

# Sverige har Nordens högsta aborttall

## Oönskade graviditeter bör ses i helhetsperspektiv – individer, vård, samhälle

**MARLENE MAKENZIOUS**, med dr, utredare, Statens folkhälsoinstitut, Östersund; institutionen för kvinnors och barns hälsa marlene.makenzius@fhi.se  
**TANJA TYDÉN**, professor, institutionen för vård- och folkhälsovetenskap

**ELISABETH DARJ**, professor  
**MARGARETA LARSSON**, docent; de båda sistnämnda institutionen för kvinnors och barns hälsa; samtliga Uppsala universitet

Antalet inducerade aborter i världen uppskattas till nära 45 miljoner varje år, vilket motsvarar 28 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år. Ungefär hälften av aborterna utförs där abort är förbjudet, och i Europa är cirka en av tio aborter fortfarande illegal [1]. I ett globalt perspektiv är osäkra aborter en av de största orsakerna till kvinnors sjuklighet och död.

Tillgång till säkra aborter är därför en viktig jämställdhetsfråga, och arbetet med att förbättra kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa måste fortsätta, både internationellt och nationellt.

Fri abort har varit en lagstadgad rättighet i Sverige sedan 1 januari 1975, vilket innebär att kvinnan själv får besluta om abort till och med den 18:e graviditetsveckan. Efter 18:e graviditetsveckan får abort utföras om synnerliga skäl föreligger, vilket prövas av Socialstyrelsen [2]. I våra grannländer Danmark, Norge, Finland och Island finns möjligheten till abort fram till utgången av den 12:e graviditetsveckan, därefter krävs särskilt tillstånd. I Island och Finland krävs dock alltid tillstånd av läkare.

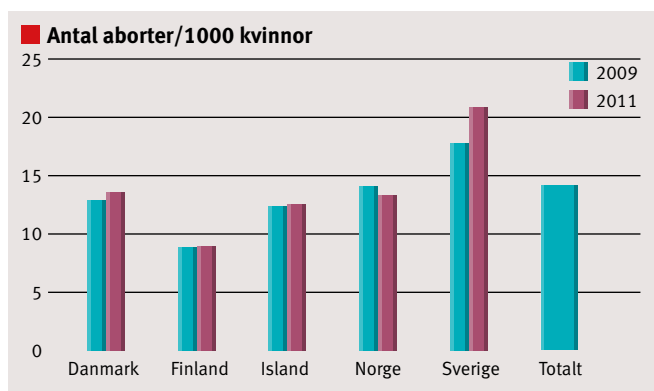
Den svenska abortlagstiftningen vill vi värna om, i synnerhet nu när en alltmer påträngande debatt pågår i Europa om att begränsa kvinnans rätt till abort. Vi önskar med denna artikel ge en översikt över abortsituationen i Sverige och över arbetet med att förebygga oönskade graviditeter.

### Alla kvinnor ska erbjudas stödsamtal före och efter abort

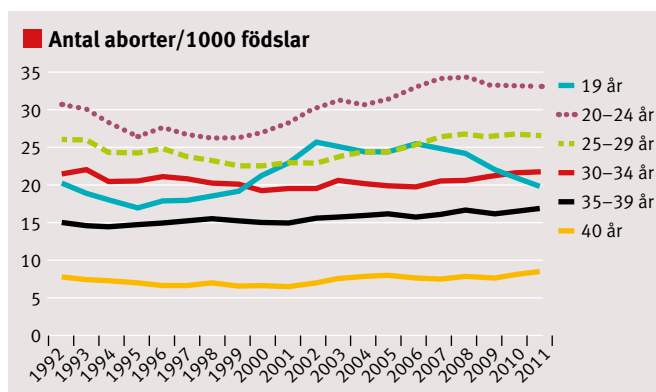
Abort är en av de vanligaste orsakerna till att kvinnor söker hjälp på svenska kvinnokliniker. Sedan 1992 har abortsökande kvinnor fått möjlighet att välja mellan kirurgisk och medicinsk abort [3]. Antalet medicinska aborter har successivt ökat och utgör i dag 89 procent av alla inducerade aborter före utgången av graviditetsvecka 9 [4].

Sedan 2004 har det varit möjligt för kvinnan att avsluta en medicinsk (farmakologisk) abort i hemmet, s.k. hemabort, under förutsättning att medicinska och psykosociala kriterier är uppfyllda [3]. Den medicinska läkemedelsbehandlingen måste emellertid alltid starta på sjukhus [5]. Ingen nationell myndighet samlar in statistik över fördelningen mellan hemaborter och aborter som avslutas på sjukhus, men andelen hemaborter har ökat betydligt enligt kvinnoklinikernas årsredovisning som sammanställs av Sveriges förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) [6].

I Sverige har alla abortsökande kvinnor rätt till ett tidigt omhändertagande som innefattar ett professionellt, medicinskt säkert och gott psykosocialt bemötande [2, 5]. Både före och efter en abort ska kvinnan erbjudas stödsamtal, vilket kliniken som utför aborten ansvarar för [5].



Figur 1. Antal aborter per 1000 kvinnor (15–49 år) i Norden 2009 och 2011.



Figur 2. Antal aborter per 1000 födselar i Sverige 1992–2011 i olika åldersgrupper.

Aborter är en uppgift förbehållen examinerade läkare, som arbetar på sjukhus. I begreppet »utföra« rymmer, när det gäller medicinska aborter, ordination av aktuella läkemedel och ansvar för att aborten har blivit genomförd [3]. Verksamhetschefer på kvinnokliniker kan ge barnmorskor en större roll i ar-

### SAMMANFATTAT

**Sverige** har det högsta aborttalet i Norden.

**Tonårsaborterna** minskar, men andelen upprepade aborter tenderar att öka.

**Fyrtio procent** av abortsökande kvinnor har tidigare genomgått en eller flera aborter. Motsvarande siffra bland män som varit involverade i en abort är 32 procent.

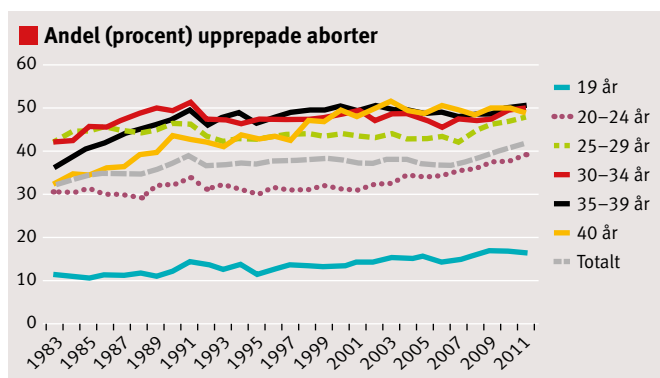
**Upprepade aborter** är associerade med socioekonomisk utsatthet, vilket bör uppmärksammas

mer inom det förebyggande folkhälsoarbetet.

**Abort väcker** existentiella tankar och känslor hos majoriteten av abortsökande kvinnor.

**En fjärdedel** av kvinnorna och hälften av männen är inte helt nöjda med abortvården.

**Rutiner och uppföljning** måste utvärderas kontinuerligt inom abortvården.



Figur 3. Andel (procent) upprepade aborter i Sverige i olika åldersgrupper.

betet med medicinska aborter enligt generella direktiv, i syfte att öka tillgängligheten och korta värdköerna [3].

### En betydande del av kända graviditeter avslutas med abort

I Sverige föds cirka 110 000 barn/år, och det genomförs mellan 35 000 och 38 000 aborter/år [4]. Sverige har det högsta aborttalet i Norden, 20,9/1 000 kvinnor i fertil ålder (15–49 år), medan Finland har det lägsta 9,0/1 000 (Figur 1). Jämförande aborttal var i Norge 13,3, Island 12,6 och Danmark 13,6. Medan antalet aborter har legat stabilt de senaste åren i våra grannländer, har det ökat i Sverige (Figur 2). Abort är vanligast i åldersgruppen 20–24 år i hela Norden [7]. Antalet aborter bland tonåringar har minskat i alla nordiska länder under de senaste åren. Sverige har dock det högsta antalet aborter bland tonåringar. Flest tonårsgraviditeter fullföljs i Island, följt av Norge, Finland, Sverige och Danmark. Abortlagstiftning i de olika länderna kan delvis förklara skillnader mellan länderna [7].

Trots att abort är en vanlig medicinsk åtgärd, finns det begränsad kunskap om kvinnor, och framför allt om män, som är involverade i en abort. I Norge visar forskning att högre utbildningsnivå har samband med färre aborter [8]. Sverige är välkänt för omfattande registerforskning, men Socialstyrelsens register över aborter ger endast information om kvinnans ålder, i vilken graviditetsvecka aborten avslutas, abortmetod (medicinsk/kirurgisk), kommundillhörighet, antal barn och tidigare aborter [4]. Det innebär att svensk forskning inom området i huvudsak sker genom enkätundersökningar (tvärsnittsstudier) bland kvinnor som gjort abort. Då utesluts ofta de kvinnor som inte talar svenska, och de män som är involverade i graviditeten är svåra att nå.

Det är vanligt att gravida kvinnor har fattat beslutet om att göra abort redan innan de kommer till kvinnokliniken [9], och registerdata visar att sociala faktorer följt av ålder är de vanligaste angivna motiven till abort [7]. Svenska tvärsnittsstudier visar att motiven ofta är komplexa [10–12]. Vanliga skäl till abort förutom åldersrelaterade motiv är: fel tidpunkt i livet (tex studier), instabil partnerrelation, svag ekonomi, arbetslöshet eller att man har de barn man önskar [10–12]. Trots att kvinnan själv har rätt att ensam besluta om abort påverkas hon även av andra personer i sin omgivning som partner, vänner och föräldrar [13–15].

Självrapportering i kombination med ämnesrådets känsliga natur kan leda till högt bortfall och därmed osäkerhet beträffande urvalets representativitet [11–13]. Resultaten kan dock delvis styrkas med att det ligger i linje med registerdata från andra nordiska länder [8].

### Fyra av tio abortsökande kvinnor gör två eller flera aborter

År 2011 hade fyra av tio abortsökande kvinnor i åldern 15–49

år (40,4 procent) erfarenhet av att ha gjort minst en tidigare abort [4], vilket kan jämföras med 36,5 procent i Finland, 39,0 procent i Norge, 34,7 procent i Danmark och 38,1 procent i Island. Tonårsaborterna i Sverige har minskat under de senaste åren, men andelen som gör upprepade aborter tenderar att öka bland unga (Figur 3).

Kvinnor som gör upprepade aborter har oftare redan barn jämfört med dem som gör sin första abort [4]. Alkohol- och drogmissbruk har visat samband med upprepade aborter [16], och amerikanska studier visar samband med utsatthet för våld och övergrepp [17, 18]. Samband finns även mellan psykisk ohälsa och upprepade aborter [18].

Finländska studier visar att oberoende faktorer som ung ålder, att ha barn, rökning, svag socioekonomisk situation och preventivmetod har samband med upprepade aborter [19, 20]. En svensk och en dansk studie visar liknande resultat samt ett samband mellan upprepade aborter och att vara utlandsfödd [21, 22]. Författarna menar dock att det sannolikt hör ihop med svag socioekonomisk situation snarare än att födelselandet i sig är en riskfaktor [21, 22]. Varken hög ålder eller abortmetod tycks ha någon avgörande betydelse för upprepade aborter [19, 20].

Ett svenskt forskningsprojekt har undersökt både kvinnor [12] och män [23] med erfarenhet av abort. För kvinnor (n = 798) var upprepade aborter associerade med att redan ha barn (oddskvot [OR] = 2,57), brist på emotionellt stöd (OR 2,09), arbetslöshet eller sjukskrivning (OR 1,65), rökning/snusning (OR 1,56) och låg utbildningsnivå (OR 1,5) [12]. Totalt 32 procent av männen (n = 590) som varit involverade i abort hade erfarenhet av minst en tidigare abort. Upprepad aborterfarenhet hos män var associerad med att ha varit utsatt för våld eller tvång (OR 2,62), att vara arbetslös eller sjukskriven (OR 2,58) och att redan ha barn (OR 2,0) [23]. Daglig användning av tobak var vanligt bland kvinnor och män som hade erfarenhet av upprepade aborter (41 procent/57 procent) [23].

Bortfallet bland männen bör dock noteras. De 590 männen [23] inbjöds att delta i studien med hjälp av den gravida kvinnan, som ombads att ge mannen en enkät [12]. Det är okänt hur många kvinnor som faktiskt gav enkäten och förfrankerat kuvert till de män som inte deltog i abortbesöket när kvinnan rekryterades till studien. Därför kunde en svarsfrekvens inte beräknas för männen.

### Existentiella tankar, känslor och behov vanliga vid abort

De flesta kvinnor är i efterhand nöjda med sitt beslut om abort och känner ingen ånger [15, 24, 25]. Om aborten genomförs tidigt i graviditeten är fysiska och psykiska komplikationer sällsynta [3, 25]. Aborten kan dock väcka känslor och frågor som anknyter till livsåskådning. Frågor av existentiell karaktär kan vara högst personliga och behöver inte vara kopplade till religiösa trosuppfattningar [26].

En svensk studie visade att sex av tio kvinnor hade existentiella tankar om livet, döden, mening och moral i samband med en abort [27]. Nästan hälften av kvinnorna uppgav att de hade behov av att genomföra en symbolisk handling i relation till aborten, och 67 procent tänkte på fostret i termer av ett barn. Högre grad av existentiella faktorer hade samband med större svårighet att fatta beslut om abort och ett sämre psykiskt välbefinnande efter aborten [27].

Existentiella tankar som handlar om livet och döden är inte

**»Antalet aborter bland tonåringar har minskat i alla nordiska länder under de senaste åren. Sverige har dock det högsta antalet aborter bland tonåringar.«**

## KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

### »... landstingen kan spara ca 2,8 miljoner kronor för varje procents minskning av antalet aborter genom att satsa på subventionerade preventivmedel ...«

förbehållna abortsökande kvinnor utan finns även bland vårdpersonal. En svensk studie visade att närmare var femte gynekolog hade funderat på att byta arbete på grund av aborterna, och närmare 75 procent hade upplevt osäkerhet i samband med kirurgiska eller sena aborter [28]. Inom abortvården kan det därför vara särskilt viktigt att vara öppen för frågor om existentiella tankar, känslor och behov [27, 29]. Detta är något som vanligtvis inte inkluderas eller diskuteras i den medicinska behandlingen eller i vårdens styrdokument.

#### Många kvinnor föredrar hemabort – men inte alla

En del kvinnor som genomgått medicinsk abort uppger att metoden kändes mer naturlig än kirurgisk abort, och de hade inga problem med administration av läkemedlet [30-32]. Hemabort tidigt i graviditeten ger större självständighet och integritet i en lugn och trygg miljö [24, 33, 34].

Studier visar att även män har positiva erfarenheter av hemabort. Männen berättade att de i hemmet tillsammans med sin partner lättare kunde dela händelsen och uttrycka känslor utan de störmoment som de menade fanns i sjukhusmiljön [24, 33].

Trots att många kvinnor numera föredrar hemabort, väljer en del att genomgå kirurgisk abort. En översiktsartikel visade att kvinnor valde kirurgisk metod för att det tog kortare tid, och kvinnorna hade en önskan om att slippa vara medvetna om det fysiska genomförandet av aborten. Kvinnorna var skeptiska mot läkemedlet som gavs vid medicinsk abort och rädda för eventuella biverkningar [35].

#### Bemötande och rutiner inom abortvården kan bli bättre

Studier visar att många män är engagerade i samband med en abort, men en del känner sig negligerade av vårdpersonalen [24, 36, 37]. Även kvinnor kan uppleva att deras partner inte blev bemött på det sätt de hade förväntat sig [24].

En svensk studie bland abortsökande kvinnor och deras partner visade att en fjärdedel av kvinnorna och hälften av männen inte var helt nöjda med vården [38]. Den viktigaste faktorn för hög tillfredsställelse med vården var att ha fått ett gott bemötande, för både kvinnor (OR 11,78) och män (OR 5,32). Andra faktorer av betydelse var, för kvinnorna, att ha fått tillfredsställande smärtlindring (OR 3,87), information om den gynekologiska undersökningen (OR 2,25) och preventivmedelsrådgivning (OR 2,23) samt att det var lätt att nå kliniken via telefon (OR 1,91). För männen var information om abortproceduren en viktig faktor för tillfredsställelse med vården (OR 2,64).

När nya rutiner om hemabort införs ställer det höga krav på personalens kommunikativa förmåga. De måste avläsa behov och anpassa information och rådgivning för ett händelseförlopp som ska ske utanför sjukhuset [24]. Flera studier visar att det är viktigt för kvinnor att få vara delaktiga i valet av abortmetod [24, 33, 35]. En svensk studie visade att en högre andel unga abortsökande kvinnor (<20 år) än äldre kvinnor (20-49 år) upplevde att de inte hade fått vara med och diskutera valet av metod [38]. Fler av de yngre än de äldre kvinnorna upplevde även att det var svårt att nå kliniken via telefon [38].

Ur ett patientperspektiv kan sammanfattningsvis konstateras att ett professionellt och gott bemötande av både kvinnan (oavsett ålder) och hennes partner är viktigt inom abortvården. Att beakta mäns behov i abortvården kan vara

en kontroversiell fråga, eftersom abort berör kvinnans kropp. Att säkerställa ett gott bemötande av män behöver inte inskränka kvinnors rätt till god vård [39]. En studie [38] visar att män var generellt mindre nöjda med vården i samband med abort än kvinnorna och att de kvinnor som levde i en relation var mindre nöjda med vården än ensamstående kvinnor. Detta indikerar att bemötandet av männen kan påverka kvinnors upplevelse av vården [38]. Kön- och genusperspektiv bör i högre grad genomsyra abortvården [38, 39].

#### Sex- och samlevnadsundervisning viktig del av prevention

I Sverige finns inga enkla förklaringar till variationerna i aborter över tid, men i Socialstyrelsens rapport 2011 kopplas variationer ihop med konjunkturskiftningar [4] och med riskfyllda sexualvanor som fler partner och låg kondom användning [40].

I Finland förklaras ökningen av aborter under 1990-talet med att servicen inom den offentliga hälso- och sjukvården minskade efter lågkonjunkturen, preventivmedlen blev dyrare och kommunerna själva fick besluta om skolornas läroplaner [7]. Detta ledde till stor variation i sexualundervisningens omfattning och innehåll. Till följd av ökningen vidtog åtgärder, exempelvis blev akut-p-piller receptfria för personer som fyllt 15 år och sexualundervisningen blev en obligatorisk del av skolornas läroplaner. I början av 2000-talet, i anslutning till dessa åtgärder, började antalet aborter bland unga minska i Finland [7]. I Sverige har tonårsaborterna minskat varje år sedan 2006 [4].

Sverige har sedan 1970-talet ett brett förebyggande arbete när det gäller oönskade graviditeter, men det saknas en nationell handlingsplan för hur man ska arbeta preventivt utifrån olika behov och målgrupper [40]. I synnerhet har lite uppmärksamhet riktats mot pojkars och mäns roller, ansvar och behov [40, 41]. I ett historiskt perspektiv har män haft stort inflytande över familjeplanering. När p-pillret kom på 1960-talet och i takt med att kvinnor fått tillgång till allt fler preventivmedel har ansvaret förändrats [42]. Mäns attityder kan påverka kvinnors användning av preventivmedel [43-45], men en del unga män överlåter ansvaret för prevention till den unga kvinnan [46, 47].

Mäns och kvinnors gemensamma ansvar för sexuell och reproduktiv hälsa är något som bör diskuteras i sex- och samlevnadsundervisningen i skolan. Denna undervisning är obligatorisk men skiljer sig åt mellan olika skolor. Likaså finns skillnader över landet i den verksamhet ungdomsmottagningarna bedriver [40].

Preventivmedelsrådgivning är en kostnadsfri och etablerad verksamhet i Sverige. Trots god tillgång till rådgivning och ett brett urval av preventivmedel har ungefär en av tre abortsökande kvinnor inte använt något preventivmedel [7, 12]. Många kvinnor är dock motiverade att använda ett effektivt preventivmedel efter en abort [11, 24], och därför är rådgivning i samband med aborten viktig [48]. Studier visar att användning av spiral efter en abort minskar risken för upprepade aborter [19, 49].

Samtliga landsting utom Västerbotten subventionerar i dag p-piller och i vissa fall även andra preventivmedel till ungdomar. Subventionerna varierar mellan landstingen enligt principer som de själva fastställer [50]. Socialstyrelsen har beräknat att landstingen kan spara ca 2,8 miljoner kronor för varje procents minskning av antalet aborter genom att satsa på subventionerade preventivmedel [50]. En kartläggning av Social-

»Likaså är det viktigt att i högre grad tillskriva män ansvar för sexualitet och reproduktiv hälsa ...«

## KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

styrelsen visar att nyare och dyrare preventivmedel (inklusive hormonspiral) i högre grad används av kvinnor med hög inkomst [50]. Akut-p-piller delas ut gratis på landets ungdomsmottagningar och finns även att köpa receptfritt på apotek.

### Folkhälsopolitiska åtgärder – med fokus på jämlikhet

Regeringen har initierat flera viktiga arbeten vad gäller folkhälsopolitiska åtgärder under de senaste åren. Ett samarbete pågår mellan Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut, vilket ska mynna ut i en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter [51]. Arbetet ska slutredovisas hösten 2014 till Socialdepartementet. Behov av att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen har påtalats, och för tillfället pågår ett sådant arbete hos Skolverket [52]. Ungdomsmottagningarnas viktiga förebyggande arbete kartläggs också för närvarande [51]. En ungdomsmottagning på nätet, UMO, har initierats och »besöks« av många ungdomar [53].

Utifrån det svenska folkhälsopolitiska målet sexualitet och reproduktiv hälsa, som är ett av 11 nationella målområden, ska insatser utgå ifrån samhällsliga förutsättningar för att skapa en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen [40]. Det innebär att det är viktigt att motarbeta ojämlikheter i hälsa som bottnar i kön, ålder, socioekonomi, etnicitet, kulturell bakgrund, sexuell läggning eller funktionsnedsättning [40].

Jämlikhet bör inte förväxlas med jämställdhet, som handlar om relationen mellan kvinnor och män, vilken ingår som en del bland flera i det vidare begreppet jämlikhet. Sociala relationer, utbildning, sysselsättning och tillgänglighet till hälso- och sjukvård är bestämningsfaktorer som påverkar sexuell och reproduktiv hälsa [40]. Det är väl känt att sexuellt risktagande är kopplat till andra riskfyllda levnadsvanor [54-56] och korrelerar med exempelvis utbildningsnivå [54, 57]. Utbildning, drogförebyggande insatser, förbättrad sexualundervisning och subventionerade preventivmedel är därför viktiga åtgärder i det förebyggande arbetet [12, 23, 24].

Det förebyggande arbetet inom sexuell och reproduktiv

hälsa bör i högre grad relateras till jämlikhetsaspekter. Svenska registerdata inom förlossnings- och barnhälsovård är unika i världen och har bidragit till att vi i dag har en bra kunskap om medicinskt utfall och olika vårdåtgärder inom området. Statens folkhälsoinstitut och en arbetsgrupp utsedd av regeringskansliet har föreslagit att mer statistik behövs inom abortverksamheten för att utveckla vården och det förebyggande arbetet mot oönskade graviditeter [40, 41].

Förbättrad användning av preventivmedel är nödvändig för att förebygga oönskade graviditeter [11, 24, 48]. Nationella regler för subventionering av preventivmedel behövs för att uppfylla det övergripande folkhälsomålet, som syftar till att utjämna orättvisa ojämlikheter i befolkningen. Likaså är det viktigt att i högre grad tillskriva män ansvar för sexualitet och reproduktiv hälsa [23, 58, 59]. Mer kunskap behövs därför om hur män påverkar kvinnors preventivmedelsanvändning [60]. Rutiner och uppföljning bör kontinuerligt utvärderas för att säkerställa kvaliteten av abortvården och följsamheten i användningen av preventivmedel [24, 33].

Oönskade graviditeter och aborter är frågor som inte enbart berör individen, utan måste ses i ett helhetsperspektiv; ett delat ansvar som berör både individer, hälso- och sjukvården samt samhället i stort.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### ■ SUMMARY

Sweden has the highest abortion rate among the Nordic countries, 20.9/1000 women, about 38 000 annual induced abortions compared to 110 000 births. There is limited knowledge about women and especially about men who are involved in an abortion. The overall purpose of this review was to present trends in abortion rates, women's and men's experiences and needs related to abortion care, as well as important aspects related to the prevention of unwanted pregnancies. Four out of ten women seeking abortion, and one third

of men involved in an abortion, have experienced at least one previous abortion. Repeat induced abortion is associated with socio-economic vulnerability. Abortion care should be continuously evaluated from a patient perspective and with focus on preventing another unwanted pregnancy. Public health policy measures are important to reduce inequality between groups, which also applies to the prevention of unwanted pregnancies.

## KLINIK &amp; VETENSKAP ÖVERSIKT

## REFERENSER

- Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012;379:625-32.
- Abortlag (SFS 1974:595).
- Socialstyrelsen. Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Socialstyrelsen. Aborter i Sverige 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
- Socialstyrelsens föreskrifter om abort (SOSFS 2009:15). Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). Kvinnoklinikkernas årsrapport. <https://www.sfog.se/start/kvalitetsregister/kvinnoklinikkernas-arsrapport/> [citerad 5 apr 2013].
- National Institute of Health and Welfare. Induced abortions in the Nordic countries 2009. Official statistics. Helsinki: Stakes; 2011.
- Vangen S, Eskild A, Forsen L. Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. *BJOG*. 2008;115:1309-15.
- Kumar U, Baraitser P, Morton S, et al. Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004;30:51-4.
- Kero A, Högberg U, Jacobsson L, et al. Legal abortion: a painful necessity. *Soc Sci Med*. 2001;53:1481-90.
- Larsson M, Anellom G, Odling V, et al. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81:64-71.
- Makenzius M, Tydén T, Darj E, et al. Repeat induced abortion – a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16:369-77.
- Ekstrand M, Larsson M, von Essen L, et al. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits – a focus group study among 17-year-old female high-school students. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:980-6.
- Halldén BM, Christensson K, Olsson P. Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scand J Caring Sci*. 2009;23:243-50.
- Alex L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scand J Caring Sci*. 2004;18:160-8.
- Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, et al. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:575.e1-6.
- Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*. 2005;172:637-41.
- Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety: what's the relationship? *Soc Sci Med*. 2008;67:238-52.
- Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. 2008;78:149-54.
- Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, et al. Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009;113:845-52.
- Helström L, Odling V, Zätterström C, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health*. 2003;31:405-10.
- Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, et al. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*. 2008;18:144-9.
- Makenzius M, Tydén T, Darj E, et al. Risk factors among men who have repeated experience of being the partner of a woman who requests an induced abortion. *Scand J Public Health*. 2012;40:211-6.
- Makenzius M, Tydén T, Darj E, et al. Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scand J Caring Sci*. Epub 22 aug 2012.
- Kero A, Högberg U, Lalos A. Well-being and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med*. 2004;58:2559-69.
- Bäckström A, Edgardh N, Pettersson P. Religious change in Northern Europe: the case of Sweden. Stockholm: Verbum; 2004.
- Stålhandske ML, Makenzius M, Tydén T, et al. Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012;33:53-61.
- Hammarstedt M, Lalos A, Wulff M. A population-based study of Swedish gynecologists' experiences of working in abortion care. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85:229-35.
- Stålhandske ML, Ekstrand M, Tydén T. Women's existential experiences within Swedish abortion care. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2011;32:35-41.
- Clark WH, Hassoun D, Gemzell-Danielsson K, et al. Home use of two doses of misoprostol after mifepristone for medical abortion: a pilot study in Sweden and France. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005;10:184-91.
- Fiala C, Winikoff B, Helström L, et al. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*. 2004;70:387-92.
- Ellertson C, Waldman SN. The mifepristone-misoprostol regimen for early medical abortion. *Curr Womens Health Rep*. 2001;1:184-90.
- Kero A, Wulff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009;14:324-33.
- Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*. 2002;65:419-23.
- Ho PC. Women's perceptions on medical abortion. *Contraception*. 2006;74:11-5.
- Kero A, Lalos A, Wulff M. Home abortion – experiences of male involvement. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15:264-70.
- Holmberg LI, Wahlberg V. The process of decision-making on abortion: a grounded theory study of young men in Sweden. *J Adolesc Health*. 2000;26:230-4.
- Makenzius M, Tydén T, Darj E, et al. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17:260-9.
- Papworth V. Abortion services: the need to include men in care provision. *Nurs Stand*. 2011;25:35-7.
- Statens folkhälsoinstitut. Sexualitet och reproduktiv hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
- Regeringskansliet. Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet – idépromemoria från Socialdepartementets arbetsgrupp för förebyggande av oönskade graviditeter. Stockholm: Socialdepartementet; 2009.
- Tyrer L. Introduction of the pill and its impact. *Contraception*. 1999;59(1 Suppl):11S-16S.
- Degni F, Mazengo C, Vaskilampi T, et al. Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of condom by men and that of other forms of contraception by women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13:298-303.
- Orji EO, Ojofeitimi EO, Olanrewaju BA. The role of men in family planning decision-making in rural and urban Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2007;12:70-5.
- Sköld A, Larsson M. Contraceptive use during the reproductive life-cycle as reported by 46-year-old women in Sweden. *Sex Reprod Healthc*. 2012;3:43-7.
- Ekstrand M, Tydén T, Darj E, et al. Preventing pregnancy: a girls' issue. Seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2007;12:111-8.
- Christianson M, Johansson E, Emmelin M, et al. »One-night stands« – risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in North Sweden. *Scand J Public Health*. 2003;31:44-50.
- Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, et al. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90:869-77.
- Lindh I, Ellström AA, Blohm F, et al. A longitudinal study of contraception and pregnancies in the same women followed for a quarter of a century. *Hum Reprod*. 2010;25:1415-22.
- Socialstyrelsen. Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel. Problem och åtgärdsförslag inom oförändrad kostnadsram. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
- Regeringskansliet. Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Socialstyrelsen. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
- Regeringskansliet. Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Statens skolverk. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2011.
- Nationell ungdomsmottagning på nätet. <http://www.umo.se>
- Makenzius M, Larsson E, Borneskog C, Eriksson M, et al. Sexual behaviour and contraceptive use among Swedish high school students in two cities: comparisons between genders, study programmes, and over time. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16:36-46.
- Häggeström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *J Adolesc Health*. 2002;30:288-95.
- Makenzius M, Larsson M. Early onset of sexual intercourse is an indicator for hazardous lifestyle and problematic life situation. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:20-6.
- Tikkanen R, Abellsson J, Forsberg M. UngKAB09: kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga [rapport]. Göteborg: Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete; 2011.
- Makenzius M, Gadin KG, Tydén T, et al. Male students' behaviour, knowledge, attitudes, and needs in sexual and reproductive health matters. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009;14:268-76.
- Hawkes S. Why include men? Establishing sexual health clinics for men in rural Bangladesh. *Health Policy Plan*. 1998;13:121-30.
- Kavanaugh ML, Lindberg LD, Frost J. Factors influencing partners' involvement in women's contraceptive services. *Contraception*. 2012;85:83-90.