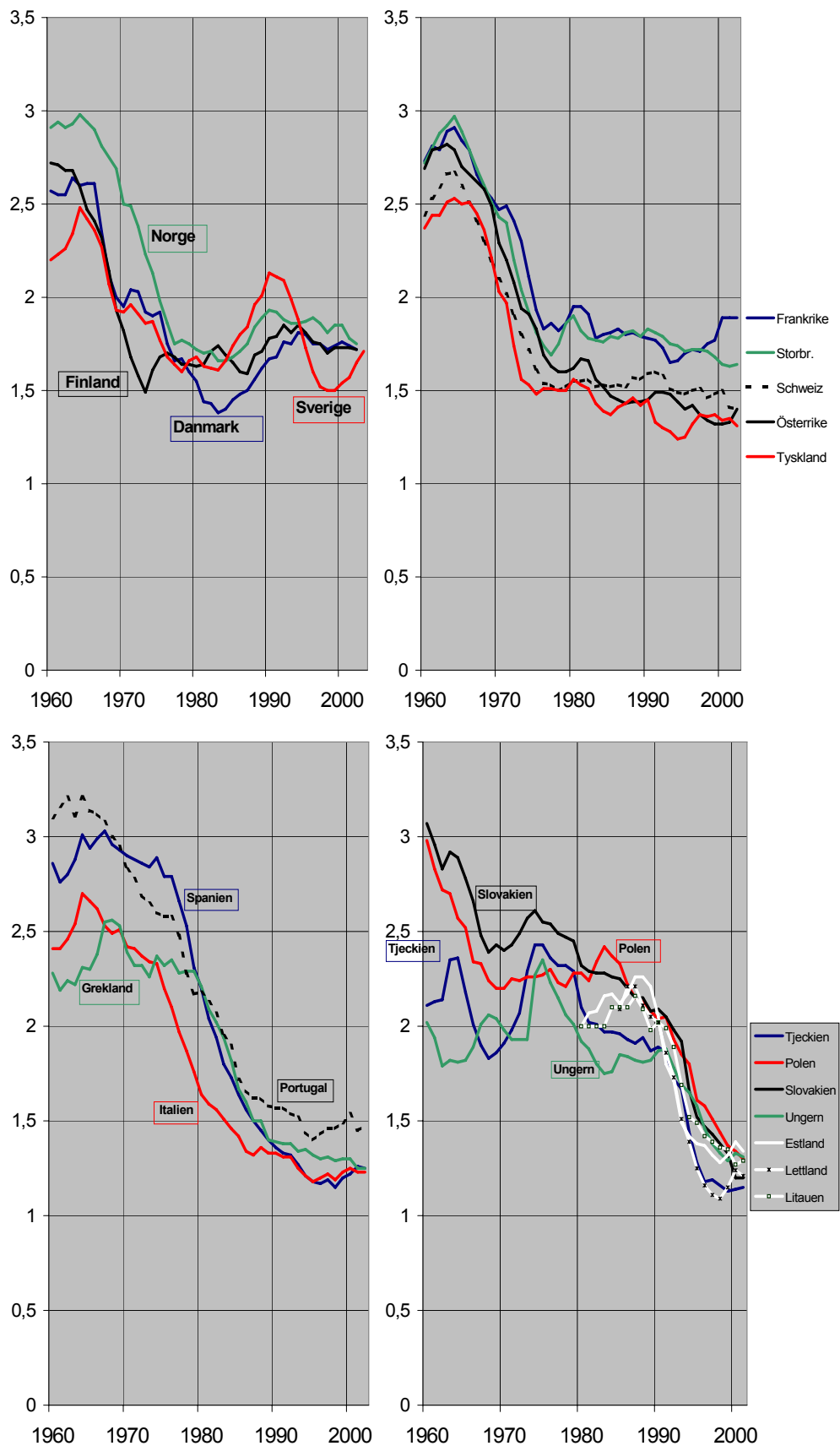
de högsta i Europa. Barnafödandet nådde under 1980-talet en hög nivå, trots att vi då hade den högsta förvärvsfrekvens någonsin bland kvinnor i med småbarn ; som mest arbetade 87 procent av alla kvinnor med barn under 7 år, 1989 (6–8). En uppgång i barnafödande återfanns även i de andra nordiska länderna under samma period.

De familjepolitiska reformer som initierades redan på 1970-talet gjorde det med tiden lättare att kombinera familjeliv och arbete. Kraftigt utbyggd barnomsorg, bättre villkor i föräldraförsäkringen och flerbarnstillägg, bidrog tillsammans med en högkonjunktur sannolikt till att flera generationers kvinnor valde att under samma period föda sitt första barn, och även i högre grad ett andra och ett tredje barn. Föräldraförsäkringens utformning stimulerade också till ett tätare barnafödande (2). Från och med 1985, fick kvinnor behålla den nivå som man hade på den inkomstrelaterade föräldrapenningen vid första barnets födelse, om det andra barnet föddes inom 30 månader.

1990-talet: Fler utan arbete och sjunkande barnafödande

I början av 1990-talet sjönk fruktsamheten kraftigt ända fram till 1999 då det endast föddes 1,5 barn per kvinna (figur 1, figur 3). Nedgången sammanföll med den ekonomiska kris som inleddes 1991 vilken ledde till arbetslöshetsnivåer som inte setts sen 1930-talet. Med krisen följde också en nedskärning av offentliga utgifter med minskade nivåer i socialförsäkringssystemen.

Mycket talar för att det var just konjunkturedgången och risken för arbetslöshet som ledde till ett minskat barnafödande. Det var i synnerhet unga och lågutbildade som hade svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden vilket avspeglades i ett lägre barnafödande. Barnafödandet minskade mer ju yngre åldersgruppen var medan det t.o.m. ökade i åldrarna en bit över trettio. Kvinnor med de kortaste utbildningarna hade den största nedgången i barnafödande. För kvinnor med treårig universitetsutbildning eller mer var barnafödande oförändrat under 1990-talets krisår (9). Barnafödandet gick dessutom ner mer i kommuner där utvecklingen var sämre beträffande sysselsättningen än vad den gjorde i kommuner med mindre försämringar (10). Under 1990-talets lågkonjunktur var det alltså framförallt lågutbildade kvinnor som sköt upp sitt barnafödande, ofta till förmån för studier (10).



Figur 3: Förändringar av periodfruktsamhet (antalet barn per kvinna) 1960–2002 i Europa. Källa: OECD, HFA, SCB

Arbete och barnafödande i ett europeiskt perspektiv

Aldrig tidigare har födelsetalen i Sverige varit så låga som de sista åren på 1990-talet. Jämfört med de flesta andra europeiska länder är detta dock ingen anmärkningsvärd låg nivå, merparten ligger t o m under 1,5 barn (figur 3). I alla Europas länder skjuts barnafödandet upp i allt högre åldrar. Genomsnittsåldern för förstföderskor i EU låg år 2001 på samma nivå som i Sverige, tom. något högre (11). De låga födelsetalen i Sydeuropa hänger samman med en hög ungdomsarbetslöshet och en otillräcklig barnomsorg och föräldraförsäkring.

Under 1970-talet var ett ökande kvinnligt förvärvsarbete förknippat med ett minskande barnafödande. Detta gällde i Sverige såväl som i flera andra nordeuropeiska länder. I södra Europa, som vid den tiden hade en lägre andel kvinnor på arbetsmarknaden, var barnafödandet högre. Under de senaste decennierna har detta förhållande vänts till sin motsats, och nu föds det fler barn i länder med hög kvinnlig förvärvsfrekvens.

Inkomst och arbetsmarknadsstatus tycks numera påverka mäns och kvinnors familjebildning på ett likartat sätt. Båda föräldrarna har försörjningsansvar för barnen. En hög kvinnlig förvärvsfrekvens förefaller snarare vara en förutsättning för ett högt barnafödande i samhället än tvärtom. Däremot är det är inte så att mannens ekonomiska roll skulle vara mindre viktig för familjebildningen än kvinnans roll (12). Det är först när både kvinnor och män har en förankring på arbetsmarknaden, som man tar steget att skaffa barn (9, 10, 13). Detta förefaller numera vara fallet i hela Europa.

Kopplingen mellan förvärvsarbete och familjestödets omfattning är starkare i Sverige än i många länder i Europa vilket premierar att man har arbete innan man skaffar barn (14). Den internationellt sett mycket generösa föräldraförsäkringen ger betydligt mer i ersättning om föräldrarna har haft förvärvsinkomst innan man skaffar barn⁴. Av betydelse är också att man särbeskattar makar, och att föräldrar som förvärvsarbetar eller studerar har rätt till kommunal barnomsorg. Denna starka koppling mellan familjestöd och förvärvsarbete har sannolikt bidragit till en hög kvinnlig förvärvsfrekvens. Det kan emellertid också ha bidragit till att de svenska födelsetalen växlar mer än i andra europeiska länder, dvs. att de är mer konjunkturkänsliga. Det kan dessutom medverka till att barnafödandet skjuts fram till allt högre åldrar, i takt med att det blir allt vanligare med längre studier.

Barnafödande under 2000-talet – två barn till slut?

Under 2000-talet ökar barnafödandet igen; 2004 föddes 1,75 barn per kvinna i Sverige. Sannolikt är detta både en rekyleffekt av att barnafödandet var lågt åren innan och att man upplever att tiderna förbättrats. Frågan återstår dock om dagens kvinnor, i likhet med tidigare generationer under 1900-talet, också kommer att få två barn vardera till slut.

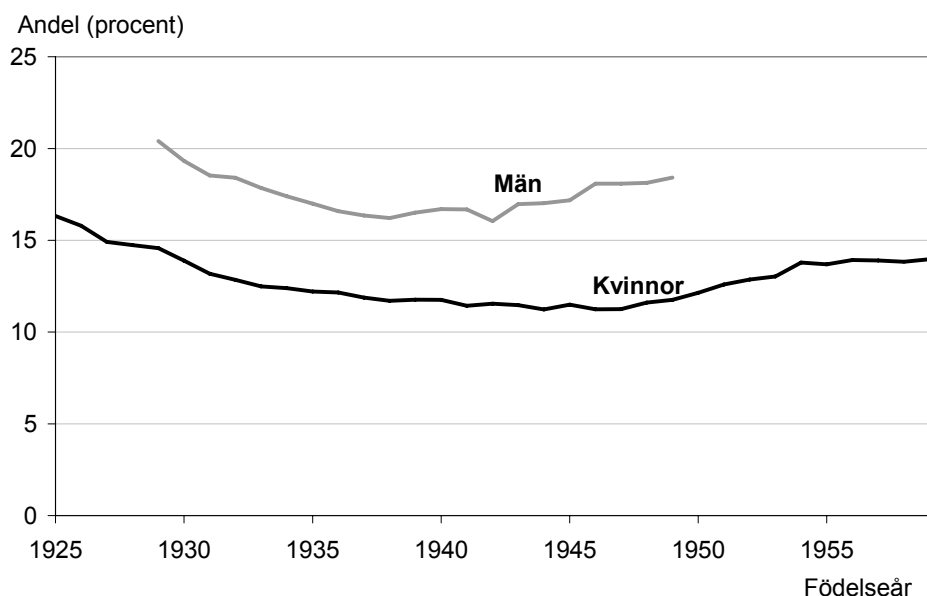
Kvinnor födda på 1940-talet är den 1900-talsgeneration som fick barn tidigast – i snitt vid 24 års ålder. Trots att åldern bland förstföderskor har ökat sedan dess har även kvinnor födda på 1950-talet slutligen fött två barn i genomsnitt, och det förefaller även nästan kunna bli fallet för kvinnor födda på

⁴ Utan tidigare förvärvsinkomst utbetalas endast grundnivån i föräldraförsäkringen f.n. 180 kr per dag (2005). Studenter med barn tvingas i hög grad söka socialbidrag (15).

1960-talet. För att kvinnorna födda på 1970-talet ska uppnå ett födelsetal på två barn per kvinna, kommer de att behöva föda i genomsnitt nästan ett barn till vardera, när de är över 30 år. En sådan fruktsamhet i 30-årsåldern har dock ingen 1900-tals generation hittills uppvisat (2).

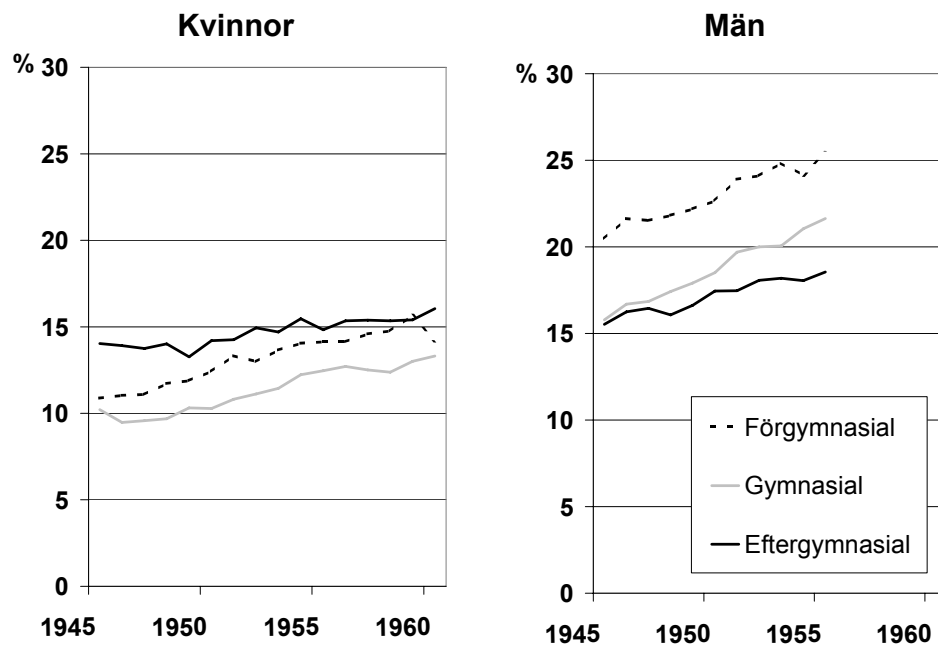
År 2004 var genomsnittsåldern för mammor vid första barnets födelse 28,9 år, och för pappor 31,4 år. Även om åldern för förstagångsmammor sannolikt aldrig tidigare har varit så hög, så har den varit i närheten av denna höga nivå. Under andra hälften av 1800-talet var t.ex. medelåldern för giftermål 27 år för kvinnor (2) och därför kan man anta att den genomsnittliga åldern för förstagångsmammor låg kring 27–28 år. Trots denna höga ålder fick kvinnorna i medeltal 4–5 barn, och eftersom en stor andel dessutom var barnlösa, var barnfamiljerna i genomsnitt ändå större. Det har således varit möjligt med hög fruktsamhet, även när barnafödandet startat sent i livet.

Risken för barnlösheten ökar emellertid med ett senareläggande av barnafödandet. Andelen kvinnor som inte får barn, dvs frivilligt eller ofrivilligt barnlösa, har ökat från 11 procent för kvinnor födda på 1940-talet då den var som lägst, till 14 procent för kvinnor födda 1959 (figur 4).



Figur 4: Andelen (procent) barnlösa år 2002 bland kvinnor födda 1925–1959 och män födda 1929–1949. Källa: SCB..

Barnlöshet är vanligare bland högutbildade kvinnor än bland lågutbildade, medan det är tvärtom för män (figur 5). Beträffande antalet barn (bland de som får barn), är det ingen skillnad bland män med olika lång utbildning. Högutbildade kvinnor som får barn, får däremot färre barn än lågutbildade, sannolikt därför att de startar sitt barnafödande senare än vad lågutbildade gör. (2)

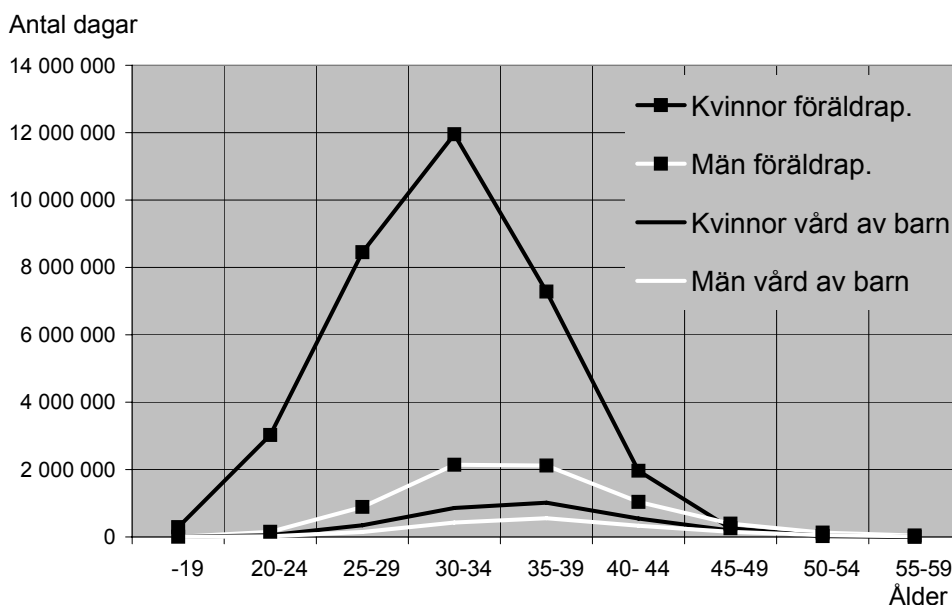


Figur 5: Andelen (procent) barnlösa efter utbildningsnivå. Kvinnor födda 1945–1960 och män födda 1945–1955 (2).

Jämställdhet och barn under 2000-talet

Barnomsorg och föräldraförsäkring har underlättat för föräldrar att förvärvsarbета, och förvärvsarbete för kvinnor är i dag en självklarhet. Debatten kring barn och arbete har under 2000-talet i högre grad istället handlat om den bristande jämställdheten i parförhållanden med barn, och dess effekter på kvinnors och mäns möjligheter på arbetsmarknaden.

Efter nära 30 år med föräldraförsäkring har fördelningen av föräldraledighet mellan föräldrarna förblivit mycket ojämn. Kvinnors andel av antalet dagar ersatta från föräldrapenningen var 83 procent 2003. Motsvarande andel för tillfällig föräldrapenning för vård av barn var 64 procent. Det är således i huvudsak kvinnor som lämnar arbetslivet för att ta hand om barn, och när i livet detta frånfälle sker framgår av figur 6.



Figur 6: Antalet dagar som män respektive kvinnor i olika åldrar blivit ersatta av "föräldrapenning" respektive "tillfällig föräldrapenning för vård av (sjukt) barn". Sverige 2003. Källa: Bearbetningar av statistik från Försäkringskassan.

Den arbetsfördelning som etableras under småbarnsåren kvarstår när barnen blir äldre (16). I familjer som har hemmavarande barn som är minst 7 år gamla utförde kvinnorna omkring 60 procent av allt hemarbete enligt SCB:s tidsstudier från 2000/2001 (17). Flertalet undersökningar visar att förekomsten av barn i familjen påverkar mäns och kvinnors karriärer olika. Män som är sammanboende och har barn tjänar något mer än jämnåriga män som inte har barn, pga. dels högre timlön, dels mer övertidsarbete (18). Kvinnor med barn tjänar däremot mindre än jämnåriga kvinnor utan barn, pga. dels lägre timlön, dels deltidsarbete.

Diskriminering⁵ av gravida i arbetslivet har uppmärksammats mer under senare år. Antalet anmälda fall av diskriminering i samband med graviditet till JämO hade ökat kraftigt under 2000-talet (19). Det är dock inte graviditeten i sig som leder till diskriminering, utan problemet är i stället de antaganden om kommande frånvaro som många arbetsgivare rutinmässigt gör om de kvinnor man anställer. Det är t.ex. betydligt vanligare att arbetsgivare frågar kvinnor om de planerar att skaffa barn, än att de frågar män i motsvarande åldrar om samma sak⁶. Vid en graviditet riskerar dessutom kvinnor att sägas upp från visstidsanställningar och provanställningar, och även från tillsvidareanställningar under förevändning av arbetsbrist. Förutom uppsägning riskerar gravida även omplaceringar samt sämre karriär- och löneutveckling. Det senare gäller också småbarnsföräldrar, både män och kvinnor, som tar föräldraledigt eller går ner i arbetstid.

Risken för arbetslöshet är dubbelt så stor för blivande mödrar och fyrtio procent högre för blivande fäder, jämfört med kvinnor och män som inte väntar barn, visar en undersökning från SCB (21)⁷. Det kan tyda på att särbehandling även drabbar män. Särbehandling på arbetsplatserna och arbetsmarknaden kan vara något presumtiva föräldrar allt mer oroar sig för. Det kan bidra till att tidpunkten för barnafödandet skjuts upp i syfte att hinna uppnå ”säkrare” arbetsvillkor som t ex tillsvidareanställningar. I förlängningen kan det tänkas påverka möjligheten och kanske även viljan att skaffa barn.

Blir omsorgen om barn och hushållsarbetet mer jämställt?

I SCBs tidsstudie (17) kan man jämföra hur fördelning av hemarbete, förvärvsarbete och fritid förändrats under de senaste 10 åren (1990/91 till 2000/01). Den största förändringen är att kvinnor lägger ner mindre tid på hushållsarbete än tidigare. Det gäller såväl kvinnor med som utan barn. Framförallt är det städningen som minskat i tidsomfång. Kvinnors minskade hemarbete motsvaras inte av någon ökning av männens insatser. Mäns och kvinnors tid för hemarbete har närmast sig varandra utan att män övertagit några uppgifter från kvinnorna.

Mäns uttag av föräldraledighet har ökat, men ökningstakten är mycket lågsam. Attityden till vikten av att vara hemma med barn förefaller emellertid vara betydligt mer positiv. Svenska småbarnspappor vill att män och kvinnor ska dela föräldraledigheten mer lika – men inte för jämställdhetens

⁵ Jämställdhetslagen innebär förbud mot könsdiskriminering som också är tillämplig på graviditet. Diskrimineringsförbudet omfattar anställningsförfarandet, löne- och anställningsvillkor, arbetsledning, uppsägning och avskedande. Jämställdhetslagen kräver också att arbetsgivaren underlättar för arbetstagarna att förena föräldraskap och arbete. Dessutom har EG-domstolen slagit fast principen att missgynnande av gravida är direkt diskriminering.

⁶ Var tredje kvinna och var tionde man blev tillfrågade vid anställningsintervjun om man planerade att skaffa barn, i en studie av medlemmar i HTF år 2003 (20).

⁷ Studien sträcker sig mellan 1992-2000. I jämförelsen mellan blivande föräldrar och övriga har hänsyn tagits till andra skillnader mellan grupperna som kan tänkas påverka sannolikheten att bli arbetslös. Det redovisade resultatet påverkas inte av eventuella skillnader i ålder, utbildningsnivå, födelseland, hemort, näringsgren, anställningstid, förvärvsinkomst och förekomst av tidigare inskrivning på arbetsförmedlingen.

skull utan för barnens bästa (22). 77 procent av män i åldern 20-40 år tyckte att det är bäst för barnet att föräldrarna delar lika på föräldraledigheten visar en Sifo-undersökning som utfördes på uppdrag av TCO år 2004 (22). Hälften av de som ännu inte hade barn, skulle vilja vara barnlediga minst 6 månader om de fick barn. Mest positiva till en jämnare fördelning av föräldraledigheten är unga män som ännu inte blivit fäder. Om denna inställning kommer att omsättas i praktiken återstår att se.

Ekonomiska övervägande är en ofta uppgiven anledning till att fäder inte tar ut en längre föräldraledighet (22, 23). Eftersom det oftast är kvinnan i familjen som har den lägre lönen så förlorar man mindre på att hon tar ut ledighet (åtminstone på kort sikt). Denna ekonomiska effekt förstärktes av att ersättningen i föräldraförsäkringen sänktes från 90 till 80 procent (1995) och av att allt fler, framförallt män, når över den inkomstnivå som föräldraförsäkringen ersätter. Generellt gäller emellertid att ju högre inkomst fadern har desto högre är hans andel av föräldraledigheten (24). Men detta gäller endast upp till inkomsttak och sjunker därefter vilket stöder att ekonomin har betydelse för att män i de högsta inkomstlägena inte tar ut längre föräldraledighet.

Föräldrarnas uppfattning att det är ekonomin som styr fördelning av föräldraledigheten, har dock endast ett måttligt stöd, när man studerar hur föräldrar agerar i praktiken. I familjer med stora inkomstskillnader mellan föräldrarna, delar man mer lika på föräldraledigheten, än i par där det inte föreligger någon inkomstskillnad (23). Motsatsen borde gälla om ekonomiska övervägande var avgörande. Flera studier har visat att ju högre utbildning, som framförallt modern har, men även fadern, desto större är pappornas andel av föräldraledigheten (24). En tolkning som framförts är att fördelningen av föräldraledighet mellan föräldrarna är resultat av huvudsakligen två förhandlingar (25). Den första handlar om hur angelägen mamman är att gå tillbaka till arbetet och lämna ifrån sig, alternativt kräva, att mannen tar föräldraledigt. Kvinnor som har jobb som inte är tillfredställande och/eller ingen karriär att försvara är sannolikt mindre motiverade att dela föräldraledigheten, vilket kan ligga bakom skillnader mellan inkomst- och utbildningsgrupper. Den andra handlar om att män med högre inkomst och utbildning har en bättre förhandlingsposition gentemot arbetsgivaren och vågar i högre grad ta den risk som föräldraledighet kan innebära. Utgångspunkten är således fortfarande att en längre tids föräldraledighet är för kvinnor en självklarhet och för män en önskvärdhet.

Om jämställdhet i hemmet har någon betydelse för beslutet att skaffa fler barn förefaller mycket lite undersökt. De undersökningar som finns visar att mannen och kvinnan i ett parförhållande har lika stort inflytande på beslutet att *inte* skaffa fler barn (26). Det är alltså mycket ovanligt att man skaffar fler barn när paret inte är överens, båda har vetorätt. I familjer där pappan inte tagit någon föräldraledighet alls i samband med första barnet, skaffar familjen inte i lika hög grad ett andra barn och dessutom förefaller benägenheten att skaffa ytterligare ett barn öka ju mer föräldraledig pappan varit (27–30).

Födelsekontroll – preventivmedel och abort

Tillgång till födelsekontroll och därmed möjlighet att planera sitt barnafödande är av central betydelse för människor. I Sverige i dag är födelsekontroll för de flesta en självklar rättighet, men det är fortfarande i hög grad en kontroversiell fråga i stora delar av världen.

Redan på 1960-talet deklarerade FN att det är en mänsklig rättighet att bestämma huruvida man vill föda barn eller inte, hur många barn man vill ha och hur tätt de ska komma. Generalförsamlingen slog också fast att det är samhällets ansvar att förse människor med kunskap och medel för att utöva denna reproduktiva rättighet. (31)

Möjligheten att bestämma över sitt barnafödande är dock fortfarande begränsad i många delar av världen där tillgång till preventivmedel och säkra aborter saknas. Illegala aborter blir ofta den enda utvägen vid en oönskad graviditet. Detta gäller särskilt fattiga kvinnor som inte kan betala för en abort utomlands eller på de privata inhemska kliniker av bättre standard som existerar inofficiellt i länder med restriktiva abortlagar (32). Det uppskattas att 46 miljoner aborter utförs årligen och att 20 miljoner av dessa sker under medicinskt osäkra förhållanden. Lågt räknat dör omkring 70 000 kvinnor årligen i världen till följd av osäkra aborter, ofta illegala. Dödsfallen inträffar nästan uteslutande i fattiga länder. I länder söder om Sahara är mellan 30 och 50 procent av mödradödligheten relaterad till abort⁸. (34, 35)

Rätt utförd är abort en medicinsk åtgärd med mycket små risker, och dödsfall och sjukdomar orsakade av aborter är i högsta grad förebyggbara. Det visar inte minst erfarenheterna från Sverige. En liberal abortlag är en viktig förutsättning för att hälsorisker i samband med aborter ska minska. Lagstiftningen om abort växlar och är i allmänhet mer restriktiv i den fattigare delen av världen än i den rika (36, 37). En fjärdedel av världens befolkning bor i länder med mycket stränga abortlagar där abort endast är tillåten om kvinnans liv är i uppenbar fara (38). De flesta av dessa länder ligger i Afrika, Sydasiern och Latinamerika.⁹

Det räcker dock inte med en tillåtande abortlagstiftning för att illegala och farliga aborter ska försvinna. I många länder är det otillräckliga sjukvårdsresurser, brist på utbildade läkare eller sjukvårdspersonalens negativa attityder som utgör hindren (32, 34). I exempelvis Indien är abort tillåten och ändå sker hälften av aborterna utanför den allmänna sjukvården, vilket beror på att kvinnor inte vet vilken hjälp de har rätt till eller misstror den vård de kan få. I Sydafrika som sedan 1996 har en mycket liberal abortlagstiftning är sjukvår-

⁸ Risken att avlida till följd av en abort uppskattas vara 1 på 150 aborter i Afrika jämfört med 1 på 150 000 aborter i Nordamerika och Europa (33).

⁹ I Europa finns den hårdaste lagstiftningen i Malta där abort inte ens är tillåten i livräddande syfte och i Irland med tillstånd endast i livräddande syfte. Även i Polen, Portugal, Schweiz och Spanien är abortlagstiftningen mycket restriktiv, sociala skäl godtas inte (36).

den otillräcklig på landsbygden och många läkare och annan personal vill av personliga skäl inte delta i abortvården (39).

Från befolkningskontroll till reproduktiv hälsa

Vid FN:s befolkningskonferensen i Kairo 1994 introducerades begreppet *reproduktiv hälsa* i det internationella samfundet (40). Det var ett genombrott för en ny syn på befolkningsfrågor. I stället för hotbilder om en ”befolkningsexplosion” som endast kunde hejdas genom en satsning på familjeplanering sattes nu kvinnans hälsa och livsvillkor i centrum (35, 40, 41).

Världens länder enades i Kairo om en handlingsplan för reproduktiv hälsa med ett brett hälsofrämjande och socialt perspektiv. Kvinnors hälsa och ställning skulle stärkas genom ökat politiskt inflytande, tillgång till utbildning och god sjukvård. Reproduktiv hälso- och sjukvård skulle innefatta vård under graviditet och förlossning, rådgivning om och tillgång till preventivmedel, samt medicinsk vård vid abort. Det innebar en betydligt bredare syn på reproduktiv hälsovård än tidigare. Den inriktning som mödravård och familjeplanering dittills haft var att åstadkomma barnbegränsning ofta med en enda preventivmetod, t.ex. steriliseringskampanjer i Indien eller Depo-Provera (långverkande hormoninjektioner) i t.ex. Bangladesh och Indonesien (42).

Vid Kairokonferensen var aborter den mest kontroversiella frågan. Man diskuterade abort som en hälsofråga och slog fast att osäkra aborter är ett allvarligt folkhälsoproblem. I handlingsplanen rekommenderades att alla kvinnor skulle få tillgång till vård vid abort – både vid legala aborter och vid komplikationer till illegala aborter. Det rekommenderades också att aborter bör förebyggas genom tillgång till preventivmedel (40).

Vid FN:s kvinnokonferens i Peking 1995 följde man upp handlingsplanen och betonade jämställdhet samt kvinnors sexuella och reproduktiva rättigheter, dvs. kvinnors rätt att ”utan tvång, våld eller diskriminering” bestämma över sin egen sexualitet (43, 44).

När det gäller vård vid abort har dock mycket litet hänt (45). De ekonomiska åtaganden som utlovades i Kairo har inte uppfyllts. USA administrationens inställning har förändrats från att man var pådrivande i Kairoöverenskommelsen till att man numera motarbetar organisationer som arbetar med information eller rådgivning kring abort. Istället driver USA med stöd av katolska kyrkan ett organiserat abortmotstånd (45, 46). Också ungdomars rätt till preventivmedel motarbetas såväl av USA som av Vatikanen med hänvisning till att sex endast ska förekomma inom äktenskapet.

År 2001 utfärdades ”the Gag rule”, munkavlerregeln, som innebär att USA’s biståndsmedel inte får gå till organisationer som arbetar med information eller rådgivning kring abort (47). Detta oavsett om abort är laglig i det land som biståndsprojektet gäller. År 2002 frös USA biståndet till FN befolkningsfond och har sedan dess ökat sina påtryckningar för att skilja abortfrågan från övrig reproduktiv hälsovård i internationellt biståndsarbete. Vid FN:s möte ”Status of Women” mars 2005, som handlade om vad som har åstadkommit under de 10 år som gått sen kvinnokonferensen i Peking, avslogs emellertid USA’s begäran om att abort inte längre skulle betraktas som en reproduktiv rättighet (48).

Födelsekontroll i Sverige

I Sverige genomfördes på 1970-talet en omfattande lagstiftning om födelsekontroll (49). Den nu gällande abortlagen trädde i kraft 1975, efter flera års utredningar och debatter. Lagen innebär att en kvinna som begär abort har rätt att få den utförd inom den allmänna sjukvården fram till utgången av 18:e graviditetsveckan.

I anslutning till lagstiftningen initierades ett abortförebyggande program (50). Riksdagen beslöt att preventivmedelsrådgivningen skulle vara kostnadsfri, att preventivmedel i samband med rådgivning skulle vara gratis och att p-piller skulle omfattas av läkemedelsrabatten. År 1976 kom steriliseringslagen som gav kvinnor och män som fyllt 25 år rätt att få en sterilisering utförd i allmänna sjukvården.¹⁰ Mödrahälsovården fick tidigt en central roll i det förebyggande arbetet. Barnmorskor utbildades för att kunna sätta in spiral och skriva ut p-piller, och rådgivning erbjöds på mödravårdscentralerna och på de ungdomsmottagningar som vid den tiden öppnades på många håll i landet. Tanken var att samhället måste ta ansvar för att preventivmedel fanns att tillgå, när abort blev tillåten på kvinnans villkor.

Folkhälsoinstitutet har regeringens uppdrag att utarbeta ett handlingsprogram för att förebygga oönskade graviditeter. I förslaget till handlingsplan (51) anges att det övergripande målet med det förebyggande arbetet är att barn ska födas 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 synonymt med att förebygga aborter. Intentionen är att förebygga oönskat barnafödande i första hand med preventiva åtgärder och med abort som ett komplement. Det handlar med andra ord om två metoder för födelsekontroll – preventivmedel för att förebygga och abort för att avbryta en önskad graviditet.

Preventivmedel – att förebygga oönskade graviditeter

När p-piller och spiral blev tillgängliga på 1960-talet fick kvinnor en helt annan möjlighet att planera sitt barnafödande än tidigare, vilket fick konsekvenser för sexualvanor och familjebildning. Ett vanligt mönster numera är att man har sex från tonåren, är sambo utan barn i kanske 10 år, får 2 barn ganska tätt och eventuellt en ny kull efter några år. För en sådan planering av barnafödandet krävs säkra och ofarliga preventivmedel samt skydd mot infektioner som kan skada fertiliteten.

Vid två tillfällen – 1967 och 1996 – har rikstäckande befolkningsundersökningar av preventivmedel och sexualvanor genomförts i Sverige (52, 53). Vid båda dessa tillfällen uppgav närmare 60 procent att de använt någon av metoderna kondom, p-piller eller spiral vid det senaste samlaget. P-piller var

¹⁰ Lagen ersatte den tidigare steriliseringslagen från 1934 som tillät sterilisering av kvinna vid ärftlig sjukdom, vid allvarlig kroppslig sjukdom samt vid psykisk svaghet eller sjukdom. Den tidigare lagen möjliggjorde tvångsterilisering av kvinnor vid lättare störningar av den psykiska eller intellektuella förmågan, samt vid lösaktigt levnadssätt. Män kunde enligt denna lag bli steriliserade som straff för sexualbrott; sterilisering av män i födelsekontrollerande syfte var däremot inte tillåtet.

vanligast bland dem som var under 25 år medan spiral användningen var vanligast mellan 35 och 50 år. Kondom användes i alla åldrar, men var något vanligare bland yngre. Sterilisering är vanligast bland medelålders par. Omkring tio procent av antingen kvinnan eller mannen i en relation är steriliserad, ungefär tre kvinnor för varje man.

Valet av preventivmedel hade emellertid förändrats mellan de två undersökningarna. Kondomanvändningen hade minskat med hälften, medan användningen av p-piller och spiral, dvs. kvinnornas preventivmedel, hade ökat i motsvarande grad. I alla åldrar är det numera fler kvinnor än män som ansvarar för födelsekontrollen med hjälp av olika preventivmedel. Att använda traditionella preventivmetoder, dvs. huvudsakligen avbrutet samlag men också säkra perioder har inte förändrats och praktiserades av omkring 20 procent i bägge undersökningarna, vilket också är den omfattning som man funnit i flera andra västländer (54). Under senare år har fler preventivmedel kommit i bruk. Sedan 2001 säljs t.ex. akut-p-piller receptfritt på apoteken.

Att skydda sig vid samlag är vanligare ju yngre man är. Omkring 90 procent i åldern 18–24 år använde någon typ av skydd vid det senaste samlaget, enligt riksundersökningen 1996. På 1990-talet var det vanligare att ungdomar använder preventivmedel vid första samlaget, än det var på 1970- och 1980-talet. Kondom är det mest använda preventivmedlet vid första samlaget och används av drygt hälften av 18–24-åringarna. Vid senare samlag ökar användningen av preventivmedel bland ungdomar, och p-piller blir det vanligast preventivmedlet.¹¹ (52, 55–59)

Åldern för samlagsdebut var dryga 16 år¹² på 1960-talet, vilket var ca 2 år tidigare än för generationerna innan (52). Sedan dess har förändringarna varit små. Flickor debuterar i genomsnitt några månader tidigare än pojkar. Samlagsdebut är emellertid inte alltid liktydigt med ett kontinuerligt sexualliv. I en studie på Gotland 1988 var mellantiden mellan debut och en andra partner två år för både flickor och pojkar (60).

Svängningarna när det gäller tonåringars preventivmedelsbruk ses ofta som en utmaning i det förebyggande arbetet. I slutet av 1980-talet steg aborttalen i alla åldersgrupper och även bland tonåringar. En av orsakerna antogs vara en minskad p-pilleranvändningen vilket i sin tur sattes i samband med ökade kostnaden för p-piller. Försök med fria eller subventionerade p-piller till kvinnor i yngre åldrar genomfördes på flera håll i landet. En utvärdering av denna försöksverksamhet har utförts av Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen (61). Man jämförde abortutvecklingen i ”subventionerade” områden med kontrollområden utan denna åtgärd. Slutsatsen blev att de ökade kostnaderna för p-piller är en, men inte den enda, orsaken till minskad p-pilleranvändning bland unga svenska kvinnor. Att aborterna minskade i början av 1990-talet, i synnerhet bland de yngre, anses bero på en kombination av ett intensifierat upplysningsarbete och en subventionering av p-piller för yngre kvinnor.

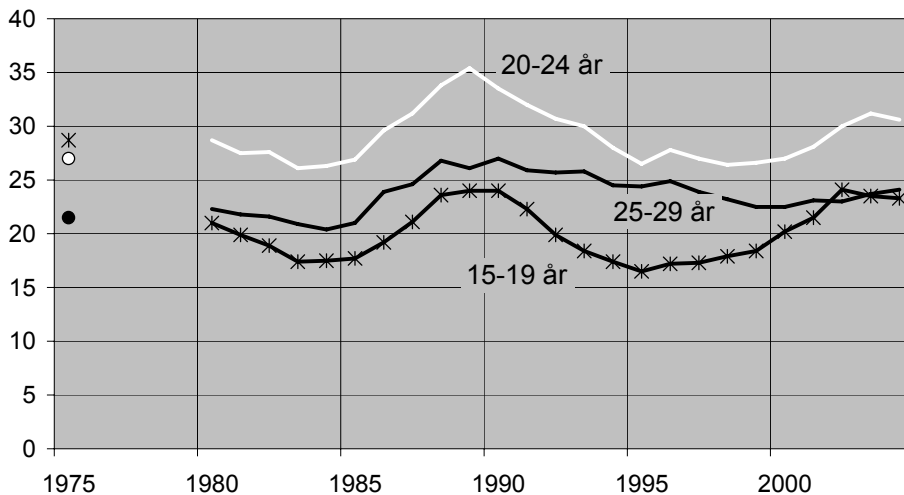
¹¹ Folkhälsoinstitutet gjorde år 2000 en sammanställning (55) av den kunskap som finns om ungdomars sexualliv, dvs. ungdomar från tonåren till 24 års ålder. De flesta sexualvanestudier är inriktade på ungdomar och baseras sällan på ett befolkningsurval. Några större studier som refereras genomgående i Folkhälsoinstitutet rapport anges i referensen.

¹² Medianålder, dvs. när hälften har samlagsdebuterat.

Abort – att avbryta en oönskad graviditet

Totalt utförs mellan 30 000 och 35 000 aborter årligen i Sverige. Det motsvarar mellan 18 och 20 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år. Denna nivå har varit relativt konstant sedan lagändringen 1975. Den högsta andelen aborter finns i åldrarna 20–24 år (figur 7), vilket inte är förvånande eftersom detta är en period i livet när kvinnor är sexuellt aktiva, och många vill senarelägga barnafödandet.

Antal aborter per
1000 kvinnor



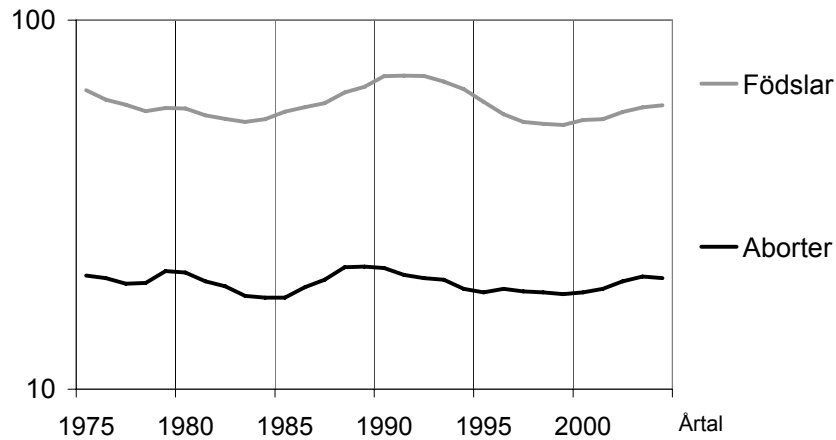
Figur 7: Antal aborter per 1 000 kvinnor i olika åldersgrupper, perioden 1975–2004. Källa: Epidemiologiskt centrum (EpC) vid Socialstyrelsen

Antalet aborter i relation till födselar är knappt en abort på tre levande födda barn. Med nuvarande födelse- och aborttal föder kvinnor statistiskt sett knappt två barn under sitt reproduktiva liv och genomgår 0,6 aborter. I praktiken innebär det att var tredje kvinna genomgår abort under sin fertila period (53). För de flesta är det en enstaka händelse, medan 25 till 30 procent av kvinnor med aborterfarenhet genomgår fler aborter.

Enligt sexualvaneundersökningen 1996 finns det ingen skillnad i socialgruppstillhörighet mellan dem med och dem utan aborterfarenhet (53, 62). Det som skiljer är sexualvanor och relationsmönster, vilket påverkar risken för en oönskad graviditet. De som samlagsdebuterat tidigt har oftare erfarenhet av abort än de som debuterat sent. De med aborterfarenhet har också fler samlagspartners än de som aldrig gjort abort. Den individuella fertiliteten har stor betydelse. Den som är lågfertil löper sällan risk att komma i abortsituation trots ”slarv” eller glömska med preventivmedel.

Aborter och födselar samvarierar, dvs. de ökar och minskar under samma tidsperioder (figur 8). Det finns olika förklaringar till varför både abort- och födelsetalen ökade under senare delen av 1980-talet. En orsak skulle kunna vara en minskad användning av säkra preventivmedel som t.ex. p-piller, en annan troligare förklaring är att det har med samhällskonjunkturen att göra.

Antal födda barn och aborter per 1000 kvinnor.
Logaritmisk skala.

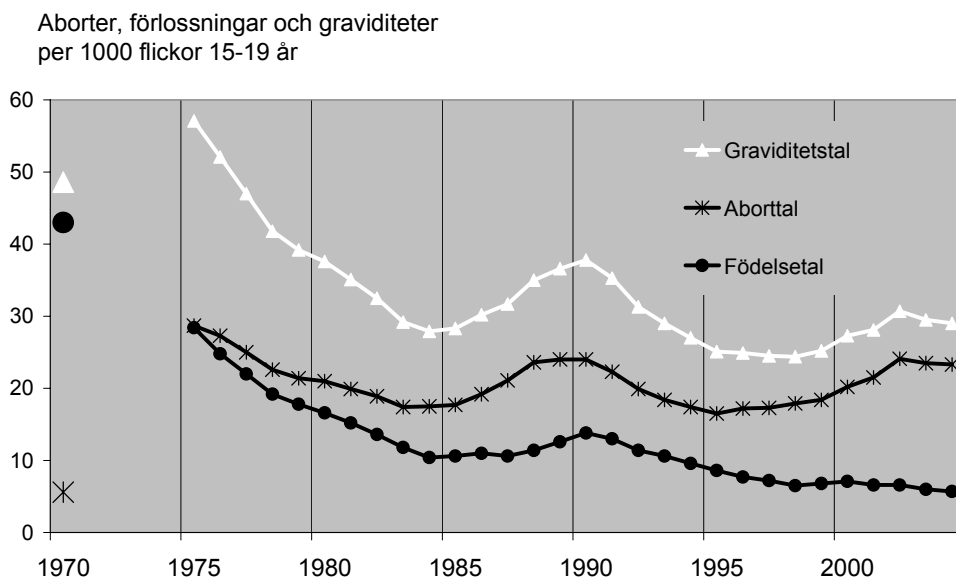


Figur 8: Antal aborter och antal födda barn i Sverige per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år, perioden 1975–2004 (logaritmisk skala). Källa: Epidemiologiskt centrum (EpC) vid Socialstyrelsen.

Abort bland tonåringar

Under 1960-talet var födelsetalen bland tonåringar höga men tonårsaborterna få. Den gällande abortlagen tillämpades restriktivt, och en ung kvinna som var oönskat gravid var hänvisad till illegal abort eller till att föda och adoptera bort barnet. Vid denna tid diskuterades abortfrågan i samhället. Många ställde krav på kvinnors rätt till abort, och en utredning tillsattes för att liberalisera lagen. Redan åren innan lagändringen blev det lättare att få en abort, till följd av att sjukvårdens inställning blev mer liberal.

Under 1970-talets första hälft ökade antalet tonårsaborter år från år, samtidigt som antalet födslar bland unga kvinnor minskade. Det fanns därför en oro för att antalet tonårsaborter skulle stiga ytterligare när lagen ändrades. Men tvärt emot dessa farhågor minskade tonårsaborterna, efter att rätten till abort införts. En statlig utredning ansåg att denna minskning efter 1975 var resultat av det abortförebyggande arbetet och konstaterade att kvinnor inte missbrukade rätten till abort (63). Både abort- och födelsetal bland tonåringar sjönk kontinuerligt från 1975 till 1985 (figur 9).

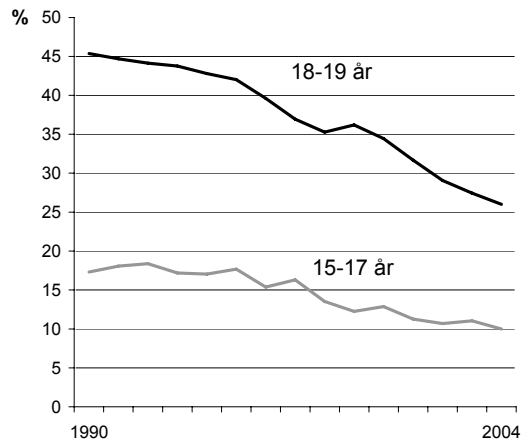


Figur 9: Antal aborter, födslar och graviditeter per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år, perioden 1970–2004. Källa: Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen.

Under den allmänna fertilitetsökningen i slutet av 1980-talet ökade tonårsaborterna, och även antalet födslar steg något. Under lågkonjunkturen på 1990-talet minskade däremot aborterna och låg 1995 på den lägsta nivån sedan den nuvarande abortlagen infördes. Sedan dess har tonårsaborterna ökat igen, medan födslarna sjunkit eller legat kvar på en låg nivå. En stor del av abortökningen under slutet av 1990-talet berodde inte på att fler tonåringar blev gravida utan snarare på att gravida tonåringar i allt högre grad valde att göra abort än att bli mödrar (64).

Under början av 2000-talet ökade graviditeterna åter bland tonåringar. Intressant nog tycks även denna ökning sammanfalla med en ökning av barnafödande och aborter i övriga åldersgrupper. År 2004 var andelen aborter 23 per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år, vilket motsvarar 1990 års nivå. Andelen tonåringar som blev *gravida* är trots abortökningen fortfarande lägre än i början av 1990-talet.

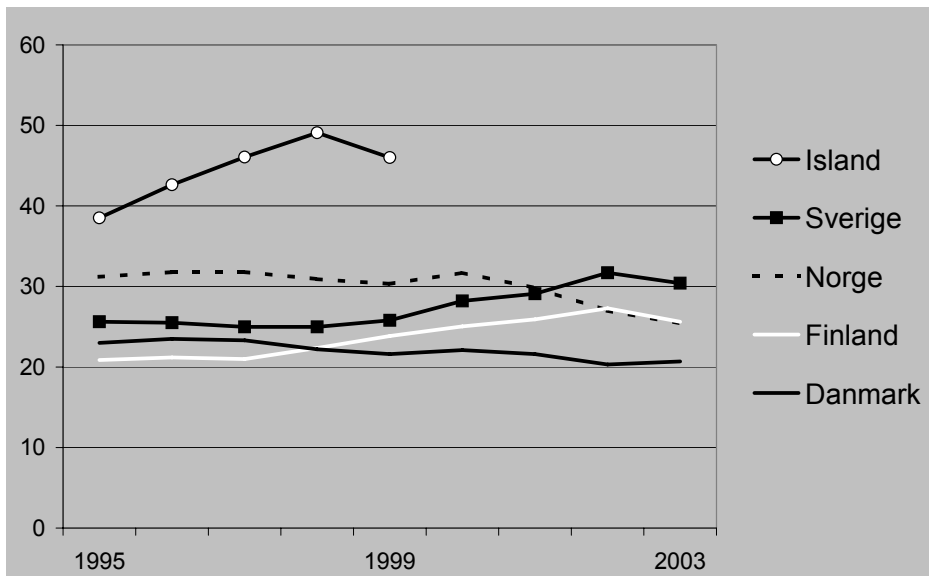
Medan andelen tonåringar som blir gravida svänger med den allmänna ”graviditetskonjunkturen”, minskar stadigt den andel som väljer att föda barn bland gravida tonåringar. År 2004 var det drygt 10 procent i åldersgruppen 15–17 år som fullföljde sin graviditet, och i åldrarna 18–19 år var siffran 26 procent (figur 10).



Figur 10: Den procentuella andelen födslar av alla graviditeter (aborter + födslar) bland kvinnor i åldrarna 15–17 år och 18–19 år, perioden 1990–2004. Källa: Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen.

Abort och födslar bland ungdomar i närliggande länder

Även i våra nordiska grannländer Norge, Finland och Danmark har tonårsgraviditeterna minskat sedan 1970-talet, då ungdomar fick tillgång till sexualupplysning, moderna preventivmedel och legal abort. Under de senaste åren har graviditetstalen bland tonåringar ökat något i Sverige och Finland, de har minskat i Norge, medan de i Danmark ligger kvar på en låg nivå. Island har betydligt högre graviditetstal än de övriga nordiska länderna (figur 11).



Figur 11: Tonårsgraviditeter. Summan av aborter och födslar per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år i de nordiska länderna, perioden 1995–2003. Källa: Stakes, Helsingfors, 2004.

Island har de högsta födelsetalen, medan Sverige har de lägsta. Island och Sverige och har de högsta aborttalen (tabell 1). Andelen gravida tonåringar som väljer att fullfölja sin graviditet skiljer sig åt mellan de nordiska länderna; i Sverige drygt 20 procent, i Danmark drygt 30 procent, och i Norge och Finland ca 40 procent.

Tabell 1 : Andelen aborter och födselar per 1000 kvinnor, 15–19 år, i de nordiska länderna 1995 – 2002. Källa: Stakes, Helsingfors, 2004. (65)

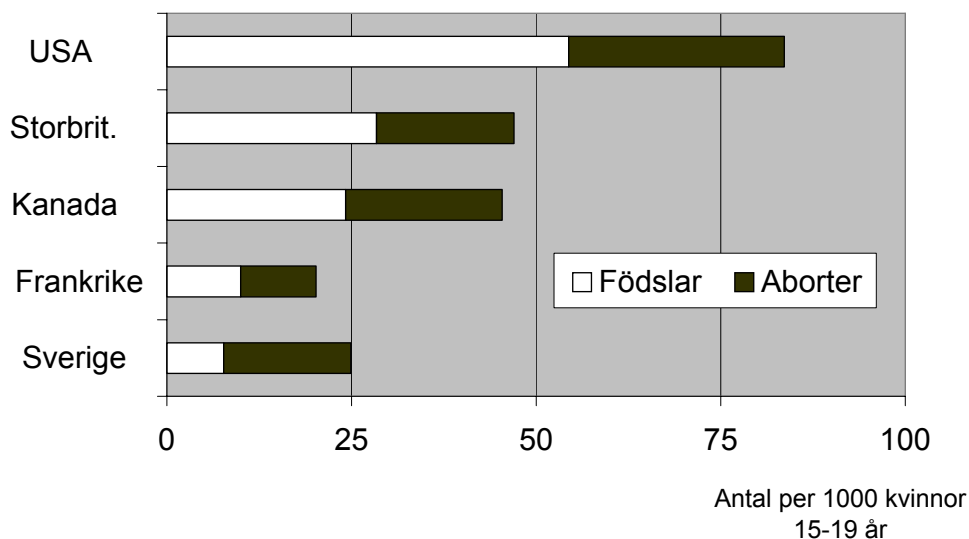
	Sverige		Danmark		Finland		Norge		Island	
	aborter	födselar	aborter	födselar	aborter	födselar	aborter	födselar	aborter	födselar
1995	17	8,4	15	8,2	11	9,8	18	13,2	15	23,2
1996	18	7,8	16	8,0	11	9,8	18	13,4	21	22,0
1997	18	7,2	15	8,4	12	9,0	19	12,8	22	24,4
1998	19	6,4	15	7,6	13	9,2	19	12,2	24	25,0
1999	19	6,6	14	7,6	14	9,7	19	11,6	21	24,6
2000	21	7,0	14	7,8	15	10,1	20	11,6		22,4
2001	23	6,8	14	7,6	15	10,6	19	11,1		19,8
2002	25	6,9	14	6,7	16	11,1	17	10,6		18,1

I slutet av 1990-talet genomfördes en jämförande studie av tonårssexualitet och tonårsgraviditeter i Frankrike, Sverige, Storbritannien, Kanada och USA (64, 66, 67). Trots mycket stora skillnader i andelen tonårsgraviditeter (figur 12), så fanns det inga större skillnader beträffande tonåringars sexualvanor mellan länderna – vare sig för samlagsdebut eller för antalet partners.

Det som framförallt skiljer är istället preventivmedelanvändning bland tonåringar i de olika länderna. I alla de undersökta länderna utom USA är preventivmedel tillgängliga för ungdomar till låg kostnad. I USA använde 20 procent av tonåringar inget preventivmedel vid det senaste samlaget jämfört med 7 procent i Sverige och 12 procent i Frankrike i mitten av 1990-talet. Synen på tonårssexualitet är mer bejakande i Sverige och Frankrike och sexualundervisningen präglas av en större tilltro till ungdomars förmåga att ta ansvar för sin sexualitet än i de anglosaxiska länderna i synnerhet i USA. I USA uppmanas skolungdomar till avhållsamhet med budskapet att sex före äktenskapet inte är acceptabelt och dessutom farligt¹³. I Frankrike och Sverige satsar man istället på att informera om hur man skaffar sig preventivmedel. Svenska skolungdomar som går på högstadiet gör t ex studiebesök på ungdomsmottagningarna.

En bidragande faktor till det skillnader mellan länderna är också hur mycket samhället satsar på att hjälpa ungdomar att få jobb eller fortsätta med studier, vilket sannolikt påverkar motivationen att undvika barnafödande redan i tonåren och vänta med familjebildningen.

¹³ I omkring 35 procent av skoldistrikten i USA uppmanades skolorna att förmedla att sexuell avhållsamhet är det enda rätta tills man ingått äktenskap och att preventivmedel är ineffektiva både som graviditetsskydd och smittskydd.



Figur 12: Antalet födslar och aborter per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–19 år i mitten av 1990-talet. En jämförelse mellan några västländer. Källa: Alan Guttmacher Institute (67).

I alla de undersökta länderna var antalet tonårsgraviditeter vanligare bland ungdomar som växte upp under utsatta förhållanden. USA hade den högsta andelen barn, 26 procent, som växte upp i hushåll under fattigdomsgränsen (mätt som mindre än hälften av medianinkomsten). Sverige hade den lägsta andelen barn under fattiga omständigheter, 4 procent. Andelen utsatta ungdomar är en viktig förklaring till skillnaderna i tonårsgraviditeter mellan länderna, men det är inte en tillräcklig förklaring. Exempelvis var födelsetalen bland tonåringar i det rikaste inkomstskiktet i USA högre än de nationella födelsetalen bland tonåringar i något av de andra länderna.

Sedan studien gjordes har både abort och födelsetal bland amerikanska ungdomar sjunkit (68). Fortfarande är dock graviditetstalen i USA nästan tre gånger högre än i Sverige och födelsetalen sju gånger högre.

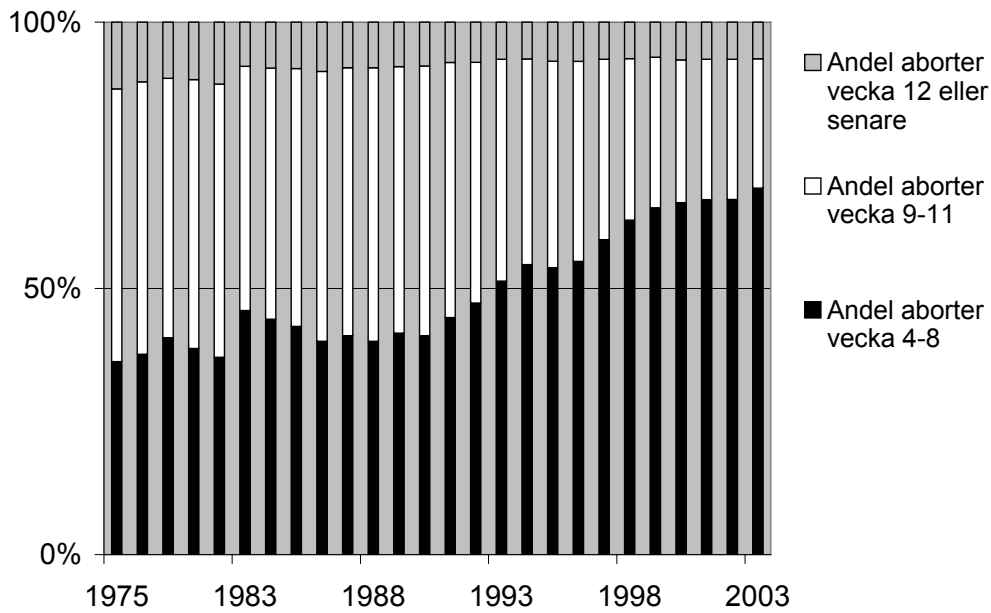
Abortvården

En påtaglig förändring i och med 1974 års abortlag var att aborterna kom att utföras tidigare i graviditeten. Före lagändringen hade närmare hälften av alla aborter skett efter 12:e veckan, vilket innebar, särskilt på den tiden, ett mer omfattande och riskfyllt ingrepp. När kvinnan fick rätten att besluta om abort, utfördes 90 procent av aborterna före vecka 12. De flesta kvinnor som söker abort bestämmer sig tidigt. Beslutet är redan fattat då de kommer till sjukhuset och de önskar få ingreppet gjort så snabbt som möjligt (69–71) och psykiska besvär efter aborter är ovanliga (72).

I gynekologisk sjukvård är abort det vanligaste operativa ingreppet. Aborterna är rutinären den som genomförs med hög medicinsk säkerhet. Sedan 1992 finns också möjligheten att vid tidiga aborter välja s.k. medicinsk abort, som inte är något operativt ingrepp utan en metod att framkalla missfall genom läkemedel. Detta har inneburit att aborter sker allt tidigare i graviditeten (figur 13).

Bland tonåringar utfördes år 2003 ca hälften av alla aborter (före vecka 12) som medicinska aborter. Variationerna är stora mellan olika län. Andelen medicinska aborter bland tonåringar är lägst (38 procent) i Stockholms län och Uppsala län och högst (76–79 procent) i Västerbottens län och Kalmar län (73). Delvis kan detta avspegla hur tidigt i graviditeten som kvinnor er-

bjuds att få sin abort utförd. Senast sker aborter i Uppsala, i genomsnitt vid 8,5 graviditetsveckor, och tidigast i Kalmar, vid 7,3 graviditetsveckor (gäller samtliga aborter oavsett åldersgrupp) (74).



Figur 13: Andelen (procent) av samtliga aborter som utförs i graviditetsvecka 4–8 , 9-11 eller från och med vecka 12. Sverige 1975–2003. Källa: Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen.

Ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

Födelsekontroll innebär inte endast att kunna undvika att bli med barn, utan också att man kan få barn när man önskar ¹⁴. Andelen kvinnor som förblivit barnlösa vid 50 års ålder har ökat från 11 procent för kvinnor födda på 1940-talet, vilket är den lägsta nivån någonsin i Sverige, till 14 procent för kvinnor födda 1959 (figur 4). Barnlöshet mätt på detta sätt kan vara såväl frivillig som ofrivillig.

Det är ungefär lika vanligt att orsaken till biologiskt betingad barnlöshet (infertilitet) finns hos mannen som hos kvinnan. Hos kvinnan är det huvudsakligen hormonrubbingar eller skador i äggledarna ofta till följd av könssjukdomar som ligger bakom. Mäns infertilitet beror på störningar i spermaproduktion eller spermaproduktion vilket vanligen orsakas av könssjukdomar. Man har också diskuterat huruvida det kan finnas ett samband mellan miljögifter och infertilitet. Det finns studier från västliga industriländer som pekar på att spermiekvaliteten kan ha försämrats under de senaste 50 åren (76, 77), medan andra studier bl.a från USA har ifrågasatt detta (78). Bland män i industriella miljöer i Sverige har man inte funnit några sådana försämringar (79).

För 10 till 15 procent kan man inte fastställa någon direkt orsak till infertilitet hos någon av parterna (80). Psykologiska faktorer spelar sannolikt in, liksom allmänt hälsotillstånd, livsstil och ålder. Rökning, både kvinnans och mannens, nedsätter förmågan att bli gravid, men ingen skillnad finns mellan före detta rökare och de som aldrig rökt (81, 82). Nedsatt fertilitet har påvisats hos brukare av marijuana och kokain, men det är oklart om det beror på en ökad förekomst av STI bland missbrukare eller på missbruket i sig (81).

Med stigande ålder minskar kvinnans fruktsamhet och missfallsfrekvensen ökar. Mäns ålder har däremot inte motsvarande betydelse. Det finns emellertid en stor spridning mellan olika individer; avgörande är den individuella fruktsamheten.

Infertilitet orsakad av sexuellt överförda infektioner är vanligare i fattiga länder än i rika. Bakom detta ligger bristen på förebyggande åtgärder och på effektiv behandling av könssjukdomar. Barnlöshet är generellt sett mycket vanligt i fattiga länder. I vissa områden i Afrika söder om Sahara, är 30–50 procent av de gifta kvinnorna barnlösa (83). Orsaker till detta är förutom sterilitet, missfall och dödföddhet också den höga spädbarnsdödligheten.

¹⁴ Enligt WHO innebär ”family planning” inte endast användande av preventivmedel utan också behandling av infertilitet. Det vidare begreppet ”fertility regulation”, på svenska födelsekontroll, innebär att fritt och ansvarsfullt kunna planera sitt barnafödande, och åtgärder för detta innefattar tillgång till preventivmedel, legal och säker abort samt förebyggande och behandling av infertilitet (75).

IVF-behandling av infertilitet

Under 1970-talet utvecklades en metod att behandla kvinnlig infertilitet genom s.k. in vitro-fertilisering (IVF), vilket brukar kallas provrörsbefruktnings. Man kringgår då äggledaren, hämtar ut ett ägg som sedan befruktas med mannens sperma, varefter ägget införs i kvinnans livmoder. Sverige var tidigt ute i den internationella utvecklingen av metoden, och det första ”provrörsbarnet” i Sverige föddes 1982.

I dag är IVF den vanligaste behandlingsmetoden vid alla typer av infertilitet (84). Indikationerna har vidgats, och IVF används inte endast vid skadade äggledare utan också vid hormonrubbningar och vid infertilitet utan någon påvisad orsak. Även manlig infertilitet kan behandlas med IVF. I början av 2000-talet genomfördes drygt 8 000 IVF-behandlingar per år och närmare 2 500 barn föddes med hjälp av metoden. Resultaten har förbättrats, men fortfarande leder högst 25 procent av behandlingarna till en fullgången graviditet (85).

IVF är i likhet med insemination reglerat i lag för att ge skydd åt barnet och reglera läkarnas etiska ansvar. Den första lagen 1988 tillät IVF endast i fasta relationer och satte gränser för frysning av befruktade ägg och möjligheten att forska på ”överblivna” ägg (86). Lagen har reviderats flera gånger med hänvisning till teknologins möjligheter. Numera är såväl ägg- som spermadonationer i samband med IVF är tillåtna (dock inte samtidigt). För att undvika riskerna för flerbörd rekommenderas att endast ett eller två befruktade ägg får återföras (87).

De procedurer som paret måste genomgå vid varje försök är omvitnat påfrestande (88, 89). Det rutinmässiga planerandet och de återkommande behandlingsförsöken sätter relationen på prov. Den intensiva hormonstimuleringen är krävande, och den kan även innebära fysiska risker för kvinnan. Med tanke på den behandlingsinsats som krävs vid IVF från såväl sjukvården som paret ifråga, och att flertalet dessutom inte blir hjälpta, är det extra angeläget att kunna förebygga och behandla sexuellt överförbara infektioner. All infertilitet går dock inte att förebygga. I samband med en infertilitetsutredning är också adoption ett alternativ att överväga.

Sexuellt överförda infektioner

Sexuellt överförda infektioner är ett av vår tids största folkhälsoproblem. Närmare 40 miljoner dog i aids 2004, och siffran över avlidna har stigit år från år. Hårdast drabbat är Afrika i området söder om Sahara, men ökningen är störst i Asien och östra Europa. Det är framför allt unga som smittas; de högsta dödssiffrorna finns i 30-årsåldern, vilket avspeglar en hiv-smitta ca 10 år tidigare. (90)

Globalt sett beräknas hiv numera vara lika vanligt bland kvinnor som bland män, men kvinnornas andel kommer att öka. I Afrika, söder om Sahara, står kvinnorna för 76 procent av alla nya fall bland ungdomar (15–24 år). Fler kvinnor smittas, trots att det är vanligare bland män att ha sexualpartners utanför äktenskapet och att vara injektionsmissbrukare. Den internationellt använda ABC-slogan (*abstinens, be faithful, condoms*) som uppmanar till uppskjutande av samlagsdebut, trohet i äktenskapet och kondomer ger inte tillräckligt skydd för kvinnor. Kvinnor smittas i stor omfattning även när de endast har sex inom äktenskapet, eftersom deras män är smittade. Risken för hiv är särskilt stor när mycket unga flickor gifts bort eller tvingas till sex med män som är betydligt äldre än de själva. Kvinnors utsatta position i förhållande till män – manifesterat i misshandel, sexuella övergrepp, fattigdom, prostitution, analfabetism m.m. – uppmärksammas allt mer som den viktigaste orsaken till att hiv inte gått att hejda. (91)

Även om hiv globalt sett är det överskuggande problemet, så är andra könssjukdomar vanligare. Sterilitet och livmoderhalscancer är allvarliga och vanliga följderna av dessa. Dessutom ökar risken att bli smittad av hiv om man redan är smittad av en annan könssjukdom.

Sexuellt överförda infektioner i Sverige

I Sverige har de klassiska könssjukdomarna gonorré och syfilis kunnat bekämpas framgångsrikt, och en hiv-epidemi har i stort sett hittills kunnat förhindras. Idag är klamydia ett betydligt större problem. Risken för att bli barnlös till följd av könssjukdomar ökar när barnafödandet föregås av en allt längre period av aktivt sexualliv. I detta avsnitt tas framför allt sådana könssjukdomar upp som påverkar fertiliteten.

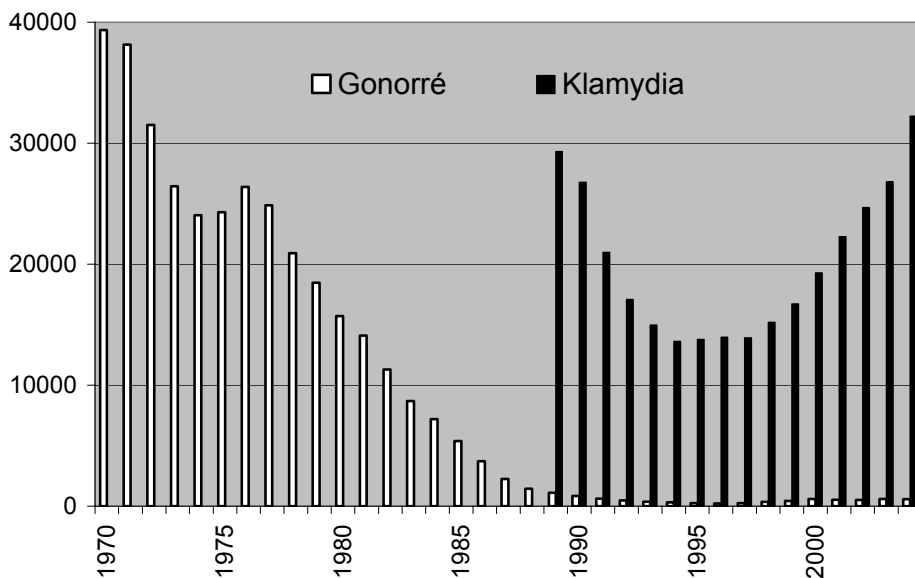
I stället för könssjukdomar används ofta begreppet STI (*sexually transmitted infections*) som ett samlingsbegrepp på olika infektionssjukdomar som sprids sexuellt. STI är allvarligare för kvinnor än för män, eftersom kvinnor löper risk för svårare komplikationer, som t.ex. utomkvedshavandeskap, infertilitet och cancer i livmoderhalsen (cervixcancer). Även i Sverige ser spridningsmönstret annorlunda ut för kvinnor än för män. Kvinnor smittas huvudsakligen av sin stadigvarande partner medan män smittas främst vid tillfälliga sexuella kontakter (92).

Förutsättningarna för behandling av STI är olika för de olika sjukdomarna. Infektioner orsakade av bakterier (syfilis, gonorré och klamydia) kan botas med antibiotika, medan inga botande läkemedel finns för sjukdomar orsaka-

de av virus (kondylom, herpes och hiv). För de senare finns dock symptomlindrande behandling. Samtliga STI är emellertid möjliga att förebygga genom t.ex. smittskyddsanvändning (kondom) och smittspårning.

Så tidigt som 1919 stadgades i *Lex Veneris* att läkare var skyldiga att rapportera fall av smittsam könssjukdom och bedriva smittspårning. Sedan dess finns statistik över antalet anmälda fall av gonorré och syfilis i landet. Senare tillkom anmälningsplikt för hiv/aids (1985) och för klamydia (1988). Statistiken innefattar inte den smittades fulla identitet, utan förs med en sifferkod, samt uppgifter om ålder och kön.

Fram till 1970-talet var gonorré vanligt, med omkring 40 000 fall årligen (figur 14). Sjukdomen var lika vanlig bland kvinnor som bland män. Sedan dess har förekomsten av gonorré sjunkit kraftigt; endast omkring 600 personer anmäldes smittade 2004. En viktig orsak till nedgången var bl.a. att partnerspårningen blev mer effektiv samt att tablettbehandling ersatte injektionsbehandling. Kondomkampanjer och sexualupplysning speciellt riktad mot unga bidrog också till den snabba minskningen. I ett internationellt perspektiv är denna minskning exceptionell.



Figur 14: Antalet årligen nyupptäckta fall av gonorré (1970–2004) respektive klamydia (1989–2004). Sverige. Uppgifter om förekomst av klamydia saknas före 1989. Källa: Smittskyddsinstitutet.

I dag har klamydiainfektionerna intagit gonorréns plats, och 2004 anmäldes 32 000 fall. Det saknas dock statistik på hur vanlig klamydia var före 1988, när klamydia blev en anmälningspliktig sjukdom. Klamydia ökar sedan mitten av 1990-talet. Under 1990-talet ökade även gonorré och syfilis men antalet fall var litet. Ökningarna tyder på att oskyddat sex blivit vanligare de senaste åren. Klamydia respektive gonorré och syfilis förekommer i olika utsträckning i skilda befolkningsgrupper, vilket diskuteras nedan, följt av avsnitt om hiv och aids samt livmoderhalscancer.

Klamydia

Klamydia är vanligast bland ungdomar. Av alla smittade kvinnor var närmare 75 procent i åldern 15–24 år och bland män var hälften i denna åldersgrupp. Det är också denna åldersgrupp som bidragit mest till ökningen under senare år. Det stora flertalet har smittats vid heterosexuella kontakter i Sverige.

Av samtliga 32 000 nya fall av klamydia var drygt hälften kvinnor. Fler kvinnor än män testas för klamydia, eftersom kvinnor besöker gynekologiska mottagningar och i högre utsträckning ungdomsmottagningar. Bland män upptäcks 45 procent av klamydiafallen genom partnerspårning, jämfört med drygt 25 procent bland kvinnorna. (93)

Antalet tester för klamydia har ökat sedan 1996. Av dessa tester är det en allt större andel som gett utslag för klamydia, vilket talar för att förekomsten av klamydia verkligen har ökat och inte kan bortförklaras av en ökad provtagning. Ökningen kan inte heller förklaras av förbättrade laboratoriemetoder.

Klamydia ger ofta inga symtom, varför de flesta inte misstänker att de har sjukdomen. De symtom som kan förekomma är sveda och klåda vid vattenkastning, pga. inflammation i urinröret. Inkubationstiden är kort – från några dygn till någon vecka. Klamydia är lätt att behandla med antibiotika. Om behandlingen sker snabbt efter smittillfället är risken för följsjukdomar liten. (94)

Kvinnor som bär på smittan under lång tid kan få bestående skador på äggledarna, med risk för sterilitet som följd, och män kan få inflammation i bi-testiklarna. Nyfödda barn till smittade mödrar riskerar att få ögoninfektion eller lunginflammation. Eftersom många personer kan ha klamydia utan symtom, är det viktigt att även symtomfria personer som befäras att de är smittade uppsöker sjukvården. Kondom ger ett relativt säkert skydd mot klamydia och även mot andra sexuellt överförbara infektioner, som t.ex. gonorré och syfilis.

Smittskydd bland ungdomar

Den kraftiga ökningen av andelen ungdomar som smittas av klamydia under senare år tyder på att kondomer inte används i tillräcklig utsträckning. Unga människor skyddar sig i högre grad mot oönskade graviditeter än mot STI. Kondom är vanligt vid första samlaget, men därefter används framför allt p-piller som skydd. De båda metoderna kombineras sällan. Risken att smittas av en STI är i hög grad relaterad till hur många samlagspartners man har. Det är möjligt att ökningen av STI bland unga delvis kan förklaras av ett förändrat sexuellt beteende, t.ex. att det blivit vanligare att ha sex ”första kvällen” (95). Flera undersökningar visar att ungdomar har relativt god kunskap om smittskydd men att de har svårt att omsätta denna kunskap i praktiken (96–99). Bäst informerade är flickor med tidig samlagsdebut och många partners.

Man vet att ungdomar som samlagsdebuterar tidigt, dvs. före 15 års ålder, är en riskgrupp i flera avseenden. Förutom att de hinner ha fler partners, så har de också oftare samlag ”första kvällen” och råkar oftare ut för STI och oönskade graviditeter. Det är betydligt vanligare med en tidig pubertet i denna grupp, vilket är en förklaring till den tidiga samlagsdebuten, men ofta handlar det också om en grupp ungdomar med flera sociala problem; ofullständig skolgång, osäkrare uppväxtförhållanden etc. Det är också vanligare

med andra riskbeteenden bland dem som samlagsdebuterar tidigt, t.ex. rökning och bruk av alkohol och droger. (55, 100–103)

Gonorré och syfilis

Gonorré är i dag en ovanlig sjukdom i Sverige (ca 600 nya fall 2003). I mitten av 1990-talet rapporterades den lägsta insjuknandefrekvensen någonsin (210 fall). Sedan dess har antalet gonorrésmittade ökat till följd av inhemsk spridning bland unga heterosexuella och bland män som har sex med män (104). Numera är det betydligt fler män än kvinnor som får gonorré. Merparten av männen får sin gonorré utomlands, framför allt i Thailand. De flesta kvinnorna smittas däremot i Sverige, och det gäller också män som har sex med män.

Symtomen vid gonorré liknar dem vid klamydia, och liksom för klamydia kan många vara symtomlösa. Obehandlad leder gonorré till huvudsakligen samma typ av följsjukdomar som klamydia, och även här är behandling antibiotika.

Syfilis minskade under hela 1990-talet, och den inhemska spridningen var då obetydlig. De tre senaste åren har situationen dock förändrats; syfilis har börjat spridas igen i Stockholm mellan män som har sex med män. De flesta heterosexuellt smittade fick däremot syfilis utomlands. Syfilis är fortfarande en ovanlig sjukdom (192 fall 2004) i Sverige. Omkring 80 procent av de smittade var män. (93)

Hiv och aids

Tack vare den virushämmande behandling (s.k. bromsmediciner)¹⁵ som introducerades 1996 har antalet nya fall av aids minskat kraftigt, vilket innebär att det för varje år är fler som överlever med hiv. Cirka 3 200 personer i Sverige beräknades bära på en hiv-infektion 2003. (104)

Hiv och aids är i hög grad koncentrerade till storstadsregionerna, framför allt till Stockholms län där närmare 60 procent av samtliga smittade (någonsin diagnostiserade) återfinns. Den inhemska spridningen är i ännu högre grad koncentrerad till Stockholms län, och den förekommer huvudsakligen bland intravenösa missbrukare och bland män som har sex med män. Ytterst få gravida kvinnor är smittade. Alla gravida kvinnor erbjuds hiv-test, och vid smitta ges behandling med bromsmediciner, vilket hindrar att hiv sprids till fostret.

År 2003 var antalet nyupptäckta bärare av hiv 379 personer (104). Hur många nya hiv-fall som tillkommer från ett år till ett annat speglar huvudsakligen hur stor invandringen varit från högriskområden, dvs. framför allt från Afrika. Dessa personer är i allmänhet heterosexuellt smittade. Endast 28 av de 201 heterosexuellt smittade 2003 var smittade i Sverige. Bland män som har sex med män har antalet nyanmälda fall av hiv legat stabilt de senaste åren och majoriteten (60 procent) är smittade i Sverige. Under 2000-talet har antalet smittade injektionsmissbrukare ökat (94).

Hiv-epidemin har hittills kunnat hållas under relativt god kontroll i Sverige (94). Trots att hiv har ökat dramatiskt i Baltikum och Ryssland så tycks det

¹⁵ Bromsmediciner minskar risken att hivinfektionen övergår till aids, som är en dödlig sjukdom.

inte förekomma någon större smittspridning därifrån. Emellertid kan tiden vara lång mellan smitta och diagnos. Personer som i dag får diagnosen hiv, har smittats för ett till tio år sedan. Det gör det svårt att veta hur smittspridningen ser ut.

Den ökade förekomsten av andra STI bland män som har sex med män tyder på att allt fler inte skyddar sig i samma utsträckning som tidigare. I denna grupp är andelen hiv-smittade hundrafalt högre än i den heterosexuella befolkningen i stort, vilket gör det extra allvarligt. Detta kan, tillsammans med fler infekterade injektionsmissbrukare, innebära att den inhemska spridningen kommer att öka. (104)

Utvecklingen av STI i andra europeiska länder

Utvecklingen av hiv/aids i västeuropa liknar i mångt och mycket den i Sverige dvs att majoriteten av nya fall är immigranter från högriskområden och att insjuknandet har minskat bland män som har sex med män under 1990-talet. I Storbritannien och Irland har emellertid under de senaste åren (1999–2002) andelen smittade ökat bland män som har sex med män. (104)

I de centraleuropeiska länderna som Polen, Tjeckien, Slovakien, Ungern och Rumänien har man hittills varit relativt förskonade från den globala hiv-epidemin och det finns inte heller för närvarande några tecken på någon påtagligt ökad spridning. I flertalet länder i före detta Sovjetunionen är situationen däremot mer dramatisk, med snabbt stigande andel infekterade sedan slutet av 1990-talet, till följd av stora utbrott av hiv bland injektionsmissbrukare. Den högsta andelen nysmittade år 2001 rapporterades från Estland 107 fall per 100 000 invånare att jämföra med 2,5 fall per 100 000 invånare i Sverige (2002). (104)

Beträffande de övriga anmälningspliktiga STI så har klamydia ökat under senare år i de nordiska länderna och i Storbritannien, vilka är de enda länder där det finns jämförbar statistik. Gonorré ökar i Norge, Danmark, Storbritannien och Irland. Under 2000-talet har syfilis ökat i många västeuropeiska länder, efter att i årtal ha minskat. Ökning härrör från män som har sex med män i storstadsområdena London, Paris, Amsterdam, Berlin, Oslo och Dublin. (104)

Livmoderhalscancer och HPV

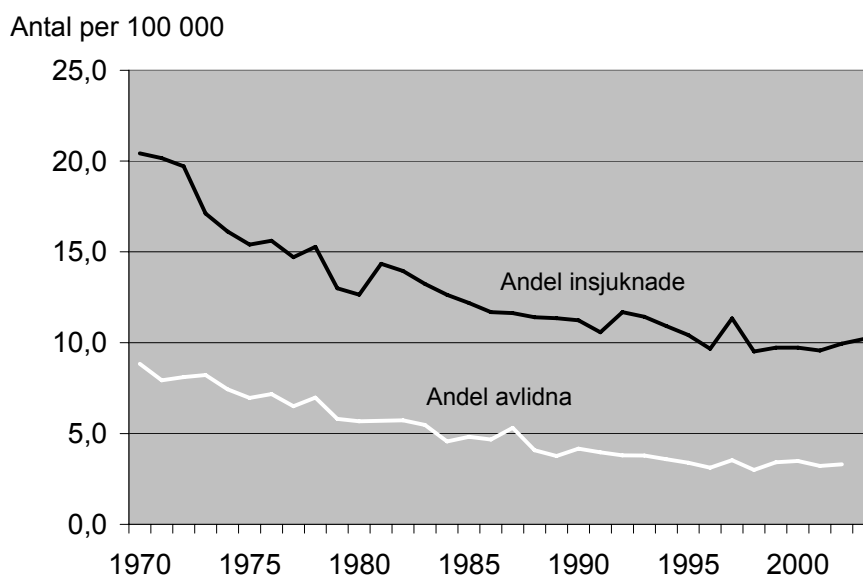
Livmoderhalscancer föregås av en infektion med genitalt virus som sprids sexuellt. Dessa virus tillhör familjen vårtvirus och heter på medicinskt språk humant papillomavirus (HPV). Det finns uppskattningsvis 200 undertyper av detta virus, varav ett 30-tal orsakar genitala infektioner, och några av dessa kan orsaka cancer på livmodertappen och livmoderhalsen.

Genital HPV är mycket vanlig; uppskattningsvis får omkring 70–80 procent av alla kvinnor infektionen någon gång under sin livstid. Oftast blir kvinnor infekterade redan tidigt efter sin sexuella debut. För de allra flesta läker infektionen ut, utan att ge några symtom över huvud taget. De flesta utvecklar immunitet mot infektionen, men hos ett fåtal dröjer sig viruset kvar, vilket kan orsaka cancer. (105)

Eftersom nästan all livmoderhalscancer föregås av en infektion med genitalt HPV av cancerframkallande typ (106), innebär det att det kan bli möjligt

att förebygga livmoderhalscancer med vaccin. Ett HPV-vaccin är redan under utprovande, och det har hittills visat lovande resultat dvs. gett god immunitet mot HPV-virus. Sannolikt kommer vaccinet att bli en viktig del av det förebyggande arbetet inom en inte allt för avlägsen framtid.

Hittills har livmoderhalscancer förebyggts genom regelbundna gynekologiska cellprovskontroller (107).¹⁶ Vid dessa kontroller tas cellprover från livmodertappen, och syftet är att finna förstadier till cancer, eller cancer i tidigt skede, och därmed förhindra att livmoderhalscancer utvecklas vidare. Dessa kontroller har funnits sedan 1960-talet, och de har haft en relativt god uppslutning i befolkningen. Införandet av hälsokontrollerna anses vara den viktigaste orsaken till att både antalet nya fall och dödsfallen i livmoderhalscancer har minskat (figur 15) (108).



Figur 15: Insjuknande i livmoderhalscancer 1970–2003 och dödlighet 1970–2002. Antalet fall per 100 000 invånare i Sverige. Åldersstandardiserat. Källa: Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen.

Livmoderhalscancer hör till de cancerformer som även drabbar relativt unga individer. Trots cellprovskontrollerna insjuknar omkring 450 kvinnor per år, och ca 150 avlider årligen. Diskussioner pågår om huruvida det är lämpligt att komplettera cellprovskontroller med HPV-test, dvs. undersöka virusförekomst, eftersom detta skulle kunna ge en ytterligare indikation på vilka kvinnor som är i riskzonen. För närvarande anses dock kunskapsläget inte vara tillräckligt för att bedöma vinsterna av en sådan rutinmässig provtagning (109).

¹⁶ Cellprovskontroll rekommenderas för närvarande var tredje år i åldersintervallet 23–50 år samt vart femte år i åldrarna 51–60 år.

En europeisk jämförelse över risken att dö i livmodercancer i åldrarna 20–44 år visar stora skillnader mellan länderna (110)¹⁷. Efter Finland var Sverige det land som hade den lägsta dödligheten under perioden 1995–1998. I Västeuropa har dödsfallen minskat stadigt sedan 1960-talet, utom i Irland och Storbritannien där dödsfallen ökade på 1980-talet, och för Irlands del även under 1990-talet. Sannolikt är det en följd av förändrade sexualvanor med en ökad spridning av HPV. Risken att dö i livmoderhalscancer är betydligt större i de östeuropeiska länderna än i Västeuropa, och den ökar i Bulgarien och Rumänien sedan 1980-talet. Den viktigaste orsaken till den högre nivån i Östeuropa anses vara bristen på cellprovskontroller av tillräcklig omfattning.

I större delen av världen saknas cellprovskontroller, vilket innebär att livmoderhalscancer upptäcks först i ett sent stadium och leder därmed nästan alltid till döden. Näst bröstcancer är livmoderhalscancer den vanligaste orsaken till cancerdöd bland världens kvinnor (111). Eftersom det i stora delar av världen saknas såväl ekonomiska som organisatoriska resurser för att genomföra heltäckande cellprovskontroller är dessa inte någon framkomlig väg att förebygga livmodercancer på global nivå. Vaccinering kräver däremot mindre insatser och kan komma att få stor betydelse i bekämpandet av livmoderhalscancer, i såväl rika som fattiga länder.

¹⁷ Cancer kan förekomma även i andra delar av livmodern än livmoderhalsen och har då andra orsaker än vad som beskrivits ovan och drabbar framförallt äldre kvinnor. Det finns inte tillförlitlig statistik för alla europeiska länder som skiljer dessa cancerformer åt. I åldern 20–44 år är dock så gott som all livmodercancer livmoderhalscancer och antalet fall av livmodercancer kan användas som mått på livmoderhalscancer.

Hälsa under graviditet och förlossning

Drygt en halv miljon kvinnor dör årligen i graviditet- och förlossningskomplikationer och 99 procent av dödsfallen sker i tredje världen. Uppskattningsvis 30–50 gånger fler drabbas av skador och bestående handikapp. (41)

Mödradödligheten, dvs antalet mödradödsfall per 100 000 levande födda barn, uppskattades globalt till 400 år 2000¹⁸. Skillnaderna är mycket stora mellan olika delar av världen: från 830 i Afrika, 520 i södra Asien, 190 i Latinamerika, 24 i Europa till endast omkring 6 i EU. I Afrika söder om Sahara, som är den hårdast drabbade regionen, riskerar 1 kvinna av 16 att under sin livstid avlida i samband med graviditet förlossning, jämfört med 1 kvinna av 2 400 i Europa. (112)

I det s.k. *Safe Motherhood*-initiativet som startade 1987, samverkade WHO, biståndsgivare och olika hjälporganisationer för att förbättra mödra- och förlossningsvården. Målet var att sänka mödradödsfallen som då uppskattades till 500 tusen dödsfall årligen, med hälften före år 2000 (113). Ytterligare utfästelser gjordes vid Kairokonferensen 1994. De årliga mödradödsfallen har emellertid inte minskat (114, 115), utan tvärtom steg de i början av 1990-talet men sjönk åter i slutet av 1990-talet. Satsningarna har främst gällt bättre kvalitet på graviditets- och förlossningsvård medan få åtgärder gjorts för att minska den abortrelaterade dödligheten (32, 33). Vid sekelskiftet 2000 var mödradödsfallen fortfarande drygt 500 tusen årligen, dvs. samma nivå som på 1980-talet (112).

Mödradödlighet går att förebygga. Avgörande är att graviditets- och förlossningskomplikationer upptäcks och behandlas i tid. För att identifiera riskgraviditeter och ingripa vid plötsliga förlossningskomplikationer krävs att alla gravida kvinnor får tillgång till medicinsk övervakning under graviditet och kvalificerad vård vid förlossning. I stora delar av Asien och Afrika är det endast en minoritet av barnafödskor som har tillgång till utbildad medicinsk personal. Förbättringen av förlossningsvården har gått långsamt. De länder som har lyckats minska mödradödligheten de senaste tio åren har gjort det genom att öka andelen kvinnor som föder på sjukhus (41).

Ett av FN:s millenniemål för global utveckling är att förbättra mödrars hälsa. Målet är att minska mödradödsfallen med 75 procent mellan år 2000 till 2015, dvs. från drygt 500 000 till 130 000 per år (116). Satsningen handlar framförallt om att erbjuda en god mödrahälsovård och öka andelen utbildade barnmorskor som kan biträda vid förlossningar. Varken millenniemålen eller Safe Motherhood initiativet prioriterar födelsekontroll, säkra aborter eller vård vid abortkomplikationer, utan är uteslutande inriktade på insatser vid graviditet, förlossning och nyföddhetsvård (117). Rekommendationerna från Kairo och Peking, om en bred satsning på reproduktiv hälsa inkluderande säker vård vid abort, följs alltså inte upp.

¹⁸ Mödradödlighet är dödsfall som inträffar under graviditeten, förlossningen eller sex veckor efter förlossningen. Dödsfall ska vara en följd av graviditet och detta oavsett om den avslutas med barnafödelse eller ej. Dödsfall i samband med abort ingår således.

Svenska förhållanden

De medicinska riskerna i samband med graviditet och förlossning har minskat drastiskt i Sverige. Risken för att en kvinna ska dö i samband med graviditet och förlossning är endast en hundradel av vad den var på 1930-talet (118). En förutsättning för detta är att kvinnors allmänna hälsotillstånd har förbättrats och att kvinnor föder färre barn. Av stor betydelse är också den utveckling som skett inom hälso- och sjukvården med tillgången till antibiotika, övergången till sjuhusförlossningar, smärtlindring och elektronisk övervakning av värkarbetet (50). Den riktigt låga nivån på mödradödligheten som vi har idag, uppnåddes när abortvården blev säkrare och de illegala aborterna försvann i och med lagändringen 1974 (118). Idag har graviditets-, förlossnings- och nyföddhetsvård mycket hög kvalitet vilket fortlöpande bidrar till att allt fler barn överlever.

Även om utgången av graviditet och förlossning således överlag är god, uppstår inte så sällan komplikationer som kräver extra uppmärksamhet och även vård på sjukhus. Närmare 60 procent av alla sjukhusvårdade kvinnor i åldersgruppen 25–34 år (exklusive dem som vårdades för normal förlossning och abort) vårdades för graviditets- eller förlossningskomplikationer år 2002. I denna åldersgrupp är det 2,5 gånger vanligare att kvinnor vårdas på sjukhus, än att män gör det. Könsskillnaden beror nästan helt på kvinnors vård till följd av komplikationer i samband med graviditet och förlossning. Ligger man till normala förlossningar och aborter, som är de vanligaste orsakerna till sjukhusvård bland kvinnor i denna ålder, blir könsskillnaden ännu större. Jämför man antalet män och kvinnor som vårdas på sjukhus, och undantar all vård i samband med graviditeter och förlossningar överhuvudtaget, vårdas 8 procent fler kvinnor än män i åldersgruppen 25–34 år på sjukhus.¹⁹

Mödrahälsovården når närmare 100 procent av alla mödrar. Förutom hälsoövervakningen av graviditetsförloppet ingår i mödrahälsovårdens arbetsuppgifter att ge psykologiskt stöd, att uppmuntra till amning, att upplysa om risker med alkohol och rökning m.m. Tyngdpunkten har legat på den fysiska övervakningen, medan det funnits brister när det gäller att upptäcka psykosociala missförhållanden som t.ex. våld, alkoholmissbruk och depressioner under graviditet. Psykiska och sociala problem i samband med graviditet och barnafödande kräver extra uppmärksamhet och insatser från omgivningen, bl.a. med tanke på framtida konsekvenser för barnet. Föräldrars motivation till förbättrad livsföring är dessutom ofta större under denna period än annars.

¹⁹ Slutsatserna bygger på analyser av Patientregistret på Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. De kategorier som jämförs är antalet personer i Sverige som under 2002 utskrevs någon gång från slutenvården med huvuddiagnos hörande till kapitel femton i ICD-10 (som handlar om graviditet och förlossning), respektive antalet med någon diagnos överhuvudtaget. Vård i huvuddiagnosen O.80 (normal förlossning) och O.04 (legal abort) ingick inte i jämförelsen överhuvudtaget.

Komplikationer vid graviditet och förlossning

År 2002 förlöstes omkring 93 000 kvinnor, vilket motsvarar 5,5 procent av alla kvinnor i åldrarna 15–44 år²⁰. Vid ungefär 1 400 av dessa förlossningar föddes tvillingar. Andelen mödrar som under *graviditeten* vårdats på sjukhus för någon graviditetskomplikation var 33 procent 2002 (förlossningskomplikationer är inte medräknade). Andelen minskar till 16 procent om man exkluderar alla som vårdades i anslutning till förlossningen och tar endast med dem där vårdtillfället inträffade tidigare i graviditeten. Att vårdas under graviditeten var vanligare bland yngre mödrar.²¹ Vanliga orsaker till sådan sjukhusvård är förvärrat eller hotande förtidsbörd, missfall, ihållande kräkningar, tecken på graviditetsförgiftning, avvikande fosterläge eller andra problem med fostret.

Av samtliga *förlossningar* 2002 var 74 procent s.k. spontanförlossningar vid enkelbörd, dvs. helt normala förlossningar som inte krävt extra medicinska ingrepp. Kvinnor som fått smärtlindring eller ett klipp i mellangården räknas dock till denna grupp. Färre än 10 procent av alla förlossningar sker utan smärtlindring (119). Cirka 24 000 kvinnor hade 2002 någon typ av förlossningsavvikelse som krävde extra uppmärksamhet och eventuellt medicinska insatser. Det kan ha varit värkrubbingar (ca 5 500), kejsarsnitt (ca 7 000), sugklocka eller tång (ca 2 500), syrebrist hos fostret (ca 3 500), blödningar efter förlossningen (ca 1 200), infektioner under barnsängstiden etc. Att ha någon typ av förlossningsavvikelse var vanligare med stigande ålder.²²

Mödra- och barnadödligheten i Sverige är låg. Antalet mödrar som dör till följd av graviditet eller förlossning var i genomsnitt 3–4 per år mellan 1992 och 2001. År 2002 var antalet dödfödda barn 348, och 146 barn dog under första levnadsveckan, vilket motsvarar en s.k. perinatal dödlighet på 5 per 10 000 födda.²³ Vid en internationell jämförelse är detta en mycket låg perinatal dödlighet – bara Japan, Finland, Australien och Tjeckien har en något lägre nivå (120).

Av betydelse för nyfödda barns överlevnad är en hög beredskap under förlossningen och tillgång till intensivvård för nyfödda. Att ytterligare förbättringar i det avseendet kan vara möjliga framgår av att det finns skillnader mellan olika landsting i Sverige beträffande andelen barn som föds dödfödda eller som dör de närmaste veckorna efter förlossningen (121).

²⁰ Antalet förlossningar var 92 831 år 2002 enligt Medicinska födelseregistret (MFR) och antalet födda barn 94 296. Enligt SCB föddes 96 167 barn. Skillnaden i antalet barn beror dels på bortfall (1–4 procent) i MFR och att barn som föddes utomlands till svenska föräldrar inte är med i MFR men väl hos SCB.

²¹ Om endast de som hade ett vårdtillfälle skilt från förlossningen är med, var vård för graviditetskomplikationer vanligast bland tonårsmödrar nämligen 28 procent jämfört med 20 procent bland 20–24-åringar och 16 procent för övriga åldersgrupper. Beräkningen baseras på andelen mödrar 2002 (enligt MFR) som vårdades i slutenvård för en graviditetsdiagnos (enligt Patientregistret O.00–O.48, utom O.04 som är legala aborter).

²² Andelen med förlossningsavvikelse var 18 procent bland mödrar under 19 år, 22 procent bland 20–24-åringar, 25 procent bland 25–29-åringar, 27 procent bland 30–34-åringar samt 31 procent bland dem som var 35 år och äldre. Liksom ovan baseras beräkningen på Medicinska födelseregistret och Patientregistret och denna gång med diagnoskoderna i O.60–O.99 där O.80 är normal förlossning.

²³ Perinatal dödlighet är summan av antalet dödfödda barn (barn som levde fram till åtminstone graviditetsvecka 28 eller som väger minst 1 000 gram) och antalet barn som dör under första levnadsveckan.

Moderns ålder och graviditetsutfall

Åldersfördelningen bland barnafödelskor har förändrats betydligt de senaste 30 åren (tabell 2). Bland samtliga barnafödelskor har andelen som är 35 år eller äldre ökat från 6 till 19 procent mellan 1973 och 2003, och bland enbart förstfödelskor från 2 till 10 procent. Andelen barnafödelskor i tonåren har minskat från 8 till 2 procent.

Tabell 2: Åldersfördelning (procent) hos samtliga barnafödelskor respektive förstfödelskor för respektive år. Källa: Medicinska födelseregistret, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen.

Ålder	Samtliga mödrar					Förstfödelskor					Medel- ålder
	-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35- år	-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35- år	
Artal	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	år
1973	8	33	39	16	6	15	45	31	7	2	24 år
1983	4	24	37	24	11	8	38	36	13	4	25 år
1993	3	20	39	26	12	5	31	40	18	6	27 år
2003	2	12	31	35	19	4	19	37	30	10	28 år

Att vara äldre förstfödelska är förknippat med något ökade risker i samband med graviditeten (122). Bland förstfödelskor över 35 år är det t.ex. något större risk för fosterdöd, för dålig fostertillväxt och för att barnet föds för tidigt. En mindre riskökning finns också bland förstfödelskor mellan 30 och 34 år jämfört med dem som föder barn mellan 20 och 29 års ålder. Sannolikt beror riskökningen på åldersrelaterade biologiska faktorer. Äldre förstfödelskor har en något högre risk, trots att de i genomsnitt är mer välutbildade och röker mindre. Bland kvinnor som föder sitt andra barn finns däremot praktiskt taget ingen riskökning för äldre mödrar jämfört med yngre (123).

Graviditet och levnadsvanor

Rökning, alkoholmissbruk och övervikt är tre hälsorisker i samband med graviditet som är möjliga att förebygga.

Rökning under graviditet innebär en ökad risk för barnet. Fostrets tillväxt blir sämre pga. en försämrad syresättning via moderkakan och fosterdöd är vanligare. Det är också vanligare att barnet föds för tidigt, vilket innebär en ökad risk för död och sjuklighet. Risken för plötslig spädbarnsdöd ökar sannolikt också av mammans rökning under graviditeten och av att föräldrarna röker under spädbarnsperioden. Många av dessa risker minskar relativt snabbt till normal nivå om man slutar röka, även om det sker under pågående graviditet. (82)

Det är således särskilt angeläget att andelen rökare bland gravida och spädbarnsföräldrar minskar. Mödrahälsovården arbetar med att motivera till rökslut, och rökvanor registreras i mödravårdsjournalerna. Av alla gravida 2003 rökte 20 procent tre månader före graviditeten. Vid inskrivningen på mödrahälsovården (dvs. graviditetsvecka 8–12) hade hälften slutat röka, vilket innebar att 10 procent fortfarande rökte. Vid graviditetsvecka 30 hade andelen rökare sjunkit till 7 procent. (124)

På tjugo år har andelen rökare bland gravida i tidig graviditet (graviditetsvecka 8–12) sjunkit från 31 procent till 10 procent (tabell 3). Skillnaderna är dock stora mellan olika åldersgrupper. Det är betydligt vanligare att framför

allt gravida tonåringar, men även gravida i åldrarna 20–24 år, röker än kvinnor i högre åldrar.

Tabell 3: Andelen rökare bland gravida kvinnor i graviditetsvecka 8–12 i olika åldersgrupper. Jämförelse mellan åren 1983, 1993 och 2003. Sverige. Källa: Medicinska födelseregistret

ÅR	% rökare totalt	Moderns ålder				
		-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35- år
		% rökare	% rökare	% rökare	% rökare	% rökare
1983	31	51	39	29	27	26
1993	21	37	24	18	19	21
2003	10	30	17	9	7	9

Medan utvecklingen beträffande rökvanor går åt rätt håll, så ökar andelen överviktiga i befolkningen. Övervikt ökar risken för graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning.²⁴ Överviktiga får oftare stora barn, vilket bidrar till högre kejsarsnittsfrekvens. Av ännu oklar anledning är också fosterdöd vanligare bland överviktiga mammor. (125-127)

En del kvinnor går upp betydligt mer i vikt under graviditeten än vad som är normalt. Efter graviditeten kvarstår bara något kilos viktökning för de allra flesta. Bland dem med kraftig viktökning under graviditet fortsätter dock fler att vara överviktiga. En bidragande orsak till övervikt är att många slutar att röka under graviditeten. Rökstopp är emellertid viktigare för mor och barns hälsa än en eventuell viktuppgång. (128)

Alkoholkonsumtionen ökar i befolkningen. Få kvinnor är nykterister, och de flesta har ett etablerat konsumtionsmönster innan de blir gravida. Under graviditeten rekommenderas total avhållsamhet från alkohol. Anledningen till denna restriktiva syn är att man inte vet om det finns någon nivå på alkoholkonsumtion som är oskadlig för fostret. Fostrets hjärna nås av den alkohol som den gravida kvinnan intar, eftersom alkohol passerar både moderkakan och blod-hjärnbarriären. Att ingen alkohol ska förekomma under graviditeten är ett särskilt prioriterat delmål i de nationella mål för folkhälsan som riksdagen antagit (129).

Det är väl känt att större mängder alkohol ger fosterskador, framför allt hjärnskador. Fetalt alkoholsyndrom är namnet på en utvecklingskada hos barnet, som ger bl.a. tillväxthämning, karaktäristiska ansiktsdrag, hjärnskador och även andra missbildningar. Denna skada orsakas av hög alkoholkonsumtion hos mamman (130). Hjärnskadan ger beteendestörningar och svåra inlärningsproblem under uppväxten, och graden av symtom beror på den mängd alkohol som barnet utsatts för under fosterstadiet (131, 132). Man har kunnat konstatera att det finns en risk för tillväxthämning av fostret om mamman dricker mer alkohol än motsvarande två små glas vin (12 g ren alkohol) dagligen under graviditeten (130). Risken är sannolikt liten att barnet skadas vid lägre konsumtion, men det finns inga säkra nivåer. Även tillfälliga

²⁴ Överviktiga (BMI 25–29) löper dubbel risk för graviditetsdiabetes. Kraftigt överviktiga (BMI \geq 30) löper minst 6 gånger högre risk, vilket innebär att 17 procent riskerar att insjukna jämfört med 1–3 procent bland normalviktiga (125)

alkoholintag kan rent teoretiskt innebära en risk för fosterskada, om fostrets utveckling befinner sig i ett känsligt skede.

Under graviditeten upphör merparten att dricka alkohol. En tredjedel av alla förstagsgravida fortsatte dock att dricka alkohol under första delen av graviditeten, enligt en undersökning från Malmö från början av 1990-talet; ingen var dock storkonsument (133). Det var vanligare att gravida över 30 år, välutbildade och med ett stort socialt nätverk, drack alkohol. Unga kvinnor samt kvinnor med lägre utbildning slutade i högre grad, men bland de som fortsatte att dricka i denna grupp så dracks det mer än bland välutbildade. Att en tredjedel fortsätter att dricka alkohol under graviditeten har även visat sig vara fallet i Stockholm, där 6 procent av de gravida drack oftare än 2–4 gånger i månaden (134).

Det är huvudsakligen en annan grupp som fortsätter att röka under graviditeten än den som fortsätter att dricka alkohol, enligt Malmöundersökningen. De som fortsatte att röka under graviditeten var unga, hade lägre utbildning och hade ett dåligt socialt nätverk. Anledningen till att denna grupp hade svårare att sluta röka uppfattades vara att de levde under större påfrestningar (135).

Alkoholmissbruk hos modern är ofta dolt, och det är sällan som uppgifter om detta förekommer i mödravårdsjournalerna (134, 136). Särskilda intervju-tekniker kan därför behövas rutinmässigt i mödrahälsovården. För de kvinnor som identifieras ha alkoholproblem, och som sedan får hjälp från specialistmödrahälsovård, har behandlingen gett goda resultat. Missbruk av narkotika innebär också allvarliga risker för fostret (130). Detta gäller såväl av substanser av opiattyp, amfetamin och kokain.

Psykisk ohälsa under graviditet

Att nyblivna mammor kan bli deprimerade är känt sedan länge, och tillståndet kallas ”post partum depression” dvs. depression efter förlossning²⁵. Med en sådan depression menas inte den mycket vanliga, och snabbt övergående, gråtmildhet och nedstämdhet som inträffar några dagar efter förlossningen, vilket är en reaktion som sannolikt orsakas av de snabba förändringarna i hormonnivåer i kroppen efter att graviditeten upphört.

Post partum depression ger samma symtom som depressioner i andra livs-faser, men konsekvenserna kan vara extra svåra när kvinnan också ska knyta an till det nyfödda barnet. Mellan 8 och 15 procent av alla gravida drabbas av depression. Hormonella faktorer tycks inte vara orsaken, utan i stället tycks psykologiska och sociala förhållanden vara betydelsefulla, t.ex. bristande stöd från partner och från vänner och familj, ekonomiska svårigheter, ohälsa, graviditetskomplikationer eller andra stressande livshändelser. (137–139)

Inom barnhälsovården i flera landsting prövas särskilda intervjumetoder som är utarbetade för en screening av depression (137). Depressioner är emellertid vanliga redan under graviditeten, kanske t.o.m. ännu vanligare än efter förlossningen (137–139). En studie från norra Sverige visade att mödrahälsovården inte lyckades upptäcka depressioner eller ångestsyndrom bland gravida i någon högre utsträckning (140).

²⁵ Detta avsnitt om depressioner bygger på en sammanställning som Wickberg och Hwang gjorde åt Folkhälsoinstitutet 2003 och två svenska avhandlingar (137–139).

Det pågår också en diskussion om huruvida mödra- och barnhälsovården kan hjälpa kvinnor som utsätts för våld av sin partner under graviditeten och under spädbarnsperioden. Få kvinnor berättar spontant om våld i nära relationer (139). I Uppsala län har man infört som rutin i mödrahälsovården att fråga alla gravida kvinnor om våld. Man samarbetar med Rikskvinnocentrum, som erbjuder utbildning och stöd till personalen i mödravården samt hjälp till våldsutsatta kvinnor (141). Denna rutin infördes efter att man i en försöksverksamhet bl.a. kunnat konstatera att flertalet kvinnor uppfattade det som positivt, för egen del eller för att hjälpa andra, att barnmorskan frågade rutinmässigt om våld. Endast 3 procent var odelat negativa (142). Socialstyrelsen bedrev ett metodutvecklingsprojekt under 2001 för att pröva screening om våld där 40 barnmorskemottagningar och 14 ungdomsmottagningar deltog. Erfarenheterna från detta projekt var bl a att man fått kännedom om väsentligt fler kvinnors våldsutsatthet och att det inte gått att intuitivt eller på annat sätt att gissa vilka kvinnor som varit utsatta (143).

Många förändringar har skett inom förlossningsvården, i syfte att ge den barnafödande kvinnan större möjligheter att själv styra hur förlossningen ska gå till. Det stora flertalet kvinnor upplever förlossning som något positivt. I en undersökning av barnafödare i Sverige 1999 fann man att 7 procent hade en negativ upplevelse av förlossningen när man frågade dem ett år senare (144). Uppskattningsvis 2 procent upplever förlossningen som så skräckfylld att de drabbas av s.k. posttraumatiskt stressyndrom, dvs. återkommande upplevelser av en stark rädsla som är förknippad med händelsen (145). Detta kan drabba kvinnor som haft en normal förlossning, men det är vanligare bland kvinnor som råkat ut för något oväntat, t.ex. ett akut kejsarsnitt (146). Om kvinnan redan före förlossningen lider av förlossningsrädsla, depression eller ångest är risken större att hon råkar ut för posttraumatiskt stressyndrom efter förlossningen (147), och behandling av dessa tillstånd under graviditeten kan därför minska risken.

Hälsoproblem och sjukskrivning

Eftersom graviditet är ett normalt fysiologiskt tillstånd så förväntas gravida i princip kunna leva och förvärvsarbeta som vanligt, om inte arbetsmiljön är skadlig för fostret. I praktiken är det dock mycket vanligt att den blivande mamman inte förvärvsarbetar de sista månaderna av graviditeten. En studie genomförd av Riksförsäkringsverket (148) visar att 74 procent av alla kvinnor som födde barn under första halvåret 2002 antingen hade haft havandeskapspenning, sjukpenning eller föräldrapenning, eller en kombination av dessa, under slutet av graviditeten. Det genomsnittliga antalet utbetalda dagar före förlossningen var femtio.

Av de kvinnor som *inte* fick del av någon av dessa förmåner var en tredjedel ej förvärvsarbetande utan studerande, arbetssökande m.m. Bland dem som hade arbete men som ändå *inte* tog del av någon av socialförsäkringsförmånerna under graviditeten, hade 36 procent förändrat sin arbetssituation de tre sista månaderna av graviditeten. De hade framför allt utnyttjat semester och kompledighet, men de hade också minskat arbetstiden, arbetat hemma etc. Det är således en mycket liten grupp kvinnor som arbetar som vanligt ända fram till förlossningen.

Andelen gravida kvinnor som får utbetalning via socialförsäkringarna är ungefär densamma i olika län i Sverige (148). Behovet av arbetsbefrielse förefaller alltså vara ganska lika i skilda delar av landet. Däremot finns det stora geografiska skillnader beträffande vilken typ av ersättning som betalas ut, t.ex. hur stor andel som får sjukersättning. Detta beror dock sannolikt mer på varierande praxis mellan försäkringskassorna än på skillnader i hälsotillstånd.

Ryggvärk under graviditet är mycket vanligt och det drabbar sannolikt mer än hälften av alla gravida (149, 150). En jämförelse mellan sjukskrivningsdiagnoser 1995 och 2002 visar att det bland gravida skett en förskjutning från ”vanliga” sjukdomar till problem med rygg och bäcken (148).

I åldersgruppen 16–44 år spelar graviditet stor roll för att fler kvinnor än män är sjukskrivna för ryggvärk. I en undersökning från Östergötland 1986 (149) fanns det nämligen ingen skillnad i andelen sjukskrivna för ryggproblem mellan män och *icke* gravida kvinnor i denna åldersgrupp. Gravida kvinnor stod för närmare 40 procent av alla sjukskrivningar för ryggvärk bland kvinnor i denna åldersgrupp.

Förutom ryggvärk är det vanligt med en hel del andra hälsoproblem under graviditeten som minskar välbefinnandet, t.ex. trötthet och sömnsvårigheter, mag-tarmproblem och urininkontinens. Många av dessa problem, inklusive ryggvärken, försvinner inte i och med förlossningen, utan de kan kvarstå under månader till år (151–153). Hur dessa hälsoproblem påverkar funktionsförmågan efter graviditeten går dock inte att uppskatta från socialförsäkringsstatistiken eftersom de flesta kvinnor, oavsett funktionsförmåga, försörjs av föräldraförsäkringen under minst ett år efter förlossningen.

Referenser

1. WHO. Reproductive health; 2004.
2. Alm-Stenflo G, Persson L. Hur många barn får jag när jag blir stor ? Barnafödande ur ett livsperspektiv. Demografiska rapporter 2002:5. Stockholm: SCB; 2002.
3. Silenstam P. Arbetskraftsutbudets utveckling i Sverige 1870–1965: Almqvist & Wiksell; 1970.
4. Nyberg A. Tekniken – kvinnornas befriare? Hushållsteknik, köpevaror, gifta kvinnors hushållsarbets-tid och förvärvsdeltagande 1930-talet–1980-talet. Linköping: Linköpings universitet; 1989.
5. Stanfors M. Education, labor force participation and changing fertility patterns. A study of women and socioeconomic change in twentieth century Sweden. [Doktorsavhandling]. Lund: Lunds Universitet; 2003.
6. Hoem B. The compatibility of employment and childbearing in contemporary Sweden. *Acta Sociologica* 1993;36:101–120.
7. Sundstöm M, Stafford F. Female labour force participation, fertility and public policy in Sweden. *European Journal of Population* 1992(8):199–215.
8. Bernhardt E. Fertility and employment. *European Sociological review* 1993(9):25–42.
9. Landgren Möller E, Hoem B. Lågutbildade väntar med barn. *Välfärdsbulletinen* 1997(2):18–19.
10. Hoem B. Barnafödande och sysselsättning. Upp- och nedgången i fruktsamheten 1985–1997. Demografiska rapporter 1998:1. Stockholm: SCB; 1998.
11. European Commission. Population Statistics 2004. Luxembourg; 2004.
12. Duvander A-Z, Olsson S. När har vi råd att skaffa barn? RFV Analyserar, 2001:8: RFV; 2001.
13. Persson L. Otrygg anställning – färre föräldrar. *Välfärdsbulletinen* 2001(3):9–11.
14. Korpi W. Faces of inequality: Gender, class, and patterns of inequalities in different types of welfare states. *Social Politics* 2000;7(2):127–191.
15. TCO. Att studera med barn. TCO granskar 2002.
16. Ahrne G, Roman C. Hemmet, barnen och makten. SOU 1997:139; 1997.
17. Rydenstam K. Tid för vardagsliv. Kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91 och 2000/01. Levnadsförhållanden. Rapport 99. SCB; 2003.
18. Orpana L. Den nakna barneffekten avslöjad. TCO granskar 7/04 2004.
19. JämO. Föräldraskap. Kunskaps-och nulägesrapport; 2005.
20. HTF. Barntillåtet arbetsliv 2003; 2003.
21. Jans A-C, Alm-Stenflo G. Arbetslöshet och barnafödande. Demografiska rapporter 2003:6: SCB; 2003.
22. Nordh S. Unga vill ha pappaledigt. *Dagens Nyheter* 2004-08-23.
23. Edlund T, Johansson G, Lindroth K, Ståhl P-O. Båda blir bäst. Attityden till delad föräldrale-dighet. RFV Analyserar, 2001:1: RFV; 2001.
24. Nyman H, Pettersson J. Spelade pappamånaden någon roll? – pappornas uttag av föräldraper-ning. RFV Analyserar, 2002:14: RFV; 2002.
25. Sundström M, Duvander A-ZE. Family division of child care: Why do – or don't – Swedish fa-thers take parental leave? Stockholm Research Report in Demography; 1999. Report No.: 139.

26. Thomson E, Hoem JM. Couple childbearing plans and births in Sweden. Stockholm: Demografiska institutionen. Stockholms universitet; 1996.
27. Oláh LS. Gendering family dynamics: the case of Sweden and Hungary [Doktorsavhandling]. Stockholm: Stockholms universitet; 2001.
28. Oláh LS. Jämställd familj håller längst. Vålfärdsbullen 2002(2):4–5.
29. Duvander A-Z, Andersson G. Leder delad föräldrapenning till fler barn. RFV Analyser, 2004:15: RFV; 2004.
30. Oláh LS. Gendering fertility: Second births in Sweden and Hungary. Population Research and Policy Review 2003;22:171–200.
31. United Nations. Human Rights. New York: United Nations; 1969.
32. Sundström K. Abort i världen. Legalisering av abort och god sjukvård vid abort skulle förebygga tusentals dödsfall i tredje världen. Läkartidningen 1994;91(25):2523–8.
33. Rogo KO. Unsafe Abortion in the Context of Safe Motherhood. Can We Succeed in Making Pregnancy Safer without Paying Due Attention to Unsafe Abortion? In: Saving Women's Lives: The Health Impact of Unsafe Abortion; 2003; Kuala Lumpur, Malaysia; 2003.
34. WHO. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems; 2003.
35. RFSU. Fokus Kairo. Tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter: RFSU; 2004.
36. United Nations Population Division. World abortion policies. New York: United Nations; 1999, <http://www.un.org/esa/population/publications/abt/abttoc.htm>.
37. The Alan Guttmacher Institute. Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide. New York; 1999. www.guttmacher.org.
38. Women on Waves. Abortion laws Worldwide. 2005, www.womenonwaves.org.
39. Zätterström C, Ransjö-Arvidson AB, Bergström S, Björklund U, Estborn B, Johansson A, et al. Barnmorskors roll för att förebygga illegala aborter – erfarenheter från rika och fattiga länder. Läkartidningen 2002;99(19):2186–9.
40. United Nations. Programme of action of the International Conference on Population and Development, 1994, Cairo. New York: United Nations; 1994.
41. UNFPA (United Nations Population Fund). State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and The Global Effort to End Poverty; 2004.
42. WHO. Fertility regulating vaccines : report of a meeting between women's health advocates and scientists to review the current status of the development of fertility regulating vaccines, Geneva, 17–18 August 1992. Geneva: WHO, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction; 1993.
43. United Nations. The Beijing Declaration and Platform for Action on Equality, Development and Peace, Fourth World Conference on Women, 1995, Beijing. New York: United Nations; 1995.
44. Utrikesdepartementet. Förenta Nationernas fjärde kvinnokonferens. Peking den 4–15 september 1995; 1996.
45. RFSU. Respect Choice – Safe Abortion a Prerequisite for Safe Motherhood; 2004.
46. Cohen SA. The President's Overseas Reproductive Health Policy: Think Locally, Act Globally. The Guttmacher Report. On Public Policy 2002;5(3).
47. Cohen SA. Global Gag Rule: Exporting Antiabortion Ideology at the Expense of American Values: Alan Guttmacher; 2001.
48. Center for Health and Gender Equity (CHANGE), Center for Women's Global Leadership (CWGL), Women's Environment and Development Organization (WEDO). Women's Leaders Welcome U.S. Decision. To Rejoin Global Consensus for Women's Human Rights; 2005.

49. Sundström K. Födelsekontroll i Sverige under 100 år. Abort och preventivmedel från lagbrott till reproduktiv rättighet. *Läkartidningen* 2004;101(1–2):88–93.
50. Sundström K. Reproduktiv hälsa i ett individuellt och globalt perspektiv. I: Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, red. *Kön och ohälsa : en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Lund: Studentlitteratur; 1996.
51. Statens folkhälsoinstitutet. Förslag till Handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter. För tidsperioden 2002 – 2007. Stockholm; 2001.
52. Levin B, red. *Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998.
53. Sundström K. Födelsekontroll – preventivmedel och abort. I: Sundström K, red. *Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet.*: Folkhälsoinstitutet; 2000. p. 114 – 122.
54. Population Action International. (PAI). *Contraceptive choice: Worldwide access to family planning. Report on progress towards world population stabilisation*; 1997.
55. Forsberg M. *Ungdomar och sexualitet – en presentation av aktuell kunskap*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2000.
56. Jarlbro G. Vad vet vi om svenskarnas sexualvanor ? En utvärdering av forskning inom området: AIDS- delegationen; 1989. Report No.: 1:1989.
57. Edgardh K. *Adolescent sexuality and sexual abuse [Licentiat avhandling]*; 1999.
58. Rogala C, Tyden T. Unga kvinnors sexualvanor. Poster vid Svenska läkarsällskapets riksstämma; 1999.
59. Edgardh K. *Sex i Blandängen. En sex och samlevnadsundersökning i multikulturella skolor i Stockholmsförorten Blandängen*: Folkhälsoinstitutet; 2000.
60. Göthberg M, Giesecke J, Scalia-Tomba G, Tüll P. Sexuella kontaktmönster bland unga svenskar – en enkätstudie på Gotland 1988.: Miljömedicinska enheten, Stockholms läns landsting. Internrapport 12/89; 1989.
61. Socialstyrelsen. *Minskar tonårsaborter vid subventionering av P-piller? Ett försök till utvärdering av en abortförebyggande insats*. EpC rapport 1994:2; 1994.
62. Lalos A. Reproduktion, prevention och sexualitet. I: Levin B, red. *Sex i Sverige: Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998.
63. SOU 1983:31. *Familjeplanering och abort. Erfarenheter av ny lagstiftning. Betänkande av 1980 års abortkommitté*. 1983.
64. Danielsson M, Rogala C, Sundström K. *Teenage Sexual and Reproductive Behavior In Developed Countries: Country Report for Sweden. Occasional Report*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 2001. Report No.: 7.
65. Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, Hedberg C, Ollendorff U, Sundström K, et al. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(3):257–68.
66. Danielsson M, Rogala C, Sundström K. Få tonårsgraviditeter i Sverige – Jämförelse mellan fem västlän. *Samhällets stöd och attityder en viktig förklaring till skillnaderna*. *Läkartidningen* 2003;100(23):2063–2066.
67. Darroch JE, Frost JJ, Singh S. *Teenage Sexual and Reproductive Behavior In Developed Countries: Can More Progress Be Made? Occasional report*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 2001 november 2001. Report No.: 3 www.guttmacher.org.
68. The Alan Guttmacher Institute. *U.S Teenage Pregnancy Statistics*. New York; 2004. http://www.guttmacher.org/pubs/state_pregnancy_trends.pdf.
69. Kero A, Högborg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. *Soc Sci Med* 2001;53(11):1481–90.
70. Holmgren K. Time of decision to undergo a legal abortion. *Gynecol Obstet Invest* 1988;26(4):289–95.

71. Holmgren K. Women's evaluation of three early abortion methods. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71(8):616–23.
72. Kero A, Högberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med* 2004;58(12):2559–69.
73. Socialstyrelsen. Aborter 2003. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2004:9; 2004.
74. Epidemiologiskt Centrum. Abortregistret; 2005.
75. Sundström K. Issue paper on Contraception. Health division document 1998:3: SIDA; 1998.
76. Carlsen E, Giwercman A, Keiding N, Skakkebaek NE. Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. *BMJ* 1992;305(6854):609–13.
77. Irvine S, Cawood E, Richardson D, MacDonald E, Aitken J. Evidence of deteriorating semen quality in the United Kingdom: birth cohort study in 577 men in Scotland over 11 years. *BMJ* 1996;312(7029):467–71.
78. Fisch H, Goluboff ET, Olson JH, Feldshuh J, Broder SJ, Barad DH. Semen analyses in 1,283 men from the United States over a 25-year period: no decline in quality. *Fertil Steril* 1996;65(5):1009–14.
79. Wulff M, Högberg U, Stenlund H. The effect of smelter work on fecundity. *J Occup Environ Med* 1999;41(8):678–85.
80. Ds 2001:57. Barnafödandet i fokus – från befolkningspolitik till ett barnvänligt samhälle; 2001.
81. Fredricsson B, Gilljam H. Smoking and reproduction. Short and long term effects and benefits of smoking cessation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71(8):580–92.
82. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 2:S125–40.
83. Högberg U. Epidemiologiska synpunkter på fekunditet och fertilitet. I: *Ofrivillig barnlöshet.*: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi; 1998.
84. Wikland M. Infertilitetsbehandling – en framgångssaga utan like. Provrörbefruktning gav avstamp för en nästan ofattbar utveckling. *Läkartidningen* 2004;101(1–2):94–7.
85. Socialstyrelsen. Assisterad befruktning 2002. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2004:4; 2005.
86. SOU 1985:5. Barn genom befruktning utanför kroppen. Betänkande av inseminationsutredningen: Justitiedepartementet; 1985.
87. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om : Assisterad befruktning, SOSFS 2002:13; 2002.
88. Collins A, Freeman EW, Boxer AS, Tureck R. Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 1992;57(2):350–6.
89. Hjelmstedt A, Widström A, Wramsby HM, Collins A. Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among IVF couples: a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24(3):153–62.
90. UNAIDS, WHO. AIDS epidemic update– December 2004. Geneva; 2004. <http://www.unaids.org/en/default.asp>.
91. UNFPA, UNAIDS, UNIFEM. Women and HIV/AIDS. Confronting the Crisis; 2004. <http://www.unfpa.org/publications/>.
92. Lalos A. Sexuellt överförda sjukdomar. I: Lewin B, red. *Reproduktion, prevention och sexualitet*: Folkhälsoinstitutet; 1998.
93. Smittskyddsinstitutet. Smittsamma sjukdomar 2002. Årsrapport från avdelningen för epidemiologi.; 2002.
94. Smittskyddsinstitutet. HIV-infektion /AIDS.; 2004. www.smittskyddsinstitutet.se.
95. Edgardh K. Sexual behaviour in a low-income high school setting in Stockholm. *Int J STD AIDS* 2002;13(3):160–7.

96. Jarlbro G, Persson E. Ungdomar vet mycket om STD och preventivmetoder men har svårt att tillämpa kunskaperna i praktiken. *Läkartidningen* 1990;87(50):4296–8.
97. Tydén T. It will not happen to me : sexual behaviour among high school and university students and evaluation of STD-prevention programmes. Uppsala: Uppsala University; 1996.
98. Andersson-Ellström A, Forssman L, Milsom I. The relationship between knowledge about sexually transmitted diseases and actual sexual behaviour in a group of teenage girls. *Genitourin Med* 1996;72(1):32–6.
99. Andersson-Ellström A, Dillner J, Hagmar B, Milsom I. Sexualitet och STD-infektioner bland tonårsflickor. »Osäkert sex» vanligt trots goda kunskaper. *Läkartidningen* 1997;94(8):619–21.
100. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 - year old Swedish girls. *Sex Transm Infect* 2000;76(2):98–102.
101. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-year-old Swedish boys. *Acta Paediatr* 2002;91(9):985–91.
102. Edgardh K. Adolescent sexual health in Sweden. *Sex Transm Infect* 2002;78(5):352–6.
103. Persson E, Jarlbro G. Tidig sexualdebut indikator på sexuellt riskbeteende. *Läkartidningen* 1992;89(15):1276–7, 1280.
104. SOU 2004:13. Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring; 2004.
105. Collins S, Mazloomzadeh S, Winter H, Blomfield P, Bailey A, Young LS, et al. High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during their first sexual relationship. *Bjog* 2002;109(1):96–8.
106. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999;189(1):12–9.
107. Socialstyrelsen. Gynekologisk cellprovskontroll. Förslag till screeningprogram. SoS-rapport 1998:15. Stockholm; 1998.
108. Bergström R, Sparén P, Adami HO. Trends in cancer of the cervix uteri in Sweden following cytological screening. *Br J Cancer* 1999;81(1):159–66.
109. SBU. Human papillomavirus-test vid primär screening för cellförändringar på livmoderhalsen: SBU; 2000.
110. Levi F, Lucchini F, Negri E, Franceschi S, la Vecchia C. Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *Eur J Cancer* 2000;36(17):2266–71.
111. WHO. Human papilloma virus; 2004. http://www.who.int/vaccine_research/documents/new_vaccines/en/index8.html.
112. WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva; 2004.
113. AbouZahr C. Safe motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. *Br Med Bull* 2003;67:13–25.
114. WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva; 2001.
115. Patel B. Where is the 'M' in MCH? *Regional Health Forum* 2004;4.
116. WHO. Reproductive health. Report by the Secreteriat; 2004. Report No.: A57/13.
117. Epp J, Ringheim K. Banking on Reproductive Health- The World Bank's Support for Population: the Cairo Agenda and millennium Development Goals. Washington DC: Global Health Council William and Flora Hewlett Foundation; 2004.
118. Högborg U. Maternal mortality in Sweden. Umeå; 1985.
119. Socialstyrelsen. Handläggning av normal förlossning. State of the art.; 2001.
120. OECD. Health Data 2004; 2004.

121. Pakkanen M, Lindblom B, Olausson PO, Rosén M. Stora regionala skillnader i förlossningsvårdens resultat. *Läkartidningen* 2004;101.
122. Cnattingius S, Berendes HW, Forman MR. Do delayed childbearers face increased risks of adverse pregnancy outcomes after the first birth? *Obstet Gynecol* 1993;81(4):512–6.
123. Cnattingius S, Forman MR, Berendes HW, Isotalo L. Delayed childbearing and risk of adverse perinatal outcome. A population-based study. *JAMA* 1992;268(7):886–90.
124. Socialstyrelsen. Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2003; 2005.
125. Cnattingius S, Lambe M. Trends in smoking and overweight during pregnancy: prevalence, risks of pregnancy complications, and adverse pregnancy outcomes. *Semin Perinatol* 2002;26(4):286–95.
126. Linné Y. Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy. *Obes Rev* 2004;5(3):137–43.
127. Andreasen KR, Andersen ML, Schantz AL. Obesity and pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(11):1022–9.
128. Linné Y, Rössner S. Lätt att bli överviktig efter graviditet. *Läkartidningen* 2003;100(49):4091–5.
129. Proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan; 2002.
130. Socialstyrelsen. Alkohol och narkotika under graviditet. Vilka är riskerna?; 1993.
131. Aronson M, Hagberg B. Neuropsychological disorders in children exposed to alcohol during pregnancy: a follow-up study of 24 children to alcoholic mothers in Göteborg, Sweden. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(2):321–4.
132. Aronson M, Hagberg B, Gillberg C. Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: a follow-up study. *Dev Med Child Neurol* 1997;39(9):583–7.
133. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Östergren PO. Psychosocial resources and persistent alcohol consumption in early pregnancy – a population study of women in their first pregnancy in Sweden. *Scand J Soc Med* 1997;25(4):280–8.
134. Göransson M, Magnusson A, Bergman H, Rydberg U, Heilig M. Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction* 2003;98(11):1513–20.
135. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Östergren PO, Rånstam J, Isacson SO, Sjöberg NO. Psychosocial resources and persistent smoking in early pregnancy – a population study of women in their first pregnancy in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1996;50(1):33–9.
136. Göransson M, Faxelid E, Heilig M. Beliefs and reality: detection and prevention of high alcohol consumption in Swedish antenatal clinics. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(9):796–800.
137. Wickberg B, Hwang P. Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödandet: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
138. Josefsson A. Postpartum depressions – epidemiological aspects [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköping University; 2003.
139. Rubertsson C. Depression and partner violence before and after childbirth [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004.
140. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Ström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(1):148–54.
141. Stenson K, Posse B. Vål motiverat att mödravården ställer frågor om våld. *Läkartidningen* 2004;101(5):401.
142. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 2001;17(1):2–10.

143. Socialstyrelsen. "Tack för att ni frågar" – Screening om våld mot kvinnor; 2002.
144. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31(1):17–27.
145. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11(6):587–97.
146. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23(1):31–9.
147. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Disord* 2004;18(2):127–42.
148. Riksförsäkringsverket. Gravida kvinnors situation. RFV analyserar 2003:7; 2003.
149. Sydsjö A, Alexanderson K, Dastserri M, Sydsjö G. Gender differences in sick leave related to back pain diagnoses: influence of pregnancy. *Spine* 2003;28(4):385–9.
150. Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(4):351–7.
151. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002;29(2):83–94.
152. To WW, Wong MW. Factors associated with back pain symptoms in pregnancy and the persistence of pain 2 years after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(12):1086–91.
153. Norén L, Östgaard S, Johansson G, Östgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *Eur Spine J* 2002;11(3):267–71.

Sifferunderlag till figurerna

Figur 1: Periodfruktsamhet. Antalet barn per kvinna. Källa: SCB

1900	4,06	1930	1,96	1960	2,13	1990	2,14
1901	4,05	1931	1,87	1961	2,23	1991	2,11
1902	3,97	1932	1,82	1962	2,26	1992	2,07
1903	3,85	1933	1,71	1963	2,34	1993	1,98
1904	3,85	1934	1,70	1964	2,48	1994	1,88
1905	3,83	1935	1,70	1965	2,42	1995	1,73
1906	3,83	1936	1,75	1966	2,36	1996	1,60
1907	3,79	1937	1,77	1967	2,27	1997	1,53
1908	3,79	1938	1,83	1968	2,07	1998	1,53
1909	3,76	1939	1,89	1969	1,93	1999	1,51
1910	3,61	1940	1,85	1970	1,91	2000	1,56
1911	3,49	1941	1,92	1971	1,96	2001	1,57
1912	3,44	1942	2,18	1972	1,91	2002	1,65
1913	3,32	1943	2,40	1973	1,87	2003	1,71
1914	3,26	1944	2,60	1974	1,88	2004	1,75
1915	3,06	1945	2,62	1975	1,77		
1916	2,99	1946	2,57	1976	1,68		
1917	2,92	1947	2,56	1977	1,64		
1918	2,83	1948	2,47	1978	1,60		
1919	2,73	1949	2,39	1979	1,66		
1920	3,05	1950	2,30	1980	1,68		
1921	2,93	1951	2,22	1981	1,64		
1922	2,66	1952	2,24	1982	1,63		
1923	2,55	1953	2,27	1983	1,61		
1924	2,43	1954	2,19	1984	1,66		
1925	2,33	1955	2,25	1985	1,74		
1926	2,22	1956	2,29	1986	1,80		
1927	2,10	1957	2,28	1987	1,84		
1928	2,08	1958	2,26	1988	1,97		
1929	1,95	1959	2,25	1989	2,02		

Figur 2: Kohortfruktsamhet för kvinnor födda 1870–1963. Sverige.
Antalet barn per kvinna . Källa: SCB

1870	3,70	1901	1,87	1932	2,13
1871	3,70	1902	1,82	1933	2,14
1872	3,63	1903	1,83	1934	2,15
1873	3,59	1904	1,81	1935	2,19
1874	3,56	1905	1,83	1936	2,07
1875	3,52	1906	1,84	1937	2,05
1876	3,47	1907	1,86	1938	2,03
1877	3,40	1908	1,84	1939	2,01
1878	3,34	1909	1,89	1940	2,01
1879	3,29	1910	1,87	1941	1,99
1880	3,19	1911	1,93	1942	1,96
1881	3,20	1912	1,94	1943	1,96
1882	3,05	1913	1,97	1944	1,96
1883	3,01	1914	2,00	1945	1,94
1884	2,93	1915	2,00	1946	1,97
1885	2,89	1916	2,01	1947	1,97
1886	2,76	1917	2,02	1948	1,98
1887	2,74	1918	1,94	1949	1,99
1888	2,65	1919	2,14	1950	1,99
1889	2,56	1920	2,01	1951	1,99
1890	2,52	1921	2,07	1952	2,00
1891	2,44	1922	2,02	1953	2,02
1892	2,35	1923	2,06	1954	2,02
1893	2,30	1924	2,04	1955	2,03
1894	2,23	1925	2,07	1956	2,04
1895	2,15	1926	2,11	1957	2,05
1896	2,10	1927	2,08	1958	2,05
1897	2,04	1928	2,12	1959	2,04
1898	1,98	1929	2,10	1960	2,04
1899	1,94	1930	2,15	1961	2,01
1900	1,89	1931	2,15	1962	1,99
				1963	1,96

Figur 3a: Periodfruktsamhet. Norden 1960– 2003. Källa: OECD, SCB.

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Island
1960	2,57	2,72	2,91	2,20	4,17
1961	2,55	2,71	2,94	2,23	3,88
1962	2,55	2,68	2,91	2,26	3,98
1963	2,64	2,68	2,93	2,34	3,98
1964	2,60	2,59	2,98	2,48	3,86
1965	2,61	2,47	2,94	2,42	3,71
1966	2,61	2,41	2,90	2,36	3,58
1967	2,35	2,32	2,81	2,27	3,28
1968	2,12	2,14	2,75	2,07	3,07
1969	2,00	1,93	2,69	1,93	2,99
1970	1,95	1,82	2,50	1,92	2,81
1971	2,04	1,68	2,49	1,96	2,92
1972	2,03	1,58	2,38	1,91	3,09
1973	1,92	1,49	2,23	1,86	2,94
1974	1,90	1,61	2,13	1,87	2,66
1975	1,92	1,68	1,98	1,77	2,65
1976	1,75	1,70	1,86	1,68	2,52
1977	1,66	1,68	1,75	1,64	2,31
1978	1,67	1,64	1,77	1,60	2,35
1979	1,60	1,64	1,75	1,66	2,49
1980	1,55	1,63	1,72	1,68	2,48
1981	1,44	1,64	1,70	1,63	2,33
1982	1,43	1,71	1,71	1,62	2,27
1983	1,38	1,74	1,66	1,61	2,24
1984	1,40	1,69	1,66	1,66	2,08
1985	1,45	1,65	1,68	1,74	1,93
1986	1,48	1,60	1,71	1,80	1,92
1987	1,50	1,59	1,75	1,84	2,06
1988	1,56	1,69	1,84	1,96	2,26
1989	1,62	1,71	1,89	2,01	2,19
1990	1,67	1,78	1,93	2,13	2,30
1991	1,68	1,79	1,92	2,11	2,18
1992	1,76	1,85	1,88	2,09	2,21
1993	1,75	1,81	1,86	1,99	2,22
1994	1,81	1,85	1,86	1,88	2,14
1995	1,80	1,81	1,87	1,73	2,08
1996	1,75	1,76	1,89	1,60	2,12
1997	1,75	1,75	1,86	1,52	2,04
1998	1,72	1,70	1,81	1,50	2,05
1999	1,74	1,73	1,85	1,50	1,99
2000	1,76	1,73	1,85	1,54	2,08
2001	1,74	1,73	1,78	1,57	1,95
2002	1,72	1,72	1,75	1,65	1,93
2003				1,71	

Figur 3b: Periodfruktsamhet 1960– 2002. Källa: OECD

	Frankrike	Storbr.	Schweiz	Österrike	Tyskland
1960	2,73	2,72	2,44	2,69	2,37
1961	2,81	2,80	2,53	2,79	2,44
1962	2,79	2,88	2,59	2,80	2,44
1963	2,89	2,92	2,66	2,82	2,51
1964	2,91	2,97	2,67	2,79	2,53
1965	2,84	2,89	2,60	2,70	2,50
1966	2,79	2,79	2,51	2,66	2,51
1967	2,66	2,69	2,41	2,62	2,45
1968	2,58	2,60	2,30	2,58	2,36
1969	2,53	2,51	2,19	2,49	2,21
1970	2,47	2,43	2,10	2,29	2,03
1971	2,49	2,40	2,02	2,20	1,97
1972	2,41	2,20	1,90	2,08	1,74
1973	2,30	2,04	1,80	1,94	1,56
1974	2,11	1,92	1,72	1,91	1,53
1975	1,93	1,81	1,61	1,83	1,48
1976	1,83	1,74	1,54	1,69	1,51
1977	1,86	1,69	1,53	1,63	1,51
1978	1,82	1,75	1,50	1,60	1,50
1979	1,86	1,86	1,52	1,60	1,50
1980	1,95	1,90	1,55	1,62	1,56
1981	1,95	1,82	1,55	1,67	1,53
1982	1,91	1,78	1,56	1,66	1,51
1983	1,78	1,77	1,52	1,56	1,43
1984	1,80	1,76	1,53	1,52	1,39
1985	1,81	1,79	1,52	1,47	1,37
1986	1,83	1,78	1,53	1,45	1,41
1987	1,80	1,81	1,52	1,43	1,43
1988	1,81	1,82	1,57	1,44	1,46
1989	1,79	1,79	1,56	1,44	1,42
1990	1,78	1,83	1,59	1,45	1,45
1991	1,77	1,81	1,60	1,49	1,33
1992	1,73	1,79	1,58	1,49	1,30
1993	1,65	1,75	1,51	1,48	1,28
1994	1,66	1,74	1,49	1,44	1,24
1995	1,70	1,71	1,48	1,40	1,25
1996	1,72	1,72	1,50	1,42	1,32
1997	1,71	1,72	1,51	1,37	1,37
1998	1,75	1,71	1,46	1,34	1,36
1999	1,77	1,68	1,48	1,32	1,37
2000	1,89	1,64	1,50	1,32	1,34
2001	1,89	1,63	1,41	1,33	1,35
2002	1,89	1,64	1,40	1,40	1,31

Figur 3c: Periodfruktsamhet 1960– 2002. Källa: OECD

	Spanien	Italien	Grekland	Portugal
1960	2,86	2,41	2,28	3,10
1961	2,76	2,41	2,19	3,16
1962	2,80	2,46	2,24	3,21
1963	2,88	2,54	2,22	3,11
1964	3,01	2,70	2,31	3,21
1965	2,94	2,66	2,30	3,14
1966	2,99	2,62	2,38	3,12
1967	3,03	2,53	2,55	3,08
1968	2,96	2,49	2,56	3,00
1969	2,93	2,51	2,53	2,95
1970	2,90	2,42	2,39	2,83
1971	2,88	2,41	2,32	2,78
1972	2,86	2,37	2,32	2,69
1973	2,84	2,34	2,26	2,65
1974	2,89	2,33	2,37	2,60
1975	2,79	2,20	2,32	2,58
1976	2,79	2,10	2,35	2,58
1977	2,66	1,97	2,28	2,48
1978	2,53	1,87	2,29	2,28
1979	2,31	1,76	2,29	2,17
1980	2,20	1,64	2,21	2,18
1981	2,04	1,59	2,09	2,13
1982	1,94	1,56	2,02	2,07
1983	1,80	1,51	1,94	1,95
1984	1,73	1,46	1,82	1,90
1985	1,64	1,42	1,67	1,72
1986	1,56	1,34	1,60	1,66
1987	1,50	1,32	1,50	1,62
1988	1,45	1,36	1,50	1,62
1989	1,40	1,33	1,40	1,58
1990	1,36	1,33	1,39	1,57
1991	1,33	1,31	1,38	1,57
1992	1,32	1,31	1,38	1,54
1993	1,27	1,25	1,34	1,52
1994	1,21	1,21	1,35	1,44
1995	1,18	1,18	1,32	1,40
1996	1,17	1,20	1,30	1,43
1997	1,19	1,22	1,31	1,46
1998	1,15	1,19	1,29	1,46
1999	1,20	1,23	1,30	1,49
2000	1,22	1,25	1,30	1,54
2001	1,26	1,23	1,25	1,45
2002	1,25	1,23	1,25	1,47

Figur 3d: Periodfruktsamhet 1960– 2001. Källa: HFA.

	Tjeckien	Polen	Slovakien	Ungern	Estland	Lettland	Litauen
1960	2,11	2,98	3,07	2,02			
1961	2,13	2,83	2,96	1,94			
1962	2,14	2,72	2,83	1,79			
1963	2,35	2,70	2,92	1,82			
1964	2,36	2,57	2,89	1,81			
1965	2,18	2,52	2,78	1,82			
1966	2,01	2,34	2,66	1,89			
1967	1,90	2,33	2,48	2,01			
1968	1,83	2,24	2,39	2,06			
1969	1,86	2,20	2,43	2,04			
1970	1,91	2,20	2,40	1,98			
1971	1,98	2,25	2,43	1,93			
1972	2,07	2,24	2,49	1,93			
1973	2,29	2,26	2,57	1,93			
1974	2,43	2,26	2,61	2,27			
1975	2,43	2,27	2,55	2,35			
1976	2,36	2,30	2,54	2,23			
1977	2,32	2,23	2,49	2,15			
1978	2,32	2,21	2,47	2,06			
1979	2,29	2,28	2,45	2,01			
1980	2,10	2,28	2,32	1,92	2,00		2,00
1981	2,02	2,24	2,29	1,88	2,07		2,00
1982	2,01	2,34	2,28	1,80	2,08		2,00
1983	1,97	2,42	2,28	1,75	2,16		2,00
1984	1,97	2,37	2,26	1,76	2,17		2,10
1985	1,96	2,33	2,25	1,85	2,12	2,09	2,10
1986	1,93	2,22	2,20	1,84	2,17	2,21	2,10
1987	1,91	2,15	2,15	1,82	2,26	2,21	2,16
1988	1,94	2,13	2,15	1,81	2,26	2,11	2,09
1989	1,87	2,08	2,08	1,82	2,21	2,05	1,98
1990	1,89	2,04	2,09	1,87	2,05	2,02	2,02
1991	1,86	2,05	2,05	1,88	1,80	1,86	1,99
1992	1,72	1,93	1,98	1,78	1,71	1,73	1,89
1993	1,67	1,85	1,92	1,69	1,49	1,51	1,69
1994	1,44	1,80	1,66	1,65	1,42	1,39	1,52
1995	1,28	1,61	1,52	1,58	1,38	1,25	1,49
1996	1,18	1,58	1,47	1,46	1,37	1,16	1,42
1997	1,19	1,51	1,43	1,38	1,32	1,11	1,39
1998	1,16	1,44	1,38	1,33	1,28	1,09	1,36
1999	1,13	1,37	1,33	1,29	1,32	1,15	1,35
2000	1,14	1,34	1,20	1,33	1,39	1,24	1,27
2001	1,15	1,30	1,20	1,31	1,34	1,21	1,29

Figur 4: Andel (procent) barnlösa kvinnor vid 45 års ålder och barnlösa män vid 55 års ålder. Källa: SCB

	Kvinnor	Män
1925	16,3	
1926	15,8	
1927	14,9	
1928	14,7	
1929	14,6	20,4
1930	13,9	19,3
1931	13,2	18,5
1932	12,9	18,4
1933	12,5	17,9
1934	12,4	17,4
1935	12,2	17,0
1936	12,2	16,6
1937	11,9	16,4
1938	11,7	16,2
1939	11,8	16,5
1940	11,8	16,7
1941	11,4	16,7
1942	11,5	16,0
1943	11,5	17,0
1944	11,2	17,0
1945	11,5	17,2
1946	11,2	18,1
1947	11,2	18,1
1948	11,6	18,1
1949	11,8	18,4
1950	12,1	
1951	12,6	
1952	12,9	
1953	13,0	
1954	13,8	
1955	13,7	
1956	13,9	
1957	13,9	
1958	13,8	
1959	14,0	

Figur 5: Andel (procent) barnlösa efter utbildningsnivå. Kvinnor födda 1945–1960 och män födda 1945–1955.

	Kvinnor			Män			
	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial	
1945	10,9	10,2	14,0	1945	20,5	15,8	15,5
1946	11,0	9,5	13,9	1946	21,6	16,7	16,2
1947	11,1	9,6	13,8	1947	21,5	16,9	16,5
1948	11,7	9,7	14,0	1948	21,8	17,4	16,1
1949	11,9	10,3	13,3	1949	22,2	17,9	16,6
1950	12,4	10,3	14,2	1950	22,7	18,5	17,5
1951	13,3	10,8	14,3	1951	23,9	19,7	17,5
1952	13,0	11,1	14,9	1952	24,1	20,0	18,1
1953	13,7	11,4	14,7	1953	24,8	20,1	18,2
1954	14,1	12,2	15,5	1954	24,1	21,0	18,1
1955	14,1	12,5	14,8	1955	25,5	21,6	18,6
1956	14,1	12,7	15,4	1956			
1957	14,6	12,5	15,4	1957			
1958	14,8	12,4	15,4	1958			
1959	15,7	13,0	15,4	1959			
1960	14,2	13,3	16,1	1960			

Figur 6: Antal dagar ersatta av föräldrapenning respektive tillfällig föräldrapenning 2003. Män och kvinnor i olika åldersgrupper. Källa: Försäkringskassan

	Kvinnor föräldrap.	Män föräldrap.	Kvinnor vård av barn	Män vård av barn
-19	287 566	3 341	384	67
20-24	3 025 039	149 146	51 819	16 716
25-29	8 448 669	887 640	343781	146457
30-34	11951582	2 142 694	858 035	425 280
35-39	7 284 130	2 119 980	1 013 253	552 963
40- 44	1 964 384	1 037 334	543 162	331 538
45-49	253 476	393 305	191 460	149 734
50-54	18807	123 800	39 487	49 952
55-59	915	40 408	9 535	15 087

Figur 7: Antal aborter per 1000 kvinnor i olika åldersgrupper, 1975–2004.

Källa : Epidemiologiskt Centrum. Socialstyrelsen

	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	15-44 år
1975	28,7	27,0	21,5	17,4	14,5	8,2	20,2
1980	21	28,7	22,3	20,8	17,7	11,2	20,6
1981	19,9	27,5	21,8	19,7	16,5	9,9	19,5
1982	18,9	27,6	21,6	19,0	15,8	9,9	18,9
1983	17,4	26,1	20,9	18,5	15,2	9,1	17,9
1984	17,5	26,3	20,4	18,1	15,1	8,8	17,7
1985	17,7	26,9	21,0	17,3	14,9	8,5	17,7
1986	19,2	29,6	23,9	18,2	15,0	8,1	18,9
1987	21,1	31,2	24,6	19,0	15,6	8,1	19,7
1988	23,6	33,8	26,8	20,6	15,9	8,3	21,4
1989	24	35,4	26,1	20,5	15,6	8,4	21,5
1990	24	33,5	27,0	20,4	15,6	8,1	21,3
1991	22,3	32,0	25,9	20,9	14,4	7,7	20,5
1992	19,9	30,7	25,7	21,3	14,9	7,8	20,1
1993	18,4	30,0	25,8	21,7	14,6	7,4	19,8
1994	17,4	28,0	24,5	20,1	14,4	7,1	18,7
1995	16,5	26,5	24,4	20,1	14,5	6,8	18,3
1996	17,2	27,8	24,9	20,7	14,9	6,5	18,8
1997	17,3	27,0	23,9	20,5	15,2	6,5	18,5
1998	17,9	26,4	23,2	20,2	15,3	6,7	18,3
1999	18,4	26,6	22,5	20,4	14,9	6,4	18,1
2000	20,2	27,0	22,5	19,3	14,7	6,5	18,3
2001	21,5	28,1	23,1	19,6	14,6	6,4	18,7
2002	24,1	30,0	23,0	19,6	15,3	6,8	19,6
2003	23,5	31,2	23,7	20,5	15,7	7,4	20,2
2004	23,3	30,6	24,1	20,1	15,9	7,6	20,0

Figur 8: Antal aborter och antalet födda barn per 1000 kvinnor i åldern 15–44 år. Sverige. 1975–2004. Källa: Epidemiologiskt Centrum. Socialstyrelsen

	15-44	15-44 år
	Födelse!	Aborttal
1975	64,6	20,3
1976	60,9	20,0
1977	59,0	19,3
1978	56,7	19,4
1979	57,8	20,9
1980	57,6	20,7
1981	55,2	19,6
1982	54,0	19,0
1983	53,0	17,9
1984	53,9	17,7
1985	56,5	17,7
1986	58,1	18,9
1987	59,6	19,8
1988	63,7	21,4
1989	65,9	21,5
1990	70,5	21,3
1991	70,7	20,4
1992	70,6	20,0
1993	68,2	19,8
1994	65,1	18,7
1995	60,1	18,3
1996	55,6	18,7
1997	53,0	18,4
1998	52,4	18,3
1999	52,0	18,1
2000	53,6	18,3
2001	53,9	18,7
2002	56,4	19,6
2003	58,0	20,2
2004	58,8	20,0

Figur 9: Antal aborter, födslar och graviditeter i per 1000 kvinnor i åldern 15–19 år. Sverige 1970 och 1975–2004.
Källa: Epidemiologiskt Centrum. Socialstyrelsen *

	15-19 år	15-19 år	15-19 år
	Graviditetstal	Aborttal	Födelsetal
1970	48,6	5,6	43,0
1975	57,1	28,7	28,4
1976	52,1	27,3	24,8
1977	47,0	25,0	22,0
1978	41,8	22,6	19,2
1979	39,2	21,4	17,8
1980	37,6	21,0	16,6
1981	35,1	19,9	15,2
1982	32,5	18,9	13,6
1983	29,2	17,4	11,8
1984	27,9	17,5	10,4
1985	28,3	17,7	10,6
1986	30,2	19,2	11,0
1987	31,7	21,1	10,6
1988	35,0	23,6	11,4
1989	36,6	24,0	12,6
1990	37,8	24,0	13,8
1991	35,3	22,3	13,0
1992	31,3	19,9	11,4
1993	29,0	18,4	10,6
1994	27,0	17,4	9,6
1995	25,1	16,5	8,6
1996	24,9	17,2	7,7
1997	24,5	17,3	7,2
1998	24,4	17,9	6,5
1999	25,2	18,4	6,8
2000	27,3	20,2	7,1
2001	28,1	21,5	6,6
2002	30,7	24,1	6,6
2003	29,5	23,5	6,0
2004	29,0	23,3	5,7

* Aborttalen i gruppen 15–19 år är lägre i denna tabell än vid förra utgåvan. Anledningen är att alla aborter upp till 19 år var medräknade i förra utgåvan medan denna tabell endast innefattar åldern 15–19 år.

Figur 10: Andelen födslar (procent) av alla graviditeter bland kvinnor i åldrarna 15–17 år respektive 18–19 år. Sverige 1990–2003

	15-17år	18-19år
1990	17	45
1991	18	45
1992	18	44
1993	17	44
1994	17	43
1995	18	42
1996	15	40
1997	16	37
1998	14	35
1999	12	36
2000	13	34
2001	11	32
2002	11	29
2003	11	27

Figur12: Jämförelse mellan västländer i mitten på 1990-talet. Födslar och aborter per 1000 kvinnor 15–19 år. Källa Alan Guttmacher Institute

	Födelsetal	Aborter
Sverige	8	17
Frankrike	10	10
Kanada	24	21
Storbrit.	28	19
USA	54	29

Figur 13: Andelen (procent) av samtliga aborter som utförs i graviditetsvecka 4–8 respektive 9–11. Sverige 1975–2003.
Källa: Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen

	Andel aborter vecka 4-8	Andel aborter vecka 9-11
1975	36,2	51,2
1976	37,6	51,2
1977	40,7	48,7
1978	38,7	50,5
1979	37,1	51,3
1983	45,9	45,9
1984	44,2	47,2
1985	42,9	48,4
1986	40,1	50,7
1987	41,1	50,3
1988	40,1	51,4
1989	41,6	50,1
1990	41,1	50,6
1991	44,5	47,9
1992	47,3	45,2
1993	51,4	41,7
1994	54,5	38,6
1995	53,9	38,8
1996	55,1	37,6
1997	59,2	33,9
1998	62,8	30,3
1999	65,1	28,3
2000	66,1	26,8
2001	66,7	26,4
2002	66,7	26,3
2003	68,8	24,3

Figur 14: Antalet nya fall av gonorré (1970–2003) respektive klamydia (1989–2003) i Sverige. Källa: Smittskydds-institutet

	Gonorré	Klamydia
1970	39360	
1971	38148	
1972	31498	
1973	26447	
1974	24035	
1975	24289	
1976	26394	
1977	24853	
1978	20917	
1979	18451	
1980	15698	
1981	14092	
1982	11288	
1983	8679	
1984	7196	
1985	5389	
1986	3724	
1987	2243	
1988	1437	
1989	1100	29319
1990	840	26764
1991	617	20986
1992	474	17081
1993	367	14963
1994	307	13625
1995	246	13785
1996	210	13956
1997	246	13905
1998	343	15198
1999	431	16709
2000	588	19284
2001	529	22266
2002	505	24688
2003	596	26803

