



SOCIAL
FORSKNINGS
INSTITUTTET

PROVOKERET ABORT

– Undersøgelse af baggrund og virkninger

CONNIE CARØE CHRISTIANSEN / GARBI SCHMIDT /
MOGENS NYGAARD CHRISTOFFERSEN



03:19

PROVOKERET ABORT

– Undersøgelse af baggrund og virkninger

CONNIE CARØE CHRISTIANSEN
GARBI SCHMIDT
MOGENS NYGAARD CHRISTOFFERSEN

KØBENHAVN 2003
SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTET
03:19

FORORD

Siden 1973 har aborten været fri i Danmark. Det vil sige, at kvinder, som er blevet gravide, har kunnet vælge, om de ville gennemføre denne graviditet, eller om de ville have den afbrudt. Antallet af kvinder, som har valgt den provokerede abort, har siden dens indførelse været jævnt faldende. I 1975 blev der udført ca. 27.900 legale aborter mod ca. 15.000 i 2002. Det svarer til, at ca. 18 pct. af de kvinder, som ved årtusindskiftet blev gravide, valgte abort.

Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen iværksatte i 1999 en handlingsplan for at nedbringe antallet af provokerede aborter. I den forbindelse bad Sundhedsstyrelsen Socialforskningsinstituttet om at undersøge de fysiske og psykiske eftervirkninger af abort. Resultaterne fra denne undersøgelse publiceres i denne rapport. I tilknytning til rapporten er der udarbejdet et "working paper": "Teenage motherhood and induced abortion among teenagers", som er tilgængeligt på instituttets hjemmeside (www.sfi.dk).

Undersøgelsen er både kvantitativ og kvalitativ. Den kvantitative delundersøgelse baseres på registerdata, hvorved det er muligt at følge de enkelte kvinders sygdomme i forbindelse med hospitalsindlæggelser og sammenligne med jævnaldrendes forhold. Den kvalitative delundersøgelse bygger på interview med 14 kvinder, som alle har fået foretaget en provokeret abort. Interviewene omhandler bl.a. deres erfaringer, herunder de fysiske og psykiske reaktioner, som de har haft i forbindelse med processen. Hvilken betydning (om nogen) havde aborten for det liv, som de førte på det tidspunkt, hvor den

blev udført, og er den af betydning for deres fysiske og psykiske velbefindende i dag?

Vi vil gerne sige tak til de kvinder, som lod sig interviewe i forbindelse med undersøgelsen. Også tak til undersøgelsens følgegruppe, samt til Ellen Ryg Olsen for gennemlæsning af manuskriptet.

Undersøgelsen er udført af seniorforsker Mogens Nygaard Christoffersen, forsker Connie Carøe Christiansen og seniorforsker Garbi Schmidt. Den er finansieret af Sundhedsstyrelsen.

København, november 2003

Jørgen Søndergaard

INDHOLD

FORORD	2
RESUME	12
UNDERSØGELSENS KVANTITATIVE DEL	12
Flere underlivsbetændelser og spontane aborter	13
Ingen psykiske eftervirkninger	13
UNDERSØGELSENS KVALITATIVE DEL	13
Mange årsager til abort	14
Omsorg efterlyses	14
Behov for samtale og rådgivning	15

1	SAMMENFATNING	16
	UNDERSØGELSENS KVALITATIVE DEL	17
	Overvejelsesperioden	17
	Abortoplevelsen	18
	To typer af aborterfaringer – begge kan bruges fremadrettet	19
	Behov for social accept	19
	Professionel og lægelig rådgivning	20
	UNDERSØGELSENS KVANTITATIVE DEL	20
	Abortsøgende kvinders sociale forhold spiller en vigtig rolle	20
	De fysiske eftervirkninger af abort	21
	Underlivsbetændelse	21
	Spontan abort	22
	For tidlig fødsel	23
	Graviditet uden på livmoderen	23
	Barnløshed	23
	Psykiske eftervirkninger af abort:	24
	Indlæggelse på psykiatrisk sygehusafdeling	
	Psykoser som følge af abortindgreb	24
	Selvmodrsforsøg efter provokeret abort	24
2	UNDERSØGELSENS BAGGRUND OG METODER	26
	BAGGRUND	26
	METODE: UNDERSØGELSENS KVALITATIVE DEL	27
	Internettet har været kontaktkanal	27
	Bredere aldersgruppe og uden komplikationer	27
	Fortællinger og budskaber	28
	METODE: UNDERSØGELSENS KVANTITATIVE DEL	29
	Registermetoden	29

3	INTERVIEWDELEN AF UNDERSØGELSEN AF PROVOKERET ABORT	32
	INTERVIEW: BESLUTNING OG GENNEMFØRELSE	34
	Kvindernes begrundelser for valg	34
	Præventionssvigt og brugerfejl	35
	USTABILE PARFORHOLD	36
	Økonomi og alder	39
	Socialt og psykisk belastende forhold	41
	OVERVEJELSESPERIODEN	42
	At føle sig gravid	42
	At tage valget	43
	BETYDNINGEN AF NETVÆRK OG FAMILIE	45
	INDGREBET – KVINDERNES FORVENTNINGER TIL SUNDHEDSVÆSNET	49
	Mødet med den praktiserende læge	50
	Mødet med hospitalet	51
	Brug for at tale med nogen, eller brug for at være alene	53
	Betydning af hjælp og støtte fra kvindens netværk under hospitalsbesøg og indgreb	54
	DE FORSKELLIGE FORMER FOR INDGREB	56
	Jettes beretning om medicinsk abort	57
	PERSPEKTIVERING	61
	Mødet med sundhedsvæsnets	61

4	INTERVIEW: ABORT SOM EN ERFARING	64
	EFTERVIRKNINGER PÅ KORT SIGT	65
	På den ene side tomhed...	65
	– på den anden side lettelse.	67
	ERFARINGER OG MODNINGSPROCES	68
	At tale med andre om aborten	69
	Uventede eftervirkninger	71
	Aborten i tilbageblik	72
	Hvis jeg ikke havde fået aborten...	75
	Afklarethed	77
	BETYDNINGEN AF ANDRES HOLDNINGER TIL ABORT	80
	Hvorfor taler man ikke mere åbent om abort?	82
	Det omgivende samfunds vurdering af de abortsøgende	84
	FORHOLD OMKRING ABORTEN DER KUNNE FORBEDRES	87
	1. Mere rådgivning	88
	2. Mere information	88
	Råd til en veninde, der overvejer abort	90
	KONKLUSION PÅ INTERVIEWDELEN	91
	PERSPEKTIVERING	91

5	TIDLIGERE UNDERSØGELSER AF PROVOKERET ABORT	94
	TIDLIGERE UNDERSØGELSER: ÅRSAGER OG BAGGRUND FOR ABORT	96
	Tidligere undersøgelser om årsager til abort	97
	Færre aborter og senere børn	97
	Undervisning har indflydelse	99
	Informationen skal følges op	100
	Prævention med potentiale	100
	Ønskebørn, økonomi og mistanke om sygdom	102
	Sociale forhold, uddannelsesmuligheder og erhvervsarbejde	103
	Usikre parforhold	104

6	STATISTISK DEL AF UNDERSØGELSEN AF PROVOKERET ABORT	106
	STATISTIK: BELASTENDE FAKTORER FORUD FOR ABORT	108
	FORLØBSUNDERSØGELSE AF KVINDER FØDT 1966	108
	Undersøgelsesmetode og datamateriale	109
	Hver fjerde kvinde får abort	110
	De udsatte kvinder	111
7	STATISTIK: DE FYSISKE EFTERVIRKNINGER AF ABORT	116
	ANTAGELSER OM FYSISKE FØLGEVIRKNINGER AF ABORT	116
	a) Umiddelbare fysiske komplikationer efter abort	119
	b) Fysiske komplikationer efter abort	
	b1) Underlivsbetændelse	120
	b2) Spontan abort	123
	b3) For tidlig fødsel	125
	b4) Graviditet uden for livmoderen	125
	b5) Barnløshed	127

8	STATISTIK: DE PSYKISKE EFTERVIRKNINGER AF ABORT	130
	MODSTRIDENDE ERFARINGER OM PSYKISKE FØLGEVIRKNINGER	131
	PSYKISKE FØLGEVIRKNINGER, DER RESULTERER I HOSPITALSINDLÆGGELSER	133
	Begrænsninger i undersøgelsen	133
	Indlæggelse på psykiatrisk sygehusafdeling	134
	Psykoser som følge af abortindgreb?	135
	Selvmordsforsøg efter provokeret abort?	136
	BILAG A: STATISTISK ANALYSEMETODE	140
	BILAG B: DEFINITIONER AF DE ANVENDTE BEGREBER	154
	BILAG C: BILAGSTABEL OM BEREGNING AF ANTAL KVINDER, DER VIL FÅ EN ABORT	158
	LITTERATURLISTE	160
	SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTETS UDGIVELSER SIDEN 1.1.2002	172

RESUME

Undersøgelsens formål er at undersøge eventuelle fysiske og psykiske eftervirkninger af abort, fordi der længe har været en del usikkerhed om dette spørgsmål. Man har blandt andet haft mistanke om, at nogle alvorlige fysiske og psykiske problemer, som ganske vist normalt optræder meget sjældent, kunne optræde med en overhyppighed blandt de kvinder, der fik foretaget en abort.

Undersøgelsens kvantitative del

For at kunne af- eller bekræfte disse mistanker om sådanne relativt sjældne reaktioner kræves imidlertid et erfaringsmateriale, der dækker et meget stort antal kvinder. Derfor er der foretaget en analyse af eventuelle eftervirkninger for alle kvinder født i 1966, som blev fulgt frem til 27-års-alderen. Omkring 7.000 kvinder i denne fødselsårgang (svarende til 17 pct.) havde fået foretaget en abort. Deres psykiske og fysiske helbredstilstand efter aborten bliver sammenlignet med deres jævnaldrendes forhold.

Risikoen for at skulle få foretaget en abort er dog ikke lige jævnt fordelt blandt kvinderne. Undersøgelsen viser, at kvinder med vanskelige opvækstvilkår har en væsentlig forøget risiko for at komme i en situation, hvor de føler sig nødsaget til at vælge abort.

Når man skal vurdere eventuelle eftervirkninger af abortindgrebet, er det derfor nødvendigt, så vidt det er muligt, at søge at udskille

eftervirkninger af baggrundsbelastninger fra de belastninger, der alene kan henføres til selve abortindgrebet.

Flere underlivsbetændelser og spontane aborter

Når man tager højde for baggrundsbelastningen, viser undersøgelsen, at de kvinder, der fik foretaget en abort, året efter har en fordoblet risiko for en underlivsbetændelse, der resulterede i en hospitalsindlæggelse – uden dog at årsagsforholdet er afklaret. Man kan tænke sig, at forskelligheder i livsstil kan have betydning både for risikoen for uønskede graviditeter og for risikoen for underlivsbetændelser.

Kvinder, der har fået foretaget en abort, havde året efter 1½ gang forøget risiko for en spontan abort. Men sammenligner man med de kvinder, der havde født, finder man også her en tilsvarende forøget risiko for spontan abort.

En række andre fysiske eftervirkninger viser imidlertid ikke nogen sammenhæng med et tidligere abortindgreb. Det drejer sig om følgende forhold: for tidlig fødsel, svangerskab uden for livmoderen og barnløshed.

Ingen psykiske eftervirkninger

De psykiske eftervirkninger, som undersøgelsen omfatter, er følgende forhold i forbindelse med hospitalsindlæggelser: psykiske lidelser, psykoser og selvmordsforsøg. Undersøgelsen viser ingen sammenhæng mellem provokeret abort og risikoen for efterfølgende indlæggelse på psykiatrisk afdeling, men der er dog en svag sammenhæng mellem abortindgrebet og efterfølgende selvmordsforsøg, også når man tager højde for den sociale skævhed, der i det hele taget præger de kvinder, der foretog selvmordsforsøg. Sammenhængen er imidlertid svag, og det er kun ganske få af selvmordsforsøgene, man statistisk set kan henføre til det faktum, at kvinden året forud havde fået foretaget en abort.

Undersøgelsens kvalitative del

Udover resultater fra den registerbaserede delundersøgelse indeholder rapporten også en beskrivelse af de fysiske og psykiske eftervirkninger af provokeret abort, baseret på interview med 14 kvinder. Kvinderne havde alle fået foretaget en abort mindst et år før inter-

viewtidspunktet og havde således fået oplevelsen så meget på afstand, at de kunne reflektere over den som en livserfaring.

Flere af kvinderne henvendte sig til os adskillige år efter, at abortindgrebet var foretaget. Dette fortæller, at aborten er en markant og for nogen endog skelsættende begivenhed. Det er ikke alle kvinder, der opfatter aborten som noget dramatisk eller traumatisk – visse ser ikke andre muligheder end det valg, som de foretog – men aborten sætter kvindens liv i relief, og får hende til at tage prioriteringer og relationer op til overvejelse. Flere af de interviewede kvinder beskriver abortoplevelsen som en modningsproces.

Mange årsager til abort

Kvinderne beskriver, at der kan være flere grunde til, at man vælger abort. Der kan være tale om, at kvinden er blevet gravid med en mand, som hun kun har kendt kortvarigt, og som hun ikke har lyst til at stifte familie med. Der kan være tale om, at kvinden befinder sig i et længerevarende, men ustabilt parforhold, hvor der ikke er overskud til (flere) børn. Der kan være tale om, at partneren ikke ønsker barnet. Der kan også være tale om, at man føler sig for ung og fx gerne vil have en uddannelse, før man får børn. Der kan være tale om økonomiske overvejelser, at man ikke føler, at man har råd, evt. fordi man allerede har børn i forvejen. Endelig kan kvinden befinde sig i en psykisk krævende periode af sit liv, hvor hun ikke kan overskue at skulle tage sig af et lille barn.

Valget af abort er ikke ukompliceret. Kvinden må træffe et betydningsfuldt og eksistentielt valg. Ofte foretages valget i samråd med andre. Mødre og gode veninder spiller centrale roller i disse valg og gør det tit i større grad end den person, som er far til barnet. Kvinder beskriver i øvrigt, at valget af abort særligt er psykisk belastende for dem, som egentligt gerne ville have barnet, men de af forskellige omstændigheder – fx partnerens afvisning af det af få et barn – må se sig nødsaget til at afbryde graviditeten. Valget er dog generelt noget, som kvinderne står inde for og er afklarede omkring.

Omsorg efterlyses

Kvinderne reagerer forskelligt på mødet med hospitalet og sundhedspersonalet. Nogle foretrækker at være ladet alene og dermed et uinvolveret, upersonligt møde. Andre er skuffede over, at mødet

med læger og sundhedspersonale ikke giver dem mulighed for at tale oplevelse og valg igennem. De efterlyser omsorg. Det er generelt for kvinderne, at de helst ikke vil konfronteres med medpatienter. Dette kan skyldes, at aborten anses for noget, der hurtigt skal overstås, at man skammer sig, at man ikke vil ynkes, eller simpelthen vil ikke støde kvinder, som ikke kan få børn, som også befinder sig på hospitalet.

Ingen af de interviewede kvinderne havde længerevarende påviselige fysiske virkninger af abortindgrebet. Den psykiske reaktion er dog forskellig. For nogle kvinder er abortoplevelsen en enkeltstående oplevelse, som de relativt hurtigt kommer videre fra. For andre er aborten forbundet med en række andre dårlige omstændigheder, som gør kvinden mere psykisk sårbar, og dermed gør det sværere for hende at komme videre fra. Flere beskriver en forøget sensitivitet som et resultat af aborten, fx som medfølelse overfor andre kvinder, der står i samme situation eller blot det at kunne græde, når man ser en tegnefilm.

Behov for samtale og rådgivning

At tale med andre om aborten er dog for de fleste en betydningsfuld måde at komme videre på. Dette ikke mindst for at opleve andres accept af, at det man gjorde, var rigtigt. Kvinderne understreger, at den sociale accept af deres valg er meget vigtig. Dog vælger nogle af dem ikke at fortælle om deres oplevelser til andre, fordi de føler skyld og skam overfor deres valg. Andre er dog meget åbne og får god støtte fra både umiddelbare netværk og arbejdskolleger. Som sådan må kvinden forholde sig til – og på forskellig måde reagere på – negative og stereotype billeder af kvinder, der har fået abort, hvad enten de anses for promiskuøse eller for ligefrem at anvende abort som en præventionsform.

Kvinderne efterlyser mere rådgivning, ikke mindst af neutral karakter, når beslutningen tages, men også i abortprocessens efterfølgende faser. Nogle nævner, at professionel hjælp i form af en psykolog bør være et efterfølgende tilbud til de kvinder, der ikke kan bruge deres personlige netværk til at bearbejde oplevelsen med.

SAMMENFATNING

Denne undersøgelse søger at give et billede af de fysiske og psykiske eftervirkninger, som kvinder, der får foretaget en provokeret abort, kan komme ud for. Undersøgelsen bygger både på kvalitativ og kvantitativ data.

Undersøgelsens første *kvalitative* del videregiver og analyserer interviewdata indsamlet blandt 14 kvinder, som alle havde fået foretaget en provokeret abort for mere end 1 år siden. Kvinderne blev bedt om at fortælle om deres erfaringer før, under og efter indgrebet. Kvindernes beretninger giver et direkte og personligt indblik i, hvordan valget foretages, hvordan man reagerer både fysisk og psykisk, hvordan man oplever opbakning fra partner og familie, hvordan man oplever mødet med sundhedspersonale og hospital, og hvordan man lever med oplevelsen siden hen. Kvindernes beretninger kan indgå som materiale i den rådgivende indsats overfor kvinder, som overvejer abort, og de kan anvendes af de professionelle, som dagligt arbejder med abortsøgende: hvad er kvindernes forventninger, erfaringer og hvor mener de, at indsatsen kunne forbedres?

Undersøgelsens anden *kvantitative* del bygger på et stort forskningsregister med oplysninger om kvinder, som blev født i 1966. Af dem havde lidt over 7.000 fået en provokeret abort inden 1994. Dette svarer til, at 17 pct. af fødselsårgangen havde fået en provokeret abort inden de var 27 år gamle. Netop det forhold, at delundersøgelsen baserer sig på en hel fødselsårgang af kvinder, giver mulighed for at undersøge belastningsforhold, som ellers optræder meget sjældent i

traditionelle interviewundersøgelser. Det kan fx være sociale faktorer i kvindernes opvækstvilkår eller faktorer i kvindernes liv omkring aborttidspunktet, som kan have en indvirkning på hendes valg af abort. Registeret giver også mulighed for en udførlig belysning af fysiske eftervirkninger af abort (fx hospitalsindlæggelser) eller psykiske eftervirkninger heraf (fx psykoser o.a.).

Undersøgelsens kvalitative del

Overvejelsesperioden

Der er mange grunde til, at kvinder vælger abort. Der kan være tale om, at kvinden og hendes partner har undladt at anvende prævention eller at den prævention, som de har anvendt, har svigtet. Der kan være tale om, at kvinden er blevet gravid med en mand, som hun kun har kendt kortvarigt, og som hun ikke har lyst til at stifte familie med. Der kan være tale om, at kvinden befinder sig i et længerevarende, men ustabilt parforhold, hvor der ikke er overskud til (flere) børn. Der kan være tale om, at partneren ikke ønsker barnet. Der kan også være tale om, at man føler sig for ung og fx gerne vil have en uddannelse, før man får børn. Der kan være tale om økonomiske overvejelser, at man ikke føler, at man har råd, evt. fordi man allerede har børn i forvejen. Endelig kan kvinden befinde sig i en psykisk krævende periode af sit liv, hvor hun ikke kan overskue at skulle tage sig af et lille barn.

Meget tyder på, at det tidspunkt, som er følelsesmæssigt sværest for den abortsøgende kvinde, er den periode, som løber fra det tidspunkt, hvor hun finder ud af, at hun er gravid, til hun får foretaget aborten. Kvinderne kan reagere meget forskelligt. Nogle bliver fx glade, når de finder ud af, at de er gravide, ikke nødvendigvis fordi de vil have barnet, men fx fordi graviditeten bekræfter deres kvindelighed og fertilitet. For andre er graviditeten noget, som bare hurtigt skal overstås, så de kan komme videre i deres liv. Disse kvinder er afklarede omkring deres valg, fordi de ikke ser andre muligheder. Andre bliver kede af det, fordi de ikke føler, at de har tænkt sig godt om, eller de ligefrem gerne ville have haft barnet, hvis de havde den opbakning (særligt fra faderen), som de finder nødvendig.

Selvom overvejelsesperioden kan være følelsesmæssig svær, beskrives den også af nogle kvinder som en del af en modningsproces. I for-

bindelse med aborten må de træffe et betydningsfuldt og eksistentielt valg. Hvad er det for et liv, som de kan byde et barn, og hvad er det for et liv, som de selv ønsker at leve?

De interviewede kvinder understreger, at valget er noget, som de kan stå inde for. I stort set alle tilfælde er dette valg blevet til i samråd med eller støttet af andre. Særligt for de yngre spiller kvindens mor en dominerende rolle – faktisk i højere grad end kvindens partner. Selv i de tilfælde hvor kvinden lever i et fast parforhold, skubbes manden let ud på sidelinien til fordel for moderen. Gode veninder kan også have stor betydning som personer, man rådfører sig med, inden man tager beslutningen.

Overvejelsesperioden frem til en abort kan ses som en kriseperiode. Selvom kvinderne er kede af det, frustrerede og eventuelt ambivalente, er det dog tydeligt, at de fleste har kunnet leve “normale” liv bagefter, og at de er sikre på det valg, som de foretog.

Abortoplevelsen

Aborten foretages og overvåges af det offentlige sundhedssystem. Kvinderne kan psykisk reagere forskelligt på mødet med hospital og sundhedspersonale. Nogle foretrækker, at sundhedspersonalet lader dem være alene om oplevelsen. Andre har brug for at snakke eller have en hånd at holde i. Endeligt er der den gruppe, som skuffes i deres møde med læger (herunder praktiserende) og sygehuspersonale, fordi de ikke føler, at de fik den vejledning eller mulighed for at snakke tingene igennem, som de havde brug for. Skuffelsen kan betyde, at de efterfølgende er kede af det.

De interviewede kvinder udtrykker generelt et behov for ikke at blive konfronteret med medpatienter. Aborten skal helst holdes privat. Dette skyldes for nogen, at aborten er noget, som skal overstås, for andre, at de skammer sig over den situation, som de er landet i, og slutteligt er der dem, som ikke ønsker at blive ynket af andre eller føler, at de ved at tale om deres oplevelser støder kvinder, som ikke kan få børn. De rammer, som hospitalet stiller for den abortsøgende, og måden, som hun behandles på under sit ophold, har stor betydning for kvindens velbefindende, både under og efter opholdet.

Nogle kvinder har haft et relativt uproblematisk forløb omkring aborten – beslutning, indgreb og deres egen efterfølgende bearbejdning – og netop dét er deres budskab. I opsummeret form lyder dette ræsonnement: Abort har for mig været et nødvendigt indgreb, der har været positiv for mit samlede livsforløb, og derfor også i dag forekommer den at være den rigtige beslutning.

For andre har aborten været spundet ind i – nogle gange været en udløber af – en række problematiske forhold i kvindens liv, og det har derfor krævet større anstrengelser at bearbejde aborten. Bearbejdelsen har også været omfattet af de problemer, som aborten var forbundet med, fx et opløst parforhold.

To typer af aborterfaringer – begge kan bruges fremadrettet

Aborten har m.a.o. for den ene del af de interviewede kvinder været vævet ind i en række af problematiske begivenheder, en krise der har tvunget yderligere refleksion frem hos kvinderne. For den anden del har den været et mere enkeltstående problem. Også de sidstnævnte har efterfølgende gjort sig tanker og dannet sig konklusioner om aborten, men er hurtigt kommet videre i der es liv. Fælles for begge typer af kvinder er desuden, at aborten har givet en erfaring og fornemmelse af, hvordan de selv reagerer i en presset situation. Det modner kvinder at skulle tage en så vigtig beslutning, og begge typer af kvinder bestræber sig på at bruge deres aborterfaring positivt i det liv, som har fulgt efter dette indgreb. En sådan proces kan ske ved, at aborten bearbejdes igennem evaluering, refleksion, samtale og igen evaluering, så kvinderne kan lægge de ambivalente følelser, som aborten umiddelbart giver anledning til, bag sig eller i det mindste holde dem i skak.

Behov for social accept

På trods af, at det samfund, som kvinderne lever i, tillader abort, oplever de interviewede kvinder ikke altid, at det er fuldt accepteret at søge abort. De fleste kvinder har et behov for at blive bekræftet i, at det var det rigtige valg, de foretog – at det var det bedste for dem selv og for det ufødte barn, at de valgte abort. Det behov handler bl.a. om at komme frem til en følelse af, at deres handling ikke kun er juridisk, men også socialt accepteret, dvs. at kvinderne føler sig respekterede, selvom de har valgt at afbryde én eller flere graviditeter. Forsoningen med sin personlige historie som en kvinde, der har

fået foretaget en abort, involverer, at kvinden forholder sig kritisk til negative, generaliserede og stereotype billeder af kvinder, der får abort, hvad enten det drejer sig om, at de abortsøgende anses for at være promiskuøse eller omgås prævention lemfældigt og i realiteten bruge abort som en præventionsform.

Professionel og lægelig rådgivning

De interviewede kvinder har bearbejdet deres abortoplevelser med hjælp fra forskellige typer af personer, hvoraf nogle repræsenterer professionel hjælp. Professionel hjælp er langt fra reglen. Kvinderne understregede dog, at professionel hjælp i form af psykolog eller anden rådgivning bør være et tilbud til de kvinder, der ikke i deres personlige netværk finder nogen at foretage bearbejdning af aborten sammen med. Andre kvinder klarer det selv, har måske oven i købet en analyserende og distanceret holdning til aborter og til andres mening om aborter og de kvinder, der får dem foretaget.

De interviewede kvinder efterlyser også tilbud om rådgivning før beslutningen tages, vel at mærke neutral rådgivning, der tager udgangspunkt i den enkelte kvindes situation. Endelig gør nogle af kvinderne opmærksom på, at partneren, den eventuelle far, også har part i sagen. Inddragelse af faderen i beslutningsprocessen har hidtil slet ikke været en del af diskussionen, fordi det lige siden aborten blev indført er blevet anset for at være kvindens suveræne beslutning – og ansvar. Noget tyder på, at det ikke længere er en selvfølge for kvinderne selv.

Undersøgelsens kvantitative del

Abortsøgende kvinders sociale forhold spiller en vigtig rolle

For at belyse omfanget af fysiske og psykiske eftervirkninger har denne del af undersøgelsen gennem registeroplysninger fulgt en hel fødselsårgang af kvinder og sammenlignet forholdene for de kvinder, der fik en abort med deres jævnaldrendes situation. Dette omfattende materiale giver mulighed for at undersøge kritiske belastninger, som kun forekommer sjældent. Den kvantitative delundersøgelse viser, at kvinder med vanskelige opvækstvilkår har en væsentlig forøget risiko for at komme i en situation, hvor de ønsker at få foretaget en abort. Kvinder, der i løbet af barndommen eller ungdommen har været anbragt uden for hjemmet, eller har været udsat for vold/omsorgs-

svigt, har en ekstra forhøjet risiko for både at blive uønsket gravide og få en abort. Af andre belastende baggrundsforhold kan nævnes opvækstfamiliens opløsning, forældres længerevarende arbejdsløshed, forældres selvmordsforsøg eller selvmord. De kvinder, der opvoksede i en familie, hvor moderen fik dem allerede som teenager, har en overrisiko for at få en abort.

En forklaring på, at visse sociale opvækstbelastninger i familien hyppigere ses sammen med uønsket graviditet, kan blot afspejle, at disse kvinder også i deres voksne liv selv trækkes med flere sociale belastninger og derfor også i den konkrete situation mangler ressourcer til at kunne stifte familie og tage vare på et barn.

Analyserne viser da også, at netop de kvinder, der er abortsøgende på det aktuelle tidspunkt, har en svag arbejdsmarkedsmæssig tilknytning. De mangler relativt ofte en erhvervsuddannelse. Endvidere har de kvinder, der året forud havde haft en længerevarende arbejdsløshedsperiode, en forhøjet sandsynlighed for at vælge abort.

I lighed med tidligere undersøgelsesresultater har de kvinder, der året forud har fået et barn, en forhøjet sandsynlighed for at vælge abort.

De fysiske eftervirkninger af abort

Undersøgelsen viser, at der var 399 kvinder, der i løbet af aldersperioden 15-27 år blev indlagt med fysiske følgetilstande efter abort. Dette svarer til 5,7 pct. af de godt 7.000 kvinder, der fik provokeret abort i dette tidsrum.

I det følgende ses nærmere på de enkelte fysiske komplikationer.

Underlivsbetændelse

Den kvantitative delundersøgelse viser, at ud af de i alt 41.362 kvinder født 1966 havde 2.311 fået underlivsbetændelse (5,6 pct.), der resulterede i en hospitals-indlæggelsesdiagnose, inden deres 27. år.

Underlivsbetændelse, der resulterer i hospitalsindlæggelse, har en tydelig social gradient, dvs. at socialt udsatte grupper af kvinder har en forøget risiko for denne lidelse. Man kunne således se en overhyppighed blandt de kvinder, der havde været anbragt uden for hjemmet eller/og udsat for omsorgssvigt og vold, eller kvinder der havde været

indlagt med en psykisk lidelse. Hvis kvindens familie havde været kendetegnnet ved misbrug, vold, teenagemoderskab, familieopløsning osv., sås en forhøjet risiko for kvindens senere hospitalsindlæggelse med underlivsbetændelse. Hvis man tager kvindens skoleuddannelse og beskæftigelse/ledighed som udtryk for kvindens egen sociale og økonomiske situation, ser man også her en tydelig sammenhæng med forekomsten af underlivsbetændelse og hendes socioøkonomiske situation.

Blandt de kvinder, der havde været indlagt med en underlivsbetændelse, var der en overhyppighed af kvinder, der året forinden havde fået en abort – også når der var justeret for de nævnte sociale forhold. De kvinder, der havde fået foretaget en abort, havde dobbelt så stor sandsynlighed for at få underlivsbetændelse sammenlignet med de øvrige kvinder, der ikke havde fået en abort – uden at årsagsforholdet er afklaret. Det skal her nævnes, at undersøgelsen viser, at de kvinder, der havde født, ikke efterfølgende havde en forøget (eller mindsket) risiko for underlivsbetændelse året efter.

Spontan abort

Langt de fleste spontane aborter bliver ikke registreret, da det kun er de færreste, der resulterer i en hospitalsindlæggelse. I nærværende undersøgelse kan således kun inddrages de situationer, hvor kvinder indlægges på en hospitalsafdeling i forbindelse med en spontan abort. Undersøgelsen viste, at ud af de 41.362 kvinder, der var født i 1966, havde 2.447 kvinder (5,9 pct.) oplevet en hospitalsindlæggelse i forbindelse med en spontan abort inden deres 27. år.

Det er også her en social gradient, selvom de sociale belastninger synes at være mindre tydelige hos de spontant aborterende kvinder end det var tilfældet for kvinder, der indlægges som følge af underlivsbetændelse.

Den kvantitative delundersøgelse viser, at der er en forøget risiko for en spontan abort årene efter en provokeret abort. Risikoen er af nogenlunde samme størrelsesorden som for kvinder, der har født året forinden. De kvinder, der har fået foretaget en provokeret abort, har 1½ gang større sandsynlighed for senere at få en spontan abort sammenlignet med de kvinder, der ikke har fået foretaget en provokeret abort.

For tidlig fødsel

Nærværende undersøgelse finder, at der blandt de 41.362 kvinder, der er født 1966, var 318, der havde en for-tidlig-fødsel i alderen inden deres 27. år. Dette svarer til 7,7 promille af samtlige kvinder eller 1,8 pct. af førstegangsfødende i denne aldersgruppe.

Den kvantitative delundersøgelse viser dog ingen sammenhæng med tidligere provokeret abort. Der kan ses en sammenhæng med, om kvinden tidligere har været udsat for vold, om hun kommer fra en familie, hvor moderen fik hende som teenager, og der er relativt flere af disse kvinder, der kun har en kort skoleuddannelse. I øvrigt ses ingen sammenhæng med sociale baggrundsforhold.

Graviditet uden på livmoderen

Den kvantitative delundersøgelse viser, at 670 af de 15-27-årige kvinder er blevet indlagt på hospital som følge af graviditet uden for livmoderen. Dette svarer til 1,6 pct. af de 41.362 kvinder fra 1966. Undersøgelsen viser ingen sammenhæng med forudgående provokeret abort eller tidligere fødsler.

Barnløshed

I den kvantitative delundersøgelse var der 473 kvinder, der blev diagnosticeret som ufrivillig barnløse ud af 41.362 kvinder, som er fulgt fra deres 15. til deres 27. år. Dette svarer til 1,1 pct. af en generation af kvinder, der oplever dette.

Kvindelig sterilitet har i øvrigt – ligesom andre helbredsforhold – en tydelig social gradient. Man finder således en overrisiko for sterilitet blandt de kvinder, der er opvokset under belastede livsvilkår (fx med forældre, der har forsøgt eller gennemført selvmord, anbringelse uden for hjemmet, moderen fik dem som teenager og moderens længerevarende arbejdsløshed). Desuden har kvindens egne forhold med kort skolegang, manglende erhvervsuddannelse og ungdomsarbejdsløshed sammenhæng med en forhøjet risiko for sterilitet. Hvis kvindens helbred i øvrigt er dårligt fx pga. handicap, ses ligeledes en forhøjet sterilitetsrisiko.

Men der ses ingen sammenhæng mellem provokeret abort og sterilitet. Tværtimod, de kvinder, der har fået foretaget en abort, eller som har født et barn, har dermed vist deres fertilitet, og man finder

da også, at der netop blandt disse kvinder kun er ganske få, der et af de følgende år har problemer med at blive gravide. Kvindelig barnløshed er altså særligt sjælden blandt den gruppe af kvinder, der har fået foretaget en provokeret abort, også når der er justeret for andre sociale baggrundsforhold.

Psykiske eftervirkninger af abort: Indlæggelse på psykiatrisk sygehusafdeling

Den kvantitative delundersøgelse viser, at 216 kvinder ud af undersøgelsens 41.362 blev indlagt på en psykiatrisk sygehusafdeling i perioden fra deres 15. til deres 27. år. Det svarer til 5 promille. Kun 5 af disse 216 kvinder havde året forinden fået foretaget en provokeret abort. Der viste sig ingen statistisk sammenhæng mellem abortindgrebet og efterfølgende psykiatrisk indlæggelse året efter. Det skal nævnes, at de kvinder, der havde født et barn, heller ikke havde en forhøjet indlæggelsesrisiko året efter.

Der var derimod en tydelig social gradient med familiemæssige belastninger hos de 216 kvinder, der blev indlagt.

Psykosser som følge af abortindgreb

28 kvinder ud af de 41.362 var blevet indlagt med en psykose i løbet af deres 15. til deres 27. år. Heraf havde 2 kvinder fået foretaget en abort året før indlæggelsen. Dette svarer til 3 kvinder pr. 10.000 abortsøgende kvinder.

Når der var tale om så få observationer, var det ikke muligt at justere for andre belastende forhold. Man kan således ikke finde nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem abort og efterfølgende indlæggelse med psykose på det nærværende erfaringsmateriale. Ingen af de kvinder, der året forinden havde født, var året efter blevet indlagt med en psykose.

Selvmondsforsøg efter provokeret abort

Den kvantitative delundersøgelse viser, at 489 kvinder forsøgte selvmord i tidsrummet fra deres 15. til deres 27. år. Heraf havde 20 fået foretaget et abortindgreb året forinden. Fra andre undersøgelser har man kendskab til, at selvmordsforsøg har en gennemgående social gradient. For at kunne vurdere om der her er tale om et særligt stort tal, må man således også tage højde for, at både de abortsøgende og

de selvmordstruede er kendetegnet ved familiemæssige belastninger i højere grad end deres medsøstre fra samme fødselsårgang.

Analysen af selvmordsforsøg blandt unge under 27 år viser, at de unge kvinder, der havde fået foretaget en abort efter 1980, havde en svagt større risiko for et efterfølgende selvmordsforsøg sammenlignet med deres jævnaldrende, når man tager hensyn til andre betydende belastninger under opvæksten og i årene forud for selvmordsforsøget. Der var ingen sammenhæng med kvinder, der året forinden havde født et barn.

Det er for det første nødvendigt at pointere, at der kan være nogle alvorlige belastninger fx ubehandlede psykiske lidelser, som dels kan være årsagen til, at kvinden ønsker en abort, dels kan være med til at forklare selvmordsforsøget.

For det andet er det nødvendigt at pointere, at det stadig er yderst sjældent, at et selvmordsforsøg følger efter, at kvinden har fået foretaget en abort. I Sundhedsstyrelsens forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark er man inde på problemet, at udtrykket risikogruppe eller risikofaktor kan virke misvisende, da det kan give det indtryk, at der er tale om en gruppe med en meget stor risiko. Hvis man eksempelvis taler om en meget sjælden hændelse af en størrelsesorden på 2-3 pr. 10.000 personer, så vil en risikofaktor, der tidobler risikoen betyde, at 2-3 pr. 1.000 personer vil begå selvmord. Dette betyder altså, at 997-998 ud af 1.000 personer ikke vil begå selvmord inden for den betragtede periode, selvom de tilhører risikogruppen (Sundhedsstyrelsen, 1998a).

UNDERSØGELSENS BAGGRUND OG METODER

Baggrund

I 1999 udarbejdede regeringen en handlingsplan for nedbringelse af antallet af provokerede aborter. Handlingsplanen skulle gennemføres i 2002-2003. Til handlingsplanen blev der afsat en pulje forskningsprojektmidler, som skulle bruges til at styrke forebyggelsen af uønskede graviditeter.

På baggrund af handlingsplanen fik Socialforskningsinstituttet i foråret 2002 af Sundhedsstyrelsen til opgave at undersøge de fysiske og psykiske eftervirkninger af provokeret abort. På daværende tidspunkt var de fysiske følgevirkninger af provokeret abort temmelig mangelfuldt belyst, hvorimod der fandtes en del undersøgelser af de psykiske følgevirkninger. Disse undersøgelser led dog gennemgående af at være baseret på et begrænset materiale, der ofte er usystematisk og vanskeligt at anvende til generelle konklusioner, fordi det ikke er repræsentativt. Hertil kom, at undersøgelsesdesign ofte gjorde det vanskeligt at skelne de forudgående psykiske og sociale belastninger fra de belastninger, der alene kan henføres til abortindgrebet.

For at afdække de psykiske og fysiske konsekvenser af abort ønskede forskergruppen endvidere at udføre kvalitative interviews med 10-15 særligt udvalgte kvinder, som havde fået foretaget en eller flere provokerede aborter. Det var intentionen med disse interview, at de skulle være omfattende og fokusere på flere aspekter af kvindernes liv for derved at få en dybtgående forståelse af deres baggrund og livs-

betingelser, hændelsesforløb omkring aborten og hvordan kvinderne havde bearbejdet oplevelsen og dens eftervirkninger.

Metode: Undersøgelsens kvalitative del

Internettet har været kontaktkanal

Til undersøgelsens kvalitative del (kapitel 3 og 4) valgte vi at få kontakt til mulige interviewpersoner igennem annoncering på internet-sider: Netdoktor (hjemmeside, der oplyser om sundhed og sygdom samt debat – bl.a. om provokerede aborter) og igennem Østrogen, der er et “dameblad” på nettet. På Østrogen blev der desuden lagt en artikel ind, hvor vi fik lejlighed til at fortælle om undersøgelsen og dens formål. Vi har foretaget i alt 14 interview med kvinder, som selv har henvendt sig til os efter at have læst om undersøgelsen enten på Netdoktor (www.Netdoktor.dk) eller på Østrogen-hjemmesiden (www.oestrogen.dk). Vi supplerede Netdoktor med den sidstnævnte hjemmeside, fordi vi også ønskede at få henvendelser fra kvinder, som har haft relativt uproblematisk aborter – dvs., kvinder, som ikke havde behov for direkte at diskutere erfaringer eller problematikker omkring deres abort på en diskussionsliste. Kvinderne besluttede selv, hvor interviewet skulle foregå, og om det evt. skulle foregå via telefonen. De fleste valgte telefoninterview, heraf nogle af praktiske hensyn, da de bor uden for Storkøbenhavn. To valgte at blive interviewet på Socialforskningsinstituttet og én blev interviewet på sin arbejdsplads. Interviewenes varighed har været fra en halv til en hel time. Vores oplæg til interviewpersonerne understregede, at abort også er en erfaring og lagde på den måde op til, at den enkeltes oplevelser har en relevans for andre.

Bredere aldersgruppe og uden komplikationer

Størstedelen af de interviewede kvinder er i 30'erne, altså ligger størstedelen i dag uden for den aldersgruppe, som registerundersøgelserne er baseret på. Det betyder dog ikke, at de alle på aborttidspunktet har været i 30'erne. Mange af kvinderne har henvendt sig adskillige år efter de fik foretaget abort, op til 10-13 år. En anden del er i begyndelsen af 20'erne, og de har alle kun fået én abort. Der er ingen kvinder med etnisk minoritetsbaggrund blandt de interviewede kvinder, og det skyldes formentlig, at vi fik kontakt til kvinderne igennem internet-hjemmesider. Vi skønner, at hvis vi havde anvendt andre kontaktmetoder såsom gennem professionelle

behandlere, havde vi i højere grad fået respons fra denne gruppe. Til gengæld var etniske minoritetskvinders forhold fokus i andre undersøgelser om abort og ikke en del af denne undersøgelses kommissorium.

Flere af de øvrige kvinder har fået mere end én abort, og to af dem har fået foretaget tre aborter. Kvinderne har alle fået foretaget (den seneste) abort for mindst et år siden, hvilket vi satte som den eneste betingelse for at deltage. Overvejelserne i den forbindelse var fra vores side, at det var nødvendigt, at aborten var lidt på afstand for kvinderne, for at abortens eventuelle effekt på fysik og psyke kunne manifestere sig, og så at det var nemt eller i det mindste muligt for dem at fortælle om aborten. Vi har spurgt til kvindernes baggrund (forældre, bopæl, uddannelse, alder på aborttidspunktet, arbejde og familiemæssige status – om de bor alene, er gift eller samboende, antal børn m.m.) og vi har spurgt til de konkrete omstændigheder omkring aborten – hvorfor de valgte abort og hvilke personer de involverede i beslutningen – og til hvad der skete efterfølgende. Endelig har vi spurgt, hvordan kvinderne vurderer abortsøgende kvinders status. En del af kvinderne kom med idéer og råd til, hvordan de ville have været bedre hjulpet i forbindelse med, at de overvejede eller havde besluttet at få foretaget abort. Nogle af disse råd og idéer indgår i undersøgelsens sammenfatning.

De kvalitative interview supplerer registeroplysningerne i mere end én forstand: De pågældende kvinder repræsenterer en bredere aldersgruppe og har ikke nødvendigvis haft nogen komplikationer i forbindelse med abortindgrebet. Yderligere overvejelser om, hvad det er for typer af kvinder eller typer af aborter, som har fundet vej til den kvalitative undersøgelse, bidrager til, at de kvalitative interview fremstår balancerede. Vi har ikke spurgt kvinderne direkte om deres motiver for at henvende sig, men deres beretning og dens form giver nogle fingerpeg.

Fortællinger og budskaber

Man kan groft opdele kvinderne i to grupper. For den ene gruppe har aborten været et led i en række skelsættende, eventuelt ubehagelige, eller endda traumatiske begivenheder i deres liv, som de nu er blevet i stand til at give en mere distanceret beretning om. Det kan dreje sig om, at aborten blev foretaget i en periode, hvor kvinden var midt

i en depression eller om, at kvinden samtidig var udsat for svigt fra kæresten, forældre eller andre. Interviewet er for dem en anledning til at opsamle, ordne og videregive de erfaringer, som aborten og de begivenheder, den var udsprunget af. En anden gruppe har henvendt sig for at fortælle, at den abort, som de fik foretaget, var nødvendig og formentlig en forudsætning for, at de siden har fået et godt liv med eventuelle børn. Deres beretning har ikke struktur som en fortælling, dvs. med en markant før/efter opdeling, i stedet har de et budskab, som interviewet giver dem en anledning til at komme med. Budskabet kan være det allerede nævnte, at aborten var den rigtige beslutning, og at den absolut ikke har givet nogen form for psykisk uligevægt eller fysiske men. Andre budskaber er, at den information eller rådgivning, der gives før abortindgrebet, er utilstrækkelig, eller at den person, der kunne være blevet far, også mister og føler det stærkt ekskluderende, hvis han ikke har været inddraget i beslutningen. Alle kvinderne har taget vores budskab, om at abort også er en erfaring, alvorligt og tilbuddet sig som interviewperson, fordi de var overbeviste om, at de havde en erfaring at give videre.

Metode: Undersøgelsens kvantitative del

Registermetoden

Nærværende undersøgelses kvantitative del (kapitel 5 til 8) er baseret på et forskningsregister. Gennem analyser på disse registerdata er det muligt ved denne såkaldte prospektive forløbsundersøgelse¹ at belyse kvindernes situation i årene forud for fx provokeret abort og sammenligne med deres jævnaldrendes forhold.

Registerundersøgelsen har dermed nogle fordele sammenlignet med undersøgelser, der baserer sig på spørgsmål i interview eller postspørgeskema til abortsøgende kvinder om, hvorfor de valgte at få en abort. Disse undersøgelser har problemer med systematiske skævheder som følge af selektiv hukommelse (såkaldt recall bias), hvor der kan ske en uerrapportering af ikke socialt acceptable begrundelser. Hertil kommer, at der ofte er tale om mindre undersøgelser baseret på en bestemt sygehusafdeling over en begrænset periode, hvilket

1. At undersøgelsen er prospektiv betyder, at data er indsamlet løbende uafhængigt af, hvad der sker de pågældende på et senere tidspunkt – i modsætning til retrospektivt.

i nogle tilfælde kan gøre generaliseringer usikre (Knudsen, 2000). Endelig undgår registerundersøgelser de bortfaldsproblemer, som surveyundersøgelserne har store problemer med.

Imidlertid har registerundersøgelsen nogle indbyggede begrænsninger i de oplysninger, der foreligger i registrene, således at man vil savne en lang række relevante oplysninger, som i andre undersøgelser af aborter har vist sig at være informative. I den nærværende undersøgelse mangler fx oplysninger om forholdet til partneren, som i mange andre undersøgelser har vist sig at være en vigtig kilde til forståelse af kvinders valg om at få foretaget en abort.

Undersøgelsen her omfatter nogle enkelte indikatorer, der kan belyse familiebaggrund og de sociale opvækstforhold: familieopløsning, moderens eget tidlige moderskab, forældres arbejdsløshed, forældres manglende erhvervsuddannelse. Endvidere inddrages sjældne, alvorlige familiemæssige belastninger: forældres psykiske lidelser, misbrug, vold i familien, forældres selvmordsforsøg/selv mord, barnets evt. anbringelse uden for hjemmet. Den nærværende undersøgelse inddrager også en række oplysninger om kvindens situation umiddelbart før ansøgningen om abort. Der er fx oplysninger om hendes helbred, og om hun netop året forud har fået et barn, samt endelig oplysninger om den unge kvindes egen arbejdsmarkedsmæssige tilknytning forud for aborten (arbejdsløshed, manglende erhvervsuddannelse og eventuelle gymnasiale uddannelse).

Da undersøgelsen baserer sig på hele fødselsårgangen af kvinder, der blev født i 1966, giver materialet mulighed for at undersøge belastningsforhold, som ville optræde meget sjældent eller slet ikke i en traditionel interviewundersøgelse.

INTERVIEWDELEN
AF UNDERSØGELSEN
AF PROVOKERET ABORT

INTERVIEW: BESLUTNING OG GENNEMFØRELSE

I dette kapitel beskrives forløbet fra kvinden finder ud af, at hun er gravid, og til hun har fået foretaget aborten. Der er tale om beskrivelse af kvindernes erfaring ud fra deres perspektiver, følelser og evalueringer af forløbet, ikke mindst nu hvor oplevelsen er kommet lidt på afstand. Meget tyder på, at det er perioden frem til aborten, som er følelsesmæssigt sværest for den abortsøgende kvinde (Adler et al. 1990). Beskrivelsen her vil bl.a. rumme, hvad det er for ting i kvindens tilværelse, som gør, at hun ikke ser sig i stand til at gennemføre graviditeten. Hvilken betydning har netværk, fx familie og venner for kvindens psykiske bearbejdelse af oplevelsen, både som støtte og hjælpere, men i nogle tilfælde også som personer, der fremsætter krav? Hvordan opleves aborten i relation til partneren? Hvordan opleves mødet med sundhedsvæsen og sundhedspersonale, og hvilken rolle spiller de for, hvordan kvinden oplever aborten? Og endelig hvordan oplever kvinden selve aborten, her særligt den medicinske abort, og hvad er her af betydning for hendes fysiske og psykiske reaktioner?

Kvindernes begrundelser for valg

De kvinder, som har fortalt os om deres abort i forbindelse med undersøgelsen, har meget forskellig social baggrund. Nogle kommer fra velfungerende kernefamilier og beskriver en tryk opvækst. Andre er skilsmissebørn. En enkelt er vokset op i, hvad hun selv kalder en "samspilsramt familie," med bl.a. anbringelse uden for hjemmet. Ingen af disse kvinder kobler deres baggrund sammen med deres

valg af abort. Kun en enkelt af de 14 interviewede kvinder mener, at dele af hendes opvækst har haft betydning for de forhold, som fører frem til aborten:

“Jeg kommer fra en middelklassefamilie, i underkanten af middelklassen familie. Vi har boet i [bynavn], og min far og mor blev skilt, da jeg var seks. Efterfølgende fik jeg en stedfar ... Jeg har haft en ret turbulent barndom, som i virkeligheden også nok er den, som resulterer i, at det her[aborten] sker. Min stedfar har mildest talt ikke været så flink ... Jeg blev en meget vild teenager. Jeg har set min mor blive slået, og jeg har næsten set hende blive slået ihjel engang. Og det har gjort, at jeg var en smule mere oprørsk som teenager, for nu at sige det på en rigtig pæn måde. Generelt for abort tror jeg ikke, at det hænger sammen, men det gør det i mit tilfælde”.

Generelt beskriver kvinderne de nuværende levevilkår som gode. De fleste har børn, lever i faste parforhold og har arbejde. Enkelte er under uddannelse. Vores analyse af interviewsamtalerne viser, at de mest betydningsfulde forudsætninger for kvindernes valg af abort er:

- Præventionssvigt og brugerfejl
- Kortvarigt ustabil parforhold
- Et længerevarende parforhold, som er blevet ustabil (man er enten lige blevet skilt eller står foran en skilsmisse)
- Manglende opbakning fra partneren
- At man er ung og ikke føler, at man kan magte et barn
- At man ikke føler, at man har tilstrækkelige økonomiske muligheder, fx fordi man allerede har børn
- En psykisk ustabil periode i ens liv, hvor man ikke har plads til et barn.

Præventionssvigt og brugerfejl

Tidligere undersøgelser viser, at præventionssvigt er en af de væsentligste årsager til, at kvinder vælger abort (Osler 1991a, Andreasen et al. 1996, Bertelsen 1994, etc.). Svigtende præventionstyper nævnes direkte af to af de interviewede kvinder, som henholdsvis brugte spiral og pessar, da de blev gravide. En enkelt nævner pause i en bestemt præventionstype og problemer med at anvende en anden som årsag til, at hun blev gravid:

“Vi blev så kærester, og efter et år skete der så det, at jeg blev gravid. Jeg havde så i mellemtiden fået fjernet denne her spiral, og jeg havde haft mange underlivsbetændelser, og jeg havde været inde og få lavet udskrabninger, fordi den havde forårsaget så meget ravage. Jeg kan ikke tåle p-piller”.

Dorthe

De fleste af de interviewede kvinder beskriver, at de blev uønsket gravide ved et “uheld”. Begrebet synes både at dække over manglende brug af prævention og præventionsvigt. Som Birgitte siger:

“Jeg havde boet sammen med min kæreste i et halvt års tid og blev så gravid ved et uheld. Og det var simpelthen for hurtigt for mig at få et barn, det kunne jeg slet ikke overskue”.

Ustabile parforhold

At graviditeten opfattes som uheldig, hænger også sammen med den livssituation, som kvinden befinder sig i. Forholdet mellem mand og kvinde spiller her en fremtrædende rolle. Kender de hinanden godt, eller har de lige lært hinanden at kende? I de fleste tilfælde har kvinderne været kærester med den mand, som de bliver gravide med, i nogle måneder, og mener ikke, at de kender ham godt nok til at vide, om parforholdet vil holde i fremtiden:

Dorthe: “Jeg havde været sammen med den samme kæreste i næsten 9 år, og så gik jeg fra ham og mødte en, og så blev jeg næsten gravid med samme. Og så var det ikke lige et hit. Jeg kendte ham jo dårligt nok. Så jeg valgte at få en abort, og det var det bedste at få gjort”.

Som det nævnes i kapitel 5 viser andre undersøgelser også, at usikkerhed omkring parforholdet er en af de vigtigste grunde til, at kvinder vælger abort (Bertelsen 1994). En dansk undersøgelse angiver, at omkring 40% af de abortsøgende kvinder ikke bor sammen med en mand, hvor det kun gælder for 4% af de fødende kvinder (Vestermark 1993).

Selvom sen familiedannelse i andre undersøgelser ikke kobles med en høj abortkvotient (Knudsen 2000), er det dog værd at bemærke, at nogle af de interviewede kvinder, som aldersmæssigt var i slutningen af 20erne og starten af 30erne, også nævner kortvarende forhold som en begrundelse for ikke at gennemføre en graviditet. I dag kan man sagtens være oppe i 20erne uden at have børn, og i øvrigt uden at have et fast parforhold. En nylig undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet viser således, at 27% af 20-34-årige i den danske befolkning bor alene (Schmidt 2002). At bo alene betyder ikke, at man ikke har kæresteforhold af kortere eller længere varighed. Men forholdene kan være ustabile, og parterne have svært ved at se dem som et udgangspunkt for familieskab, herunder forældreskab.

Også for de kvinder, som befinder sig i et fast parforhold og gerne vil have (flere) børn, kan abort komme på tale. Det kan fx være, at parforholdet er i krise eller under opløsning. I sådanne situationer har det betydning, hvordan partneren reagerer, om han ser et barn som en hindring for parforholdet, eller ligefrem bliver vred på kvinden, fordi hun er blevet gravid:

“Jamen, jeg kom sammen med en, som jeg var meget meget forelsket i, og han var forelsket i mig. [Men] så blev jeg så gravid, og så blev han meget, meget vred på mig ... Jeg stod i en situation, hvor jeg ikke vidste, hvad jeg skulle gøre, fordi jeg havde mine forældre på den ene side, som var meget, meget religiøse og så meget ned på mig, fordi jeg var blevet gravid, og på den anden side sagde, at de ville lade mig brænde op i helvede, hvis jeg fik barnet. Så det var et meget svært valg. Faktisk noget af det værste, jeg har oplevet i mit liv”.

Kathrine

Kathrines oplevelse beskriver ikke blot, hvad partnerens reaktion har af betydning for kvindens valg af abort, men også betydningen af en ideologisk, i dette tilfælde religiøs ballast. Det er et emne, som kun i ringe grad behandles i tidligere forskning. Vi ved således meget lidt om, hvad kvindens og hendes netværks holdning til abort som sådan har af betydning for hendes psykiske reaktioner. Hvis kvinden fx anser abort som en dyb synd, hvilken betydning har det så for hendes selvforståelse, hvis hun alligevel ser sig nødsaget til at få foretaget en abort?

De kvinder, som i forbindelse med graviditeten har oplevet en afvisning fra deres partner, oplever beslutningen om abort svær og psykisk belastende. Ingen af kvinderne beskriver sig som deprime-rede i perioden, men situationen er svær, og de er meget kede af det. Mange havde forventet, at de havde fundet den mand, som de skulle dele resten af deres liv med og stifte familie med, og det er et chok at finde ud af, at manden ikke nødvendigvis vil det samme:

Hanne: *“Vi ville flytte sammen og alt muligt, og det var planlagt og alting, og jeg var rigtig glad i en uge, og så fandt idioten ud af, at han ikke ville alligevel. Så gik mit liv ligesom i sort, for i forvejen er ens hormoner lidt oppe at køre, når man er gravid. Han hev bare tæppet væk under benene på mig, for jeg elskede ham, og det her var jo et ønskebarn, og jeg kunne slet ikke forstå det. Så det var helt forfærdeligt, og jeg var igen i tvivl flere gange om, hvad jeg skulle gøre, og jeg ville gerne have det, men jeg havde bare ikke lyst til at være enlig mor. Selvom det lyder som om, man er idiot, så ville jeg heller ikke miste ham på det tidspunkt, fordi det ... selvom ... ham skulle man jo bare have smidt ud med det samme, men der tror jeg, at det hele slog lidt klik”.*

Denne kvinde vælger abort for at redde sit parforhold (hun vælger dog senere at bryde med partneren, da hun får psykisk overskud til det). Flere af de abortsøgende kvinder, der befinder sig i faste parforhold på graviditetstidspunktet, beskriver aborten som en svær beslutning, fordi de faktisk gerne vil have barnet. Det er forholdet til partneren, som gør, at aborten bliver en realitet. Kvinderne frasi-ger sig dog ikke, at beslutningen i sidste ende var deres egen. En af kvinderne beskriver oplevelsen som svær, fordi mandens forventning om abort rammer hende både fysisk og psykisk, Det er hende, som skal lægge krop til indgrebet:

“Så i januar, da vi var sammen, så beskyttede vi os ikke, og det gik galt, og det vidste jeg med det samme. Jeg bliver så hurtig gravid. Jeg ville så gerne havde det barn, og det var ikke noget med, at det var planlagt ... jeg vidste, jeg var gravid, og det sagde jeg til ham. “Nåeh”, sagde han, fordi han ville ikke have flere børn. Han syntes, det har været meget besværligt at have børnene. Og jeg var sådan, “åh, skal vi ikke være enige om det her,” og jeg så allerede den her abort foran mig, at ligge der i narkose med benene i den gynækologiske stilling,

og alt så bare bliver raget ud af mig. Det kunne jeg slet ikke rumme, og et eller andet sted gik jeg og håbede på en spontan abort ...”

Lene

Både denne og andre undersøgelser viser, at en provokeret abort kan medføre et så stort pres på parforholdet, at det går i stykker (Pettersen et al. 1998). Dette skyldes nok ikke mindst, at overvejelserne om abort betyder, at forholdet mellem mand og kvinde tages op til revision. Det er her af betydning, om den mand, som kvinden er gravid med viser sig som en faktisk potentiel far, eller fx svigter kvindens tillid ved at forvente, at hun får afbrudt graviditeten mere eller mindre imod hendes ønske. Socialforskningsinstituttets undersøgelse af abort fra midten af 1990'erne viste, at 4% af de abortsøgende kvinder havde været udsat for pres til at få en abort eller ikke få den – fx fra en partner (Bertelsen 1994). Betydning af dette for kvindens senere bearbejdelse af abortoplevelsen behandles i det efterfølgende.

Økonomi og alder

Kvindernes overvejelser af fremtidsperspektiverne i deres parforhold er ikke det eneste, som kan veje tungt i beslutningen om at afbryde svangerskabet. Det er også af stor betydning, at kvinden mener, at hun (og hendes samlever) kan forsørge et barn på en forsvarlig måde. Som en kvinde, der har to børn, men også har fået to aborter, siger:

“Havde jeg en mangemillionær som mand, og det hele kørte smadder godt, og jeg så havde fået 10 børn, så havde det været lige fint med mig. Så havde vi ikke skulle spekulere på økonomien ... Jeg skulle ikke have spekuleret over arbejdet med alle børnene, så havde jeg fået de børn, som jeg havde fået. Så havde jeg aldrig fået de aborter, men omstændighederne gjorde altså, at de var nødvendige”.

Mette

Kvinderne overvejer ikke alene økonomiske muligheder som en forudsætning for forsørgelse, men også som et udgangspunkt for et personligt overskud, der er nødvendigt, for at de kan tilbyde et lille barn et ordentligt liv. Det kan også indgå i deres betragtninger, om et barn vil medføre en sådan ekstra økonomisk belastning, at deres parforhold vil gå i stykker af det.

For de yngre kvinder er det spørgsmålet om igangværende uddannelse og en deraf begrænset økonomi, som ofte beskrives som væsentlige i beslutningsprocessen:

“Vi havde kendt hinanden i trekvart år, jeg var 21, jeg var lige blevet færdig med gymnasiet året før, og der var mange ting, som jeg gerne ville. Jeg ville gerne ud at rejse og have en uddannelse. Jeg ville gerne have styr på mig selv inden. Rent psykisk var jeg ikke klar til at have et barn”.

Birgitte

Naja: “Vi studerer og boede på kollegium, og jeg var lige gået i gang med mit studium, og han var på vej til at være færdig med sit studie, og vi havde da kendt hinanden i et halvt års tid, men vi var ikke sådan virkelig etableret i et parforhold, sådan at vi vidste, at det skulle være hinanden, men vi snakkede meget om det, om man skulle tage springet og så sige, nu får vi et barn sammen, fordi det var så, hvad det var. Men vi blev enige om, at det ville vi ikke”.

“De [forældrene] syntes, jeg var meget ung. Du ved, de er meget religiøse, og de er imod, man får abort og det ene og det andet osv. Vi havde også prøvet at kigge på situationen som den var, når man er studerende, og man ikke har så mange penge og sådan, og man kommer til at stå alene. Det var sådan noget, som vi kiggede på”.

Kathrine

Flertallet af de kvinder, der som helt unge får foretaget en abort, mener ikke, at et barn kan kombineres med uddannelse og økonomi, eller de føler sig umodne og vil gerne opleve verden, før de får et barn. De fleste har også kun kendt partneren i kort tid. For de fleste af de interviewede kvinder, som har stået i den situation, er den provokerede abort ikke særligt psykisk belastende. De mener, at det er den eneste mulige løsning, som de foretager af hensyn til både dem selv og til barnet. En kvinde beskriver i øvrigt, at det at gennemgå en abort i den alder betød, at hun blev meget bevidst om, hvad det var, som hun ville give til et barn. Hendes barn skulle have den “perfekte barndom”, og da hun senere blev gravid og fødte, var det hendes ønske fra starten af.

Socialt og psykisk belastende forhold

I det hele taget betyder forventninger til, hvad man kan byde et barn meget for kvindernes valg. De vil gerne være ordentlige mødre, have et ordentligt parforhold og have ordnede sociale forhold for at gennemføre en graviditet. For kvinderne er det den mest ansvarlige måde at forholde sig til det ufødte barn på, akkurat som det er den mest ansvarlige måde at forholde sig til deres eget liv på:

Jette: *“Så tænkte jeg, at jeg har ingen drøm om at blive enlig mor. Det kan ske, men jeg tror ikke, det er noget, man skal satse på at lægge ud med. Og jo mere jeg tænkte over det, så tænkte jeg, at jeg ville godt kunne klare det økonomisk og passe et barn med omsorg og kærlighed, men jeg ville ikke have nogen, som stod sammen med mig og syntes, det var jordens ottende vidunder. Jeg ville ikke have nogen, som syntes “nej, hvor er det bare stort, når man kom hjem,” eller “nu kan den gå.” Så ville jeg være alene. Så nemt er det altså heller ikke at finde en, der har lyst til at gå ind og deltage. Så jeg valgte at få det fjernet”.*

Andre af kvinderne fortæller, at de er i en så psykisk presset situation, da de bliver gravide, at de ikke ser nogen anden udvej end det at få abort. En kvinde, som valgte abort på et tidspunkt, hvor hun havde fundet en ny kæreste, men stadigvæk blev chikaneret af sin eksmand, fortæller:

“Jeg følte ikke, at jeg kunne det [gennemføre graviditeten]. Altså, jeg var så tætret for kræfter på alle mulige måder og så usikker på mig selv som menneske og som mor og i det hele taget det at være et voksent menneske, der skulle tage et ansvar. Så derfor kunne jeg det ikke, selvom jeg havde fået to børn og godt vidste, at det havde jeg kunne håndtere, indtil denne her krise opstår. Jeg [kunne] slet ikke have det i mit univers, der var bare ikke plads til det, simpelt hen. Så på den måde var jeg ikke i tvivl, og det er jeg stadig ikke, men jeg er ulykkelig over, at jeg ikke bare havde en lille smule mere overskud til at have involveret min kæreste, men det kunne jeg ikke. Jeg var nødt til at beskytte mig selv så meget, at jeg sagde, at “der er ikke nogen vej”. Jeg turde slet ikke åbne op for muligheden at skulle diskutere det”.

Susanne

En anden kvinde fortæller, at hun får en fødselsdepression, som går over i en psykose, da hun venter sit andet barn. Også denne graviditet fuldfører hun, men bliver efterfølgende gravid igen for tredje gang, hvorpå hun vælger abort som eneste udvej. Både hende og hendes nærmeste er på det tidspunkt under et sådant psykisk pres, at de anser det for umuligt at tage sig af endnu et barn.

Overvejelsesperioden

Overvejelsesperioden løber fra det øjeblik, hvor kvinden opdager, at hun er gravid og til aborten foretages. Hvordan kvinderne har det i den periode varierer. Fysisk er der hele følelsen af at vide – og mærke – at man er gravid. Psykisk er reaktionerne forskellige – nogle er afklarede og besindige, mens andre er dybt ulykkelige.

At føle sig gravid

Kvinderne reagerer med et væld af følelser, når de finder ud af, at de er gravide. Der er panik, psykisk smerte, forvirring, men også glæde og stolthed, særligt blandt dem som til at begynde med ønsker barnet. De fleste af kvinderne er ikke så glade over udsigterne til et barn, men de kan også være glade over, at de i det hele taget kan blive gravide. At deres krop fungerer. Graviditeten fremstår som en bekræftelse på kvindelighed og fertilitet:

“Jeg var forvirret. Et eller andet sted var jeg glad for, at jeg kunne blive gravid. Jeg var glad for, at min krop fungerede, men det var noget værre lort, og jeg ville ikke have barn med ham. Nej det skulle slet ikke være”.

Jette

Naja: “Jeg kan huske, at jeg tænkte, at gud det var pudsigt, at jeg rent faktisk bar rundt på det, der kunne blive et barn. Og der kan jeg huske, at det ikke var ubehageligt. Egentlig var jeg enormt glad for at finde ud af, at jeg godt kunne blive gravid. Men i og med at jeg var så afklaret med, hvad jeg gerne ville med mit liv, og at jeg gerne ville i gang med at læse først, inden jeg nogensinde skulle noget andet, så var der ikke den der ... det var ikke sådan, at jeg syntes, det var forfærdeligt eller pinligt eller noget. Det var bare, sådan var det”.

Den umiddelbare følelse (som ikke alle kvinder deler) fortager sig dog i den valgsituation, som kvinden står over for. Dette er tydeligt i begge citater. For Jette er der tale om, at hun ikke vil have et barn sammen med den mand, som hun er blevet gravid med. For Naja er der tale om, at der er andre ting, som hun finder vigtige at fuldføre, før hun får et barn, ikke mindst at få en uddannelse.

At tage valget

For nogle kvinder er valget af abort ikke noget valg. Det er den eneste løsning, som de kan se på den graviditet, som sætter sit spor på deres krop. Ofte er der tale om kvinder, som ikke kender den person, som de er blevet gravid med særligt godt og endvidere er ganske unge. En kvinde, som er først i tyverne, fortæller, at:

“Jamen, det var jo ganske enkelt dumhed, og det var en nem beslutning. Det var der ingen problemer med. Den traf jeg med det samme.”

Else

For nogle kvinder er det af positiv betydning, at der kun går kort tid mellem, at de finder ud af, at de er blevet gravide til de får foretaget aborten. Ligeledes er det ofte af betydning, at den korte proces gør, at der kun er en ganske lille mulighed for, at andre får noget at vide:

“Så fik jeg en tid, og det gjorde jeg ret kort tid efter [at hun fandt ud af, at hun var gravid]og bad om, at jeg fik en tid en mandag eller en fredag, sådan så jeg kunne være væk fra skolen, uden at det blev meget synligt. Det var fordi, det var mit ønske. Det var ikke fordi lægen ønskede det, men fordi jeg ønskede, at det skulle være meget diskret, og jeg vil sige, at jeg nok var sådan meget praktisk ... Det skulle være en lille parentes i mit liv, som ikke ret mange behøvede at vide ret meget om. Der er mange veninder, som jeg først har fortalt det mange år senere”.

Charlotte

For andre kvinder betyder en kort overvejelserproces, at de efterfølgende ikke føler, at de har tænkt sig ordentligt om, og derfor bliver kedede af det:

Birgitte: "Jeg tror også, at det var det, der gjorde, at jeg blev så ked af det, fordi jeg ikke havde nået at tænke det igennem ... Jeg tror, at jeg fandt ud af, at jeg var gravid i den ene uge og så fik abort i den næste uge ... For mig er det meget tåget i dag, fordi jeg var så ked af det. Jeg græd og snakkede med min kæreste. Og det var kun ham og mig, der besluttede det, der var ingen andre, der vidste det. Mine forældre fik det så at vide inden jeg blev opereret, og mine veninder efter, at jeg blev opereret".

Det er tydeligt, at Birgitte beskriver sig selv som ulykkelig over sin situation, både i overvejelsesperioden og ligeledes efterfølgende.

Andre kvinder beskriver overvejelsesperioden som svær, fordi deres holdning til det, som vokser i dem, faktisk er, at det er et ønskebarn. At de ikke kan beholde barnet, skyldes oftest den omstændighed, at faderen ikke ønsker det. Den afvisning (og dermed begrænsning af valgmuligheder) efterlader kvinden ulykkelig:

"Jeg var dybt ulykkelig. Jeg lavede ikke andet end at græde, og jeg tror, jeg tabte mig 3 kg. på en uge. Mit liv gik bare fuldstændig i sort. Jeg var ligeglad med alt ... Og så havde jeg det så dårligt over for det barn, over at det ville påvirke det sådan, som jeg havde det, og jeg røg 25 cigaretter om dagen og sådan noget. Så jeg vidste, at sådan som jeg havde det, det måtte jo påvirke det foster på en eller anden måde, så det havde jeg det også helt vildt dårligt overfor. Men også, at jeg var så meget i tvivl, om jeg skulle gøre det [få foretaget aborten], og så kunne jeg ikke tænke klart. Jeg var simpelthen så lammet over det, han havde gjort og den beslutning [at manden ikke ville have barnet], fordi manden var 40 år, så han var lidt for gammel til ikke at vide, hvad han ville."

Hanne

En af svarpersonerne beskriver overvejelsesperioden som en begyndende modningsproces. Kvinden ser sig sat i en situation, hvor hun må foretage et stort og betydningsfuldt eksistentielt valg:

"Pludselig, så var det på et meget højere plan ... Tingene havde pludseligt nogle meget større konsekvenser ... Men sådan nogle tanker, hvor du tilsidesætter dig selv 100 % og koncentrerer dig om de øvrige elementer i spillet. Jeg brugte enormt meget energi på at tænke på,

hvad det var for en barndom, som jeg kunne give et barn. Og det var sådan en tanke, når man går i gymnasiet, i 3.g., så er det jo normalt noget med, hvordan sidekammeraten ser ud, og om man har taget den rigtige bluse på ... Jeg kunne ikke relatere til mine kammerater efterfølgende, for jeg syntes, at de var så småttænkende”.

Amalie

At den provokerede abort er af betydning for en personlig modningsproces og i visse tilfælde større selvbevidsthed nævnes i internationale studier (Zierk 1992). Dog afhænger disse positive effekter af andre faktorer, såsom følelse af ambivalens overfor valget (Romans-Clarkson 1989, Adler et al. 1990, Schleiss et al. 1997). Spørgsmålet om abort som et afsæt for en personlig modningsproces behandles indgående i kapitel 4.

Betydningen af netværk og familie

De fleste kvinder nævner, at det at få abort var den rigtige beslutning, som de kan stå ved. Tvivlen synes særligt at råde hos dem, for hvem der på et eller andet plan var tale om, at barnet var ønsket, eller hvor kvinden på et tidspunkt overvejede at gennemføre graviditeten og lade barnet bortadoptere.

For den overvejende del af kvinderne er det af betydning, at der er personer til at støtte dem i deres valg. Betydningen af netværk understreges også af andre undersøgelser (Romans-Clarkson 1989, Schleiss 1997). I mange tilfælde er der tale om gode veninder og ikke mindst kvindens mor. Forholdet til moderen kan dog være ambivalent og psykisk belastende:

“Min mor var med inde og få det foretaget. Min mor ... det var meget ambivalent, for efterfølgende følte hun faktisk, at det var mest synd for hende. Og det havde jeg svært ved at sætte mig ind i. I dag er jeg selv mor, så jeg kan godt se, at hvis jeg havde en datter, som skulle igennem noget lignende, så ville jeg havde det ad hulen til. Jeg kan godt forstå hendes følelser, men jeg kan ikke forstå den bebrejdelse, der kom efterfølgende, om [hvorvidt] jeg havde tænkt på, hvordan hun havde det. Det var ikke det, der var plads til på det tidspunkt. Men min veninde var fantastisk ... Hun kunne bedre forstå mine tanker”.

Amalie

Charlotte: *“Mine forældre bakkede op om min beslutning, og min mor var med mig dernede. Hvis der var noget, som jeg skulle havde gjort anderledes, så var det, at min kæreste ikke var med ... men [jeg] havde min mor med i stedet for ... Hun ligesom overtog, men han var jo så også lidt yngre end mig, og hun tog styringen, og han fik en meget lille delrolle i det, hvor jeg egentlig tro ... at han fik slet ikke lov til at tage sin del af ansvaret ved at passe mig og være med på hospitalet fx”.*

Andre kvinder beskriver, at deres mor og familie som sådan var meget lidt involverede i forløbet under og efter aborten, eller at de slet ikke fik noget at vide. Det kan skyldes forskellige ting, fx at manglende sociale resurser i familien gør, at kvinden ikke forventer, at andre familiemedlemmer vil kunne magte at give hende den opbakning og støtte, som hun føler, at hun har brug for. Andre fortæller, at de ikke ønsker at inddrage familien, fordi deres holdning var, at overvejelse og valg af abort var et betydningsfuldt personligt ansvar, som andre ikke skulle involveres i. Andre igen fortæller, at følelsen af at have opført sig “umodent” eller følelsen af skam gør, at de hverken involverer familie eller venner.

Gode veninder har dog generelt en positiv indvirkning på, hvordan kvinderne kommer igennem den periode, som leder frem til deres endelige valg af abort. Hvor moderens rolle beskrives som alvorsfuld, beskrives venindernes indsats af nogle af kvinderne som opløftende og befriende:

“Hun [veninden] har en stor betydning. Hun har ligesom været den, som kunne sige: “Det er noget lort, som du har rodet dig ud i, kunne du ikke have tænkt dig om, men ja, nu er det for sent, og du kan bruge mig”, men også til at kunne lave grin med det. Det kan også blive lige højtravende nok og [veninden kunne] grine og sige, at det er bare typisk dig [navn], eller på den måde. Det er, hvad der sker ... hun er sådan mere spirituel, og der er en mening med det hele, og det er meget fedt nogen gange at tro på det. Ind imellem er det meget belejligt at tro på, hvad stjernerne siger. Så hun har en stor betydning”.

Jette

Overvejelsesperioden frem til aborten synes således i stor udstrækning at være præget af kvinder. En forklaring kan være, at kvinder har samme fysiologi – herunder evnen til at kunne få børn – og at de dermed kan sætte sig i hinandens sted. Yderligere kan der være tale om, at kvinden simpelthen føler sig tæt knyttet til en mor eller veninde i erfaringen og følelsen af at være gravid, og det at skulle overveje/afvise at blive mor. Forholdet kan fx sammenlignes med den måde, som bedstemødre og nybagte mødre forholder sig til hinanden på. En undersøgelse viser her, at ca. 40 % af nybagte mødre var i daglig kontakt med deres egen mor, hvorimod kun 20 % var i daglig kontakt med deres far (Christoffersen 1997). Dette kan på den ene side udtrykke afhængighed af forældregenerationen i nogle af livets mulige overgangsfaser, men også at visse af disse overgangsfaser (abort, fødsel) forbindes med køn og fysiologi.

Én person glider ofte i baggrunden i denne proces, og det er den mand, som kvinden er blevet gravid med. Nogen gange skyldes det, at han intet ved om graviditeten, såsom i de tilfælde, hvor der er tale om et “one-night-stand” (hvor man kun har haft seksuelt samvær med den pågældende mand en enkelt gang, fx efter en aften i byen), eller at forholdet er nyt eller “useriøst.” I sådanne situationer ser kvinden valget af abort eksklusivt som hendes egen beslutning.

I andre tilfælde er der tale om, at manden på en eller anden måde ikke kan tackle overvejelserne om at få et barn, og dermed sætter fordringer til kvinden, som hun ikke kan eller ønsker at honorere i den pågældende situation. Som Else fortæller:

“Det er fordi, hvis jeg havde bedt ham om at have en holdning, så var han gået i panik, og så havde han ... han var inde på noget med, at han måske skulle giftes med mig og sådan noget, hvis det endelig var. Sådan gør man jo, og det syntes jeg på sin vis var lidt hul i hovedet”.

Selvom en del kvinder beskriver overvejelsesperioden som følelsesmæssig svær, er det slående, at manden i flere tilfælde ikke deltager i diskussionerne omkring valget af abort. Ikke hermed forstået, at hensynet til manden og overvejelser omkring parforholdet ikke har betydning for kvindernes valg. Men også kvinder, som lever i faste parforhold, hvor

beslutningen om abort blev taget i fællesskab, beskriver, at partneren ikke altid er en central medspiller i den psykiske bearbejdning af dette valg. Det er ikke altid kvindens eget ønske. Dette kan være tydeligt i de tilfælde, hvor kvinden faktisk gerne ville have barnet, men hvor manden har sagt nej. Her kan hun have ekstra brug for hans støtte og opbakning, hvilket han ikke altid giver hende:

“Hvis jeg lå og tudede eller brød sammen, så gik han, han kunne ikke håndtere det. Så det var det værste mareridt, og han var jo den eneste, jeg havde brug for, på en eller anden måde. Jeg har aldrig haft det så dårligt i mit liv. Det er ubeskriveligt”.

Hanne

Interviewpersonerne beskriver også, at selvom mændene ofte er bipersoner i valgsituationen, er de langt fra altid ufølsomme modspillere. Mændene kan – selv lang tid efter indgrebet er foretaget – gå med en følelse af skyld over det, som er sket. Det kan blandt andet betyde, at de tolker problemfyldte hændelser, som finder sted efter aborten, som en straf:

“Han [den kæreste, som hun blev gravid med] reagerer ligesom mig ved at være enig i, at det ikke er noget, som vi skal have. Jeg vil faktisk sige, at jeg ikke talte ret meget med ham om det, hvilket jeg har fundet ud af, fordi jeg mødte ham nogle år efter. Hvor han selv har fået et andet barn med kolik og siger, “nu har jeg vidst fået min straf”. Så det var ligesom der, det gik op for mig, at der var der en, som vi havde glemt”.

Charlotte

Endeligt er der de mænd, som bliver kede af, at de kun blev inddraget meget lidt i valgprocessen. Også den sorg er noget, som kan findes hos mændene længe efter, at indgrebet er foretaget. Mænd kan, som Susanne (som har fået abort to gange) beretter i det følgende, fx være kede af kvindens fravalg af barnet:

“... han er stadig dybt ulykkelig over, at jeg traf en beslutning to gange, der var min beslutning, og at han ikke blev inddraget. Det er han meget ulykkelig over, men han var et andet sted rent psykisk på det tidspunkt. Han var ikke der, hvor jeg var, og det kan vi snakke meget om ham og jeg. Det tror jeg aldrig, at han kom sig over. Det sidder som en stor sorg i ham, at jeg traf den beslutning helt alene”.

Selvom kvinden under og efter valget af abort kan bebrejde manden for hans manglende deltagelse, understreger langt de fleste kvinder, at der i sidste ende var tale om en fælles beslutning. Som Hanne – for hvem graviditeten i begyndelsen var ønsket, men hvis mand ikke ville have flere børn – siger:

“Ja, altså vi var jo enige om det. Jeg kan jo ikke klandre ham for at tvinge mig til det. Havde jeg insisteret på, at jeg skal have barnet, jamen så havde jeg fået barnet. Så selvfølgelig var vi da enige om det ... Men jeg var ked af det”.

Charlotte

Det er bemærkelsesværdigt, at kvinder – i hvert fald dem, som er i et fast parforhold – beskriver valget af abort som fælles, mens de i flere tilfælde beskriver processen frem mod valget som relativt uafhængig af manden, enten fordi denne ikke ønsker at være med, eller fordi andre personer (fx mødre) tager over. Hvordan manden opfatter sig selv i denne proces belyses ikke af nærværende undersøgelse, men kan undersøges nærmere. I hvilken grad oplever manden sig selv som havende lige rettigheder og ansvar med kvinden, i hvilket omfang ser han sig selv som delagtig i proces og valg, og hvilke følelser og overvejelser efterlader det ham med?

Indgrebet – kvindernes forventninger til sundhedsvæsnets

Et emne, som tidligere forskning kun i ringe grad belyser, er, hvilken betydning mødet med sundhedsvæsnets har for den abortsøgende kvinde (se dog Kølback 1995). Der mangler bl.a. viden om, hvorvidt henholdsvis gode og dårlige erfaringer med sundhedspersonale og –system før og under indlæggelsen har betydning for, hvordan kvinden efterfølgende har det psykisk.

Det er tydeligt, at de kvinder, som vi har interviewet, som udgangspunkt havde forskellige forventninger til sundhedsvæsnets forbindelse med aborten. For nogle betød medfølelse og en mulighed for at snakke valg og oplevelse igennem med læge og hospitalspersonale meget, hvorimod det for andre var af betydning, at de fik lov til at være alene.

Mødet med den praktiserende læge

Den første repræsentant for sundhedsvæsnets, som kvinderne diskuterer valget af abort med, er deres praktiserende læge. Generelt for kvinderne i undersøgelsen gælder det, at denne konsultation beskrives som upersonlig. Som Amalie beskriver det i det følgende, resulterer denne upersonlige behandling i, at hun føler, at mødet med sundhedsvæsnets mangler. Et møde betyder hér involvering, at der er nogen, der (følelsesmæssigt) reagerer på den melding, som kvinden kommer med. En professionel distance kan derfor tolkes som manglende indlevelsesevne, eller at kvinden føler, at hun ikke bliver taget alvorligt:

“Der var ikke noget [møde med sundhedsvæsnets] ... Jeg gik op til min læge, og hun skulle lige tage en blodprøve for at se, om jeg var gravid. Jamen altså “for helvede, jeg er gravid”. Og det var jeg så, nøj, kæmpe overraskelse. [Så spurgte hun] om jeg ville have en abort? Ja, men det ville jeg godt”.

Amalie

Andre kvinder efterlyser, at lægen giver information om alternativer til abort, fx bortadoption, eller at der på andre måder åbnes op for muligheder for at få barnet. Jette, som overvejede at få barnet, hvis hun kunne holde faderens identitet hemmelig, beretter, at:

“Så da jeg havde været hos lægen ... jeg tror også, at det var derfor, at jeg blev skide ked af det ... Jeg siger til lægen, om han kunne lade være med at oplyse faren[s identitet], hvis det var det. I stedet for at spørge hvorfor jeg ville det, siger han “jamen alle børn har ret til en far”, og det er jo rigtig nok, og det ved jeg jo godt, de har, men hvis jeg nu havde en rigtig god grund til ikke at ville gøre det”.

Selvom Jettes beretning ikke kan generaliseres, kan den dog indgå i overvejelser af en forebyggende indsats på abortområdet samt i diskus-

sionen af, hvordan kvindernes møde med sundhedsvæsnet påvirker dem i processen. Hendes beskrivelse tager hul på en stor problematik, hvori der bl.a. indgår spørgsmål som lægens tavshedspligt, og om kvinden kan nægte at videregive faderens identitet. Jette var afklaret med sit valg af abort, hun valgte en medicinsk abort, men tænker alligevel meget på den afbrudte graviditet som et barn. Som hun siger: “Vi bor lige overfor en legeplads, hvor der kommer alle dagplejemødrene med børnene og “den flyverdragt havde jeg også købt, hvis jeg havde fået en lille dreng”. Det tror jeg altid, jeg vil tænke på. Jeg tror altid, jeg vil huske den [terminsdatoen]”.

Mødet med hospitalet

For nogle af de abortsøgende kvinder er mødet med hospitalet skuffende. Der er ikke alene tale om, at de føler sig behandlet på “samlebånd”, men at de ikke får mulighed for at diskutere et personligt valg, som for dem har været betydningsfuldt, igennem med fagligt kompetente personer. Her skal det dog indføres, at flere af de personer, som vi har interviewet, fik foretaget abort før, at det blev almindeligt at tilbyde abortsøgende støttesamtaler med en psykolog:

Birgitte: “Der var sådan nogle søde sygeplejersker på hospitalet, men jeg følte mig meget skuffet bagefter. For det var bare noget med, at jeg kom op på stuen bagefter, og så fik jeg bare at vide, at når jeg havde det godt, så måtte jeg gå hjem. Så jeg havde ingen snak med læger bagefter ... Jeg fik bare at vide af en sygeplejerske, at det var gået, som det skulle gå ... Jeg var meget, sådan, paf, og jeg tror også, at hvis der havde været en læge, som havde sat sig ned og snakket med mig, så ville jeg ikke have haft det så skidt bagefter. Jeg syntes virkelig, at det fungerede dårligt. En ting er, at du aborterer ... Men i det at det er en stilling, som skal tages, så kunne de godt snakke med en om det, om man var sikker på det eller ej”.

Dog beskriver langt de fleste kvinder mødet med hospital og dets personale som positivt:

“Jamen, jeg havde en sygeplejerske, der holdt mig i hånden og aede mig på kinden, indtil jeg faldt søvn i ... De var generelt menneskelige ... Tit syntes jeg, at hvis du kommer til læge eller på sygehuset eller sådan noget, så er det sådan noget fabriksarbejde. Folk bliver smidt

ind og ordnet og smidt ud igen. Men det havde jeg ikke rigtig nogen fornemmelse af [da hun fik aborten]”.

Else

Oplevelsen kan dog også være “blandet” og afhænge af, hvilket sundhedspersonale kvinden har med at gøre:

“Jeg kan huske, at de var utrolig søde dernede. Eller, det vil sige, ikke dem, der lavede udskrabningen, de var mere eller mindre ligeglade, for de havde en attitude med “én mere”. Det var nærmest som om, at man bare kunne havde holdt benene samlet. Da jeg kom tilbage på opvågningen var der den sødeste sygeplejestuderende, kan jeg huske. Hun nåede virkelig mit hjerte, fordi hun kunne godt se, hvor ked af det jeg var. Så jeg vil huske, hvor venlige de var der”.

Kathrine

Kvinderne beskriver sundhedspersonalets omsorg som væsentlig under og efter indgrebet. Omsorg indebærer for nogle mulighed for at kunne snakke eller at have en hånd at holde i. For andre er omsorg lig med at kunne være i fred og fx ikke skulle konfronteres med medpatienter:

“Jeg har kun fået kirurgiske aborter. Det var ikke medicinske aborter. Det vil sige, at tingene bliver fortaget ambulant, så det er meget kortvarigt, man er der. Jeg havde bare brug for, at de lod mig være, og det gjorde de så også, men jeg vil tro, at hvis man var af den kaliber, der havde brug for nogen, der holdt i hånden og støttede, så ville man måske være skuffet. Men jeg var ikke skuffet. Jeg var lettet over, at de bare lod mig være”.

Dorthe

“Ja, så kom jeg ind på hospitalet og – jeg kan faktisk ikke huske det, men jeg tror, at jeg havde været der til en ambulant forundersøgelse – og så kom jeg ind på hospitalet og fik noget bedøvelse. Det var meget stille og rolig. De ordnede det, der skulle ordnes. Der var ikke noget med følelser eller noget. Det er ikke noget, som jeg har klare erindringer om – jo, de var meget opmærksomme på, at der var en medpatient, og det virkede som om, at de passede ekstra på mig, fordi jeg ikke var så gammel. De trak gardinerne for [ind] til medpatienten og skærmede mig”.

Charlotte

Brug for at tale med nogen, eller brug for at være alene
For de fleste af de interviewede kvinder er det af betydning, at de bliver konfronteret så lidt som muligt med andre mennesker, ikke mindst medpatienter, som befinder sig på afdelingen af helt andre grunde. Omstændighederne omkring indgrebet skal være "private" eller hemmelige. For nogle skyldes dette ønske en følelse af skam, forårsaget af en holdning til, at "pæne piger" eller kvinder i deres alder ikke burde stå i en sådan situation (se også Kølbæk 1995). For andre er der tale om, at valget af abort er noget, de må stå ved i sådan en grad, at de hverken skal ynkes eller sygeliggøres. På den måde skal de heller ikke fremstå som noget specielt eller have specielle hensyn, mens de er på hospitalet. Som Jette, der fik foretaget en medicinsk abort, fortæller:

"Du er ikke syg, fordi du vælger at få en abort ... Jeg skulle ikke i noget hospitalstøj. Jeg kunne gå med til at tage netunderbukser på, for jeg skulle have en ble på og det kunne ikke være i min trusse, men [jeg ville have] min egen t-shirt og strømper [på]. En abort og en sygdom er to meget forskellige ting. I min verden i alle tilfælde".

Kvinderne er opmærksomme på, at det kan være svært at skabe en absolut sfære af hemmeligholdelse på hospitalet. Da abortindgreb finder sted på gynækologiske afsnit, møder de abortsøgende kvinder andre kvinder, som er indlagt af andre årsager. Dette møde kan være ubehageligt, ikke mindst hvis der er tale om andre gravide kvinder, som ønsker at gennemføre graviditeten, eller kvinder som aborterer ufrivilligt.

Pernille: "[Det er] det der med, at man faktisk ligger rimelig tæt på dem, som enten har tabt deres børn eller er gravide eller et eller andet, men selvfølgelig kan man heller ikke have sådan en afdeling, der hedder abort, og alle dem der står af på den etage, de skal ind der eller et eller andet. Men det føles bare lidt offentligt, hvor jeg godt ville have haft det som en hemmelig hemmelighed".

For nogle betyder det, at – uforudset – møde kvinder i samme situation på hospitalet, at man får snakket tingene igennem. Sådanne møder er ikke arrangeret af sygehuset, men kan spontant finde sted, når man fx møder hinanden i venteværelset:

“Det, der faktisk var bedst, det var, at vi var seks piger sammen begge dage. Og når man har siddet i et venteværelse tilpas længe, og man godt ved, hvorfor alle de andre sidder der, så begynder man at snakke. Og det var enormt befriende at tale med nogen i samme situation. Det var faktisk det, som jeg fik mest ud af på hospitalet. Det som så ærgrer mig, det er, at jeg efterfølgende ikke kunne have den kontakt igen. Der var problemet jo, at der ikke var nogen af os, som syntes, at det var specielt sjovt, det som vi var inde for. Så der var ikke nogen af os, der havde lyst til at få en veninde og så sige, at “hende fik jeg på hospitalet, da jeg fik en abort.” Men det ville nok egentligt have været godt, hvis vi kunne have fået et støttenetværk efterfølgende, hvor vi kunne have snakket sammen. Det var så nemt at snakke med hinanden derinde”.

Amalie

De abortsøgende kvinders behov under opholdet på hospitalet kan rubriceres i tre overordnede felter. For det første er der deres forventninger til hospitalspersonalet som sådan. Umiddelbart er det svært at påpege, hvorfor nogle kvinder har stor brug for kontakt, mens andre ikke har det. For det andet er der de fysiske rammer og menneskelige sammenhænge, som kvinderne bliver sat i. Også blandt dem, som ikke ønsker at være alene om oplevelsen, er der et tydeligt behov for ikke at konfronteres med udenforstående. Til gengæld betyder rammer, hvor kvinden føler sig tryk, meget, hvad enten det betyder afskærmning med et gardin, at man tages ud af venteværelset til en enestue, eller at blive aet på kinden eller snakke med nogen, som man er tryk ved, menneskeligt såvel som fagligt.

Betydning af hjælp og støtte fra kvindens netværk under hospitalsbesøg og indgreb

Et tredje felt, som har betydning for kvindens behov på hospitalet, men nok også hendes muligheder for at bearbejde oplevelsen på længere sigt, handler om de ting, som kvinden “bringer med sig” udefra. Har hun den opbakning fra sin partner, sin familie og sine venner, som hun har brug for? Har hun forpligtigelser, som gør hende stresset, og som gør hende psykisk sårbar? Mette fortæller blandt andet, at hun både skulle bringe og hente sine børn fra dagtilbud den dag, hvor hun fik foretaget abort. Hendes mand havde, på grund af sit arbejde, ikke mulighed for at tage med hende på hospitalet eller hjælpe hende med børnene:

Jeg stod alene med alt det der. Det var sådan noget med, at jeg afleverede børnene i dagpleje, så tog jeg lige en tur til [by] og fik fjernet barnet, og så kom jeg og hentede mine børn og gik hjem igen. Det var ikke så skægt, og på det tidspunkt arbejdede min mand i [by], så han kunne ikke engang komme. Hvis han skulle holde fri, skulle han komme med en begrundelse, og arbejdslederen var en af hans forældres venner, og så ville historien jo køre. Så det turde vi ikke risikere, så der var ikke nogen anden udvej, men vi gjorde jo, hvad vi kunne, og han har da støttet mig hele tiden, så godt han har kunnet.

Dorthe fortæller, at hendes kæreste nægtede at tage med hende, selvom hun bad ham om det:

“Jeg tog alene på hospitalet. Jeg spurgte, om han [kæresten] ikke ville være sød at tage med, og det ville han ikke. Det vil sige, at jeg tog alene på hospitalet, fordi jeg syntes, det var for pinligt at stå i den situation. Det var for pinligt at sige det til nogen”.

Endeligt er der de kvinder, for hvem mødet med sundhedssystemet og indgrebet er svært, fordi de faktisk gerne ville gennemføre graviditeten. Det er tydeligt, at den manglende afklaring indebærer et psykisk pres. Som Hanne fortæller:

“Da jeg så besluttede mig til, at jeg skulle have den abort, så fortalte jeg historien til min læge og brød sammen. Så kom jeg op på [navn] hospital, og der brød jeg sammen igen. Jeg brød sammen hele tiden ... Så skulle jeg tage to piller aftenen før for at blødgøre livmoderen, og det havde jeg det bare helt vildt dårligt med, at jeg skulle gøre noget for det selv ... Om dagen der var jeg i tvivl om, om jeg skulle tage pillerne eller ej og ringer til hospitalet, om jeg skulle tag dem, og det skulle jeg selvfølgelig. Så skulle jeg tage dem kl. 8 om aftenen, og der var ham der min kæreste der også. Og måske også for at se hans reaktion, så tog jeg dem ... det var jo det, jeg skulle, men det var altså et eller andet mod ham”.

Hanne kompenserer for, at hun er ked af det ved, at hun lader kæresten se på, at hun spiser de piller, som markerer skillelinien mellem graviditet og abort. Selvom kæresten har taget afstand til graviditeten, involveres han hermed i den proces, som fører til dens afslutning. Beslutningen bliver til at tage og føle på. Selvom Hanne ikke kan

overføre oplevelsen på hans krop, kan hun overføre noget af oplevelsen indirekte ved at lade ham se, hvad den gør ved hendes.

I beskrivelsen af de fysiske eftervirkninger af abort er det ikke uvæsentligt at se på, hvordan kvinderne i det hele taget opfatter deres krop i den tid, der leder frem til indgrebet, og ligeledes i den korte periode, hvor indgrebet er i gang. Hvordan opfatter kvinderne det at være gravide? Hvordan bruger kvinderne kroppen i forhold til dem, som de er blevet gravide med? Hannes brug af sin krop overfor sin kæreste viser kroppen som et magtmiddel. Hanne har ikke mulighed for at lade kroppen fortsætte med at være gravid, men hun bruger kroppen til at fortælle, hvordan hun har det og til at fremtvinge en reaktion fra den partner, som har skuffet hende.

De forskellige former for indgreb

Som abortsøgende har man mulighed for to typer af abort (inden 12. graviditetsuge). Den ene er den *kirurgiske abort*. Under indgrebet er kvinden i fuld narkose, lægen udvider herefter livmoderhalsen, og graviditetsvævet suges ud. Den anden indgrebsmulighed er den medicinske abort. Denne form for abort bliver sat i gang ved, at kvinden først får piller, som indeholder et antihormon, som gør, at livmoderen ikke reagerer på kroppens eget graviditetshormon. Hermed går graviditeten til grunde. På de fleste sygehuse får kvinden to dage efter oplagt stikpiller i skeden, som gør, at livmoderen trækker sig sammen og tømmes for graviditetsvæv.

Både ved kirurgisk og medicinsk abort kan der tilståde bivirkninger og komplikationer. I forbindelse med kirurgisk abort sker dette i ca. 5 % af tilfældene, enten som infektion (1-2 %), blødning (0,5 %), perforering af livmoderen (0,2 %) eller ukomplet tømning (1-2 %) (Knudsen et al. 2002). Ved medicinsk abort er de tilstødende komplikationer færre. Der er dog bivirkninger ved de to medikamenter (syntetisk prostaglandin og mifepriston), som anvendes ved medicinsk abort. Mifepriston kan give træthed, mavesmerter, kvalme og utilpashed. Prostaglandin kan give en del smerter i underlivet samt kvalme og opkastning.

De mest udtalte komplikationer ved medicinsk abort er kraftig eller langvarende blødning og ufuldstændig abort. Antallet af kvinder, som

får sådanne komplikationer, er beskrevet i både danske og internationale studier (fx Lidegaard & Larsen 1999, Lidegaard et al. 1999, *Amt'nyt* 1998). Et studie af de første 100 tidlige medicinske aborter i Danmark angav, at 4 kvinder (4 %) aborterede ufuldstændigt, hvilket fx gav sig udtryk i kraftig/langvarig blødning. Ca. 60 % af kvinderne have bivirkninger forårsaget af Mifepristone (kvalme, svimmelhed o.a.). 70 % blødte mere end 6 dage efter indgrebet (Lidegaard et al. 1999).

En noget mindre undersøgelse fra Vestjællands Amt beskriver, at de adspurgte kvinder, som alle havde fået foretaget en medicinsk abort på Kalundborg Sygehus i midten af 1998, fandt forløbet tilfredsstillende, men at ca. 95 % havde haft smerter (25 % af alle kvinder fandt disse smerter uudholdelige), og at 64 % af kvinderne havde haft kvalme eller opkastning i forbindelse med indgrebet (*Amt'nyt* 1998).

Langt hovedparten af de tolv kvinder i denne undersøgelse, som havde fået foretaget en kirurgisk abort, angav, at indgrebet forløb uden komplikationer. Dog havde to af kvinderne betydelige eftervirkninger i forbindelse med aborten, herunder blødning og ufuldstændig abort. En kvinde havde alvorlig styrtblødning i forbindelse med indgrebet, og en anden led af opkastninger i en uge.

Jettes beretning om medicinsk abort

Ud af de 14 kvinder, som vi interviewede til nærværende undersøgelse, havde fire fået foretaget medicinsk abort (en enkelt kvinde i undersøgelsen havde både erfaring med kirurgisk og medicinsk abort). Alle fire kvinder beskriver erfaringerne med den abortmetode som god, selvom de også beskriver forløbet som en barsk oplevelse. Da medicinsk abort først blev indført i Danmark i slutningen af 1990'erne, vil vi særligt beskrive denne abortform. Vi vil gøre det ud fra en enkelt kvindes, Jettes, oplevelser. Jettes oplevelser kan ikke generaliseres til at gælde for alle de kvinder, som får udført en medicinsk abort, men den gengiver et specifikt forløb, der fortæller om et muligt forløb og mulige reaktioner.

For Jette var det vigtigt, at hun var "med" i abortforløbet. Som abortsøgende kvinde ønskede hun ikke at blive sygeliggjort, tværtimod var det vigtigt for hende at markere aborten som en konsekvens af en handling, som hun selv havde begået, og et efterfølgende fravalg, som

hun selvstændigt foretog (hun var blevet gravid med en mand, som hun kun havde været sammen med en enkelt gang). Netop behovet for at tage ansvar, at være deltagende og vide, hvad der skete med hendes krop, havde betydning for Jettes valg af medicinsk abort:

“Ja, så valgte jeg at få den medicinske og sagde, at det har jeg rygrad til. Jeg vil godt være med her. Jeg skal ikke lægges til at sove og så ikke vide, om de nu har fået det hele med, [fordi der er] en læge der har en dårlig morgen. Der er ikke nogen, der skal op og rodede i mig, hvis det kan undgås”.

Jette beskriver også den forundersøgelse, som kvinden skal undergå for, at man kan se, om fosterets udvikling er på et så tidligt stadie, at medicinsk abort kan foretages. Hvor langt kvinden er henne i graviditeten fastslås via skanning, på samme måde som i forbindelse med en ønsket graviditet:

“Så kontaktede jeg [navn] hospital og var inde til en forundersøgelse. For så skal det så igen fastslås, at man er 8 eller 10 uger henne, så man ikke kan få den medicinske abort ... Det er så i orden og bedst som jeg ligger der, så tager hun en ultralydscanner frem. Jeg skal bare ikke se på den skærm. Jeg havde godt nok været inde med min veninde, og det er sådan en lille stjerne, og det er der også, når det [fosteret] ikke er større, der er jo en eller anden form for liv, selvom det ikke er noget. Så jeg lå bare og havde hold i nakken af at kigge den anden vej”.

To dage senere møder Jette på hospitalet for at indtage de tabletter med antihormon, som gør, at graviditeten går til grunde. Her udtrykker Jette, hvad hun ser som en forskel imellem den medicinske og kirurgiske abort. I forbindelse med den kirurgiske abort er kvinden under narkose, når indgrebet finder sted. Men vælger kvinden den medicinske abort, så er det hende selv, som aktivt sætter aborten i gang. Jette beskriver denne handling som svær, men også noget som understreger selvstændigheden af hendes beslutning. Aborten er hendes eget ansvar:

“Man får så udleveret tre piller, som afbryder svangerskabet. Altså slår det ihjel, og det var hårdt, for så var det min egen beslutning, og så var det mig, der gjorde det. Så havde det været nemmere, at

“nu sover du 20 minutter, og så er det overstået.” Nu var det lige pludselig, at har du taget den første [pille], så er der ingen vej tilbage. Så er det det”.

Efterfølgende tager Jette hen til den veninde, som har været hende til særlig støtte i overvejelsesperioden. Her er hun i de næste par dage, indtil hun skal møde på hospitalet igen. Jette beskriver den periode, som ligger mellem de to hospitalsbesøg som en periode med mange tanker, og hvor hun er ked af det, men også som en periode, hvor hun oplever stor omsorg fra en person, som hun har meget tillid til. Dette skyldes ikke mindst, at veninden selv har stået i en lignende situation:

“Ja, jeg tog så op til den veninde, jeg har, som er ældre end mig, og som selv har fået et par aborter for mange år siden, men hun var god at snakke med og kunne forstå de ting og er mor i dag også, og hvor jeg kunne få lov til være. Så kom hunden og slikkede mig på armen og barnet og hev mig i hånden, men jeg kunne bare få lov til at være, men også få lov til at være ked af det. Sådan nogle underlige følelser. Du kan jo ikke være ked over at miste noget, du aldrig har haft, men jeg havde dårlig samvittighed, og det tror jeg, der er mange, der har”.

To dage senere skal Jette møde på sygehuset for at få den stikpille, som gør, at livmoderen trækker sig sammen og udstøder graviditeten. Nogle steder beskrives de smerter, som mange kvinder oplever under dette indgreb som “menstruationslignende” eller “velignende”. Jette beskriver dog sine smerter som nær det uudholdelige. Tillige er hun meget påvirket af den smertestillende medicin, som hun har indtaget:

“... Så ligger jeg og tænker, at hvis de vil tage min lever og mit ben, så må de gerne det, for man bliver simpelthen så skæv af de der piller. Det er helt forkert, det som jeg tænker. [Sygeplejersken] kommer også ind på et tidspunkt, og så siger jeg, at jeg har det sådan lidt underligt, og om det er rigtigt med de piller der. Men det var helt rigtigt. Og så fik jeg så rigtig ondt og begyndte at bløde. Det hele trækker sig bare sammen. Det gør bare rigtig, rigtig ondt, og så har jeg det ligesom om jeg skal på wc ... og jeg går ud på toilettet og sætter mig, og så kommer der – der kan godt under en almindelig menstruation komme små klumper ud – men man var ikke i tvivl

om, hvad det var. Hende, der var min sygeplejerske, havde sagt, at hvis det kommer ud, så lad være med at sid og pladder rundt i det, du kan ikke se noget. Det røg så heldigvis ned i toilettet, så der var ikke noget med en nysgerrighed, der skulle stilles eller noget. Så går jeg så tilbage og møder en sygeplejerske på gangen, som siger, at jeg skulle lægge mig ind igen. Jeg havde skide ondt, så jeg var glad for, at der ikke var nogen på det tidspunkt. [Jeg overvejer] om jeg kunne være bekendt at sige, at jeg gerne ville have en pille, eller ville de syntes, jeg var pivet. Så ringede jeg efter sygeplejersken og spurgte, om jeg bare kunne få en halv Panodil, fordi jeg syntes, det gjorde lidt ondt. "Vil du ikke have noget, der er stærkere?" spurgte hun så".

Jettes beretning beskriver nogle af de umiddelbare fysiske og psykiske eftervirkninger, der kan være ved en (medicinsk) abort. Selvom hun er afklaret med sig valg, er aborten stadigvæk for hende en smertefuld fysisk oplevelse. Men Jette beskriver også den medicinske abort som en meget bevidst og bevidstgørende oplevelse: hun tager pillerne, hun føler smerterne ved livmoderens sammentrækning, og hun oplever, hvordan det ødelagte graviditetsvæv forlader hendes krop. Det er denne følelse af at være aktivt med, som er af betydning i hendes evaluering af oplevelsen. Dog understreger hun også, at det er vigtigt at have nogle at støtte sig til under forløbet.

"Medicinsk [abort] er godt, fordi du selv er med, og det er jeg smadder glad for, at jeg gjorde i dag, men hvis du ikke har nogen at komme hjem til, så er det en barsk omgang. Altså, så skal du være lavet af sten" ...

Som helhed understreger dette kapitels beskrivelse af forløbet frem til og under aborten betydningen af de netværk, som kvinden indgår i, og som hun kan få støtte fra, og ligeledes betydningen af abort som en selvstændig beslutning. At kvinden føler, at hun helt og fuldt kan stå inde for den handling, som hun udfører eller sætter i gang, og dermed kan leve værdigt med beslutningen resten af livet.

Perspektivering

At vælge at få foretaget en abort er en stor beslutning i en kvindes liv. Undersøgelsen understreger, at den støtte, som kvinden modtager fra familie, kæreste og venner, er af stor betydning for hendes velbefindende, når beslutningen om abort skal tages, både i positiv og negativ henseende. Har hun god opbakning, har hun mulighed for at tale tingene igennem med andre og dermed blive sikker på sit valg. På den anden side kan betydningen af en samlevers fravalg og pres fra fx kvindens mor betyde, at kvinden vælger abort, selvom hun er usikker på, om det er det, som hun vil.

Undersøgelsen understreger betydningen af den person, som kvinden er blevet gravid med. Men det er overraskende, at denne person ofte bliver skubbet i baggrunden, selv når der er tale om et længerevarende fast forhold. Kvinderne gør i stor udstrækning brug af mødre og veninder, og selvom beslutningen sker i samråd med samlever eller kæreste, er det bemærkelsesværdigt, at manden i de fleste tilfælde er en perifer figur i kvindens fortælling. Dette med mindre at der eksisterer en konflikt imellem mand og kvinde om, hvorvidt man vil have barnet.

Konkluderende kan man således sige, at netværk og betydningsfulde andre både kan være til hjælp og støtte for kvinden, såvel som det modsatte. Iblandt de professionelle, som arbejder med abortsøgende kvinder, er der allerede stor viden om denne problematik. Forskningsmæssigt ved man mindre – dynamikken mellem støtte og pres og dets betydning for kvindens efterfølgende psykiske reaktion på aborten er forholdsvist ubeskrevet. Der mangler således mere viden på dette felt.

Mødet med sundhedsvæsnet

Kvindernes beretninger tyder på, at der i stor udstrækning er behov for at efteruddanne praktiserende læger i deres vejledningsindsats overfor kvinder, der overvejer abort. Der er brug for, at den praktiserende i langt større grad sætter sig ind i de muligheder, som kvinderne juridisk har, og ligeledes lærer mere om deres følelsesmæssige reaktionsmønstre og behov for at hjælpe dem til at tage den rigtige beslutning.

Kvinderne er generelt glade for den opbakning, som de får på hospitalet. Men det er tydeligt, at deres reaktion på opholdet og selve abortindgrebet hænger sammen med de forventninger, som de har til sundhedspersonalets behandling af dem. Bliver de ladt alene, når de har brug for det? Har de nogle at snakke med, når de har brug for det? Har de mulighed for at undgå konfrontation med medpatienter? Dette er spørgsmål, som i høj grad kræver både menneskelige og økonomiske ressourcer inden for sundhedsvæsnet. Kan man afsætte lokaler, fx et venteværelse, til abortsøgende kvinder alene? Kan man afsætte tid til samtale med en læge? Undersøgelsen viser her, at selv små ting kan have stor betydning for kvindernes oplevelse af opholdet og deres følelse af tryghed: en sygeplejerske, som aer én over kinden eller trækker et gardin for ind til medpatienten, kan gøre stor forskel.

INTERVIEW: ABORT SOM EN ERFARING

Dette kapitel handler om eftervirkninger, på kort og lang sigt, af abort hos de pågældende kvinder. Vi omtaler primært eftervirkninger, der ikke nødvendigvis er negative, men er af psykisk eller mental karakter, fordi det er den form for eftervirkning, som langt de fleste har. Ingen af de interviewede kvinder havde fysiske eftervirkninger ud over umiddelbare problemer, såsom en forlænget blødningsperiode. Mange kvinder har forskellige typer af følger, også psykiske, men de har ikke direkte sammenhæng med aborten. Det er i overensstemmelse med internationale studier, hvor der er konsensus om, at der ikke kan konstateres noget psykisk traume som følge af provokeret abort (Romans-Clarkson 1989, Stotland 1992, Russo & Zierk 1992). Derimod kan der være tale om forbedringer af kvindernes mentale tilstand i forlængelse af provokeret abort (Friedman et al. 1974).

Det kan alligevel være væsentligt at få belyst nærmere, hvad provokeret abort har af konsekvenser for kvinder, også for de kvinder der ikke i øvrigt optræder i registre som patienter. Derfor har vi undersøgt, hvordan de interviewede kvinder ser deres abort i både et kort og et langt perspektiv.

Mange af de interviewede kvinder har henvendt sig til os for at fortælle om deres abort adskillige år efter, den blev gennemført. Det fortæller, at aborten har været en markant hændelse for dem. For nogle optræder aborten endda som en skelsættende begivenhed i deres liv, og det er meget almindeligt, at kvinderne husker detaljer omkring

aborten mange år efter, den har fundet sted. En forholdsvis overset vinkel på de psykiske eftervirkninger af abort fremkommer, når man lægger vægt på, at aborten er en erfaring, som den pågældende kvinde gør sig, en erfaring som hun eventuelt bruger til at sætte sit liv i relief, til at vurdere sit livsforløb og til at forstå andre hændelser igennem hendes liv (Brien & Fairbairn 1996, Partridge et al. 1971). Derimod er de negative psykiske eftervirkninger i de fleste tilfælde forbigående i form af nedtrykthed eller skyldfølelse, men for specielt sårbare kvinder kan der være tale om, at den krisesituation, som aborten sætter kvinden i, forstærker nogle tendenser, der har været der i forvejen (Pettersen 1998). I tilfælde, hvor der tilsyneladende er tale om graverende problemer, der bl.a. fører til selvmordsforsøg, tyder interviewundersøgelsen på, at der er tale om, at aborten falder sammen med en række andre problemer i kvindens liv. Det er højst usikkert, at abort fører til selvmordsforsøg eller psykiske traumer, hvis kvinden i øvrigt er i en situation, som hun kan håndtere, hvilket er i overensstemmelse med den nævnte internationale litteratur. Derfor handler kapitlet overvejende om den erfaringsproces, som aborten også har været for kvinderne. Hvad betyder det at tale med andre om aborten? Hvilke uventede eftervirkninger har kvinderne noteret sig? Hvordan ser aborten ud for dem i tilbageblik? Dernæst berører vi betydningen af andres holdninger til abort – hvorfor taler man ikke mere åbent om abort? Til sidst videregiver vi de interviewede kvinders bud på, hvordan forholdene for abortsøgende kvinder kan forbedres.

Eftervirkninger på kort sigt

For at kvinder kan komme videre med deres liv efter en abort, er det nødvendigt at distancere sig fra den umiddelbare reaktion, som aborten fremkalder hos de fleste. Den er nemlig helt enkelt at være ked af det eller at sørge over, at fostret ikke blev til et barn, uden at der nødvendigvis er tale om en decideret depression.

På den ene side tomhed ...

Den største psykiske belastning ligger før aborten, mens perioden efter byder på både negative og positive følelser (Russo & Zierk 1992). Men en abort er under alle omstændigheder forbundet med tab.

Ord som “tomhed” og “ked af det” går igen, når kvinderne beskriver deres umiddelbare følelser efter abortindgrebet:

“Første gang havde jeg bare en følelse af tomhed inden i. Der kan jeg huske, at jeg vågnede op på en gang, hvor der var trukket gardiner for rundt om mig. Så vågnede jeg op og stod ud af sengen og ville gerne hjem. Der ville jeg bare gerne hjem. Anden gang var jeg meget ked af det. Der græd jeg meget, da jeg vågnede. Jeg kan ikke sige præcis, hvad det var, men det var nok en kulmination af følelsen af at være meget alene”.

Dorthe

Det er de kvinder, som føler sig presset til at få foretaget abort, som er i risiko for at få psykiske problemer som direkte følge af abort (Romans-Clarkson 1989). Alle de interviewede kvinder giver udtryk for, at de selv ønsker aborten, men nogle som fx Jette har et stærkt ønske om at få et barn, blot under andre omstændigheder.

“Jeg havde ikke vænnet mig til det, men min krop havde jo fra halsen og ned [været anderledes], og da jeg kom hjem fra sygehuset, var det bare tomt. Det var som en tom skal, og der gik der lang tid, hvor jeg bare havde det som om, der manglede noget”.

Jette

Jette er én af de kvinder, som udtrykker mest ambivalens eller sorg over, at hun ikke følte, hun kunne gennemføre graviditeten. Amalie kom hurtigere frem til en mere afklaret position:

“Da jeg fik foretaget aborten, satte jeg mig ned og tudede og var enormt ked af det. Så fandt jeg ud af, at der var en årsag til, at jeg fik foretaget den abort. Hovedårsagen var, at jeg ikke havde ret meget at byde det barn, Jeg boede hjemme, havde ikke noget arbejde, gik i gymnasiet. Jeg havde ikke nogen far til barnet heller. Jeg følte ikke, at jeg havde noget at give barnet. Jeg blev enig med mig selv om, at den verden, som jeg gerne ville give mit barn, skulle være en verden, hvor jeg havde oplevet de ting, som jeg havde behov for, så jeg havde noget, jeg kunne give videre på en positiv måde. For mit barn skulle aldrig nogensinde føle, at der var noget, som jeg ikke havde oplevet, og det var hendes eller hans skyld. Og derfor gjorde

jeg så meget ud af efterfølgende at gøre op med mig selv, hvad var mine mål”.

Amalie

For de fleste kvinder giver aborten ikke umiddelbart mening, dvs. når den ses løsrevet fra kvindens liv og omstændigheder i øvrigt. Som Amalie her giver udtryk for, ser det anderledes ud, når kvinden holder sig selv fast på, at aborten skal sættes i forhold til hendes samlede livssituation og i det perspektiv giver den mening.

– på den anden side lettelse

Andre har meget hurtigt registreret en følelse af lettelse – aborten betyder, at de nu har ét problem mindre:

“Nu vågnede jeg nok først halvvejen hjem, fordi jeg var så skæv af bedøvelsen, men det har ikke rigtig bevæget noget oppe i mit hoved. Det var bare “nå ok færdig”. [Var du lettet eller glad eller underlig eller tom eller...?] Tom og lettet, tror jeg. [Hvad var det, som var lettende?] Nu havde jeg en ting mindre at tænke på. Det var nok det”.

Else

Lettelse over at have et problem mindre er faktisk en generel følelse hos kvinder, der har fået abort (Brien & Fairbairn 1996, Greer et al. 1976).

“Altså når jeg sidder i dag og tænker tilbage, så kan jeg faktisk kun huske lettelsen, fordi det er sådan, at når jeg bliver gravid, så bliver jeg hundesyg hver gang. Jeg bliver syg næsten med det samme, og det var et rent helvede at komme igennem med opkastninger og skulle skjule det. Det var også meget svært”.

Mette

Når så først man erkender, at aborten er overstået, kan man til gengæld føle sig ikke kun lettet, men nærmest opløftet over at være blevet befriet fra problemet:

“Det er rigtigt tåbeligt, det her, men det der med en nær-død-oplevelse, hvor man dagen efter finder ud af, at 'Gud, jeg skal leve i nuet, jeg skal leve hver dag', den var der også efter aborten. Det dér med at finde ud af, at hvis jeg skal opleve noget, inden jeg skal have børn,

så er det nu. Ikke om et år eller efter næste fest, men lige nu. Og det gjorde, at jeg har kommet ud og viftet med ørene, det som jeg skulle, og har fået den psykologbehandling, som jeg skulle. Så jeg er kommet på ret spor igen. Der er ikke nogen tvivl om, at den abort er skyld i, at jeg har det fedt i dag”.

Amalie

Amalie var 19 år gammel, da hun fik foretaget abort. Hun er én af de kvinder, der har brugt sin aborterfaring til at få et nyt perspektiv på sit liv og i dag, mere end 10 år efter, sætter stor pris på, at hun havde den mulighed.

Ikke alle har det dårligt umiddelbart efter aborten. Lene følte sig hverken ulykkelig eller opløftet. Faktisk mener hun ikke, at aborten var et dramatisk indslag i hendes liv.

“Jamen [efter aborten] så skete der ikke andet end, at jeg gik på arbejde igen, og så var det ligesom det. Altså jeg har ikke haft tudeture over det. Jeg har ikke været nedtrykt over det, og jeg vil da sige, det eneste tidspunkt, hvor jeg sådan ... også fordi, at det var så tidligt i forløbet, så jeg havde ikke nået at være til nogen undersøgelser. Jeg havde ikke kunnet mærke liv, og for mig virkede det mere som en spontan abort end en provokeret abort, og jeg havde det egentlig fint med det”.

Lene

Lene har tidligere haft en spontan abort, og hun ville kun have en provokeret abort, hvis hun kunne undgå et kirurgisk indgreb.

At være ked af det og føle lettelse er udtryk for en ambivalens, som de fleste kvinder føler i anledning af en abort. Men for at komme videre er det nødvendigt at gøre disse umiddelbare ambivalente følelser til genstand for overvejelser og analyse. Når det sker, er der basis for, at aborterfaringen bliver til en modningsproces.

Erfaringer og modningsproces

“Det må jo være grund nok, at folk vælger abort, jeg tror ikke på, at der er nogen, som bagatelliserer en abort. Det sætter et ar ét eller andet sted. Jeg tror ikke, det er noget, man bare gør for sjov”.

Jette

En abort er, som Jette siger, noget, der giver en form for ar i overført betydning. Faktisk er “ar” en meget rammende metafor – et mærke på kroppen, der vidner om en fysisk tilstødelse, en kropslig erfaring, som man lever videre med, og som bidrager til, at man er den person, som man er. Spørgsmålet er, hvordan det går til, at aborten faktisk bliver et ar – og ikke et blødende sår.

At tale med andre om aborten

At tale med andre om aborten og omstændighederne omkring ser på baggrund af interviewene ud til at være en hjælp til at lægge oplevelsen bag sig. Det kan være en fordel at snakke oplevelsen igennem, også selvom den allerede er kommet på afstand. Dermed bliver den til genstand for nye overvejelser og en ny evaluering.

Mette er én af de kvinder, der har erfaret, at det er en god idé at tale om aborten efterfølgende, fordi man har brug for andres accept af, at man fik foretaget abort:

“(I dag) er det lettere at snakke om, fordi jeg selv har accepteret, at det var o.k. I dag, hvor jeg ser klart, så véd jeg, at mit netværk holder af mig som den jeg er, og der er ikke nogen, som vil se ned på mig eller bebrejde mig, at jeg var kommet i den situation. Alle de tanker som gjorde at jeg nedvurderede mig selv og ikke søgte opbakning”.

Mette

Samtalepartnere fra ens eget sociale netværk er en mulighed, som mange benytter. Ligesom der er forskel på, hvem man inddrager i den beslutningsfasen eller indvier i en beslutning om abort, er der forskel på, hvem man måske efter en rum tid, flere uger eller flere år senere, diskuterer aborten og dens omstændigheder med. Men kvinderne har erkendt, at det er nødvendigt at tale om aborten med én eller flere. Nogle kvinder mener, at forældrene er de sidste, man har lyst til at betro sig til. Det er muligvis et spørgsmål om kvindens alder, i hvert fald har en del af de yngre kvinder talt med deres forældre om det, men nogle har fundet ud af, at det ikke var en god idé:

“Jamen, jeg har ikke lyst til at snakke om det, fordi når jeg sidder i nærheden af dem, så føler jeg ... ja, jeg ved ikke, hvordan jeg skal forklare det. Det har været pinligt at snakke med dem om det. Det vil jeg sige, de har overhovedet ikke nævnt det siden”.

Kathrine

Forældre må i det øjeblik de erfarer, at deres datter er gravid, erkende, at deres lille pige er blevet voksen, og det kan give anledning til en del justeringer i familien (Brien & Fairbairn 1996). Kathrine har til gengæld fortalt sin nuværende kæreste om det, og det har hun ikke fortrudt: “Han kunne godt forstå mig, da jeg havde forklaret, hvordan at situationen hang sammen. Så kunne han sagtens forstå det. Min veninde sagde også, at det var det eneste rigtige, jeg kunne gøre på det tidspunkt for, at jeg kunne studere, og det hjælper mig også meget, når jeg tænker over det”.

Lene hører til de kvinder, som udelukkende har drøftet beslutningen om abort med sin mand, men efterfølgende har hun fundet ud af, at det var nødvendigt for hende at inddrage andre:

“... min svigerfars kæreste, hende har jeg brugt meget, men det har været efterfølgende, hvor vi også har snakket, men det var mere for at få luft”.

Lene

Susanne fortæller, at hun er den eneste i den kreds af venner, som hun og hendes mand tilhørte, som er blevet skilt og har fået abort. Det betød, at der ikke var nogen fælles erfaring med veninderne på dette punkt, ingen som hun kunne læne sig op ad. På aborttidspunktet fortalte hun ingen af sine veninder om de to aborter, som hun har fået, men efterfølgende har hun åbnet op og fortalt det til dem, fordi hun har haft brug for deres støtte. Amalie mener, at de kvinder, som ikke taler om deres abort, har skyldfølelse og føler sig udstødte:

“En ting, som de fleste kvinder vil give mig ret i, er, at det er vigtigt at få snakket færdig. Og det er fuldstændig det samme, som da jeg var gravid med min datter – jeg snakkede om den skide fødsel et halvt år efter. Og det er fuldstændig det samme med aborten. Man har behov for at tænke hver fase igennem for at være helt sikker på, hvad nøjagtigt der skete og hvorfor. Også for at forhindre, at det sker

igen. Og det får du bedst ved at snakke om det. De fleste bruger så bare en veninde, og så snakker de ørerne af hinanden”.

Én måde at overvinde den umiddelbare ambivalens og fornemmelse af at være udstødt er at lade andre bekræfte, at aborten var en rigtig beslutning. Det er bl.a. det, der sker, når forskellige i kvindens personlige sociale netværk diskuterer aborten med kvinden, hvad enten det sker umiddelbart i forbindelse med indgrebet eller det sker flere år efter.

Uventede eftervirkninger

Det kan vise sig, at aborten har haft mere langsigtede effekter end kvinden umiddelbart forventede, eller der kan optræde eftervirkninger, som er helt uforudsete for den pågældende kvinde. En kvinde, der som relativt ung fik en abort og senere begyndte at læse til sygeplejerske, fortæller fx:

“... da jeg som sygeplejestuderende var på en afdeling, hvor vi foretog de indgreb, kunne jeg mærke, at det var enormt vigtigt for mig, at de fik en god behandling, og at jeg ikke altid syntes, at sygeplejerskerne viste nok forståelse for dem eller var fordomsfulde. Dér tænkte jeg på, at det nok handlede om, at jeg selv havde prøvet det. Jeg har også forskellige veninder, som har fået foretaget abort og jeg har så stillet mig beredvilligt til rådighed som chauffør og som støtte”.

Charlotte

Når man selv har været igennem en abort, kan det forstærke opmærksomheden på behov hos andre i samme situation. Men en anden uventet virkning af en abort kan faktisk være en ny graviditet. Naja og hendes kæreste valgte abort, fordi Naja var under uddannelse, og fordi forholdet var ret nyt:

“Det man kan se, der har været bagefter, det har mere været omkring forholdet til ham [hendes kæreste]. Vi havde svært ved at kende hinanden bagefter, fordi det var ligesom om, at “puha, det var sørme alvorligt” og et eller andet sted, der var vi måske heller ikke helt sikre på, om det var det rigtige, vi havde gjort. Så det var sådan lidt usamlet, og rent faktisk så gik der heller ikke meget mere end et par måneder, hvor vi så bestemte os for, at “ok bliver jeg gravid igen, så er det bare det”. Så skulle det være det, og der gik så ikke ret lang

tid. Vi gjorde så heller ikke noget for at passe meget på, men ... og så blev jeg så gravid med vores søn”.

Naja

Den nye graviditet hang for Naja og hendes daværende mand sammen med, at de havde været i tvivl om, hvor vidt abort var det rigtige valg.

Flere kvinder har oplevet en øget sensitivitet ovenpå abortindgrebet:

“... hvis jeg havde let til tårer før, så ligger de klar i tårekanalen hele tiden nu. Jeg tror også, jeg har større forståelse for, hvis der kommer en veninde en anden gang og siger, at hun skal have en abort”.

Jette

Også Kathrine, som bl.a. valgte abort, fordi hun var utryk ved, at den pågældende mand skulle være far til hendes barn, husker at aborten gav anledning til stor følsomhed:

“Det er ekstremt slem bagefter, og når du ser småbørn på gaden, så er du ved at stor tude. Det gjorde jeg. Pludselig så jeg en pige med et lille barn, og så græd jeg, og jeg græd og jeg græd. Og selv nu efter at jeg har fået min datter, så tænker jeg stadig på det barn, som jeg skulle have haft, hvordan det havde set ud”.

Denne øgede sensitivitet er formentlig forbundet med ambivalens i forbindelse med beslutningen om abort. Det er de kvinder, der faktisk ønsker et barn, selvom abort har været den eneste løsning for dem, som oplever den.

Aborten i tilbageblik

Uden at fortryde abortindgrebet er der således kvinder, som mener, at de under andre omstændigheder gerne ville have beholdt barnet. Men også lang tid efter indgrebet erkender de, at aborten var nødvendig, og at de udmærket husker det ræsonnement, der lå bag beslutningen om abort:

“... jeg havde stadig manglet den anden, der havde stået og sagt “neeej”. De veninder jeg har, som er enlige mødre, det er ingen dans på roser for dem. Jeg har heller ikke lyst til at blive gravid med

én eller anden og skulle ringe op og sige, at nu er jeg gravid, vil du være med eller ej? Og han ikke vil have børn. Jeg drømmer ikke om kirkebryllup og sådan noget, men det må da gerne være en så fælles beslutning, som det kan være”.

Jette

Det er måske især forbundet med en form for sorg, når abortindgrebet sker på grund af uheldige omstændigheder omkring graviditet, snarere end fordi barnet er uønsket.

Susanne blev gravid to gange, selvom hun og hendes kæreste brugte prævention. Som omtalt i forrige kapitel fandt begge graviditeter fandt sted i en periode, hvor hun havde en svær depression som følge af, at børnenes far chikanerede hende efter skilsmissen. For Susanne er det beslutningsprocessen, som efterfølgende har medført en del overvejelser og beklagelser. Dog ikke fordi hun hverken dengang eller i dag er i tvivl om, at aborten var den eneste mulighed:

“Jeg kan stadig mærke, at det kunne det ikke [være anderledes], og jeg er et meget reflekteret menneske, som tit kan tænke over, “var det nu rigtigt, det du har gjort” i alle mulige andre sammenhænge, men lige præcis der, der har jeg altså følt ... det er ikke det samme som, at jeg ikke er ulykkelig over det”.

Susanne

Susanne er ikke tvivl om, at et barn på det pågældende tidspunkt ville have været en meget dårlig idé, og det var grundlaget, som hun dengang handlede på. Men efterfølgende har Susannes kæreste gjort hende opmærksom på, at han faktisk gerne ville have været inddraget i beslutningsprocessen, og det har fået Susanne til at blive opmærksom på, at hendes kæreste – og mænd mere generelt – faktisk også kan være følelsesmæssigt involverede, når der opstår en situation, hvor en beslutning om abort skal tages.

Også andre følelser som dårlig samvittighed kan være på spil. Jette fortæller, at hendes dårlige samvittighed var rettet mod at have bragt sig selv i den situation, som hun nemt kunne have undgået:

“Og så dårlig samvittighed over måden det skete på. Havde det bare været én ude i byen, men ... det hele var bare noget lort”.

Mette tænker på sine to aborter i dag som “et nødvendigt onde”: “Et nødvendigt onde, som er det rene helvede, når man står i det, når man skal træffe den beslutning og lige omkring det tidspunkt, hvor det sker. Bagefter så en fornemmelse af lettelse, en lille smule afmagt og en meget stor skyldfølelse, for mit vedkommende hver gang, for hvad er det, jeg har gjort. Det er nok det åndelige, der bryder ind der, fordi for mig er det her lille foster et menneske. Jeg er godt klar over, at det måske ikke allerede har fingre, men det er et menneske, og det har jeg haft det skidt med. Jeg må indrømme, at jeg kan takle det, men det er da stadig noget, der kan frembringe tårer i øjnene, når jeg tænker på det. Men det er lidt lige så meget de ting, der lå bag dengang”.

Charlotte fortryder ikke sin abort, og hun har ingen fysiske men af den, men hun ser det sådan, at aborten altid “er med hende”:

“Jeg kan stadig godt huske datoen, så det er jo en del af mit liv”.

Charlotte

Også Jette (som påpeget i forrige kapitel) bemærker, at hun altid vil huske den dato, som ville have været terminsdatoen for den graviditet, som hun afbrød.

Stærke erindringer om abort sætter sig igennem hos nogle kvinder på den måde, at den – efter en rum tid – har givet anledning til en ny vinkel på deres liv og en ny måde at forstå det (eller i hvert fald dele af det) på. Også Amalie har en præcis formulering om konsekvensen af at have fået en abort:

“Det som jeg synes er vigtigst i dag, det er, at man har en forståelse af, at når man får en abort, så har det også en effekt på resten af dit liv. Ikke, at det er negativt, men det har en effekt. Jeg har fået foretaget en abort, og så er det en del af ens historie, det kan du ikke komme væk fra”.

Når aborten er kommet på afstand, har kvinden ofte dannet en form for konklusion ovenpå aborterfaringen – den konklusion er forskellig fra kvinde til kvinde: At man gerne ville have haft barnet under andre omstændigheder, at partneren skulle have været inddraget i beslutningsprocessen, at den fortsat giver anledning til skyldfølelse,

at den var et nødvendigt onde – men for dem alle er aborten nu en del af deres historie. Erfaring med abort kan med andre ord blive et led i at forstå, hvilken person man selv er og eventuelt bidrage til at opbygge et stærkere selv (Brien & Fairbairn 1996). Det er ikke alle, der ser deres abort som en skelsættende begivenhed eller på eget initiativ har bearbejdet deres abortindgreb på denne måde, men rådgivning efter abort kan fx have dette resultat som mål.

Hvis jeg ikke havde fået aborten ...

Overvejelser om abortens betydning får således kvinderne til at forestille sig, hvordan deres liv havde været, hvis de ikke havde fået aborten, og det er en del af baggrunden for, at aborten giver anledning til overvejelser og refleksion over kvindens livsforløb.

“Jeg kunne nok ikke have levet et lige så godt liv, hvis det var, at jeg ikke havde gjort det, fordi så havde jeg stadig haft problemer med faren til barnet, hvis jeg havde fået et barn med ham”.

Kathrine

Selv for kvinder som Kathrine, som ikke i forvejen har et barn, og for hvem aborten ikke kun er en løsning, men også et tab, vurderer, at dét at få barnet ville have ført til mere tab. Kathrine ræsonnerer, at hendes liv havde været dårligere, hvis hun ikke havde fået aborten. En anden kvinde ræsonnerer, at hun formentlig ikke havde haft sin nuværende kæreste, hvis hun ikke havde valgt abort:

“Jeg tænker også i forhold til den kæreste jeg har nu, at hvis jeg havde haft sådan en lille én, så var vi nok aldrig blevet kærestes. Han er alene med to børn, hvis jeg så også havde været alene med én, så havde det været lidt besværligt”.

Jette

En tilværelse som enlig mor virker ikke tiltrækkende på Jette. På samme måde vurderer Pernille, at aborten har forhindret, at hun er blevet enlig mor:

“Det er jo slet ikke sikkert, at jeg havde mødt lige præcis ham, hvis det havde været, at jeg havde beholdt nummer 1, for så kan det være, at jeg stadig kun havde haft nr. 1 og så været enlig mor”.

Pernille

Også i Najas overvejelser har indgået, at hun uden de foretagne aborter ville være blevet enlig mor:

“Det er ikke sådan, at jeg har gået og ærgret mig over, at jeg havde fået lavet dem. For det første ville jeg ikke vide, hvordan mit liv ville se ud som enlig mor, men jeg tror heller ikke, jeg havde kunnet forestille mig, hvordan mit liv ville have set ud. Jeg har overhovedet ikke været parat til at få dem”.

Et ikke særlig attraktivt billede af sig selv som enlig mor får en del kvinder til at vælge abort. Lene derimod blev enlig mor i og med, at aborten var medvirkende til, at hun valgte at forlade sin mand, som hun har to børn sammen med. Lene giver ikke udtryk for, at aborten har været et dramatisk indslag i hendes liv, blot at det havde været en del mere besværligt, hvis ikke hun havde fået den:

“Tanken strejfede mig i november, hvor jeg egentlig skulle havde haft ... ikke at jeg havde talt uger frem, men jeg vidste, at det skulle være omkring november. Jeg tænkte, nu kunne jeg have haft tre børn, men det har jeg så ikke. Men det er ikke noget, som optager min hverdag. Det er ikke noget, som jeg går i sort over eller spiser lykkepiller for eller noget som helst. Set i bakspejlet er jeg glad for, at jeg ikke fik barnet, for det ... så havde min situation set noget anderledes ud i dag”.

Lene er glad for, at hun fik aborten, men samtidig sætter hun den i relation til den skilsmisse, hun kort efter tog initiativ til. Det gik efterhånden op for hende, at hun var skuffet over, at han foretrak abort, og den blev for hende til én af flere anledninger til at se sit parforhold med nye øjne.

“Så det har været få nære veninder, som har fået det at vide, og de har så også fået en bedre forståelse for, hvorfor jeg har valgt at gå fra min mand. Men der er mange andre punkter op til lige præcis aborten. Det er mange bække små”.

Lene

En del af de refleksioner, som kvinder gør sig efter aborten, går altså ud på, at den har forhindret en tilværelse som enlig mor, eller at den har gjort det klart, at parforholdet ikke fungerede optimalt.

Afklarethed

Mange kvinder fortæller om tvivl under beslutningsprocessen. Men i tilbageblik er det afklarethed, der præger mange af kvindernes beretninger om abort – det gælder også Pernilles beretning om to aborter:

“For mig var det ikke et barn. For mig var det at være gravid også ikke at være gravid. Og nu [efter aborten] ved jeg jo godt, hvordan det er at være gravid. At være ønsket gravid, så derfor har det ikke betydet noget, andet end det er jo ikke skide godt at være i narkose for mange gange, siger de. Så andet er det ikke”.

Pernille havde ikke børn i forvejen, men har siden fået ét. Som flere andre kvinder er Pernille ikke indstillet på at dramatisere aborten og omtaler den derfor i nøgterne vendinger. Else, der er én af de yngre kvinder (22 år) blandt de interviewede, fortalte om sin abort for 1 1/2 år siden:

“Det har været min første rigtige beslutning selv, og herfra er det kun gået bedre. [Hvorfor?] – fordi jeg er blevet bedre til at se, hvornår jeg bliver nødt til at sætte mig ned og spekulere og finde ud af noget og så virkelig tage en beslutning, der gælder. Det har været en hjælp”.

Else formulerer her meget direkte en udviklings- og modningsproces, som aborten har givet anledning til. Hun er blevet bedre til at tage sine egne beslutninger (jf. Partridge et al. 1971). Susanne, der på aborttidspunktet allerede havde to børn, vurderer også i dag sin egen beslutning positivt. Hun véd, at hun havde det så dårligt, at abort var den eneste mulighed:

“Ja, fordi der havde været så mange andre følelsesmæssige ting at gå og bakse med, så det her det kunne slet ikke... det fik slet ikke plads. Det er så kommet siden, men det har ikke været en ... men den følelse har nok primært handlet om selve processen til beslutningen og så har den selvfølgelig også handlet om, “hov jeg kunne have haft et barn, der var så gammelt nu”. Sådan nogle tanker kan jeg indimellem få, men selve det at få aborten var ikke hårdt”.

Faktisk vurderer hun ikke kun sin egen beslutning positivt, hun vurderer det også positivt, at hun overhovedet var i stand til at tage den rigtige beslutning på et tidspunkt, hvor hun var i krise.

“... jeg ved, at det var det rigtige, jeg gjorde på det tidspunkt, og det syntes jeg var positivt, at jeg kunne træffe det valg, selvom jeg var under pres, og jeg kunne stort set ikke træffe andre valg på det tidspunkt om noget som helst. Jeg var sådan nærmest handlingslammet, men her kunne jeg træffe et valg om noget, som jeg vidste var vigtigt at få gjort”.

Susanne har dermed formået at få et positivt selvbillede frem via begivenhederne omkring sine to aborter. Det gælder også for Kathrine, som har gennemlevet et særligt ubehageligt forløb omkring sin abort og derfor fik psykologbistand til at komme videre. Hendes kæreste behandlede hende meget dårligt, da han blev klar over, at hun var gravid. Kathrine har religiøse forældre, som ikke billiger abort, men hun følte alligevel, at abort var den eneste løsning. Oven på aborten fik hun en regulær psykisk krise og forsøgte at tage sit eget liv, selvom hun i dag ikke mener, at hun egentlig ønskede at dø:

“... jeg tog nogle piller og drak en hel masse sprut. Når jeg ser tilbage, så var det ikke for ... altså tage mit eget liv i den forstand. Jeg tror mere, det var for at dulme smerten og for at få noget opmærksomhed og få noget hjælp”.

En veninde fik hende til at kontakte sin læge, som gav hende en henvisning til en psykolog

“... jeg kunne ikke gøre noget. Jeg sad bare og rokkede frem og tilbage og blev sammen med en veninde enig om, at der nok var noget galt. Jeg gik op til min læge og forklarede, hvordan jeg havde det og havde brug for at snakke med en eller anden, fordi ellers så koksede min hjerne snart”.

Kathrine

I dag har Kathrine en reflekteret holdning til sit eget selvmordsforsøg. Hun er kommet frem til at acceptere og forstå sine egne handlinger, og det inkluderer accept af, at aborten var nødvendig. Også andre af de interviewede kvinder fortæller om psykiske problemer

omkring aborttidspunktet. Alvorlig psykisk sygdom efter provokeret abort forekommer hyppigst hos kvinder, som var psykiatrisk syge før aborten, som var under pres for at få foretaget aborten, og som fik foretaget aborten i forbindelse med fx at blive forladt (Stotland 1992).

Også Jette, som ikke havde børn på aborttidspunktet og som fortsat ønsker sig et barn, kan berette om en proces, hun har været igennem. Som for en del andre er det barn, som hun ikke fik, noget, som hun stadig tænker på, men:

“Jeg tænker ikke på det hver dag. I starten havde jeg det sådan, at jeg havde et stort behov for at tale om det”.

Jette

Jette fik aborten for to år siden og har nu fået den lidt på afstand. Hun tænker ikke længere på den hver dag, og hun har ikke længere det samme behov for at tale om den. Men hun vil stadig gerne have et barn. Hun mener selv, at hendes reaktioner på aborten hænger sammen med, at hun faktisk har dette store ønske.

Selvom man er afklaret om sin abort, og den forløber uproblematisk, giver den ikke kun anledning til refleksioner, men også til fornyet påpasselighed, fordi en uønsket graviditet alligevel er en svær situation. Det er Pernille et eksempel på:

“Jeg tror, at den sidste abort har betydet, at jeg har været meget påpasselig mht. at få mig ud i sådan en situation igen. Jeg har haft en kæreste i lang tid på et tidspunkt, hvor vi i starten brugte pessar og på et tidspunkt havde jeg en fornemmelse af, at det sad skævt. Og jeg simpelthen ringede til lægen og fik nogle af de her piller [fortrydelsespiller], som man kunne tage. På den måde har jeg forsøgt at skåne mig selv. Jeg ønsker ikke at stå i den situation, hvor jeg skal tage stilling til det. Så jeg syntes, det er svært”.

Pernille

For at lægge de ambivalente følelser, som en abort ofte giver anledning til bag sig, gennemgår kvinderne en række faser, der på forskellig måde bearbejder aborterfaringen. De overvejer typisk, hvordan deres liv havde set ud, hvis ikke de havde fået aborten, de distancerer

sig fra aborten ved at fortælle om den i tilbageblik, de diskuterer den og relaterede begivenheder med andre.

Betydningen af andres holdninger til abort

Selvom kvinderne er overbeviste om, at den foretagne abort har været en nødvendighed, og ikke stiller spørgsmålstejn ved den frie abort, siger kvinderne næsten samstemmende, at abort er et emne, som man ikke taler om til alle og enhver. I hvert fald ikke når det drejer sig om abort som en personlig oplevelse. Samtidig betyder andres holdning ikke blot til abort generelt, men også til den enkelte kvindes abort, meget.

“Jeg tror, at folk – den offentlige holdning, som jeg kender, for jeg sidder jo ikke og siger til kaffebordet på arbejdet, nå, for øvrigt har jeg fået en abort”, men jeg tror holdningen er, at det er godt, at der er fri abort af den ene eller anden grund, men som regel så plejer det at være noget med, at hvis man fx har været udsat for voldtægt eller incest eller et eller andet, så er det jo godt, at man kan få det gjort, men ellers tror jeg ikke, at man sådan taler om, at det er godt eller dårligt, at der er fri abort”.

Pernille

Pernille mener, at abort er accepteret, men det betyder ikke, at det er noget, man normalt taler om eller bifalder i al offentlighed. Tilsvarende mener Else, at:

“Det er blevet legalt. Det er ikke så slemt mere, men det er stadig ikke noget, du skal gå og prale med, selvfølgelig, men det er så også fordi, hvis man snakker for højt om det, så er det også lige som om, det er noget man har tænkt sig at bruge, så snart man har muligheden for det”.

På den anden side erkender de kvinder, der har fået foretaget abort, at det er vigtigt at tale om aborten. Som nævnt har nogle drøftet deres abort med veninder, nogle med forældre, andre kun med den mand, som ellers ville være blevet far til barnet. Nogle fortæller det ikke til nogen udenforstående overhovedet, i hvert fald ikke før det er overstået.

Til trods for at de fleste kvinder deler denne opfattelse, har det faktisk for nogle kvinder været en god erfaring at indvi arbejdskolleger eller endda chefen i, at fridagen faktisk skulle bruges til at få foretaget et abortindgreb. For Naja var det nogle kolleger:

“... vi arbejdede meget tæt sammen og sås også privat, så hvor jeg havde det sådan, at det var fint at fortælle dem det, eftersom vi arbejdede så tæt sammen, og var der noget bagefter, så ville de vide, hvad det her det handlede om. Det var utrolig rart”.

Naja

Jette var godt klar over, at en abort ikke kan tælle som sygdom, men hendes chef opfordrede hende til at lade sig sygemelde og ikke bruge sine feriedage på det:

Det firma hvor jeg arbejder, der er chefen og jeg, så derfor er vi nok mere familiære og snakker sgu meget godt sammen. Der er knas med konen og hans fire børn, så får jeg historien. Det skulle ikke sygeliggøres. Du er ikke syg, fordi du vælger at få en abort. Hvor han var fair nok og sagde: “tag det som sygdom og gem din ferie”.

Jette har også fortalt det til sin nuværende kæreste, til dels for at undgå, at aborten pludselig “dukker op”:

“Min nuværende kæreste kender historien, for hvis vi skal forsætte med at være sammen, jamen så skal vi have børn sammen. Og så vil vi være til en gynækologisk undersøgelse, og så vil de lige pludselig sige “nå men Jette, du fik også en abort”. Så kan han sgu lige så godt kende historien nu”.

Det er ikke hvem som helst, man betror sit forehavende til, når man skal have foretaget en abort. At ens omgivelser accepterer, at man får foretaget en abort, er meget vigtigt for den enkelte kvinde, men kvinderne har også en tydelig fornemmelse af, at det ikke er klogt at informere hvem som helst om det. Det kræver et vist mål af fortrolighed at indvi ens chef på jobbet eller arbejdskolleger om aborten.

Hvorfor taler man ikke mere åbent om abort?

Abort er følgelig ikke noget, man bare kan tale åbent om. Lene har et bud på hvorfor:

“Jeg tror, at dem som får foretaget en abort, de er nok ikke så stolte af det. Altså jeg er ikke så stolt af den abort, som jeg har fået. Bestemt ikke. Specielt også fordi vi brugte det som en form for prævention, “hov, nej nu blev vi gravide. Det passer dårligt, så vi får ungen væk”. Hvorimod, hvis det havde været uforskyldt i kraft af en voldtægt, så ...”

Lene

Modsat de verserende fordomme, om at abort i dag blot er endnu en form for prævention, er kvinder ikke stolte af at få foretaget abort – der er både forbundet skyld, skam og dårlig samvittighed ved det. Ifølge Illsley & Hall (1976) er disse følelser forbundet med den sociale kontrol, som er en traditionel form for kontrol med kvinders fertilitet. Skylden og skammen er et tegn på, at denne sociale kontrol er indlejret i de kvinder, der i dag får foretaget abort. Disse følelser tyder på, at denne observation stadig er relevant. *Hanne*, der fik langvarige komplikationer af en medicinsk abort i 2001, var af denne grund sygemeldt i lang tid. Hun fortalte sine omgivelser, sin arbejdsgiver inklusive, at det drejede sig om en spontan abort og ikke en provokeret:

“Det var den historie, hele verden fik, mere eller mindre fordi jeg syntes, det var for kikset at fortælle sandheden”.

Hanne kom på denne måde til at leve en form for dobbeltliv:

“Mit sociale liv var begrænset, fordi jeg ikke havde overskud eller lyst. Jeg ville bare gerne være derhjemme, så jeg var måske ikke lige den bedste ven. Samtidig skulle jeg gå rundt og lyve for folk, fordi alle mennesker troede, at det var en spontan abort og “nej, det er også synd for dig” og “nu må du også hellere prøve igen og det går nok”. Så det gjorde det ikke nemmere, at man havde løjet for folk”.

Abort er fortsat i nogen grad behæftet med tabu og ikke noget, man taler om “ved kaffebordet”, som Pernille udtrykte det, endnu mindre hvis man har fået mere end én abort. Denne manglende legitimitet som samtaleemne vurderer Lene som både et spørgsmål

om at beskytte sig selv for beskyldninger om lemfældig omgang med prævention og som et spørgsmål om at tage hensyn til dem, der ikke kan blive gravide:

“Jeg tror, at man som kvinde er mere bevidst om, at der er p-pillen, som efterhånden alle bruger og nok er en af de mest sikre præventioner, man kan komme til. Grunden til at man ikke taler om det, det er fordi, det ikke er et samtaleemne. Du kan også risikere, at du sidder i et forum, hvor et par måske har prøvet i 5-6 år at blive gravide, og de kan bare ikke, så sidder du der “nå ja og så blev vi lige gravide for fjerde gang og fik en abort”. Det er også ganske almindelig pli eller omsorg. Hvis man brugte aborten som prævention, så ville situationen være en hel anden, men det gør man ikke, man prøver at undgå at få en abort. Vi har det, og du kan benytte dig af det, men prøv at lade være og beskyt dig i stedet for”.

Lene

Kvinderne fornemmer, at det i nogle tilfælde er bedre at holde aborterfaringen for sig selv. De fleste kvinder har faktisk valgt at være diskrete om deres abort, især om den anden eller tredje. Pernille har således fået to aborter, men kun fortalt sin nuværende kæreste, at hun har fået én. Også Naja er overbevist om, at hun hellere må holde sine aborter for sig selv:

“Jeg går ikke rundt og råber højt om, at jeg har fået tre aborter, fordi så begynder jeg i samfundets øjne at være sådan lidt, det er sørme for meget for hende, så jeg tror, at (samfundet er) sådan indrettet, at på et tidspunkt er det helt uacceptabelt, så er det mere acceptabelt. I dag er det acceptabelt med én abort f.eks., men så heller ikke mere, og man skal heller ikke gøre for meget bøvl omkring det, man skal ikke have det dårligt med det, for “den er man jo selv uden om”. Tror jeg”.

Naja

Således mener kvinderne, at det er en erfaring, som man gør klogest i ikke at omtale overfor andre end de nærmeste, ja, måske ikke engang dét. En del af dem har heller ikke fortalt om aborten til deres forældre, hverken før eller efter. I disse tilfælde er der til tider andre kvinder, især udvalgte veninder, som er de nærmeste til at høre om en sådan erfaring, især de veninder, som de deler erfaringen af en abort med.

En undtagelse er dog Amalie, der har fortalt mere bredt om sin. Hun fik foretaget en abort, da hun var 18 år og gik i gymnasiet:

“Men så havde vi om abort i religion en dag, og dér var der ét eller andet, der slog klik i mig. Jeg blev simpelt hen så sur over, at de andre sad og kom med kommentarer om, hvad det var, og hvad det ikke var. – Så jeg rejste mig op og brugte to timer på at fortælle om min abort”.

Et alternativt synspunkt, som én af kvinderne står for, er, at når abort almindeligvis ikke udgør et konversationsemne, er det måske først og fremmest udtryk for en stiltiende accept:

“Jeg tror, at det er sådan et emne, man ikke taler om, men det er accepteret”.

Pernille

Pernille mener, at abort er noget, som vi stiltiende accepterer, men ikke ønsker at blive underholdt om. Hun mener, det er tilfældet, fordi:

“– ellers ville vi også have det, som de har detovre i USA. Altså meget mere debat og mange flere ting”.

Pernille opfatter dermed denne diskretion positivt.

Det omgivende samfunds vurdering af de abortsøgende

Ifølge kvinderne er der en tendens til, at de kvinder, der får foretaget abort bliver anset for at være umoralske på den måde, at de omgås prævention lemfældigt – at de skulle tænke “man kan jo altid få en abort” og derfor bruger abortmuligheden som prævention. Det er den forventning – eller fordom – som kvinderne føler sig mest ramt af, uanset hvor lidt de selv synes, der er om snakken (én af de interviewede kvinder hældte dog selv til den opfattelse, at det for hendes vedkommende var en form for prævention, fordi hun og hendes mand havde “taget en chance”, dvs. ikke brugt prævention under samleje). Udviklingen af fosterdiagnostik har betydet, at nye etiske spørgsmål er dukket op i forbindelse med abort og har bidraget til at holde abort-debatten i kog. Da den fri abort blev indført, var det muligt at tale om fostret som noget, der endnu ikke er levende. Det er i dag blevet meget mere vanskeligt (Horst 1990), og det afspejles i mange kvinders måde at tale

om deres abort på. I dag erkender kvinder, at en abort er at forhindre noget levende i at leve videre – eller drab, som nogle formulerer det.

Naja synes ikke, det er særlig meget, man hører i medierne om abort. Dog har hun studset over et indslag i medierne for nylig:

“Der var lige for nogle måneder siden et indslag i tv-avisen, et indslag om unge kvinder, der fik abort. I ét eller andet blad står der faktisk, at efter en abort skal der tages kontakt til en psykolog, og man kan få bistand eller et eller andet. I tv-avisen blev der sagt, at det blev der slet ikke gjort, og det havde de unge kvinder ikke vidst, at det var der. Jeg tænkte, at det blev fremstillet på den måde, at man nødvendigvis måtte få det dårligt efter en abort, og jeg tænkte, at det behøver man jo ikke i virkeligheden. Man kan jo også tænke, at “det var en fejltagelse, og det var en smutter, og det må jeg bare gøre noget ved. Det var dumt, men det må jeg bare gøre noget ved”, men selvfølgelig kan der være så mange andre ting, som gør, at man får det dårligt. Og der kan jo også gå noget galt omkring selve indgrebet, sådan at man måske bløder i længere tid eller skal ind omkring hospitalet igen, og så er situationen selvfølgelig en anden. Men i virkeligheden syntes jeg, at samfundet ser på kvinder, der har fået abort på den måde, at det er tilladeligt, og det er acceptabelt”.

Naja

Abort er tilladt og accepteret, men der hersker en folkelig forestilling om, at man nødvendigvis har brug for psykologisk rådgivning – at det må give nogle sår på sjælen, som der skal professionel hjælp til at rette op på. Nogle kvinder benytter sig af psykolog-rådgivning, hvis de har brug for hjælp til at bearbejde den, men man har ikke nødvendigvis brug for den rådgivning, når man har fået en abort.

At man som voksen kvinde udmærket er klar over, hvordan man får børn – og hvordan man kan undgå det – er ikke noget, der har undsluppet opmærksomheden hos de kvinder, som har fået foretaget abort:

“De pæne piger de får ikke abort. De pæne piger beskytter sig”. “Sådan føler jeg lidt det lyder, men sådan er det ikke. Det sker for os alle sammen, uanset alder og postnummer og hårfarve, det har slet ikke noget med det at gøre. Jeg ved godt, hvordan man undgår at få børn, men

jeg blev gravid alligevel, og det kan ske for andre også, men jeg er glad for, at det skete for mig nu og ikke da jeg var 16. Jeg ved ikke, om man tager mere hånd om de piger, der er yngre, men ellers så er de godt nok overladt til sig selv, og især hvis deres forældre ikke må vide noget, så er det en barsk oplevelse. Det er ikke nogen rar oplevelse”.

Jette

Kvinderne fornemmer, at accepten af abort ikke er fuldstændig – at den er fulgt af en vis fordømmelse af dem, som faktisk benytter sig af muligheden for at få foretaget abort, i hvert fald så længe det ikke er én selv eller ens nærmeste, der må benytte den:

“Der er en opdeling i samfundet, og nu tænker jeg ikke på generationer eller samfundsskel eller af anden etnisk baggrund eller hvad man ellers kan finde på, men udelukkende om folk som kender nogen, der har stået i denne her svære situation eller som selv har prøvet det, og de mennesker som ikke kender til det på egen krop, eller har været meget tæt på, har en helt anden forståelse for, hvad det egentlig er man vælger. Hvor de kvinder, som bare har 2-4 børn og villa og vovse, og det bare rigtig kører for dem, har ikke den helt store forståelse for det, “du kan sgu også bare passe bedre på”. Jeg har oplevet mange af dem der”.

Mette

Mette fik begge sine aborter i en periode, hvor hun var i psykisk krise. Hun mener, at dem der er forstående over for kvinder, der får foretaget abort, selv har haft abort inde på livet, hvorimod dem, der ikke har, er mere fordømmende. Med aborterne og sine psykiske kriser mere på afstand er hun derfor begyndt at tale mere om sine erfaringer:

“... jeg må indrømme, jeg har her de sidste 3-4 års tid været meget åben om det. “Hvordan kan hun finde på det?”, jamen jeg var tvunget til det. Der er ingen, der vælger at slå noget andet ihjel. Om det er et foster eller en kattekillling, det kan komme ud på et, når du når derud. Det er levende liv, og man gør det altså ikke, fordi man har lyst. Og man anvender det ikke som prævention. Jeg ved godt, at der er den udbredte misforståelse, men jeg har endnu ikke mødt den kvinde, som har gjort det på den måde”.

Mette vil have de fordømmende til at forstå, at det er tvingende omstændigheder, der får kvinder til at vælge abort, så disse kvinder

ikke bliver stemplet som uansvarlige. Også Charlotte følte en form for social stemping, da hun som 21-årig blev gravid og valgte abort. I dag, hvor hun er 32 år, synes hun stadig, der er fordomme:

For jeg opfatter absolut ikke mig selv som billig eller dårligt uddannet eller promiskuøs, men alle kan finde på at opføre sig uforsigtigt. Det kan nok let blive til, at der er nogle, som er dumme og spreder ben for hvem som helst og bruger den lette løsning, men det tror jeg er en fordom.

Abort er noget enhver kan komme ud for, det betyder ikke, at man har en anløben moral. Det mener Charlotte ikke, og det er et åbent spørgsmål, om det er moralske overvejelser, der styrer, hvorvidt kvinder vælger abort eller ej. At enhver kan komme ud for det, som Charlotte formulerer det, betyder dog ikke, at alle også faktisk kommer ud for det. De aktuelle tal svarer, som nævnt tidligere, til at hver 3. kvinde kommer ud for at få foretaget en provokeret abort, og som også nævnt er det akkurat muligt at registrere en social skævhed, sådan at der er lidt større sandsynlighed for, at man som kvinde får en abort, hvis man kommer fra de socio-økonomisk dårligst stillede befolkningsgrupper. Men det er rigtigt, at abort forekommer hos alle grupper, og det skyldes ikke manglende information om prævention eller manglende viden om, hvordan man får børn. Årsagerne skal primært søges i andre forhold, måske endda i tilfældigheder eller i rent spontane forhold, der knytter sig til den bestemte situation, som graviditeten opstod i, jf. Lenes fortælling om at lade sig gribe af en stemning og blive gravid af det

De kritiske stemmer blandt kvinderne antyder, at accepten af den frie abort i Danmark er betinget af, at de kvinder, der faktisk benytter sig af den, ikke fremstår som fuldt ansvarlige, vidende og voksne individer.

Forhold omkring aborten der kunne forbedres

De interviewede kvinder har dog ikke kun været kritiske. Nogle har den opfattelse, at de har fået en helt igennem fair behandling igennem hele abortforløbet. Men kvinderne har samtidig peget på en række forhold i forbindelse med aborter, der kunne forbedres. Især når aborten er på afstand, bliver kvinderne opmærksomme på, at der

er nogle forhold, som kunne forbedres. Overordnet set peger de på bedre rådgivning og mere information, både under beslutningsprocessen og efterfølgende.

1. Mere rådgivning

Kvinderne peger på et behov for mere rådgivning, ikke nødvendigvis obligatorisk, men som et tilbud. Det drejer sig både om rådgivning i forbindelse med beslutningen og som en slags opfølgning på aborten. Det fremgår dog, at kvinderne har meget forskellige behov.

“De kunne godt have fulgt op på det. Måske ikke en krisepsykolog, men i hvert fald én, som kunne følge op på det efter et par måneder. Også lige efter operationen, at de tog en ind og fortalte direkte, hvad der var sket, ikke kun inden operationen. For man føler det lidt tomt, når man går hjem. Man kan mærke, at man har det dårligt, og man bløder helt vildt”.

Lene

Der er behov for ikke bare rådgivning, men neutral rådgivning, fx i form at man tilbydes en tid hos en socialrådgiver eller psykolog efter turen hos lægen. Og at der er én af dem, der følger op, efter at kvinden har fået aborten. Jette efterspørger noget tilsvarende, for også hun savnede noget opfølgning umiddelbart efter, hun kom hjem fra hospitalet:

Et eller andet sted ville jeg måske også gerne have, at nogen havde sagt “det er også bare for sejt, og du har bare truffet det bedste valg for dig”, men man kan jo ikke, så skulle jeg have sendt et brev i forvejen og sige, hvad jeg gerne ville høre, og sådan er det jo ikke.

2. Mere information

På samme måde peger de på, at der er behov for mere information under de forskellige faser af et abortforløb.

Pernille har først længe efter aborten tænkt på, at der var nogle forhold, som hun ikke blev informeret særlig godt om, fx at der er en risiko ved at komme i fuld bedøvelse:

Der var ikke nogen, der kom og fortalte mig, at der kunne være en risiko og et eller andet og et eller andet. Jeg fik selvfølgelig at vide,

at på det tidspunkt røg jeg, der fik jeg at vide, at jeg ikke måtte ryge, og det lod jeg så være med, men ellers var der ikke nogen der sådan ... og jeg fik selvfølgelig et stykke papir med hjem, hvor der stod, hvordan jeg ville have det bagefter, men ellers var der ikke noget sådan.

I bakspejlet synes hun heller ikke, at hun fik oplysninger om, hvordan hun faktisk kunne klare sig økonomisk m.m., hvis hun valgte at få barnet:

“Altså hvis man er enlig mor, og man vælger at beholde barnet, så er der masser af muligheder, og det synes jeg måske godt, at man kunne mangler lidt oplysninger om, hvad man egentlig har af muligheder”.

Pernille

Et andet forslag er, at der på samme måde som man får små pamfletter som informerer om amning og bedøvelse, også får en pamflet, der oplyser om, at det er normalt at blive ked af det, og om at der er en risiko for at få psykiske problemer efter abort.

Men især til den relativt nye metode, medicinsk abort er der mange forslag til forbedringer:

Det er meningen, at den medicinske abort skal foregå derhjemme, men nogle kvinder når slet ikke hjem, før de begynder at bløde kraftigt. Det kan være svært at mobilisere det psykiske overskud, når aborten går i gang:

“Når man i forvejen er så meget ude af balance psykisk, som man faktisk er, når man får en abort, for der tror jeg ikke på, at man psykisk er særlig god. Der ville der være rart at have noget fagpersonale, der stod ved siden af, “nu kommer det ud”. Det er ikke særlig sjovt. Hvis jeg havde stået fast på, at jeg ikke ville hjem, så tror jeg, at jeg havde fået lov at blive. Altså når man først er meget ude af balance med sig selv. Det er svært at finde ud af, hvad man skal stille op, og pludselig jamen så tager vi hjem, hvis det skal være sådan. Vi nåede ikke længere end 10-15 km. i bilen, for så væltede det ud med blod. Det var ikke så behageligt”.

Mette

Mette savnede fagpersonale og har ikke haft det fornødne overskud til en medicinsk abort. En sådan er, som Mette påpeger, ikke behagelig, og det er der nok heller ikke nogen, der forventer. Noget tyder alligevel på, at kvinder, der vælger medicinsk abort, ikke bliver godt informeret om, at den faktisk kan være en voldsom oplevelse, at den derfor kræver en vis psykisk styrke og støtte. Også andres beretninger tyder på, at informationen om, hvad den medicinske abort indebærer, har været mangelfuld. Lene blødte ikke kun, men var syg og kastede op igen og igen igennem en hel uge, hvorfor hun var sygemeldt i hele perioden. Hanne fortalte om komplikationer i form af, at rester af slimhinden ikke var kommet ud, hvorfor hun havde blødninger og besvimelser igennem et halvt år. Hun var ikke blevet informeret om, at den form for komplikation kunne forekomme. I det hele taget er de kvinder, der har fået foretaget aborten medicinsk, blevet overrasket over hvor meget blod og hvor voldsom og smertefuld aborten viste sig at være.

Råd til en veninde, der overvejer abort

Vi spurgte kvinderne om, hvilke råd de selv ville give en veninde, der overvejer abort. Kvinderne mener sig ude af stand til generelt at tage stilling for og imod i konkrete abortspørgsmål. Det må i alle tilfælde bero på en konkret vurdering.

“Jeg ville bede hende om at lave en liste, og øverst skulle hun skrive abort for og nedenunder skulle hun skrive abort imod – fuldfør graviditet for og fuldfør graviditet imod, og så skulle hun bruge en uge på at skrive på den seddel. Hver gang hun kom i tanker om et eller andet, store ting, små ting, så skulle hun bruge den seddel til at prioritere. For nogle mennesker er det ikke så vigtigt, om man er på kontanthjælp eller ej. Og for nogle mennesker er det ikke så vigtigt, om man har en far i livet eller ej. Mens for andre er det alfa og omega”.

Amalie

Med andre ord, efter Amalies mening, er det er kun pigen selv, som kan afgøre det. Her er hun helt på linie med de øvrige kvinder. Nogle af kvinderne véd derimod godt, hvad de selv ville vælge i en hypotetisk situation, hvor de er gravide, men det får dem ikke til at tro, at de kan vælge for andre:

“Det ville komme an på så meget. Hvis hun var uden mand, og hun ikke havde nogen børn i forvejen – nej, jeg véd det ikke. Det ville komme an på hendes situation. Jeg kan kun sige for mig selv, at jeg ville i alle tilfælde ikke gøre det, selvom jeg skulle blive enlig mor, hvorimod jeg før i alle tilfælde ikke skulle være enlig mor. Men i dag ville barnet være vigtigere. Men for andre ville jeg ikke kunne sige det”.

Hanne

Hvis man tager kvindernes udtalelser som udtryk for, hvordan de selv gerne ville rådgives omkring beslutningen om abort, står det altså klart, at det er en neutral og upartisk rådgivning kvinderne ønsker. Det er hjælp til at tage en beslutning, der er formet efter den individuelle kvindes liv og situation, som ønskes.

Konklusion på interviewdelen

Nogle kvinder har haft et relativt uproblematisk forløb omkring aborten, for andre har aborten været spundet ind i en række problematiske forhold i kvindens liv. Men i begge tilfælde kræver aborten en form for bearbejdning, og begge typer af kvinder bestræber sig på at bruge deres aborterfaring positivt i det liv, som har fulgt efter den. Bearbejdelsen indebærer for de fleste kvinder en bekræftelse i, at det var det rigtige valg, de foretog, da de valgte abort, men det er lige så vigtigt at få bekræftelse i, at valget også er accepteret af deres omgivelser. Bearbejdelsen sker med hjælp fra forskellige typer af personer, hvoraf nogle repræsenterer professionel hjælp, men professionel hjælp er langt fra reglen. Kvinderne efterlyser tilbud om rådgivning, både før beslutningen tages og efter aborten, vel at mærke neutral rådgivning, der tager udgangspunkt i den enkelte kvindes situation. Endelig tyder noget på, at det ikke længere er en selvfølge for kvinderne selv, at aborten er kvindens suveræne beslutning – og ansvar. Nogle af kvinderne gør opmærksom på, at partneren, den eventuelle far, også har part i sagen og bør inddrages.

Perspektivering

Abort som en erfaring er et forholdsvist ubeskrevet felt. Denne vinkel på abortproblematikken har ikke haft nævneværdig læge- eller sundhedsfaglig opmærksomhed, fordi de kvinder, der først og fremmest anskuer deres abort som en om end ubehagelig, så også lærerig begivenhed i deres liv, ikke kommer i berøring med sundhedsvæsnet ud over selve indgrebet.

At betragte abort som en erfaring indebærer, at aborten ligestilles med en række andre tildragelser, som man kan komme ud for i sin tilværelse – og alligevel er det ikke helt det samme. Abortsøgende kvinder står i et krydsningsfelt mellem individuel ret til at bestemme over eget liv, krop og helbred og de grænser for liv, som et samfund på et mere generelt plan må sætte. Det er placeringen i dette felt, som gør de personlige beretninger om aborterfaringer til mere end en trivial hændelse i en kvindes liv, som deles med mange andre kvinder.

Det præger interviewene, at det er nødvendigt for mange på egen hånd eller sammen med andre – professionelle eller lægfolk – at knytte etiske overvejelser til beslutningen om abort: Hvornår starter en menneskeliv? Er abort ensbetydende med at dræbe liv? Overvejelser af denne type er der ikke et tilfredsstillende standard-svar til for kvinder i vores samtid, og det er formentlig baggrunden for, at det er nødvendigt for abortsøgende kvinder at tale om aborten. De søger bl.a. bekræftelse på, at deres handling (aborten) ikke betyder, at de er udstødte fra det moralske fællesskab. Ikke alle får umiddelbart den bekræftelse, men de kvinder, vi har talt med, har efterhånden forsonet sig med deres aborterfaring og accepteret, at et abortindgreb nu engang var nødvendigt.

Det kan ikke afvises, at det især er kvinder, som har afsluttet en sådan forsoningsproces med succes, som har været tilskyndet til at henvende sig til os med deres abort-fortælling. Mange kvinder oplever, at sundhedspersonale og sundhedsvæsnet er ambivalente over for kvindens ønske om at afslutte sin graviditet. En del kvinder er i stand til at sætte sig ud over denne ambivalens, der også kan opleves i andre sammenhænge, fx i familien. Interview-undersøgelsen er derfor en bekræftelse på nødvendigheden af, at såkaldt fri adgang til abort bliver fulgt op af tilbud om samtaler for de kvinder (og i nogle tilfælde

også deres mænd), der ikke finder en fortrolig samtalepartner i deres personlige netværk, eller for de kvinder der viser sig at være særlig sårbare i beslutningsprocessen eller efterfølgende, og derfor har brug for professionel rådgivning. Ellers risikerer man, at uønskede graviditeter ganske vist bliver afsluttet, men også at de pågældende kvinder står tilbage med følelser af ambivalens, skyldfølelse og usikkerhed, som kan påvirke kvindens generelle liv og livsbane.

TIDLIGERE UNDERSØGELSER
AF PROVOKERET ABORT

TIDLIGERE UNDERSØGELSER: ÅRSAGER OG BAGGRUND FOR ABORT

Langt de fleste (97-98 pct.) af de uønskede graviditeter undgås ved hjælp af en eller anden form for prævention. Alligevel er provokeret abort et indgreb, som omfatter en meget stor del af en generation af kvinder. Man har tidligere regnet med, at omkring hver tredje kvinde vil få foretaget en abort i løbet af sit liv, men med de nuværende lavere abortkvotienter må man regne med, at det er hver fjerde kvinde, der vil få foretaget en abort.¹

Den løbende statistik har vist, at man gennem årene har kunnet iagttage meget forskellige abortkvotienter mellem danske og etniske minoritetsgrupper, men også betydelige forskelle mellem landsdele og amter, der antagelig dækker over endnu større forskelle i andelen af uønskede graviditeter mellem befolkningsgrupper med forskellige levekårsomstændigheder.

Der findes imidlertid en lang række hypoteser om årsager til uønskede graviditeter og forklaringer på udviklingen i antallet af aborter. Nogle iagttagere hæfter sig ved effekten af den forebyggende indsats (undervisning, information, og efterfølgende støttesamtaler, rådgivningsteam samt i fremkomst af nye præventionsmetoder mv.), mens andre fremhæver ændringer i relationen mellem arbejdsliv og familieliv, og de sociale levekårsforskelle, samt variationer mellem forskellige

1. Beregningen kan ses i bilagstabel C.

etniske minoriteter og danskere. Endelig har nogle undersøgelser især fokuseret på socialpsykologiske omstændigheder i den abortsøgende kvindes nære omgivelser.

Tidligere undersøgelser om årsager til abort

Der findes kun få danske undersøgelser af årsager til abort og uønskede graviditeter (Wohlert & Larsen 1978, Foreningen for familieplanlægning 1980, Rasmussen 1983, Rasmussen et al. 1983, Vestermark et al. 1990, Kristiansen et al. 1991, Bertelsen 1994, Hansen et al. 1996).

Sammenstykket disse danske og udenlandske erfaringer, kan man få et billede af, hvilke baggrundsforhold der kan antages at have betydning for antallet af uønskede graviditeter. Fra denne forskning er det især følgende temaer, der står i fokus:

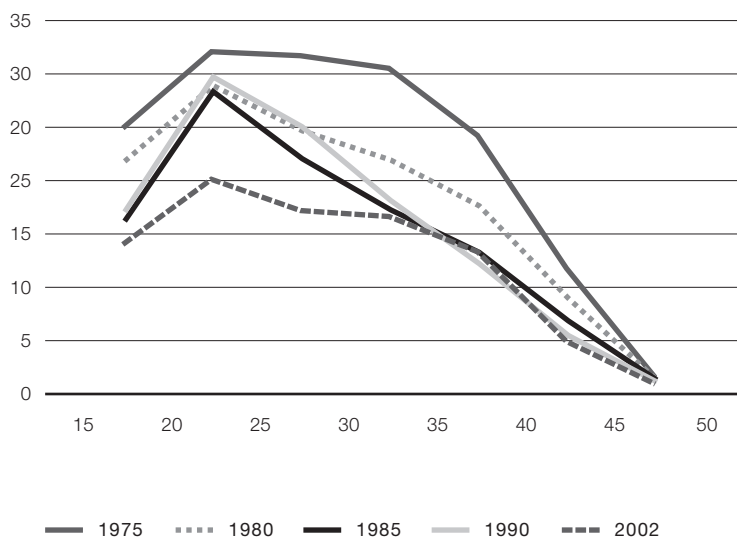
- Den forebyggende indsats: Undervisning og information om prævention
- Ændrede kontractionsvaner: Nye metoder, ændret adfærd
- Svangerskabsforebyggende metoder: Metodesvigt, brugerfejl
- Ny fosterdiagnostik
- Strukturelle samfundsmæssige ændringer: Sociale forhold, uddannelsesmuligheder, erhvervsarbejde og familiedannelse, socialt pres, bolig og økonomi.

Færre aborter og senere børn

Det hævdes, at kvindens rolle i samfundet har ændret sig således, at erhvervsarbejdet uden for hjemmet stiller så store krav, at relativt flere graviditeter opleves som uønskede (se fx Vestermark 1993). Kvindernes øgede uddannelse og erhvervsdeltagelse har ændret livssituationen omkring familiedannelsen, hvilket blandt andet har ført til, at en væsentlig større andel af kvinderne i den fødedygtige alder befinder sig i en situation, hvor de ikke føler sig rede til at kunne stifte familie. Denne udvikling på arbejdsmarkedet har fået nogle iagttagere til at forvente, at de nye samfundsforhold ville medføre et tilsvarende højt antal afbrudte graviditeter.

Figur 5.1

Aldersrelaterede abortkvotienter 1975-2002.



Hvis man antager, at der befinder sig et nogenlunde lige stort antal kvinder i hver aldersgruppe 15-49 år, så kan arealet mellem den øverste kurve (1975) og den nederste kurve (2002) i grove træk illustrere, hvilke aldersgrupper der har bidraget med den største reduktion i antallet af provokerede aborter. Det fremgår her, at det især er de unge under 30 år, der har ændret fertilitetsadfærd. Kilde: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 7, 7, 2003.

Men stik imod disse forventninger har den generelle abortkvotient² været faldende de sidste 25 år (Danmarks Statistik 2002; Sundhedsstyrelsen, 2003) – og det har især været de unge under 30 år, der har tegnet sig for den væsentligste del af nedgangen i antallet af aborter (figur 5.1).

Samfundsudviklingen har i denne periode dels medført, at en stigende andel af kvinderne har udsat tidspunktet for det første barns fødsel, dels at flere af de unge under 30 år i dag lever alene uden en partner sammenlignet med situationen for 25 år siden (Christoffersen 1993). Samfundsudviklingen har således betydet en udsættelse af

2. Den generelle abortkvotient er antal legale aborter pr. år pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen af 15-49-årige. Den generelle abortkvotient er faldet fra 23,7 i 1975 til 12,0 i 2002, ifølge Danmarks Statistik: Befolkningens bevægelser (diverse årgange) samt Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 7, 7, 2003.

familiedannelsen uden, at det har ført til det forventede øgede antal uønskede graviditeter og aborter. Både undersøgelser herhjemme og i udlandet viser dermed samstemmende, at en sen familiedannelse ikke nødvendigvis hænger sammen med en høj abortkvotient (Knudsen 2000).

I arbejdet med yderligere at reducere antallet af uønskede graviditeter kan det være værdifuldt at vide, hvad der ligger bag udviklingen, der har ført til, at aborttallet har været faldende i en periode, hvor udviklingen samtidig har været kendetegnet ved, at en stigende andel af kvinderne i de fertile aldersgrupper har udsat tidspunktet for første barns fødsel. Det kan tidligere danske undersøgelser samt forskning fra udlandet måske give os svar på.

Undervisning har indflydelse

Effekten af seksualundervisning er studeret i en række udenlandske undersøgelser. De viser, at seksualundervisningen ikke leder til en tidligere seksuel debut (måske tværtimod) eller øget seksuel aktivitet blandt de unge, men resulterer i en sikrere seksuel adfærd med brug af kondomer og anden prævention (Baldo et al. 1993, Wellings et al. 1995, Franklin et al. 1997, Grunseit et al. 1997, Kirby 1997).

Card et al. (1996) finder i deres gennemgang af en række undervisningsprogrammer, at undervisningen i sig selv mindsker omfanget af risikoadfærd blandt de unge, især hvis undervisningen er omfattende og ikke kun sporadisk (Bartels et al. 1994, Kirby 1997).

Den betydende kontinuerlige information om anvendelse af forebyggelse nævnes også som en væsentlig faktor i danske undersøgelser, der kan forklare faldet i aborttallet de senere år (Osler 1998).

Seksualundervisning, der gives inden de unge er seksuelt aktive, viser sig mere effektiv end undervisning givet på et senere stadium (Baldo et al. 1993). Wingood & DiClemente (1996) finder i deres gennemgang, at de programmer, der også får de unge til at tænke over kønsroller, synes at have en større effektivitet.

Forskerne konkluderer, at undervisningsprogrammerne har indflydelse på holdninger, færdigheder og adfærd blandt unge mennesker,

således at antallet af uønskede graviditeter nedbringes (Baldo et al. 1993, Jacobs & Wolf 1995, Franklin et al. 1997, Grunseit et al. 1997, Kirby 1997, Kim et al. 1997, Thomas 2000).

Informationen skal følges op

Et vigtigt tema er, hvorvidt rådgivningen i forbindelse med en abort eller en fødsel har været effektiv, hvad angår forbedring af kontractionsvanerne. Er der brug for en opfølgende feedback-kontrol for at sikre, at informationerne er blevet forstået? En udtalelse fra amerikanske læger og sundhedspersonale tyder på dette. Deres erfaringer viste, at abortsøgende kvinder forlod hospitalet uden præcise oplysninger om kontraktion (The Lancet 1993). Deres opfattelse var, at der manglede faciliteter og oplysning om familieplanlægning til alle de kvinder, der havde fået en abort.

I andre tilfælde kan man forestille sig, at nogle af kvinderne kan være påvirket så meget af situationen, at de ikke er i stand til at huske eller forstå de råd og informationer, der tilbydes i forbindelse med abortindgrebet.

Da en del aborter skyldes graviditet for tæt på en fødsel, har man herhjemme sat ind med hensyn til den informationsgivning, der følger efter fødslen. En tidligere dansk undersøgelse af omfanget og udbredelsen af disse problemer i Danmark viser, at 11 pct. af de abortsøgende kvinder i 1995 havde født året før (Sundhedsstyrelsen 1997). Denne undersøgelse tydede således på, at en ikke uvæsentlig del af aborterne kunne skyldes ineffektiv vejledning i forbindelse med udskrivning efter en fødsel. En del af årsagerne hertil kan måske også findes i udbredte myter om, at “p-piller bør undgås umiddelbart efter en fødsel”, eller “p-pille børn undgås, når man ammer”, eller at “man ikke kan blive gravid, mens man ammer” osv.

Prævention med potentiale

Adgangen til effektive svangerskabsforebyggende metoder uden bivirkninger har vist sig af stor betydning for forekomsten af uønskede graviditeter. De højest registrerede abortkvotienter har man således fundet i lande som fx Rumænien og andre østeuropæiske lande, hvor den manglende adgang til at benytte svangerskabsfore-

byggende metoder nævnes som den væsentligste årsag til de mange aborter (Henshaw 1997, Osler 1998).

Herhjemme viser en beregning på grundlag af fertilitetssandsynlighed blandt fertile kvinder, at 97-98 pct. af alle uønskede graviditeter blev undgået ved anvendelse af en eller anden form for prævention (Kristiansen et al. 1991).

Man må imidlertid forvente et vist antal aborter hvert år alene som følge af fejl ved de brugte kontraceptionsmetoder. Andreasen et al. (1996) og Osler (1991a) skønner, at antallet af aborter alene som følge af præventionsmetodesvigt ligger mellem 6.500 og 9.300 aborter årligt i Danmark. Dette svarede til omkring en tredjedel af aborterne på daværende tidspunkt. Herudover var der en tredjedel uønskede svangerskaber som følge af brugerfejl (Andreasen et al. 1996, Osler 1998). Endelig var der en tredjedel af aborterne, hvor der slet ikke var anvendt prævention (Andreasen et al. 1996).

Disse skøn blev den gang underbygget af, at flere danske undersøgelser samstemmende fandt, at over halvdelen af de abortsøgende kvinder var blevet gravide på trods af brug af prævention (Kristiansen et al. 1991, Bertelsen 1994, Hansen et al. 1996). Især skiftet fra mere sikre metoder til mindre sikre metoder blev nævnt som en væsentlig risikokilde. Men situationen kan have ændret sig på dette område, idet den generelle abortkvotient har været stadigt faldende. Nedgangen i antallet aborter og uønskede graviditeter kan blandt andet skyldes, at brugerfejlene er blevet sjældnere, og at der anvendes mere sikre præventionsmetoder.

Da en væsentlig del af de uønskede graviditeter skyldes manglende og mangelfuld brug af prævention eller præventionssvigt, kan udbredelsen af nødprævention ("fortrydelsens pillen", dagen-derpå-metoden)³ være et væsentligt supplement til nedbringelse af antallet af provokerede aborter (Osler 1991b). Nye præventionsmetoder, der supplerer de eksisterende, kan således tænkes at nedbringe antallet

3. Nød-præventionen ("Dagen-derpå pillen", "Fortrydelsespillen") hindrer de hormonale processer, der ellers gør det muligt for det befrugtede æg at sætte sig fast i livmoderen.

af uønskede graviditeter og aborttallet yderligere i Danmark. Det er nærliggende at antage, at der her ligger et ubrugt potentiale, som med fordel kan anvendes til at nedbringe aborttallet yderligere i fremtiden.

Ønskebørn, økonomi og mistanke om sygdom

Tidligere blev en del ægteskaber indgået som følge af graviditet, men også i dag er der en del af de ikke planlagte graviditeter, der gennemføres. Omkring 5.500 nybagte mødre blev stillet spørgsmålet: "Var jeres barn et såkaldt ønskebarn?" Man kan på grundlag af disse svar sammenholdt med tidligere undersøgelser skønsvist opgøre antallet af ikke planlagte gennemførte graviditeter til at omfatte⁴ fra 16 til 13 pct. af alle nyfødte (Bertelsen 1994, Christoffersen 1998).

Den seneste danske undersøgelse viser, at de kvinder, der valgte at gennemføre den uønskede graviditet, havde samme levevilkår som de kvinder, der valgte aborten. Men begge grupper adskiller sig fra de øvrige fødende kvinder ved at være udsat for større sociale og familiemæssige belastninger (moderens uddannelsessituation, teenagemoderskab, papirløst samlivsforhold, et kortvarigt parforhold).

Især kvinder over 35 år valgte at gennemføre graviditeten, selvom det ikke var et ønskebarn. Analysen tydede også på, at den potentielle faders erhvervsuddannelse og indkomst havde indflydelse på beslutningen om at gennemføre graviditeten – også når man tog højde for de øvrige betydende forhold (Christoffersen 1998). Derfor er det nærliggende at kigge på, om det samme gør sig gældende for beslutningen om abort.

4. Disse opgørelser giver ikke mulighed for at skelne mellem "ønskebørn" og "planlagte graviditeter". Man kan således ikke opgøre antallet af ikke planlagte graviditeter, der udvikler sig til at blive ønskebørn. Dette skyldes den anvendte spørgemetode, idet spørgsmålet til mødre med børn i 5-6 måneders alderen i 1998-undersøgelsen lød: "Var jeres barn et såkaldt ønskebarn?" Mødrene besvarede dette spørgsmål benægtende for 13 pct.'s vedkommende.

I et begrænset antal tilfælde kan ønsket om abort være begrundet i en mistanke om sygdom hos fosteret. Den prænatale fosterdiagnostik (fostervandsprøver, moderkagebiopsi i 11.-13. uge) kan på den ene side give flere gravide kvinder information på et tidligt tidspunkt om misdannelser og sygdomme hos fosteret. Selvom det kun er ganske få aborter, der foretages på dette grundlag, kan de nye metoder på den anden side også spille en ikke ubetydelig rolle for, om fx kvinder over 40 år tør gennemføre en graviditet, hvor disse kvinder tidligere overvejende valgte at få foretaget en abort alene som følge af deres relativt høje alder (Vestermark 1993).

Sociale forhold, uddannelsesmuligheder og erhvervsarbejde

Udviklingen i de aldersbetingede legale abortkvotienter gennem de sidste 25 år viser som nævnt, at nedgangen i abortkvotienterne især er sket for kvinder under 30 år. Faldet i aborter modsvares ikke af en tilsvarende stigning i antallet af fødsler i disse aldersgrupper, men må ses som et resultat af indsatsen for at undgå uønskede graviditeter blandt de unge (Westergaard et al. 1997). Det er nærliggende at kæde denne udvikling sammen med andre undersøgelsesresultater, der viser, at ungdommens levekår har undergået en signifikant ændring netop i denne periode. Langt flere af de unge i denne aldersgruppe befinder sig i en uddannelsesmæssig situation, færre af dem har fået et arbejde, og færre af de unge lever og bor sammen i et parforhold, end det var tilfældet for 25 år siden (Christoffersen 1993).

I en række danske undersøgelser er det da også arbejde og uddannelse, der optræder som en af de hyppigste begrundelser for at søge abort, fulgt af økonomi og boligforhold (Rasmussen et al. 1983, Kristiansen et al. 1991, Bertelsen 1994, Hansen et al. 1996). Arbejdsløshed viser som ventet, at der er en klar sammenhæng med ønsket om at afbryde svangerskabet (Rasmussen 1983, Bertelsen 1994).

Der er imidlertid delte meninger om, hvilken betydning man skal lægge i disse resultater. Osler & Riphagen (1990) konkluderer på grundlag af deres undersøgelser, at det kun er et lille antal aborter, der kan henføres til sociale og økonomiske forhold, sammenlignet med den reduktion i antallet af uønskede graviditeter, der kunne opnås ved en øget indsats for at forbedre brugen af kontraceptions-

midler. Men det kan ikke udelukkes, at de unge kvinders uddannelseschancer kan spille en væsentlig rolle for den ændrede adfærd. Det er således en nærliggende hypotese, at motivationen til at erhverve sig viden om og anvendelse af effektive præventionsmidler kan være påvirket af udsigten til at få en uddannelse og en efterfølgende sikkerhed for at få et erhvervsarbejde (jf. Chilman 1980).

Usikre parforhold

De usikre sociale og økonomiske forhold, der kendetegner de abortsøgende kvinders situation, hænger antagelig også sammen med deres usikre parforhold. De danske undersøgelser viste, at omkring 3/4 af de abortsøgende kvinder tilhørte følgende grupper: teenagere, enlige, kvinder over 35 år, mødre med to eller flere børn (Vestermark et al. 1990, Hansen et al. 1996). Problemer i samlivet eller forholdet til partneren angives også som en væsentlig begrundelse for valg af provokeret abort. En væsentlig del af denne gruppe mødre var enlige og boede ikke sammen med faderen (Vestermark et al. 1990, Bertelsen 1994, Osler 1992, Hansen et al. 1996). Nogle opgørelser viser således, at omkring 40 pct. af de abortsøgende kvinder ikke bor sammen med en mand, mens dette kun gælder for omkring 4 pct. af de fødende kvinder (Vestermark 1993).

Enkelte undersøgelser nævner problemer med, at kvinden har været underkastet pres fra omgivelserne enten i retning af at vælge abort eller for at gennemføre graviditeten (Bertelsen 1994, Andreasen & Hansen 1994). Omkring 4 pct. af de fødende kvinder fortæller i Socialforskningsinstituttets repræsentative undersøgelse, at de har været udsat for pres for at få foretaget en abort (Bertelsen 1994). Mens andre undersøgelser af særlige befolkningsgrupper viser, at problemet kan være væsentligt større, afhængig af, hvilke befolkningsgrupper der udspørges. For eksempel nævner Andreasen & Hansen (1994), at en sjettedel af de kvinder, der søgte rådgivning i mødrehjælpen for at få hjælp til at gennemføre graviditeten, havde oplevet at have været udsat for pres fra kommunens socialforvaltning i retning af at vælge abort, mens en stor del af disse kvinder også havde oplevet at have været udsat for pres fra partneren eller deres familie. Dette er dog ikke overraskende, når man tager i betragtning, at disse kvinder henvendte sig til Mødrehjælpen for at få hjælp til at gennemføre graviditeten.

Selvom nedgangen i antallet af aborter især er sket blandt de unge under 30 år, så tegner disse aldersgrupper sig stadigvæk for en stor del af samtlige abortsøgende. Der er flere grunde til at overveje en koncentreret indsats over for disse grupper. Det skal her nævnes, at Hansen et al. (1996) i deres undersøgelse fandt, at 30 pct. var i tvivl om, hvorvidt abortbeslutningen var rigtig, og det netop er blandt disse ambivalente kvinder, at der senere er en øget risiko for psykiske problemer, mens Husfelt et al. (1995) finder, at der blandt de 30 pct., der var i tvivl, var en overrepræsentation af socio-økonomiske begrundelser for at vælge abort. Der kan være varierende opgørelser af risici for somatiske og psykiske problemer ved abort hos de helt unge. Eksempelvis konkluderer Kristiansen et al. (1991), at man fortsat bør yde en væsentlig forebyggende indsats for at undgå uønskede graviditeter. Spørgsmålet om størrelsen af disse risici vil blive taget op i de følgende afsnit.

STATISTISK DEL AF
UNDERSØGELSEN AF
PROVOKERET ABORT

STATISTIK: BELASTENDE FAKTORER FORUD FOR ABORT

Forløbsundersøgelse af kvinder født 1966

For at kunne begrænse antallet af uønskede graviditeter kan det være nyttigt at vide noget mere om, hvorfor aborttallet er faldet (særligt siden 1975). Det er her nærliggende at tage udgangspunkt i, at flere undersøgelser nævner de usikre sociale og økonomiske forhold, der kendetegner de abortsøgendes situation. Undersøgelsen vil her forsøge at besvare spørgsmålet, om der er nogle særlige forudgående belastningsfaktorer, der kendetegner de abortsøgende kvinders forhold, og som man ikke finder hos deres jævnaldrende.

Analyserne i denne del af undersøgelsen vil antagelig være velegnede til at målrette oplysnings- og uddannelsesindsatsen i fremtidigt arbejde for at nedbringe antallet af uønskede graviditeter.

Der er imidlertid også andre grunde til, at vi i det følgende interesserer os for, om der kan lokaliseres nogle retningsgivende årsager til, hvilke kvinder der får en abort, og hvilke kvinder der ikke får.

Det skyldes, at en del af de eventuelle konsekvenser, der har været nævnt som følgevirkninger af abortindgrebet, også kan have en sammenhæng med belastninger, der var til stede allerede inden graviditeten. Dette er særligt iøjnefaldende ved undersøgelse af mulige psykiske følgevirkninger af aborten. For eksempel kan det i sådanne undersøgelser ofte være vanskeligt at skelne eventuelle forudgående psykiske og sociale belastninger fra de belastninger, der alene kan henføres til abortindgrebet.

Men hvis man kender til de psykosociale belastninger inden abortindgrebet og inddrager disse i analyserne, vil man have en bedre mulighed for at beskrive konsekvenserne af aborten adskilt fra de forudgående belastninger i kvindens liv.

Undersøgelsesmetode og datamateriale

Det er formålet med denne del af undersøgelsen at beskrive de abortsøgende kvinders forhold forud for aborten og sammenligne disse forhold med de øvrige kvinders forhold for en hel fødselsårgang (1966). Derved opnås viden om, om der kan være nogle særlige forhold, der kendetegner de abortsøgendes situation sammenlignet med deres jævnaldrende, der ikke fik abort. Denne forløbsundersøgelse, hvor man følger en hel fødselsårgang i en længere årrække, vil normalt være så tidskrævende og omkostningstung, at man må opgive metoden, men de danske registre har muliggjort dette.

I Danmark foretages såvel operative som medicinske abortindgreb¹ på offentlige sygehuse i henhold til lovgivningen, hvilket indebærer pålidelige registreringer² sammenlignet med andre dataindsamlingsmetoder som fx interviewbaserede undersøgelser. En del af den viden, vi har om aborter, stammer fra sådanne landsdækkende registre: Landspatientregisteret og Sundhedsstyrelsens register over legalt provokerede aborter.³

-
1. Medicinske abortindgreb tilbydes i dag abortsøgende på landets sygehuse ved en gestationsalder på 7-9 uger eller mindre. Der kan være forskelle, der skyldes forskelligheder i metoder ved hhv. indlæggelse eller ambulant behandling (jf. Lidegaard et al. 1999, Lidegaard & Falk Larsen 1999).
 2. De laveste abortkvotienter findes i Holland, hvor p-piller udleveres gratis, men selvom der her er et effektivt registreringssystem, er der alligevel rejst tvivl om, hvorvidt de aborter, der foretages i privat lægeregi og de meget tidligt foretagne aborter, anmeldes (Osler 1998). Hertil kommer, at flere af de hollandske kvinder anvender p-piller og en større andel af de hollandske par, der ikke planlagde graviditet, er steriliserede sammenlignet med danske par (Olsen 1993).
 3. Der findes kun få vurderinger af datakvaliteten i Landspatientregisteret mht. diagnoserne provokeret abort, men i forbindelse med det nyligt oprettede Register over Legalt Provokerede Aborter blev der foretaget en sammenligning af registreringerne. Denne undersøgelse viste, at der var en fin overensstemmelse, dog var der nogle få aborter registreret i det ene register – uden at de også optrådte i det andet register (Krebs et al. 1997).

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Provokeret abort	640-642	Ved abort forstås enhver form for afbrydelse af et svangerskab inden udgangen af 28. svangerskabsuge, hvor fosteret er dødt. I nærværende undersøgelse er imidlertid ikke medtaget spontane aborter (643).
	640	Legal provokeret abort inden udløbet af 12. svangerskabsuge.
	641	
	642	Provokeret abort fremkaldt på andre legale indikationer.
		Provokeret abort af andre grund fx illegal abort.

Disse registre mangler imidlertid oplysninger om kvindernes familie-, uddannelses- og erhvervmæssige situation forud for indgrebet (Knudsen 2000), men dette problem løses i nærværende undersøgelse ved sammenkøring med registre, der indeholder disse baggrundsoplysninger.

Nærværende undersøgelse er baseret på et sådant forskningsregister. Gennem analyser på registerets data er det muligt ved den prospektive forløbsundersøgelse at belyse kvindernes situation i årene forud for aborten⁴ og sammenligne med deres jævnaldrendes forhold.

Hver fjerde kvinde får abort

Ud af de godt 41.000 kvinder, der blev født i 1966, var der lidt over 7.000, der fik en provokeret abort inden 1994. Dette svarer til, at 17 pct. af fødselsårgangen har fået en abort, inden de blev 27 år. Dette svarer nogenlunde til resultaterne fra en samtidig interviewundersøgelse.⁵ På grundlag af denne undersøgelse anslås, at en lige så stor andel af de øvrige kvinder måtte forventes at komme i den samme situation. Samlet måtte man regne med, at omkring en tredjedel af kvinderne på et eller andet tidspunkt i deres liv vil komme i den situation at skulle have en abort, hvis man lagde disse interviewundersøgelser som grund.

-
4. At undersøgelsen er prospektiv betyder, at data er indsamlet løbende uafhængigt af, hvad der sker de pågældende på et senere tidspunkt – i modsætning til retrospektivt.
 5. En tidligere dansk interviewundersøgelse finder, at blandt de 25-29-årige havde 20 pct. fået en abort (Bertelsen 1994).

Disse prognoser kan vise sig at blive gjort til skamme, hvis a) den forebyggende indsats med undervisning og information om prævention bliver forbedret, b) der sker en forbedring af præventionsvanerne og en ændret adfærd, c) svangerskabsforebyggende metoder bliver forbedrede, så man i højere grad undgår metodesvigt og brugerfejl, samt at strukturelle samfundsmæssige ændringer øger de unges uddannelsesmuligheder og muligheder for stabilt erhvervsarbejde.

En ny beregning på grundlag af førstegangsaborter i 2001 viser, at man må regne med, at det vil være hver fjerde kvinde, der vil få foretaget en abort med de nuværende abortkvotienter (jf. bilagstabel C).

De udsatte kvinder

En række sjældne belastninger i kvindens opvækstforhold viser en robust statistisk sammenhæng med risikoen for, at kvinden får en uønsket graviditet og efterfølgende abort.

Kvinder med vanskelige opvækstvilkår har en væsentlig forøget risiko for at komme i en situation, hvor de ønsker at få foretaget en abort. Kvinder, der i løbet af barndommen eller ungdommen har været anbragt uden for hjemmet eller har været udsat for vold/omsorgssvigt, har en ekstra forhøjet risiko for både at blive uønsket gravide og få en abort. Af andre belastende baggrundsforhold kan nævnes opvækstfamiliens opløsning, forældrenes længerevarende arbejdsløshed, forældres selvmordsforsøg/selv mord. De kvinder, der selv havde en moder, der fik dem allerede som teenager, har også en overrisiko for at få en abort, viser undersøgelsen.

En forklaring på, at visse sociale belastninger i opvæksten ses hyppigere sammen med uønsket graviditeter, kan blot afspejle, at disse kvinder også i deres voksne liv trækkes med flere sociale belastninger og derfor også i den konkrete situation mangler ressourcer til at kunne stifte familie og tage vare på et barn.

Undersøgelsen viser da også, at netop de kvinder, der er abortsøgende på det aktuelle tidspunkt, har en dårlig arbejdsmarkedsmæssig tilknytning. De mangler relativt ofte en erhvervsuddannelse. Endvidere har de kvinder, der året forud havde haft en længerevarende arbejdsløshedsperiode, en forhøjet sandsynlighed for at vælge abort.

Tabel 6.1

Kvindens situation forud for førstegangs abort. Kvinder født 1966, fulgt 1981-1993.

Risiko faktorer i samlet model (N=7.165)	Type	Antal cases	% af cases	% af kontrol	Odds Ratio	Grænser 95% niveau	P<	E.F.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Faktorer omhandlende kvindens opvækst forhold og hendes forældre								
Far/mor indlagt pga. misbrug	III	493	6,9	3,8	1,2	1,1-1,3	0,0001	0,8
Forældre indlagt pga. vold/dømt for vold	III	247	3,4	1,7	1,2	1,1-1,4	0,002	0,3
Forældres selvmord eller forsøg	II	230	3,2	1,8	1,2	1,1-1,4	0,006	0,4
Far arbejdsløs mere end 21 uger	I	583	8,1	5,9	1,1	1,0-1,2	0,02	0,6
Mor arbejdsløs mere end 21 uger	I	861	12,0	9,1	1,1	1,0-1,2	0,02	0,9
Faktorer omhandlende kvindens barndom dvs. inden 19. år								
Anbragt uden for hjemmet	II	693	9,7	3,2	2,0	1,8-2,2	0,0001	3,1
Udsat f. vold/omsorgssvigt	III	66	0,9	0,4	1,5	1,2-1,9	0,002	0,2
Familien opløst	II	1.037	14,5	11,1	1,3	1,2-1,4	0,0001	3,2
Moderen teenagemoder	II	768	10,7	8,4	1,2	1,1-1,3	0,0001	1,7
Faktorer vedrørende kvinden								
Kvinden fået frihedsdom	II	16	0,2	0,05	1,7	1,0-2,9	0,04	0,0
Kvinden indlagt med psykisk lidelse	II	37	0,5	0,3	1,4	1,0-2,0	0,04	0,1
Kvinden har alvorligt handicap	II	212	3,0				Ns	
Kvinden har født et barn året forud								
Kvinden har ingen erhvervsuddannelse	II	5.878	82,0	80,7	1,1	1,0-1,2	0,009	7,5
Kvinden har ingen studentereksamen	II	5.684	79,3				Ns	
Kvinden arbejdsløs i mere end 21 uger	I	1.591	22,2	11,9	1,6	1,5-1,7	0,0001	6,7

Note: Undersøgelsens totale antal kvinder, som har fået foretaget legal abort ved hospitalsindlæggelse, udgjorde i undersøgelsesperioden: N=7.165. De baggrundvariable, der indgår i modellen, kan estimeres til at kunne forklare omkring 28 pct. af antallet af aborter. Se i øvrigt afsnit i bilag A: Hvordan læses tabellerne?

I lighed med tidligere undersøgelser (Sundhedsstyrelsen 1997) finder vi også her, at de kvinder, der året forud har fået et barn, dermed har en forhøjet sandsynlighed for at vælge abort ved en graviditet, der er for tæt på fødslen. Nærværende undersøgelse bekræfter således mistanken om, at en ikke uvæsentlig del af aborterne kunne skyldes ineffektiv vejledning i forbindelse med udskrivning efter en fødsel. Man kan som nævnt frygte, at der for eksempel flourerer myter om, at “p-piller bør undgås umiddelbart efter en fødsel”, eller “når man ammer”, eller at “man ikke kan blive gravid, mens man ammer” osv.

Analyserne af de nævnte baggrundsforhold viser, at de udsatte kvinder har en forhøjet sandsynlighed for at søge om abort, også når man statistisk har taget højde for de andre belastningsforhold.

Men disse baggrundsforhold kan på ingen måde give noget udtømmende billede af de mange faktorer, der kan tænkes at spille en rolle for kvindens valgsituation. De nævnte faktorer kan derfor ikke give nogen sikker prognose for, hvem der får abort, og hvem der ikke får det. De baggrundsforhold, der indgår i modellen, kan estimeres til at kunne forklare omkring 28 pct. af førstegangs aborterne.

Man kan på den ene side konstatere, at i visse situationer, hvor kvinden lever under belastende vilkår, vil hun oftere komme i en situation, hvor hun vælger abort, end det er tilfældet for jævnaldrende, der ikke har de tilsvarende belastninger. Men på den anden side må man medgive, at nogle af de undersøgte belastningsforhold forekommer yderst sjældent, og derfor kan disse få situationer kun forklare en mindre del af samtlige aborter.

Læsevejledning til kolonne 6:

Kolonne 6 angiver sammenhængen mellem risikofaktorer og sandsynligheden for abort det efterfølgende år. I den første linie kan man fx læse for de kvinder, som er vokset op i en familie, hvor deres forældre har været indlagt som følge af misbrug og har en overrisiko for at få en abort. Disse kvinder har 20 pct. (1,2) større risiko end de øvrige kvinder, som ikke har oplevet forældremisbrug.

Registeroplysningerne kan herudover undervurdere visse belastningsforhold. Eksempelvis belyses vold i familien alene på grundlag af forældres voldsdomme eller forældres indlæggelser på et hospital som følge af vold påført af andre.

Endelig må man, som nævnt, være opmærksom på, at der mangler oplysninger om kvindens partner. Det er således ikke mulig at sige noget om, hvor længe de har kendt hinanden og deres indbyrdes forhold, som ifølge andre undersøgelser ser ud til at være af stor betydning for beslutningen.

Når man skal vurdere resultaterne fra denne delundersøgelse af alle kvinder, der er født i 1966, bør man også huske, at undersøgelsen kun behandler aldersintervallet fra 15-27 år. Beregninger viser, at omkring halvdelen af de kvinder, der får en abort, vil få aborten i det undersøgte aldersinterval. På den anden side har disse kvinder netop levet i en periode, hvor kvinder i stort tal har ændret adfærd med hensyn til nedbringelse af antallet af uønskede graviditeter (jf. figur 5.1).

STATISTIK: DE FYSISKE EFTERVIRKNINGER AF ABORT

Som det fremgår af nedenstående korte gennemgang af undersøgelsesresultater vedrørende eftervirkninger af abort, er fysiske følger virkninger allerede belyst gennem omfattende systematiske opgørelser.

I nogle undersøgelser af somatiske helbredsforhold har psykosociale forhold og erhvervmæssig baggrund vist sig at have en sammenhæng med, hvem der udvikler en bestemt lidelse, eller hvem der har en forhøjet risiko for den pågældende lidelse. Sådanne sammenhænge kan i mange tilfælde konstateres, uden at der samtidig kan redegøres for årsagerne. Men disse undersøgelser understreger behovet for at undersøge kvinder med samme sociale, økonomiske og helbredsmæssige baggrund, når man skal undersøge eventuelle somatiske helbredsmæssige konsekvenser af abortindgrebet. Som et første skridt i denne retning blev det derfor undersøgt, om der var særlige sociale belastninger i kvindernes opvækst og familieforhold i årene op til den første abort, som adskilte disse kvinder fra deres jævnaldrende medsøstre (kapitel 6).

Formålet med denne del af undersøgelsen er at belyse eventuelle fysiske eftervirkninger af abort. Dette sker ved at se på de 7.000 15-27-årige abortsøgende kvinders eventuelle efterfølgende indlæggelser. De abortsøgende kvinders diagnoser sammenlignes med jævnaldrende kvinders indlæggelser på baggrund af det tidligere beskrevne registermateriale. Ved beregningen af en eventuel overrisiko for de abortsøgende kvinder tages hensyn til nogle af de belastningsforhold, som ved tidligere analyser viste sig at være knyttet til de abortsøgende kvinders

situation inden indgrebet. Derved er det forsøgt at isolere effekten af selv abortindgrebet fra de øvrige psykosociale belastninger.

Antagelser om fysiske følgevirkninger af abort

Kirurgisk provokeret abort inden udgangen af 12. svangerskabsuge er en relativt enkelt operation, der gennemføres hyppigt.¹ Da indgrebet er så forholdsvis hyppigt forekommende, så måtte en hyppig forekomst af eventuelle alvorlige kort- eller lang tidseftervirkninger formodes at kunne have konsekvenser for befolkningens sundhed (Zhou et al. 2002). Det er på denne baggrund, at der i tidens løb er gennemført en række omfattende systematiske undersøgelser af de eventuelle fysiske eftervirkninger.

Disse undersøgelser af korttidsfølgevirkninger af kirurgisk abort i første trimester viser følgende risici (Knudsen et al. 2002; Thonneau et al. 1998; Zhou et al. 2002):

- Større blødninger (5 promille)
- Infektioner, betændelsestilstande i underlivet (1-2 procent)
- Ufuldstændig abort (1-2 procent)
- Læsioner efter indgreb, fx perforering af livmoder (1-2 promille)

Ufuldstændig abort er relativt sjældent forekommende, således finder Child et al. (2001) i sin undersøgelse fortsat graviditet for 2,4 pr. 1.000 aborter. Opgørelser af forekomst af perforering af livmoderen varierer en del. Lindell & Flam (1995) finder 1,7 pr. 1.000 provokerede aborter i en svensk undersøgelse. Kaali et al. (1989) finder 1,3 pr. 1.000, mens Heisterberg & Kringelbach (1987) i en dansk undersøgelse finder 4 pr. 1.000. Minitøse undersøgelser viser, at det samlede antal perforeringer er signifikant undervurderet, fordi kun få skaber problemer og behøver behandling (Kaali et al. (1989).

1. Medicinske aborter var ikke i brug inden for nærværende undersøgelses periode. Provokeret abort efter udgangen af 12. svangerskabsuge er ikke medtaget i denne opgørelse, da disse må forventes at adskille sig fra de tidligere aborter.

En undersøgelse af operatørens erfaring og rang i hospitalssystemet viste, at jo højere rang jo større succesrate (Child et al. 2001). Perforering af livmoder, underlivsbetændelse, der kræver indlæggelse og intravenøst antibiotikabehandling hang i denne undersøgelse sammen med operatørens rang. Anormaliteter i de kvindelige kønsorganer øgede også risikoen for komplikationer ved indgrebet (Nathansson 1972).

Et samlet skøn over omfanget af umiddelbare komplikationer opgøres til omkring 5 pct. af Zhou et al. (2002), der baserer deres opgørelse på 56.000 aborter i landspatientregisteret og abortregisteret. Knudsen et al. (2002) kommer frem til det samme resultat efter gennemgang af en række undersøgelser. Kaunitz et al. (1985) finder 2,3 pr. 1.000 aborter, mens en dansk undersøgelse omfattende alle aborter 1980-85 på et dansk universitetshospital viste, at der var 6,1 procent komplikationer (blødninger, underlivsbetændelse, ufuldstændig graviditet), der krævede genindlæggelse (Heisterberg & Kringelbach 1987). Burnhill & Armstead (1978) fandt, at 4,0 procent af aborterne indebar komplikationer, men her var det dog kun 5,6 pr. 1.000, der resulterede i efterfølgende hospitalsindlæggelse. En opgørelse af 170.000 aborter foretaget på klinikker i New York City gennem 70'erne og 80'erne viste en komplikationsrate på 9 pr. 1.000. Her blev højrisikopatienter på forhånd sorteret fra og henvist til hospital (Hakim-Elahi et al. 1990).

Heisterberg et al. 1986 konkluderer, at langt de fleste aborter er ukomplicerede og harmløse, og da de udgør langt den overvejende del af aborterne, har de skjult, at der blandt en mindre del af aborter med komplikationer kan registreres en række alvorligere følgerkninger. Dette vil imidlertid kun kunne efterprøves på meget store datamaterialer, da der vil være tale om relativt sjældent forekomne hændelser.

I den nærværende registeranalyse vil det blive undersøgt, om disse forholdsvis sjældne fysiske lidelser rent statistisk kan påvises at optræde med en øget hyppighed efter provokeret abort. De spørgsmål, som vil blive søgt besvaret, er:

- a) Hvor stor er risikoen for 15-27-årige kvinder for en række umiddelbare komplikationer som fx svære blødninger, infektioner, ufuldstændig provokeret abort, eller læsioner som følge af abort indgrebet?
- b) Har 15-27-årige kvinder, som har fået foretaget en abort, en højere frekvens af hospitalsindlæggelser i det efterfølgende år som følge af lidelser som fx underlivsbetændelser, graviditet uden for livmoderen, for tidlig fødsel, spontan abort og sterilitet end kvinder, som ikke har fået foretaget et sådant indgreb?

a) Umiddelbare fysiske komplikationer efter abort

Blødninger, forhøjet temperatur, underlivsbetændelse, livmoderperforation, beskadigelse af livmoderkanal, fortsat graviditet, anæstesi-komplikationer kan også forekomme i forbindelse med provokeret abort.

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Umiddelbare følgetilstande efter abort, fx blødning mv.	645.2	Ufuldstændig abort (før 1987).
	645.3	Blødning efter abort (før 1987).
	645.5	Ufuldstændig abort (efter 1/1 1987).
	645.6	Blødning efter abort (efter 1/1 1987).
	645.8	Inflammations tilstande efter abort.
	998.19	Læsion efter indgreb (sammen med provokeret abort).
	998.29	Blødning efter indgreb (sammen med provokeret abort).

Nærværende undersøgelse viser, at der var 399 kvinder, der i løbet af aldersperioden 15-27 år blev indlagt med en af de ovennævnte følgetilstande efter abort. Dette svarer til 5,7 pct. af de godt 7.000 kvinder, der fik provokeret abort i dette tidsrum. Nogenlunde samme resultat som en tidligere dansk undersøgelse, der viste, at 6,1 pct. havde en eller flere af ovennævnte komplikationer efter abort (Heisterberg & Kringelbach 1987). I denne undersøgelse var der relativt flere tilfælde af komplikationer blandt de unge under 25 år og især blandt førstegangs gravide.

b) Fysiske komplikationer efter abort

I det følgende vil vi – i den udstrækning datamaterialet giver mulighed for det – efterprøve nogle af de hypoteser, som er kommet frem i litteraturen og debatten omkring langtidsvirkninger af provokeret abort. Og med langtidsvirkninger vil vi dog indskrænke os til at se på kvindens situation året efter abortindgrebet.

Det drejer sig om hypoteser om, hvorvidt de abortsøgende har en forhøjet risiko for underlivsbetændelser, risiko for spontan abort, risiko for for-tidlig-fødsel, graviditet uden for livmoderen eller en forhøjet risiko for sterilitet efter en abort, når man i øvrigt har taget højde for kvindens sociale og helbredsmæssige forhold.

En kontroversiel påstand om sammenhæng mellem brystcancer og tidligere abort kan ikke undersøges ved hjælp af det nærværende materiale. Dette spørgsmål er i øvrigt grundigt undersøgt på et større materiale, uden at man har kunnet finde nogen sammenhæng (Bart-holomew & Grimes 1998).

b1) Underlivsbetændelse

Ved undersøgelser af de umiddelbare korttidsvirkninger af provokeret abort er infektioner og betændelsestilstande i underlivet opgjort til 1-2 promille. I WHO's diagnosesystem (ICD-8) søges dette angivet i en særskilt diagnose (645.8). I disse tilfælde kædes betændelsestilstandene umiddelbart sammen med indgrebet, og indlæggelsen vil typisk ske inden for et ganske kort tidsrum efter indgrebet. Der vil således ikke være tvivl om den årsagsmæssige sammenhæng.

I den følgende analyse vil vi se på tilstandene et år efter abortindgrebet for at besvare spørgsmålet: Har de abortsøgende kvinder en forhøjet risiko for underlivsbetændelser, der resulterer i hospitalsindlæggelser, end det er tilfældet for de øvrige kvinder? Og er risikoen generelt højere end for de kvinder, der har født – også når man i øvrigt har taget højde for andre sociale baggrundsforhold?

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Betændelses-tilstande i æggestok, æggeleder, livmoder, mv.	612	Akut betændelse i æggeleder og æggestok.
	613	Kronisk betændelse i æggeleder og æggestok.
	614	Betændelsestilstande (akutte eller kroniske).
	616.00-19	Sygdomme i bindevævet omkring bækkenorganer.
	620	Betændelsestilstande i livmoderhals.
	622.00-19	Betændelsestilstande i livmoder.

Nærværende undersøgelse viser, at ud af de i alt 41.362 kvinder født 1966 havde 2.311 fået en underlivsbetændelse (5,6 pct.), der resulterede i en hospitals-indlæggelsesdiagnose inden deres 27. år.

Underlivsbetændelse, der resulterer i hospitalsindlæggelse, har en tydelig social gradient, dvs. at socialt udsatte grupper af kvinder har en forøget risiko for denne lidelse. Man kunne således se en overhyppighed blandt de kvinder, der havde været anbragt uden for hjemmet, eller/og udsat for omsorgssvigt og vold, eller kvinder der havde været indlagt med en psykisk lidelse. Hvis kvindens familie havde været kendetegnet ved misbrug, vold, teenagemoderskab, familieopløsning osv., sås en forhøjet risiko for kvindens senere hospitalsindlæggelse med underlivsbetændelse. Hvis man tager kvindens skoleuddannelse og beskæftigelse/ledighed som udtryk for kvindens egen sociale og økonomiske situation, så ser man også her en tydelig sammenhæng med forekomsten af underlivsbetændelse.

Blandt de kvinder, der havde været indlagt med en underlivsbetændelse, var der en overhyppighed af kvinder, der året forinden havde fået en abort – også når der var justeret for de nævnte sociale forhold. De kvinder, der havde fået foretaget en abort, havde dobbelt så stor en sandsynlighed for at få underlivsbetændelse, sammenlignet med de øvrige kvinder, der ikke havde fået en abort. Det skal her nævnes, at undersøgelsen viser, at de kvinder, der havde født, ikke efterfølgende havde en forøget (eller mindsket) risiko for underlivsbetændelse året efter.

Tabel 7.1

Risikofaktorer for (førstegangs) betændelse i underlivet, der resulterer i en hospitalsindlæggelse. Kvinder født 1966, fulgt 1981-1993.

Risiko faktorer i samlet model (N=2.311)	Type	Antal cases	% af cases	% af kontrol	Odds Ratio	Grænser 95% niveau	P<	E.F.
Faktorer omhandlende kvindens forældre								
Far/mor indlagt pga. misbrug	III	183	7,9	3,8	1,3	1,1-1,5	0,0003	1,1
Forældre indlagt pga. vold/dømt for vold	III	88	3,8	1,8	1,3	1,0-1,6	0,04	0,5
Moderen teenagemoder	II	269	11,6	8,7	1,2	1,1-1,4	0,002	1,7
Familien opløst	II	341	14,8	10,9	1,3	1,1-1,4	0,0002	3,2
Faktorer omhandlende kvindens barndom								
Anbragt uden for hjemmet	II	288	12,5	3,8	2,2	1,9-2,5	0,0001	4,4
Udsat f. vold/omsorgssvigt	III	42	1,8	0,3	2,7	1,9-3,6	0,0001	0,5
Faktorer vedrørende kvinden								
Kvinden indlagt med psykisk lidelse	II	18	0,8	0,2	1,9	1,2-3,1	0,007	0,2
Kvinden har alvorligt handicap	II	112	4,4	2,6	1,3	1,1-1,6	0,003	1,0
Kvinden fået abort	I	92	4,0	1,5	2,0	1,6-2,5	0,0001	1,5
Kvinden har ingen studentereksamen	II	1.974	85,4	79,3	1,4	1,3-1,6	0,0001	24,1
Kvinden arbejdsløs i mere end 21 uger	I	539	23,3	13,1	1,5	1,3-1,7	0,0001	6,1

Note: Risikofaktorer ved den samlede model: 'Ns' betyder 'ikke signifikant på 0,05-niveau'. * 0,05-niveau; ** 0,005-niveau; *** 0,0005-niveau.

Type I: Kvinden eksponeret for risikofaktor i det forudgående kalenderår. Type II: Risikofaktor der forekommer mindst et af de forudgående kalenderår. Type III: Kvinden antages at være eksponeret for risikofaktor for alle år, der indgår i undersøgelsen, uanset for hvilket kalenderår den pågældende faktor er registreret. Det totale antal kvinder som har haft underlivsbetændelse, der har resulteret i en hospitalsindlæggelse udgør: N=2.311 (den samlede etiologiske fraktion udgør i alt 44 pct.).

b2) Spontan abort

For de kvinder, der har fået foretaget en provokeret abort, har man tidligere undersøgt for en eventuel senere forøget risiko for spontan abort, men uden at kunne finde nogen sammenhæng (Knudsen et al. 2002).

Langt de fleste spontane aborter bliver ikke registreret, da det kun er de færreste, der resulterer i en hospitalsindlæggelse. I nærværende undersøgelse kan således kun inddrages de situationer, hvor kvinder indlægges på en hospitalsafdeling i forbindelse med en spontan abort. Undersøgelsen viste, at ud af de 41.362 kvinder, der var født i 1966, havde 2.447 kvinder (5,9 pct.) oplevet en hospitalsindlæggelse i forbindelse med en spontan abort inden deres 27. år.

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Spontan abort	643	Indlæggelse i forbindelse med spontan abort

Der er også her en social gradient, selvom de sociale belastninger synes at være mindre tydelige hos de spontant aborterende kvinder, end det var tilfældet for kvinder, der indlægges som følge af underlivsbetændelse.

Nærværende undersøgelse viser, at der er en forøget risiko for en spontan abort årene efter en provokeret abort. Risikoen er af nogenlunde samme størrelsesorden som for kvinder, der har født året forinden. Odds ratio er estimeret til at være 1,5, hvilket vil sige, at de kvinder, der har fået foretaget en provokeret abort, har 1½ gang større sandsynlighed for senere at få en spontan abort sammenlignet med de kvinder, der ikke har fået foretaget en provokeret abort.

Tabel 7.2

Risiko faktorer for (første gang) spontan abort. Kvinder født 1966, fulgt 1981-1993.

Risiko faktorer i samlet model (N=2.447)	Type	Antal cases	% af cases	% af kontrol	Odds Ratio	Grænser 95% niveau	P<	E.F.
Faktorer omhandlende kvindens forældre								
Far/mor indlagt pga. misbrug	III	183	7,9	3,8	1,3	1,1-1,5	0,0003	1,1
Far/mor indlagt på psykiatrisk afdeling	III	88	3,8	1,8	1,3	1,0-1,6	0,04	0,5
Forældre indlagt pga. vold/dømt for vold	III	269	11,6	8,7	1,2	1,1-1,4	0,002	1,7
Forældres selvmord eller forsøg	II	341	14,8	10,9	1,3	1,1-1,4	0,0002	3,2
Mor arbejdsløs mere end 21 uger	I							
Faktorer omhandlende kvindens barndom								
Anbragt uden for hjemmet	II	288	12,5	3,8	2,2	1,9-2,5	0,0001	4,4
Udsat f. vold/omsorgssvigt	II	42	1,8	0,3	2,7	1,9-3,6	0,0001	0,5
Moderen teenagemoder	III							
Faktorer vedrørende kvinden								
Kvinden indlagt pga. narkomani	II							
Kvinden indlagt med psykisk lidelse	II							
Kvinden har alvorligt handicap	II							
Kvinden fået abort	I	82	3,8	1,5	1,5	1,2-1,9	0,0003	0,7
Kvinden født et barn	I	225	9,2	3,8	1,3	1,1-1,5	0,0002	1,1
Kvinden har ingen erhvervsuddannelse	II	1.535	62,7	80,4	0,8	0,8-0,9	0,0006	19,4
Kvinden har ingen studentereksamen	II	1.979	80,9	79,2	1,8	1,6-2,0	0,0001	38,8
Kvinden arbejdsløs i mere end 21 uger	I	690	28,2	13,3	1,3	1,2-1,5	0,0001	3,8

Note: Risikofaktorer ved den samlede model: * 0,05-niveau; ** 0,005-niveau; *** 0,0005-niveau.

Type I: Kvinden eksponeret for risikofaktor i det forudgående kalenderår. Type II: Risikofaktor der forekommer mindst et af de forudgående kalenderår. Type III: Kvinden antages at være eksponeret for risikofaktor for alle år, der indgår i undersøgelsen, uanset for hvilket kalenderår den pågældende faktor er registreret. Det totale antal kvinder som har fået en spontan abort, der har resulteret i en hospitalsindlæggelse udgør: N=2.447.

b3) For tidlig fødsel

Man har tidligere undersøgt for en eventuel forøget risiko for for-tidlig-fødsel og fundet en mindre forøget risiko for de kvinder, der havde fået foretaget en abort (Knudsen et al. 2002).

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Præmatur fødsel	650.2	Fødsel mellem 28. og 37. svangerskabsuge. (Ved fødsel forstås fødsel af et levende barn eller foster uanset alder, og fødsel af dødfødt barn eller foster, der er mere end 28 svangerskabsuger gammelt.)

Denne undersøgelse viser, at der blandt de 41.362 kvinder, der er født 1966, var 318, der havde en for-tidlig-fødsel i alderen inden deres 27. år. Dette svarer til 7,7 promille af samtlige kvinder eller 1,8 pct. af førstegangsfødende i denne aldersgruppe.²

Undersøgelsen viser dog slet *ingen sammenhæng* med tidligere provokeret abort. Der kan ses en sammenhæng med, om kvinden tidligere har været udsat for vold, om hun kommer fra en familie, hvor moderen fik hende som teenager, og der er relativt flere af disse kvinder, der kun har en kort skoleuddannelse. I øvrigt ses ingen sammenhæng med sociale baggrundsforhold.

b4) Graviditet uden for livmoderen

I USA tegner svangerskab uden for livmoderen sig for en af de alvorligste dødsårsager i denne aldersgruppe af kvinder, som ellers har en meget lav dødelighed (citeret fra Kalandidi et al. 1991).

De hyppigst nævnte årsager til graviditeter uden for livmoder er tidligere seksuelt overførte sygdomme, brug af spiral (men ikke p-piller eller pessar), sterilisation og underlivsbetændelse. Tidligere udenlandske undersøgelser viser, at aborter, der resulterer i betændelsestilstande og især aborter, der udføres under dårlige forhold, fx illegalt, antages at være en ikke uvæsentlig årsag til graviditeter uden for livmoderen.

2. Der var 17.720 førstegangsfødende 15-27-årige blandt kvinderne født 1966.

En tidligere undersøgelse af illegale aborter viste en overrisiko for graviditeter uden for livmoderen, der var 10 gange større end det normale blandt gravide kvinder (citeret fra Kalandidi et al. 1991).

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Ektopisk graviditet	631	Svangerskab uden for livmoderen.

Undersøgelsen viser, at 670 af de 15-27-årige kvinder er blevet indlagt på hospital som følge af graviditet uden for livmoderen. Dette svarer til 1,6 pct. af de 41.362 kvinder fra 1966-fødselsårgangen. Undersøgelsen viser *ingen sammenhæng* med forudgående provokeret abort eller tidligere fødsler.

Undersøgelsen viser en markant social gradient mht. til forekomsten af graviditet uden for livmoderen. Således har de kvinder, der har været udsat for omsorgssvigt, anbringelse uden for hjemmet, eller at moderen fik dem som teenager, en forhøjet risiko for disse graviditeter. Ligeledes er deres egen situation kendetegnet ved manglende erhvervsuddannelse, kort skolegang og ungdomsarbejdsløshed i højere grad end deres medsøstre, der ikke oplever at få en graviditet uden for livmoderen.

Resultaterne svarer til en tidligere undersøgelse (Kalandidi et al. 1991), at der *ingen* signifikant sammenhæng var mellem abort og graviditet uden for livmoderen, når der var taget højde for rygning,³ ægteskabelig stilling og brug af spiral. Kun tobaksrygning viser sig at være statistisk signifikant. Imidlertid forøger legale aborter ikke risikoen nævneværdigt for svangerskab uden for livmoderen ifølge denne undersøgelse.

Kalandidi et al. (1991) anbefaler, at man kigger nærmere på de seksuelt overførte sygdomme som fx klamydia, som der traditionelt tages prøver for i forbindelse med abort, hvor også partneren sættes

3. Tobaksrygningens indvirkning på immunforsvaret er kendt, ligesom nikotins indvirkning på produktion af østrogen.

i behandling, hvis prøven viser sig positiv. Dette har allerede længe været praksis herhjemme, hvilket måske kan være med til at forklare, hvorfor man i Danmark ikke finder nogen sammenhæng mellem abort og graviditet uden for livmoderen.

Det skal nævnes, at man i danske undersøgelser har fundet en stigning i forekomsten af graviditeter uden for livmoderen i perioden 1981-86. Når man i flere undersøgelser finder en overhyppighed af graviditeter uden for livmoderen blandt de ældre kvinder i den fødedygtige alder, skyldes dette ifølge Ulrichsen & Larsen (1990), at disse kvinder igennem et længere tidsrum har været udsat for de risikofaktorer, der øger sandsynligheden for fx klamydiainfektion, sammenlignet med de yngre årgange.

b5) Barnløshed

Risikoen for spontane aborter og efterfølgende sterilitet ses, som nævnt, at være højere i tilfælde af komplikationer efter abortindgrebet. I de særlige tilfælde – fx ved illegale aborter – hvor der er tale om infektion efter abortindgrebet, øges risikoen for en række følgevirkninger.

Tidligere undersøgelser viser en risiko for blødninger (2-10 pct.) og efterfølgende underlivsbetændelse (2-5 pct.) efter provokeret abort. Dette indebærer en teoretisk risiko for senere sterilitet (Sidenius 1998). Undersøgelser har dog ikke fundet nogen sammenhæng (Knudsen et al. 2002, Frank et al. 1993).

I nærværende undersøgelse var der 473 kvinder, der blev diagnosticeret som ufrivillig barnløse ud af 41.362 kvinder, som er fulgt fra deres 15. til deres 27. år. Dette svarer til 1,1 pct. af en generation af kvinderne, der oplever dette.

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Kvindelig barnløshed	628	Sterilitet
	628.20-29	dog undtagen: Sterilitet pga. sygdom i hypofysen.

Der er – som forventet – ingen sammenhæng mellem provokeret abort og sterilitet. Tværtimod. De kvinder, der har fået foretaget en abort, eller som har født et barn, har jo dermed vist deres fertilitet, og man finder da også netop for disse kvinder kun ganske få, der et af de følgende år har problemer med at blive gravide. Kvindelig barnløshed er altså *særligt sjælden* blandt den gruppe af kvinder, der har fået foretaget en provokeret abort, også når der er justeret for andre sociale baggrundsforhold.

Kvindelig sterilitet har i øvrigt – ligesom andre helbredsforhold – en tydelig social slagside. Man finder således en overrisiko for sterilitet blandt de kvinder, der er opvokset under belastede livsvilkår (fx med forældre, der har forsøgt eller gennemført selvmord, anbringelse uden for hjemmet, moderen fik dem som teenager og moderens længerevarende arbejdsløshed). Desuden har kvindens egne forhold med kort skolegang, manglende erhvervsuddannelse og ungdomsarbejdsløshed sammenhæng med en forhøjet risiko for sterilitet. Hvis kvindens helbred i øvrigt er dårligt fx pga. handicap, ses ligeledes en forhøjet sterilitetsrisiko.

STATISTIK: DE PSYKISKE EFTERVIRKNINGER AF ABORT

Som det fremgår af den korte gennemgang af undersøgelsesresultater vedrørende eftervirkninger af abort, er fysiske følgevirkninger belyst gennem omfattende systematiske opgørelser, hvorimod dette ikke gælder for undersøgelse af de psykiske følgevirkninger. Disse undersøgelser lider gennemgående af at være baseret på et begrænset materiale. De er ofte usystematiske og lader sig dermed vanskeligt anvende til generelle konklusioner, fordi de ikke er repræsentative. Disse undersøgelser har således mest karakter af et katalog over mulige psykiske følgevirkninger, uden at man med sikkerhed kan skønne over forekomst og hyppighed af følgevirkningerne. Hertil kommer, at undersøgelsesmetoden ofte gør det vanskeligt at skelne eventuelle forudgående psykiske og sociale belastninger fra de belastninger, der alene kan henføres til abortindgrebet.

Oftentimes mangler flere af undersøgelse oplysninger om den abortsøgende kvindes psykiske situation og sociale belastninger inden graviditeten. Disse data kunne netop belyse, om aborten i sig selv kan anspore psykiske lidelser. Endvidere lider flere af undersøgelse af lave besvarelsesprocenter blandt de abortsøgende kvinder, således at man kan frygte, at de kvinder, der har de sværeste problemer, undlader at medvirke i undersøgelsen (Schleiss et al. 1997).

Formålet med denne del af undersøgelsen er at belyse eventuelle psykiske eftervirkninger af abort. Dette er sket gennem en analyse af 7.000 unge abortsøgende kvinders eventuelle efterfølgende psykiatriske indlæggelser efter en abort. De abortsøgende kvinders indlæg-

gelsesdiagnoser er sammenlignet med jævnaldrende kvinders indlæggelser på baggrund af et allerede tilvejebragt registermateriale.

Denne registeranalyse belyser, om en række psykiske lidelser rent statistisk kan påvises at optræde med en øget hyppighed efter provokeret abort, også når der justeres for tidligere psykiatriske indlæggelser og sociale og familiemæssige belastninger.

Spørgsmålet, som bliver besvaret, er:

- Har 15-27-årige kvinder, som har fået foretaget en abort, efterfølgende en højere frekvens af hospitalsindlæggelser som følge af fx psykiske lidelser, psykoser eller selvmordsforsøg end kvinder, som ikke har fået foretaget et abortindgreb?

Men først vil vi gennemgå en række tidligere undersøgelser på området.

Modstridende erfaringer om psykiske følgevirkninger

Et abortindgreb behøver ikke alene at have negative psykiske følgevirkninger. Flere undersøgelser viser, at for hovedparten af kvinderne var der færre psykiske symptomer efter aborten end før (Schleiss et al. 1997). En del af kvinderne føler, at deres parforhold blev styrket, mens andre finder, at unge kvinder, der fik en provokeret abort, efterfølgende havde fået mere selvtillid og selvværdsfølelse end man fx kan spore hos deres jævnaldrende (Russo & Zierk 1992, citeret fra Schleiss et al. 1997). Og flere af forskerne fremhæver, at selvom flere af kvinderne gennemgår en krise i forbindelse med aborten, så finder de alligevel, at aborten var den rigtige løsning (Trost 1982, Schleiss et al. 1997).

At abortindgrebet alligevel i nogle tilfælde kan have negative psykiske følgevirkninger, viser en række undersøgelser dog også. Nogle af de reaktioner, der nævnes, er: følelse af mindreværd, uforløst sorg, søvnforstyrrelser, anoreksi, bulimi, øget alkoholindtagelse og angstanfald. Der kan være tale om alvorlige psykiske følgevirkninger, der i mange tilfælde ikke opdages eller behandles. På denne baggrund frygter Niklassen (1997), at mange kvinder kan få overfladiske eller

længerevarende psykiske følger af et abortindgreb, men her mangler der systematiske viden om disse følger.

Brien & Fairbairn (1996) finder på grundlag af erfaringer fra rådgivningsvirksomhed, at de følelsesmæssige eftervirkninger af abort kan være: skyldfølelse, depression, selvdestruktive handlinger (selvmordsforsøg, selvmord), sorg, skamfølelse, følelse af tomhed og værdiløshed, håbløshed, angstanfald, søvnløshed, mareridt, fortrydelse, misundelse og vrede. Deres analyser viser eksempler på, at de abortsøgende kvinder har en risiko for, at krisen sætter sig som selvforagt, depression eller skamfølelse. De samfundsmæssige normer kan være med til at forstærke den abortsøgende kvindes isolation og skamfølelse. Problemer i at få adgang til abort og i personens egne holdninger kan også øve indflydelse på oplevelsen.

Voldsomme følelsesmæssige eftervirkninger kan betyde, at nære sociale relationer fx til forældre og partner bliver sat på en prøve. Parforholdet kan udvikle seksuelle problemer som følge heraf. En personligheds-krise kan blive resultatet i de mest belastende situationer, medmindre kvinderne tilbydes rådgivning og professionel støtte, konkluderer Brien & Fairbairn (1996).

Murray Parkes (1972) finder, at personen i forbindelse med traumer gennemgår forskellige faser: chok, følelseløshed, benægtelse, smerte, desorganisering, accept og reorganisering. I praksis kan det imidlertid være vanskeligt at adskille de følelsesmæssige eftervirkninger fra eventuelle manglende ressourcer eller sociale og økonomiske belastninger, som udgjorde baggrunden for, at kvinden valgte abort i stedet for fødsel.

En gennemgang af litteraturen om psykologiske reaktioner efter abort viser, at den psykiske belastning gennemgående er størst inden indgrebet, og at alvorlige reaktioner er på et lavt niveau svarende til andre alvorlige sociale begivenheder. Dem, som har en forhøjet risiko for negative reaktioner, er de kvinder, som ser sig nødsaget til at afbryde en ønsket graviditet, de kvinder der mangler støtte fra deres partner eller forældre. Endvidere har de kvinder, der var i tvivl om beslutningen og som har ambivalente følelser, en forhøjet risiko for negative konsekvenser (Adler et al. 1990).

Selvom de refererede undersøgelser baserer sig på mindre usystematiske udvalg, kan resultater fra denne type undersøgelse måske finde anvendelse i forbindelse med followup-undersøgelser, vejledning og rådgivningsvirksomhed og i påkomne tilfælde ved etablering af selvhjælpsgrupper (jf. Brien & Fairbairn 1996). Undersøgelserne kan blot ikke give oplysninger om, hvor omfattende de psykiske problemer er for de abortsøgende kvinder, og der mangler også større systematiske opgørelser af, hvor mange kvinder der oplever psykiske problemer.

Psykiske følgevirkninger, der resulterer i hospitalsindlæggelser

Undersøgelserne understreger behovet for at undersøge de psykiske eftervirkninger for grupper af kvinder med samme sociale, økonomiske og helbredsmæssige baggrund. Denne undersøgelse vil derfor som et første skridt undersøge de sociale belastninger i kvindernes opvækst og familieforhold i årene op til den første abort.

Spørgsmål, som vil søges afdækket er:

- Hvad er frekvensen af hospitalsindlæggelser for psykiske lidelser generelt blandt kvinder, som har fået foretaget en provokeret abort, sammenlignet med kvinder som ikke har fået foretaget et sådant indgreb?
- Er der en større risiko for psykotiske lidelser blandt kvinder, som har fået foretaget en provokeret abort end blandt kvinder, som ikke har fået foretaget et sådant indgreb, når man tager data om disse kvinders sociale betingelser og opvækst i betragtning?
- Er der en forhøjet risiko for hospitalsindlæggelser på grund af selvmordsforsøg og selvmord efter provokeret abort?

Begrænsninger i undersøgelsen

Der skal her nævnes tre begrænsninger i registerundersøgelsen af de eventuelle psykiske følgevirkninger af et provokeret abortindgreb inden udgangen af 12 svangerskabsuge.

For det første omhandler en stor del af litteraturen psykiske eftervirkninger, som antagelig sjældent vil blive behandlet eller registreret. Der nævnes eksempelvis, at almindelige reaktioner på abort kan være skyldfølelse, en følelse af tab, bedrøvelse, sorg, selvbeprejelse og

reduceret selvværd, men disse følelser er normalt kortvarige. Engelske og amerikanske undersøgelser viser, at kun få kvinder fortryder deres beslutning (Urquhart & Templeton 1991).

En anden undersøgelse, der havde til formål at afdække angst og depressionssymptomer hos kvinder, der fik foretaget henholdsvis medicinsk abort og abort ved sug under narkose, blev foretaget på grundlag af screening med et spørgeskema. Der var ingen forskel mellem de to grupper, men undersøgelsen viste, at der var relativt mange, der umiddelbart efter (en uge efter) havde en høj score. Angst og depressionsreaktionerne fortog sig dog hurtigt inden for den første måned. Sådanne reaktioner vil heller ikke indgå i nærværende undersøgelse.

For det andet skal nævnes, at undersøgelsen begrænses til alene at omfatte eventuelle psykiske eftervirkninger af kirurgisk provokeret abort. Medicinsk abort kan have nogle fordele ved, at kvinden selv involveres mere end ved det kirurgiske indgreb, som indebærer narkose. Således nævner nogle af kvinderne, at de selv har mere kontrol over forløbet, at det er mere diskret, og at de undgår narkose. Denne bevidste deltagelse i den medicinske abort giver sig ikke udtryk i et større antal psykiske reaktioner (Urquhart & Templeton 1991). Men medicinske abortindgreb vil ikke blive undersøgt her, fordi alle kvinderne i det nærværende materiale havde fået foretaget kirurgisk provokeret abort.

Indlæggelse på psykiatrisk sygehusafdeling

En dansk undersøgelse af førstegangsendlæggelser på en psykiatrisk sygehusafdeling inden for 3 måneder efter abort viste en højere indlæggelsesrate (18,4) pr. 10.000 end blandt fødende kvinder, hvor raten var 12,0 pr. 10.000. Dette skal sammenlignes med, at der blandt alle kvinder i den fødedygtige alder var 7,5 psykiatriske førstegangsendlæggelser pr. 10.000 kvinder.

ICD-8

Definitioner af anvendte begreber

Psykiatrisk indlæggelse

Indlæggelse på en psykiatrisk sengeafdeling uanset diagnose.

Nærværende undersøgelse viser, at 216 kvinder ud af undersøgelsens 41.362 blev indlagt på en psykiatrisk sygehusafdeling i perioden fra deres 15. til deres 27. år. Det svarer til 5 promille. Kun 5 af disse 216 kvinder havde året forinden fået foretaget en provokeret abort. Der viste sig ingen statistisk sammenhæng mellem abortindgrebet og efterfølgende psykiatrisk indlæggelse året efter. Det skal nævnes, at de kvinder, der havde født et barn, havde heller ikke en forhøjet indlæggelsesrisiko året efter.

Der var derimod en tydelig social slagside med familiemæssige belastninger hos de 216 kvinder, der blev indlagt. De kom oftere end deres medsøstre fra familier med misbrug, der var relativt flere af dem, der have været anbragt uden for hjemmet og relativt flere, der havde oplevet omsorgssvigt. Ligeledes var der en markant indlæggelsesoverhyppighed blandt narkomanerne og blandt kvinder, der havde fået en frihedsdom. Kvinder, der året forinden havde været længerevarende arbejdsløse, og kvinder, der var handicappet af alvorlige somatiske sygdomme, havde desuden en overrisiko for indlæggelse med psykiatriske lidelser.

Psykososer som følge af abortindgreb?

Egentlige psykiatriske sygdomme som følge af abort er på et lavt niveau. Brewer (1977) finder 3 psykososer pr. 10.000 efter abort, hvilket er lavere end forventet i den pågældende befolkningsgruppe (Gibbons, 1984, Brewer, 1977 citeret fra Urquhart & Templeton 1991).

På grundlag af diagnoser ved psykiatriske indlæggelser har man på omfattende registermateriale undersøgt risikoen for psykososer efter fødsler og abort. Der er imidlertid nogle divergerende resultater, således finder man, at der er 2 med psykiatriske komplikationer pr. 10.000 abortsøgende kvinder. Brewer (1977) finder 3 psykososer pr. 10.000, sammenlignet med 17 pr. 10.000 fødsler (citeret fra David, Rasmussen & Holst 1981).

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Psykose	290-294 296-299	Sindssygdomme uanset årsagsforhold, dog undtagen skizofreni.

Vores undersøgelse finder, at 28 kvinder ud af de 41.362 var blevet indlagt med en psykose i løbet af deres 15. til deres 27. år. Heraf havde 2 kvinder fået foretaget en abort året før indlæggelsen. Dette svarer til 3 kvinder pr. 10.000 abortsøgende kvinder.

Når der var tale om så få observationer, var det ikke muligt at justere for andre belastende forhold. Man kan således ikke finde nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem abort og efterfølgende indlæggelse med psykose på det nærværende erfaringsmateriale. Ingen af de kvinder, der året forinden havde født, var året efter blevet indlagt med en psykose.

Selvmordsforsøg efter provokeret abort?

Gissler et al. (1996) har på grundlag af registerdata undersøgt risikoen for selvmord efter et abortindgreb og finder en forøget risiko sammenlignet med fødsler og dødfødsler, men undersøgelsen tager ikke højde for, hvorvidt andre belastende forhold kunne tænkes at være årsag til såvel selvmordet som beslutningen om at søge abort.

Dette spørgsmål kan imidlertid undersøges på nærværende materiale. Undersøgelsen viste, at 489 kvinder forsøgte selvmord i tidsrummet fra deres 15. til deres 27. år, hvoraf 20 havde fået foretaget et abortindgreb året forinden. Fra andre undersøgelser har man kendskab til, at selvmordsforsøg har en gennemgående social slagside. For at kunne vurdere om der her er tale om et særligt stort tal, må man således også tage højde for, at både de abortsøgende og de selvmordstruede er kendetegnet ved familiemæssige belastninger i højere grad end deres medsøstre fra samme fødselsårgang.

	ICD-8	Definitioner af anvendte begreber
Selvmords-forsøg**	881.99	Åbent sår og vævssønderrivning på albue, underarm og håndled.
	873.99	Ikke nærmere specificeret åbent sår og vævssønderrivning på hoved.
	874.19	Åbent sår og vævssønderrivning på hals, i nakke (fx ved skud).
	875.99	Åbent sår og vævssønderrivning på brystvæg (forside) (fx ved skud).
	902	Læsion af arterie og vene i overekstremitet.
	906	Senelæsion i underarmen inkl. håndled.
	953	Læsion af nerve i underarm.
	954	Læsion af nerve i håndled og finger.
	962-973	Lægemiddelforgiftninger af forskellig slags.
	975-979	(fx sovemiddel, overdosis af narkotika).
	980-982	Toksisk virkning af andre stoffer (fx alkoholforgiftning, gas,
	985-987	kulilte, opløsningsmidler).
	989	Andre stoffer (fx stryknin, pesticider, rengøringsmidler).
	994.79	Kvælning.

Anm.: ** diagnoser, der normalt forekommer i forbindelse med selvmord eller selvmordsforsøg. I denne opgørelse er valgt at afgrænse selvmordsforsøg til tilfælde, hvor ovenstående diagnoser findes i kombination med enten diagnoserne E950-E959 (dvs. selvmord og selvmordsforsøg) indtil 1987 eller efter 1/1 1987 i kombination med den eksterne årsagskode kaldet selvtilløjet skade (dvs. selvtilløjet skade, villet egenskade, selvlemlæstelse og selvmordsforsøg). Gennemførte selvmord indgår ikke.

Nærværende undersøgelse af selvmordsforsøg blandt unge under 27 år viser, at de unge kvinder, der havde fået foretaget en abort efter 1980, havde en svagt større risiko for et efterfølgende selvmordsforsøg sammenlignet med deres jævnaldrende, når man tager hensyn til andre betydende belastninger under opvæksten og i årene forud for selvmordsforsøget (forældres psykiske lidelser, vold i familien, barnets anbringelse uden for hjemmet, den unges tidligere psykiatriske indlæggelser, fysiske handicap, narkomani, manglende uddannelse og langvarig arbejdsløshed).

Der var ingen sammenhæng med kvinder, der året forinden havde født et barn.

Tabel 8.1

Risikofaktorer for (første gang) selvmordsforsøg, der resulterer i en hospitalsindlæggelse. Kvinder født 1966, fulgt 1981-1993.

Risiko faktorer i samlet model (N=2.447)	Type	Antal cases	% af cases	% af kontrol	Odds Ratio	Grænser 95% niveau	P<	E.F.
Faktorer omhandlende kvindens forældre								
Far/mor indlagt på psykiatrisk afdeling	III	52	10,6	4,6	1,5	1,1-2,0	0,01	2,2
Forældre indlagt pga. vold/dømt for vold	III	34	7,0	1,8	1,8	1,3-2,6	0,002	1,4
Forældres selvmord eller forsøg	II	32	6,5	1,9	1,8	1,2-2,6	0,004	1,5
Mor arbejdsløs mere end 21 uger	I	81	16,6	9,4	1,4	1,1-1,6	0,04	3,6
Faktorer omhandlende kvindens barndom								
Anbragt uden for hjemmet	II	106	21,7	3,9	2,6	2,0-3,3	0,0001	5,9
Udsat f. vold/omsorgssvigt	III	23	4,7	0,4	3,8	2,4-5,9	0,0001	1,1
Faktorer vedrørende kvinden								
Kvinden fået frihedsdom	II	10	2,0	0,05	4,6	2,3-9,1	0,0001	0,2
Kvinden indlagt med psykisk lidelse	II	25	5,1	0,2	9,7	6,2-15,2	0,0001	1,7
Kvinden har alvorligt handicap	II	38	7,8	2,5	1,9	1,3-2,7	0,0003	2,2
Kvinden fået abort	I	20	4,1	1,5	1,6	1,0-2,5	0,05	0,9
Kvinden født et barn	I			0,0				
Kvinden har ingen erhvervsuddannelse	II	451	92,2	79,9	1,9	1,3-2,7	0,002	41,8
Kvinden har ingen studentereksamen	II	436	89,2	79,3	1,5	1,1-2,0	0,02	28,4
Kvinden arbejdsløs i mere end 21 uger	I	184	37,6	13,5	1,3	1,0-1,7	0,0001	3,9

Note: Risikofaktorer ved den samlede model: * 0,05-niveau; ** 0,005-niveau; *** 0,0005-niveau.

Type I: Kvinden eksponeret for risikofaktor i det forudgående kalenderår. Type II: Risikofaktor der forekommer mindst et af de forudgående kalenderår. Type III: Kvinden antages at være eksponeret for risikofaktor for alle år, der indgår i undersøgelsen, uanset for hvilket kalenderår den pågældende faktor er registreret. Det totale antal kvinder, som har forsøgt et selvmord, der har resulteret i en hospitalsindlæggelse, udgør: N=489.

STATISTISK ANALYSEMETODE¹

Problemstilling

I den kvantitative delundersøgelse analyseres en række helbredsmæssige begivenheder. Det drejer sig fx om hospitalsindlæggelse for at få foretaget provokeret abort, indlæggelse som følge af underlivsbetændelse, spontan abort, psykiatrisk indlæggelse osv.

Hvorfor er der nogle af kvinderne, der året efter en abort får underlivsbetændelse eller en spontan abort, og andre der ikke gør det? Er der relativt flere kvinder, der efter en provokeret abort bliver indlagt på et hospital som følge af selvmordsforsøg, når man tager højde for kendte belastningsfaktorer, der kan beskrive kvindens øvrige belastningsforhold og familiernes sociale baggrund? Dette er eksempler på spørgsmål, som datamaterialet kan belyse, dog uden at give nogle endelige svar på de stillede spørgsmål.

Målet er at kunne give nogle holdbare forklaringer på disse spørgsmål og bl.a. belyse, hvorvidt kirurgisk abort spiller en rolle, når man også tager kvindens helbredsforhold og andre sociale baggrundsforhold i betragtning.

1. Metoden er udviklet og detaljeret beskrevet af Paul D. Allison (1982). Nærværende kapitel bygger på hans analyser samt på Hosmer's & Lemeshow's generelle gennemgang af modellen (1989).

Nogle af de oplysninger, der inddrages i analyserne for at forklare dette, er konstante for det enkelte individ, fx fødselsårgang, mens andre kan variere i løbet af den undersøgte periode.

De sociale begivenheder kan tidsfæstes

I nogle undersøgelsesmaterialer kan tiden betragtes som en kontinuert variabel, dvs. et hvilket som helst tidspunkt kan forekomme. Ved behandlingen af kontinuerlige tidsvariable kan man behandle så små tidsintervaller, at kun én person udsættes for den sociale begivenhed i det pågældende tidsinterval.

I det nærværende materiale er tiden en diskret variabel, idet begivenhederne kun kan tidsfæstes inden for et enkelt kalenderår. Der er således tale om et relativt langt tidsinterval, hvor flere individer oplever den pågældende sociale begivenhed i løbet af samme år.

Den anvendte statistiske model

Den anvendte model, der kan håndtere disse data, er den logistiske regressionsfunktion:

$$\log \frac{P_{it}}{1 - P_{it}} = \alpha_t + \beta x_{it}$$

hvor t betegner tiden og kan antage værdierne: 1,2,3,...

P_{it} er sandsynligheden for, at person nr. i oplever den pågældende sociale begivenhed i tidsintervallet t , givet at personen ikke har oplevet begivenheden tidligere.

$(P_{it})/(1-P_{it})$ er de såkaldte odds, der udgør forholdet mellem sandsynligheden for, at begivenheden indtræffer for person nr. i til tidspunkt t i forhold til sandsynligheden for, at begivenheden ikke indtræffer i dette tidsinterval,

α_t er en konstant, der er ens for alle individerne, men varierer med tiden,

βx_{it} er en forkortet måde at skrive de forklarende variabler på: er en forkortet måde at skrive de forklarende variabler på: $\beta^1 x^1_{it} + \beta^2 x^2_{it} + \beta^3 x^3_{it} + \dots$, hvor β 'erne udgør estimerede parametre, mens x 'erne er de forklarende variable. Det antages, at disse variabler kan beskrive, hvorfor nogle personer har en relativt høj sandsynlighed, mens andre har en relativt lav sandsynlighed for den pågældende sociale begivenhed.

Den anvendte metode

Parametrene (dvs. α 'erne og β 'erne) estimeres ved hjælp af den såkaldte maximum-likelihood-metode. Ved at maksimere Likelihood-funktionen for de pågældende data findes de parametre, der – inden for modellen – giver størst sandsynlighed for de pågældende data. Estimationerne foregår på grundlag af et konstrueret datamateriale bestående af observationer for hvert person-år. I det nærværende datamateriale antager tiden de pågældende år 1981-93, dvs. $t = 1, 2, 3, \dots, 14$. Mens personerne i stikprøven optræder med $i = 1, 2, 3, \dots, 41.362$.

Personerne følges så længe, de er under risiko for en førstegangshændelse.

Lad os antage, at en person i stikprøven oplever den pågældende sociale begivenhed i 1988, altså ved $t = 9$, så indgår der 9 observationer i et nyt datamateriale, en for hvert år. Det sidste år er det 9'ende år, hvor personen overgår til case-gruppen.

En anden person fra stikprøven oplever ikke den pågældende sociale begivenhed i observationsperioden og indgår således med 14 observationer i kontrolgruppen. Mens en tredje person oplever den pågældende sociale begivenhed allerede i 1980 og derfor kun indgår med 1 observation i case-gruppen.

Personen bidrager med en observation for hvert år, han/hun er under risiko for en førstegangshændelse. Hvis vi ser på psykiatriske indlæggelser, bidrager personen kun med observationer, så længe hun er i live, ikke er udvandret og endnu ikke har oplevet den pågældende hændelse.

De oprindelige 41.362 kvinder fra 1966-fødselskohorten bliver på denne måde til omkring 500.000 observationer, alt afhængigt af hvor mange personer der hvert år udelukkes på denne måde. Der er således i alt omkring 500.000 person-år, der er under risiko for den pågældende sociale begivenhed.

Alle personer i den pågældende fødselskohorte, der oplever den pågældende sociale begivenhed, indgår i case-gruppen for det pågældende år.

Bortcensurering af data

I en række andre tilfælde har man således valgt at censurere personer eller person-år bort fra materialet. Som nævnt analyseres alene første-gangsbegivenheder. Personer, der har været ude for den pågældende hændelse udelukkes de efterfølgende år, når hændelsen indtræffer første gang.

For det andet bortcensureres personer, der dør for de efterfølgende år, mens personer bibeholdes i analyserne, selvom deres forældre er døde eller rejst til udlandet og derfor ikke har mulighed for at bidrage med informationer til de inddragne belastningsfaktorer.

For det tredje bortcensureres personer, der er rejst til udlandet eller på anden måde forsvundet fra befolkningsstatistikregisteret pr. 1. januar det pågældende år. Den pågældende personer censureres bort fra de følgende år – uanset at personen eventuelt vender tilbage nogle af de efterfølgende år.

Endelig valgte vi helt at se personer, hvis forældre var betegnet som evnesvage i forskellig grad i henhold til indlæggelsesdiagnoser.

Baggrunden var, at analyserne viste, at disse familier dels udgjorde et meget lille antal, dels var vanskelige at sammenligne med de øvrige familier. Vurderingen var, at denne problemstilling krævede udtag af en særskilt stikprøve, der var af en tilstrækkelig størrelse til at kunne beskrive disse familiers særlige situation.

Dikotomisering af de forklarende variabler

I nærværende analyser har man valgt at lade de forklarende variabler være konstrueret som såkaldte dummy-variabler, dvs. at de kan antage værdierne 0 eller 1. Fx inddrages hvorvidt kvinden har været anbragt uden for hjemmet eller ej. Nogle af de forklarende variabler er konstante for den pågældende person igennem hele den undersøgte periode, mens andre af de forklarende variabler kan antage forskellige værdier igennem den observerede periode. Det er de aktuelle værdier, der indgår i det nykonstruerede observationsmateriale.

Det er på grundlag af dette nye observationsmateriale, at man kan estimere modellens parametre. Man kan vise matematisk, at man kan estimere modellens parametre ved at behandle det enkelte individs personlige historie som en række uafhængige observationer for hvert enkelt år (Allison 1982, Clayton & Hills 1993, Rothman & Greenland 1998).

For hvert enkelt af de undersøgte kalenderår tilføjes en variabel til modellen. Eksempelvis kan man betragte provokeret abort som den helbredsmæssige begivenhed, man vil forklare. Det virker således som en rimelig forudsætning at antage, at risikoen for abort ændre med kvindens alder. De estimerede parametre for kalenderårene vil i dette tilfælde udtrykke en ændret risiko med tiden.

Vi har derfor valgt at følge Allison's (1982) anbefaling, der går ud på, at man indfører en dummyvariabel for hvert år. Det betyder, at der sker en aldersmæssig standardisering, hvilket har vist sig ganske nødvendigt i mange tilfælde, hvor det drejer sig om helbredsforhold.

Modellens begrænsninger

Ligesom ved andre statistiske modelanalyser antages det, at de forklarende variabler på en udtømmende måde kan beskrive variationerne i sandsynlighederne for den pågældende sociale begivenhed. Imidlertid er dette ikke en realistisk forudsætning. Det vil ofte være sådan, at det kun er en del af variationen, som kan forklares ved hjælp af de forhåndenværende informationer, fordi betydningsfulde variabler mangler i datamaterialet.

For den resterende del af variationerne, som ikke kan forklares, kan der for eksempel være en individuel stabilitet i den undersøgte periode – og således sjældent en helt tilfældig variation. Der kan fx være visse personegenskaber, der er ikke er beskrevet i datamaterialet, som imidlertid kunne være med til at forklare den resterende variation for den undersøgte sociale begivenhed. Problemet er vanskeligt at løse. Men problemets omfang kan holdes nede ved at sikre sig, at tilstrækkeligt mange relevante baggrundsforhold inddrages i modellen for at opnå en acceptabel overensstemmelse mellem modellen og de observerede data.

Analysernes praktiske gennemførelse

En lang række forklarende variabler indgik i analysen af det enkelte fænomen. Ved hjælp af gennemgangen af tidligere forskning på det pågældende område blev de relevante forklarende variabler udvalgt.

Ved estimationen i en multivariabel model bidrog en stor del af de potentielt forklarende variabler alligevel ikke med nogen selvstændig ny information, der kunne forklare, hvordan det gik. Disse variabler blev så ekskluderet ved den endelige estimation af de tilbageblevne, forklarende variablers indflydelse på det undersøgte fænomen.

Der er ikke på nuværende tidspunkt foretaget analyser af kombinationseffekter med vekselvirkning mellem faktorer, men kun af de forklarende variablers uafhængige effekter i den samlede model.

I præsentationen af den samlede model i tabellerne indgår således kun de forklarende variabler, der bidrager med signifikant ny information, der kan være med til at forklare sandsynligheden for det undersøgte fænomen. Men i afprøvningen af hvilke variabler, der sammen giver den bedste forklaringsværdi, bør også indgå en vurdering af, hvor meget de øvrige parametre ændrer sig som følge af om en variabel medtages eller udelades af modellen. Disse overvejelser er ikke tilendebragt i den nærværende analyse.

Vurdering af variablernes indflydelse

En vurdering af den talmæssige størrelse af de enkelte forklarende variables statistiske indflydelse sker ved hjælp af den såkaldte 'odds ratio'.

Odds Ratio

En vurdering af den talmæssige størrelse af den enkelte forklarende variables statistiske indflydelse sker ved estimationen af variabelens odds ratio. Odds udtrykker sandsynligheden for en begivenhed (S) sat i forhold til sandsynligheden for, at begivenheden ikke indtræffer (1-S). Odds er altså brøken

$$\frac{S}{1 - S}$$

Odds Ratio udtrykker forholdet mellem to gruppers odds for en begivenhed. Hvis den ene gruppe er de personer, der har været udsat for en bestemt baggrundspåvirkning, mens den anden gruppe er de øvrige, som ikke har været udsat for den pågældende baggrundspåvirkning, så vil odds ratio udtrykke følgende forhold:

$$\psi = \frac{\frac{S_1}{1 - S_1}}{\frac{S_2}{1 - S_2}}$$

Odds ratio beregnes under en given model. Som det kan ses af odds ratio-brøken, vil den for relativt sjældne begivenheder (altså når S1 og S2 er små) nærme sig brøken:

$$\frac{S_1}{S_2}$$

Når der er tale om relativt sjældne hændelser, tilnærmer odds ratio (OR) sig således den relative risiko (RR) for den undersøgte begivenhed for en person, der har et bestemt fænomen i forhold til den person, der ikke har det pågældende fænomen, givet at de øvrige variabler i modellen er uforanderlige (Hosmer & Lemeshow, 1989).²

Hvis fx odds ratio for en provokeret abort er 1,65 for de kvinder, hvor hun var arbejdsløs i mere end 21 uger året forinden, har disse kvinder en abort-risiko, der er 1,65 gange større end de kvinder, hvor hun ikke var arbejdsløs i det nævnte omfang, efter kontrol for de øvrige forhold.

Odds ratio i den multiple model udtrykker således den pågældende variabels effekt, når der er kontrolleret for de øvrige variabler i modellen. Odds ratio gør det således muligt at sammenligne andre forhold med ledighedens indflydelse på fx risikoen for en provokeret abort, når man samtidig tager højde for de øvrige faktoreres indflydelse.

Dikotomisering af de kontinuerlige variabler

En variabel, der principielt kan antage en hvilken som helst værdi inden for det pågældende interval (fx alder, indkomst), betegnes som en kontinuert variabel.

Den grundlæggende forudsætning for anvendelse af kontinuerte variabler er, at log odds for det undersøgte fænomen varierer lineært med den kontinuerte variabel (eller en anden kendt funktion, der lader sig transformere til en lineær funktion). Denne forudsætning kan ofte volde problemer. Hvis den pågældende variabel fx er ledighedens omfang, forudsættes det, at log odds for det pågældende fænomen øges med samme faktor fra 30 til 40 år som for 60 til 70 år.

2. Denne fortolkning af odds ratio gælder ved relativt sjældne begivenheder, som der her er tale om.

For at mindske disse problemer er alle de forklarende variabler som nævnt gjort dikotome, hvilket vil sige, at de kun kan antage værdierne 0 eller 1.

Man finder mange eksempler på, at kontinuerte variabler kan dikotomiseres på en meningsfuld måde (Hosmer & Lemeshow, 1989). Ved, som det er gjort i nærværende analyser, kun at arbejde med dikotome forklarende variabler fås en forholdsvis simpel måde at fortolke modellens parametre (β) på, idet odds ratio for de forklarende variabler (eksponeringsfaktorerne) er: e^β . Netop på grund af denne sammenhæng giver odds ratio en nem måde at fortolke resultaterne på fra logistiske regressionsmodeller.

Man må imidlertid regne med, at i de tilfælde, hvor der er foretaget en kunstig dikotomisering af en kontinuerlig variabel (fx om hun var ledig i mindst 21 uger det foregående år eller ej), ville man antagelig estimere en anden odds ratio for den pågældende variabel, hvis dikotomiseringen var foretaget anderledes.

Sikkerhedsgrænser og signifikansniveau

Der vil være en usikkerhed forbundet med estimationen af odds ratio for de forskellige forklarende variabler. Derfor er der angivet sikkerhedsgrænser (95 pct.) for de pågældende estimater i tabellerne.

Sikkerhedsgrænserne angiver, at populationens sande værdi for det pågældende estimat for odds ratio med 95 pct.'s sikkerhed vil ligge inden for de angivne grænser. I tabellerne er endvidere for hver β angivet signifikansniveau P for nul-hypotesen: at den pågældende β er lig med nul, altså at den forklarende variabel ikke bidrager med nogen information, der kan forklare den afhængige variabel, når man har taget informationen fra de øvrige variabler i betragtning. Hvis P er tilstrækkelig lille (fx $P < 0,05$), vil man være tilbøjelig til at forkaste nul-hypotesen og altså acceptere, at den pågældende forklarende variabel bidrager med en signifikant information, når man i øvrigt har taget højde for de øvrige variabler.

I praksis er valgt en maksimal værdi for P på 0,05. Hvis P beregnes til at have en højere værdi, udelukkes den pågældende variabel fra modellen. Dette valg kan diskuteres, idet man på den ene side kan

argumentere for, at det med nogenlunde sikkerhed kan afvises, at den pågældende variabel har en forklaringsværdi, men på den anden side kan den pågældende faktor alligevel have en modificerende indflydelse på estimeringen af de øvrige variable i modellen.

Det kan i disse regressionsanalyser, hvor flere faktorer analyseres i en model optræde et problem med colinearitet (eller multicolaritet), hvor to variabler (eller flere) hænger så tæt sammen, at det er vanskeligt at adskille dem. Dette viser sig i den logistiske regressionsanalyse ved ekstraordinært stor spredning (dvs. usikkerhedskoefficienter eller Standard Errors) ved estimation af parametrene til de pågældende variabler (Hosmer & Lemeshow, 1989). Den forhøjede usikkerhed kan i dette tilfælde resultere i, at den ene af to variabler, der er tæt sammenknyttet, smides ud af modellen. Men det vil være tilfældigt, hvilke af de to variabler, der forbliver i den endelige model. Det vil således ikke nødvendigvis være den bedste model.

I nærværende rapport er valgt en mekanisk procedure (kaldet stepwise), der betyder, at det er en algoritme, der automatisk foretager disse valg.

Der er en lang række indvendinger imod en sådan mekanisk fremgangsmåde. Idet stepwise metoden ikke nødvendigvis giver den bedste model. Således gør Judd & McClelland (1989) gældende, at modeller frembragt på denne måde sjældent kan bekræftes på et andet datamateriale. Og de bliver i øvrigt sjældent testet på denne måde. De mener, at man bør foretage en 'fokuseret datanalyse', som er udsprunget af en solidt funderet teori.

Andre numeriske problemer kan opstå ved relativt små datamaterialer med stort antal forklarende variable, eller variable der enten er meget sjældne eller meget hyppige hændelser. Disse såkaldt tynde datamaterialer vil ligeledes resultere i relativt høj usikkerhed ved estimationen af modellens parametre.

Det er med andre ord tilstrækkeligt at undersøge for de relativt store usikkerhedsmomenter, som fx kan iagttages ved forholdsvis brede sikkerhedsintervaller omkring de estimerede parametre. Man kan ved selvsyn undersøge problemernes omfang i de tilhørende tabeller, hvor 95 pct.'s sikkerhedsgrænserne er angivet for modellens parametre. Man

kan således se, at en række af de sjældent forekommende begivenheder resulterer i relativt brede sikkerhedsintervaller. I sådanne situationer kan det gøre det vanskeligt at estimere parametrene i modellen.

Etiologisk fraktion

De præsenterede analyser kan anvendes til at foretage et tankeeksperiment, hvor man forestiller sig, at man kan reducere eller fjerne en belastningsfaktor. Under forudsætning af, at modellen holder, kan man beregne, hvor stor en reduktion der vil ske af de uønskede udfald som følge af dette indgreb. Reduktionens andel af samtlige negative udfald kaldes for “etiologisk fraktion” (EF).

Hvis man eksempelvis ønsker at reducere antallet af provokerede aborter blandt en generation af unge kvinder, så må man interessere sig for, hvilke faktorer, der kan tænkes at ligge bag den pågældende adfærd, dels udbredelsen af disse belastningsforhold, dels med hvilken styrke de må forventes at fremkalde en uønsket graviditet (odds ratio, OR eller den relative risiko, RR). Belastningsfaktorens udbredelse i fødselsårgangen er angivet i tabellerne i pct. ($P*100$).

Når det drejer sig om relativt sjældne begivenheder, kan en tilnærmet beregningsformel anvendes som udtryk for den etiologiske fraktion (EF) i følge Greenland (1998)

$$EF = \frac{P * (RR - 1)}{P * (PR - 1) + 1}$$

Disse beregninger er baseret på en række forudsætninger, som det ofte er vanskeligt at opfylde. En af forudsætningerne er – som det fremgår af navnet – at der er tale om årsagsforhold. Dette indebærer, at hvis belastningsfaktorens udbredelse reduceres, så reduceres effekten i et tilsvarende omfang.

Da de belastende faktorer, der indgår i modellerne, ofte vil være indbyrdes afhængige, er det ikke ualmindeligt, at de etiologiske fraktioner for belastningsfaktorerne samlet giver over 100 pct., selvom estimationerne af odds ratio er sket under hensyn til de øvrige forklarende forhold.

Hvordan læses tabellerne?

Tabellen er konstrueret således, at det giver læseren mulighed for at vurdere datamaterialets usikkerhedsmomenter. I første kolonne er angivet en række belastningsforhold, som ud fra tidligere forskning må anses for at udgøre en mulig risiko for den omhandlede begivenhed.

I kolonne 2 ses type belastningsfaktor, der angiver hvilke år denne belastningsfaktor er blevet observeret.

I kolonne 3 ses det antal kvinder (cases), der har været udsat for den pågældende belastningsfaktor og som året efter har oplevet en abort.

I kolonne 4 ses hvor stor en procentdel af casene, der har været udsat for den pågældende belastningsfaktor.

Det vil ofte være således, at ganske få cases (lille antal i kolonne 3) vil betyde, at estimationen af odds ratio (kolonne 6) vil være forbundet med en relativ stor usikkerhed, hvilket vil fremgå af sikkerhedsgrænserne for den estimerede odds ratio (kolonne 7).

I kolonne 5 er angivet, hvor stor en procentdel af kontrolgruppens person-år, der har været eksponeret for den pågældende belastningsfaktor. Denne kolonne giver således et overblik over den pågældende belastningsfaktors udbredelse i normalbefolkningen.

I kolonne 6 ses angivet odds ratio for de belastningsfaktorer, der efter "stepwise" proceduren indgår i den samlede model. Disse odds ratio vil således være estimeret under hensyntagen til de øvrige belastningsfaktorer, der indgår i den samlede model. Denne standardisering vil almindeligvis betyde en reduktion af odds ratio i forhold de odds ratio der ville fremkomme, hvis man havde analyseret belastningsfaktorerne enkeltvis.

Kolonne 7 angiver de tilsvarende sikkerhedsgrænser for dette estimat.

Kolonne 8 angiver signifikansniveauet for den pågældende belastningsfaktors bidrag til den samlede model.

Mens kolonne 9 angiver den etiologiske fraktion (EF) i procent. Det vil altså sige den teoretiske reduktion af udfaldene, man ville

opnå, hvis man kunne fjerne den pågældende belastningsfaktor helt (Greenland & Rothman 1998).

For at gøre det nemmere at sammenligne de enkelte belastningsfaktorer er alle belastningsfaktorerne angivet ved den værdi, der forventes at være forbundet med et negativt udfald. For eksempel ses: 'kvinden har ingen erhvervsuddannelse'. I dette tilfælde må man forvente, at odds ratio vil være over 1. Man kunne selvfølgelig lige så godt have valgt at angive det modsatte udfald. Den estimerede odds ratio ville i så fald blive den reciprokke værdi (og dermed en brøk mellem 0 og 1), og en sammenligning med de øvrige ville derfor blive vanskeligere. I det ene eksempel vil odds ration fx være 4,0, og i det andet eksempel 0,25.

BILAG B

DEFINITIONER AF DE ANVENDTE BEGREBER

Belastningsforhold der indgår i undersøgelsen af risikofaktorer. Børn født 1966 og 1973.

ICD 8 emneafgrænsning	
Alkoholiker (hele perioden)	291 Alkoholpsykose
	303 Alkoholisme (dog undtaget 303.90 ebrietas)
	456.00-09 Åreknuder på spiserøret
	571.09 Skrumpelever (alkoholisk)
	571.10 Fedtlever (alkoholisk)
	577.10 Pankreatitis: Bugspytkirtlen defekt pga. alkohol
	780.19 Delirium
	979.59 Forgiftninger med alkohol tillige med antabus/dipsan (forgiftninger forbindelse med narkotika medtages ikke her)
	E860 Forgiftningsulykker med alkohol (før 1987)
	980 Forgiftninger med alkohol
Arbejdsløs >21 uger (det aktuelle år)	Mere end 21 ugers ledighed i løbet af det forudgående kalenderår.
	I nærværende undersøgelse indgår såvel de arbejdsløshedsforsikrede ledige som de ikke-forsikrede ledige, som er henvist til arbejdsformidlingen via de kommunale bistandskontorer. Arbejdsdirektoratets centrale register for arbejdsmarkedsstatistik (CRAM) danner således grundlaget for ledighedsopgørelserne for de enkelte personer igennem årene 1980-92. Disse oplysninger er suppleret med oplysninger om indkomsterstøttede ydelser fra 1984 og fremefter.
Ingen erhvervs- uddannelse (efterfølgende år)	Personer er indplaceret efter den højeste fuldførte erhvervsuddannelse. Opgørelserne omfatter imidlertid ikke de uddannelser, der er opnået efter overgangen til erhvervslivet (fx bank- og forsikringsuddannelserne). Arbejdsmarkedsuddannelserne er udeladt af opgørelserne. For forældrenes vedkommende baserer uddannelsesoplysningerne sig på folke- og boligtællingens oplysninger fra 1970, hvor man blev spurgt om afsluttet erhvervsuddannelse. Uddannelsesspørgsmålene var i et vist omfang mangelfuldt eller slet ikke besvaret – især for de ældre (Danmarks Statistik: Statistiske Efterretninger: Uddannelse og Kultur. 1988:9). For uddannelser opnået efter 1973-74 anvendes uddannelsesinstitutionernes opgørelser i det såkaldte "Uddannelsesstatistikregister". I nærværende undersøgelse kan dette finde anvendelse til belysning af børnenes senere erhvervsuddannelser.
Familien opløst (efterfølgende år)	Familieopløsning betyder, at barnet bor hos den ene forælder. Hvis barnet og forældrene ved opgørelsen 1. januar havde fælles adresse, men barnet og den ene forælder havde forskellige adresser ved opgørelsen 1. januar fx to år efter, så er familien antagelig opløst i løbet af den pågældende periode. Afgrænsningen er uafhængig af, hvorvidt forældrene er gift eller papirløst samlevende.

Frihedsdom (efterfølgende år)		
Hverken gymnasie- elev eller student (efterfølgende år)		
Alvorligt handicap	Indlagt som følge af alvorligt handicap eller kronisk sygdom fra alle organsystemer (dog ikke mentale lidelser).	
Misbrug	Omfatter såvel alkohol som narkotikamisbrug	
Narkotika misbrug	304	Afhængighed af morfika ¹
	965.09	Forgiftninger af opium eller syntetiske analoger
	970.90	Forgiftninger med LSD
	971	Forgiftninger med andre midler med stimulerende virkning på centralnervesystemet (bl.a. amfetamin og beslægtede stoffer)
	978.09	Forgiftninger med opiumsderivater i kombination med andre lægemidler
	979.09	Forgiftninger med opiumsderivater i kombination med alkohol
Offer for vold (efterfølgende år)	<p>Vold eller mishandling (samme afgrænsning anvendt for børn).</p> <p>E960-969 Ydre årsag til beskadigelse: mord, drab, vold mv. (indtil 1.1.1987).</p> <p>Kontaktårsag 3: Intenderet vold, slagsmål, håndgemæng, mishandling (efter 1.1.1987).</p> <p>Vold/fysisk mishandling afgrænser således enten E960-969 (eller kontaktårsag 3). Det er ikke en nødvendig forudsætning, at diagnosen (996.89) gentagne traumer, flere lokalisationer (fx "Battered child syndrome", "hustruvold", "slagsmål", m.m.) forekommer samtidig hermed.</p>	
Barnet udsat for omsorgssvigt (efterfølgende år)	<p>Enten offer for vold (se ovenfor) eller indlæggelse af sociale grunde (omsorgssvigt).</p> <p>796.00 Social elendighed (Miseries)</p> <p>796.01 Ond cirkel i hjemmet</p> <p>796.02 Indlæggelse af sociale grunde (Causa socialis)</p>	

1. Dog undtagen morfika i forbindelse med visse kronisk smertegivende sygdomme (712 leddegigt og beslægtede sygdomme, 725 sygdomme i brusk mellem ryghvirvler, diskusprolaps, 728 rygsmerter, 140-239.99 svulster).

Selvmordsforsøg (efterfølgende år)	Diagnoser der normalt forekommer i forbindelse med selvmord eller selvmordsforsøg.
	881.99 Åbent sår og vævssønderrivning på albue, underarm og håndled
	873.99 Ikke nærmere specificeret åbent sår og vævssønderrivning på hoved
	874.19 Åbent sår og vævssønderrivning på hals, i nakke (fx ved skud)
	875.99 Åbent sår og vævssønderrivning på brystvæg (forside) (fx ved skud)
	902 Læsion af arterie og vene i overekstremitet
	906 Senelæsion i underarmen inkl. håndled
	953 Læsion af nerve i underarm
	954 Læsion af nerve i håndled og finger
	962-973 Lægemedelforgiftninger af forskellig slags
	975-979 (fx sovemiddel, overdosis af narkotika)
	980-982 Toksisk virkning af andre stoffer (fx alkoholforgiftning, gas, kullite,
	985-987 opløsningsmidler)
	989 Andre stoffer (fx stryknin, pesticider, rengøringsmidler)
	994.79 Kvælning
Anm.: Selvmordsforsøg defineres kun, hvis ovenstående diagnoser findes i kombination med enten diagnoserne E950-E959 (dvs. selvmord og selvmordsforsøg) indtil 1987 eller efter 1/1 1987 i kombination med den eksterne årsagskode kaldet selvtilføjet skade (dvs. selvtilføjet skade, villet egenskade, selvlæstelse eller selvmord og selvmordsforsøg).	
Moderen barslet som teenager	Aldersforskellen mellem barnet og moderen er mindre end 20 år.
Voldsdom (hele perioden)	Drab, legemskrænkelser, vold, tvang og trusler. Hertil er hverken medtaget uagtsomt manddrab i forbindelse med færdselsuheld eller voldtægt, som hører under kategorien sædelighedsforbrydelser.

BILAG C

BILAGSTABEL OM BEREGNING AF ANTAL KVINDER, DER VIL FÅ EN ABORT

Bilagstabel C

Beregning af andel kvinder, der får foretaget en provokeret abort i løbet af deres fertile periode (15-45-årige). Beregningen er foretaget på grundlag af de aldersbetingede abortkvotienter for førstegangsaborter i år 2001.

Kvindens aldersgruppe	Antal førstegangs-aborter	Antal gengangere	I alt antal aborter	Antal kvinder i alt	Kvotient for førstegangs-aborter pct.	Antal kvinder ud af 10.000, der ikke har fået foretaget abort
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15	223	4	227	27.932	0,798	9.920
16	269	17	286	26.948	0,998	9.821
17	316	30	346	26.697	1,184	9.705
18	388	71	459	27.433	1,414	9.568
19	497	109	606	27.749	1,791	9.396
20	493	143	636	29.822	1,653	9.241
21	419	185	604	31.217	1,342	9.117
22	432	198	630	32.802	1,317	8.997
23	384	213	597	32.852	1,169	8.892
24	399	231	630	34.352	1,162	8.788
25	380	269	649	37.955	1,001	8.700
26	416	275	691	37.371	1,113	8.604
27	410	268	678	37.403	1,096	8.509
28	425	272	697	39.335	1,080	8.417
29	399	317	716	38.416	1,039	8.330
30	349	337	686	37.115	0,940	8.252
31	340	284	624	36.736	0,926	8.175
32	324	333	657	38.036	0,852	8.106
33	347	331	678	41.068	0,845	8.037
34	332	315	647	43.971	0,755	7.976
35	326	353	679	42.666	0,764	7.915
36	282	294	576	41.621	0,678	7.862
37	270	269	539	41.033	0,658	7.810
38	221	240	461	38.833	0,569	7.766
39	199	214	413	38.008	0,524	7.725
40	129	167	296	37.958	0,340	7.699
41	105	122	227	36.618	0,287	7.677
42	75	75	150	36.796	0,204	7.661
43	47	50	97	36.600	0,128	7.651
44	35	39	74	37.032	0,095	7.644
45	31	40	71	36.513	0,085	7.637
Hele landet	9.262	6.065	15.327	1.108.888		

Anm.: (1) angiver antal kvinder, der i den pågældende aldersgruppe fik foretaget en abort for første gang. (2) angiver antal kvinder, der fik foretaget en abort i den pågældende aldersgruppe, hvor der ikke var tale om en førstegangsabort. (3) angiver antallet af aborter i alt for år 2001 i den pågældende aldersgruppe. (4) angiver det samlede antal kvinder, der 1. januar 2001 befandt sig i den pågældende aldersgruppe. (5) angiver andelen af disse kvinder, der fik foretaget en førstegangsabort. (6) angiver beregnet andel ud af 10.000 kvinder, der ikke har fået foretaget en abort i den pågældende aldersgruppe. Beregningen er foretaget under forudsætning af, at tilbøjeligheden til at få foretaget en abort for første gang følger det aldersmonster, som gjaldt for førstegangsaborter i år 2001.

Kilder: Beregningerne er foretaget på grundlag af upubliceret materiale fra Sundhedsstyrelsen.

LITTERATURLISTE

Adler, N. E. et al. (1990)

Psychological Responses after Abortion. Science, 248.

Aftenposten (2001)

Flest aborter blant kvinder i innvandrer miljø. 27. maj.

Amt'nyt, Nyhedsbrev for Vestsjællands Amt (1998):

Tilfredshed med medicinsk abort trods ubehag. Internet: hhttp:

//www.vestamt.dk/nyhed/amtnyt98/anyt9-98/side%2010.htm.

Andreasen, E. E. et al. (1996)

Provokerede aborter sat i relation til brugen af præventive midler.

Ugeskrift for læger, 158, 5928-32.

Andreasen, K. & Hansen, F. K. (1994)

Abort eller svangerskab – et livsvigtigt valg. København: CASA.

Auken, K. et al. (1968)

Sex research in Denmark. Acta Psychiatrica Scandinavia, suppl., 247-54.

Bach, C. (2000)

Særlige behov for gravide indvandrerkvinder. Vital, 3.

Baldo, M. et al. (1993)

Does sex education lead to earlier or increased sexual activity in youth? Report by World Health Organization, Global Programme on AIDS: presented at IXth International Conference of AIDS, Berlin.

Bartels et al. (1994)

Federally funded Abstinence-only sex education programs: A Meta-evaluation. A review conducted by the American Psychological Association and presented at the Fifth Biennial Meetings of the Society for Research on Adolescence.

Bartholomew, L. L. & Grimes, D.A. (1998)

The alleged association between induced abortion and risk of breast cancer: biology or bias? *Obstet. Gynecol. Surv.*, 53 (11): 708-14.

Berg, M. (1994)

Seldas andra bröllop. Göteborg: Etnologiska Föreningen i Västsverige.

Bertelsen, O. (1994)

Abort eller Fødsel. København: Socialforskningsinstituttet 94:4.

Brien, J. & Fairbairn, I. (1996)

Pregnancy and Abortion Councelling. Routledge: London & New York.

Burnhill, M.S. & Armstead, J.W. (1978)

Reducing the morbidity of vacuum aspiration abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 1978, 16, 204-9.

Byriel, L. (2001)

Vi er på vej: Aborthandlingsplanens initiativer er godt i gang. Foreningen Sex & Samfund, 35.

Card, J. J. et al. (1996)

The program Archive on Sexuality, Health & Adolescence: Promising "Prevention Programs in a Box". *Family Planning Perspectives*, 28, 210-220.

Child, T. J., Thomas, J., Mackenzie, R. M. (2001))

Morbidity of first trimester aspiration termination and the seniority of the surgeon. Human Reproduction 2001, 16:875-8.

Chilman, C. (1980)

Social and psychological research concerning adolescent childbearing. 1970-1980. Journal of the Marriage and the Family, 42, 793-805.

Christoffersen, M. N. (1993)

Familiens ændring – en statistisk belysning af familieforholdene.
København: Socialforskningsinstituttet 93:2.

Christoffersen, M. N. (1998)

Spædbarnsfamilien. Rapport nr.1 fra forløbsundersøgelsen af børn født i efteråret 1995. København: Socialforskningsinstituttet 97:25.

Christoffersen, M. N. (1999)

Risikofaktorer i barndommen. København: Socialforskningsinstituttet 99:18.

Christoffersen, M. N. (2000)

Why choose teenage childbearing? Presented at the Danish Sociology Congress 2000, Copenhagen, Denmark. (The article is currently under review in a journal).

Christoffersen, M. N., Poulsen, H. D. & Nielsen, A.M. (unpublicised)

Risk factors for adolescent's attempted suicide. A prospective register based study of the Danish birth cohort born 1966. (The article is currently under review in a journal).

Daniel, V. et al. (1996)

Mistrusting Refugees. Berkeley: University of California Press.

Danmarks Statistik (2002)

Befolkningens bevægelser 2001. København: Danmarks Statistik.

Eskild, A. et al. (upubliceret). Provosert abort blant ikke-vestlige innvanderkvinner.

Foreningen for familieplanlægning (1980)

Gravide kvinders familieplanlægningsmønstre. København.

Frank, P. et al. (1993)

The effect of induced abortion on subsequent fertility. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 100, 575-80.

Franklin, C. et al. (1997)

Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: A meta-analysis. Journal of Marriage and the Family, 59, 551-567.

Friedman, C. M: et al. (1974): The decision-making Process and Outcome of Therapeutic Abortion. American Journal of Psychiatry, 131, 1332-1336.

Gissler, M. et al. (1996)

Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: Register linkage study. British Medicine Journal, 313, 1431-4.

Greer, H. S. et al. (1976)

Psychosocial Consequences of Therapeutic Abortion: King's therapeutic Study. British Journal of Psychiatry, 128, 74-79.

Grunseit, A. et al. (1997)

Sexuality education and young people's sexual behaviour: A review of studies. Journal of Adolescent Research, 12, 421-453.

Hakim-Elahi, E., Tovell, H. & Burnhill, M. (1990)

Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. Obstet Gynecol 1990; 76, 129-35.

Hansen, S. K. et al. (1996)

Abortsogendes preventionsbrug og årsager til valg af abort. Ugeskrift for læger, 158, 5773-6.

Heisterberg, L. & Kringelbach, M. (1987)

Early complications after induced first trimester abortion. Acta Obstet Gynecol Scand 1987; 66:201-4.

Henshaw, S. (1997)

Abortion laws and practice world-wide. Choices, 26, 2-6.

Horst, M. (1998)

Har vi fået en anden holdning til abort på grund af den etiske debat?, i: Petersson, B., Knudsen, L. B. & Helweg-Larsen, K. (red.): Abort i 25 år. Gylling: L&R Fakta.

Husfeldt, C. et al. (1995)

Ambivalence among women applying for abortion. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 74, 813-7.

Illsley, R. & Hall, M.H. (1976)

Psychosocial aspects of abortion: a review of issues and needed research. Bulletin of the World Health Organisation, 53: 83-106.

Ingerslev, O. (2000)

Sundhedsforhold blandt indvandrere, i: Mogensen, G. Viby & P. C. Matthiessen, P. C. (red.): Integration i Danmark omkring årtusindskiftet: Indvandrernes møde med arbejdsmarkedet og velfærdssamfundet.

Jacobs, C. & Wolf, E. (1995)

School sexuality education and adolescent risk-taking behaviour. Journal of School Health, 65, 91-95.

Jahn, A. W. (2001)

Forskelskaber og fællesskaber i fødselsrummet : om sociale kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel. Specialeafhandling til kandidateksamen. København: Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

Just Jeppesen, K. & Nielsen, A. (1998)

Etniske minoritetsbørn i Danmark – det første leveår. Rapport nr. 2 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København: Socialforskningsinstituttet 98:5.

Kaunitz, A., Rovira, E. & Grimes, D. (1985)

Abortions that fail. Obstet Gynecol 1985; 66: 533-7.

Kerslake, D. & Casey, D. (1967)

Abortion induced by means of the uterine aspirator. Obstetrics and gynecology 1967; 30(1):35-45.

Kim, N. et al. (1997)

Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: A quantitative review. Journal of adolescent Health, 20, 204-215.

Kirby, D. (1997)

No easy answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Knudsen, L. B. & Tanska, I. (1989)

Legalt provokerede aborter 1988. Ugeskrift for læger, 151, 2593-4.

Knudsen, L.B. (2000)

Om relationen mellem provokeret abort og familiedannelse. Dansk Sociologi, 11, (2): 47-63.

Knudsen, U.B. et al., (2002)

Abort. Spontan, provokeret og missed. Guidelines, DSOG. http://www.dsog.dk/guidelines/gynaekologi/TIGRAB_oplaeg_2002.htm

Krebs, L. et al. (1997)

Indberetning af provokerede aborter i 1994. En sammenligning mellem data i Registeret over legalt Provokerede Aborter og Landspatientregisteret. Ugeskrift for læger, 159, 1607-1611.

Kristiansen, A. et al. (1991)

Abortus provocatus. Begrundelser og kontractionsvaner. Ugeskrift for læger, 153, 1798-801.

Kølbæk, K. M. (1995)

Abort i Vestjylland – en undersøgelse af en gruppe kvinders oplevelse af uønsket graviditet. Klinisk Sygepleje, 5, oktober.

Kaali, S. G., Szigetvari, I. A. & Bartfai, G.S. (1989)

The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 406-8.

Lidegaard, Ø. & Larsen, J. F. (1999)

Tidlig medicinsk abort. En opdatering. Ugeskrift for læger, 161, 3275-3277.

Lidegaard, Ø. et al. (1999)

De første 100 tidlige medicinske aborter. Ugeskrift for læger, 161, 3278-81.

Lindell, G. & Flam, F. (1995)

Management of uterine perforations in connection with legal abortions. Acta Obstet gynecol Scand 1995; 74:373-5.

Mørk, Y. (1998)

Bindestregsdanskere: Fortællinger om køn, generationer og etnicitet. København. Forlaget Sociologi.

Nathanson, B. N. (1972)

Ambulatory abortion: experience with 26.000 cases. NEJM 1972; 24: 403-15

Necef, M. Ü. (1996)

Ethnic Identity and Language Shift among Young Turks in Denmark. Ph.D. afhandling. Odense: Center for Mellemøstkundskab.

Nielsen, H. L. (1997)

"Det mindste af to onder" – om abort og islam. Ugeskrift for læger, 50.

Niklassen, T. (1997)

Psykelige følger af provokeret abort. Månedsskrift for praktisk lægegering, 75, 1047-1053.

Olsen, E. R. (1993)

Kvindens valg. Historier om illegale aborter fra 1930 til 1970. Herning: Systime.

Osler, M. & Riphagen, F. E. (1990)

Contraception survey: Denmark 1988. Contraception, 42, 507-522.

Osler, M. (1991a)

Svangerskabsforebyggende metoder og deres effektivitet. Ugeskrift for læger, 153, 562-5.

Osler, M. (1991b)

Dagen derpå-metoder. Månedsskrift for praktisk lægegerning, 69, 657-8.

Osler, M. (1992)

Lad os komme væk fra abort og bruge kontraception. *Familieplanlægning*. Information og debat, 23, 9-12.

Osler, M. (1998)

Hvor mange aborter skal vi have i Danmark?, i: Petersson, B., Knudsen, L. B. & Helweg-Larsen, K. (red.): *Abort i 25 år*. Gylling: L&R Fakta.

Parkes, C.M. (1996)

Bereavements. London: Routledge.

Partridge, J. et al. (1971)

Therapeutic Abortion: A study of psychiatric applicants at North Carolina Memorial Hospital. *N. C. Med. J.*, 32: 132-136.

Petersson, B., Knudsen, L.B. & Helweg-Larsen, K. (red.) (1998)

Abort i 25 år. Gylling: L&R Fakta.

Petersson, B. (1998)

Psykiske problemer i relation til abort, i: Petersson, B., Knudsen, L.B. & Helweg-Larsen, K. (red.): *Abort i 25 år*. Gylling: L&R Fakta.

Rasmussen, N. Kr. (1983)

Abort – et valg? Institut for social medicin. København.

Rasmussen, N. Kr. et al. (1983)

Valg af abort. Demografiske og sociale forholds betydning. *Ugeskrift for læger*, 145, 3758-64.

Reproduktionsforhold blant fremmedkulturelle innvandrerkvinner i Oslo, n.a. Projektoplæg til Statens helsetilsyn, Norge.

Romans-Clarkson, S. E. (1989)

Psychological sequelae and induced abortion. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 23: 555-565.

Russo, N. F. & Zierk, K.L. (1992)

Abortion, Childbearing, and Women's Well-Being. Professional Psychology: Research and Practice, 23, 4: 269-280.

Russo, N. F. & Zierk, K.L. (1992)

Abortion, childbearing, and womens well-being. Prof.psychiatr. res. Pract, 23, 269-80.

Schleiss, L., Mygind, K. A., Borre, R.V. & Petersson, B.H. (1997)

Psykkiske følger af provokeret abort. Ugeskrift for læger, 159, 3603-6.

Schmidt, G. (1998)

American Medina: A Study of the Sunni Muslim Immigrants Communities in Chicago. Lund Series in the Study of Religions, 8. Stockholm: Almqvist & Wiksell International (Ph.D. afhandling).

Schmidt, G. (2000)

Kulturens Grundpiller: Et spørgsmål om Generationer, i: Social Forskning, Temanummer. København: Socialforskningsinstituttet. December.

Schmidt, G. & Jacobsen, V. (2000)

20 år i Danmark. En undersøgelse af nydanskeres situation og erfaringer. København: Socialforskningsinstituttet 00:11.

Sele, V. & Nørgaard, M. (1972)

Beregnet middeltal over antallet af illegale aborter. Ugeskrift for læger, 134, 2493-2505.

Sidenius, K. (1998)

Abortmetoder – fysiske bivirkninger efter abort, i: Petersson, B., Knudsen, L. B. & Helweg-Larsen, K. (red.): Abort i 25 år. Gylling: L&R Fakta.

Stotland, N. L. (1992)

The Myth of the Abortion Trauma Syndrome. JAMA, 268, 15: 2078-9.

Sundhedsstyrelsen (1998)

Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Udvalget til udarbejdelse af forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

Sundhedsstyrelsen (2000)

Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 6, 7, 2000.

The Lancet (1993)

Post abortion family planning: reversing a legacy of neglect. The Lancet, 342:1099.

Thomas, M. (2000)

Abstinence-based programs for prevention of adolescent pregnancy: A review. Journal of adolescent Health, 26, 5-17.

Thonneau, P., Fougeyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalnde, M. & Soulat, C. (1998)

Complications of abortion performed under local anesthesia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 1998; 81: 59-63

Trost, A-C. (1982)

Abort och psykisk besvär. Västerås: International Library.

Vestermark, V. (1993)

Hvorfor vælges abort? I Månedsskrift for praktisk lægegerning, 6, 469-472.

Vestermark, V. et al. (1990)

Årsager til valg af provokeret abort. Ugeskrift for læger, 152, 2306-2309.

Wellings, K. et al. (1995)

Provision of sex education and early sexual experience: the relation examined. British Medical Journal, 311, 417-420.

Westergaard, H. B. et al. (1997)

Udviklingen i provokerede aborter i Danmark frem til 1995. Ugeskrift for læger, 160, 4210-14.

Wingood, G. M. & DiClemente, R. J. (1996)

HIV sexual risk reduction intervention for women: A review. American Journal of Preventative Medicine, 12, 209-217.

Wohlert, M. & Larsen, F. (1978)

Sociale forholds betydning for valg af Abortus Provocatus. Ugeskrift for læger, 140, 1835-41.

Wolf, K. (1996)

Oplysning om prævention og abort til etniske mindretal i Danmark. Projekttrapport til Sundhedsstyrelsen. København: Q-MEDIA.

Zhou, W., Nielsen, G. L., Møller, M. & Olsen, J. (2002)

Short term complications after surgically induced abortions: a register based study of 56117 abortions. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 331-6.

SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTETS UDGIVELSER SIDEN 1.1.2002

- 02:1 Boll, J. & Qvortrup Christensen, T.: Kontanthjælpsmodtagere og arbejdsmarkedet. Casestudie fra Vestegnen. 2002. 103 s. ISBN 87-7487-676-7. Kr. 80,00.
- 02:2 Filges, T., Harsløf, I. & Nord-Larsen, M.: Revalidering – deltagere, forløb og effekter. 2002. 103 s. ISBN 87-7487-677-5. Kr. 105,00.
- 02:3 Bach, H.B.: Kontanthjælpsmodtageres aktivering og arbejdsudbud. 2002. 149 s. ISBN 87-7487-678-3. Kr. 120,00.
- 02:4 Carøe Christiansen, C. & Hohnen, P.: Betingelser for børns sociale ansvar. 2002. 177 s. ISBN 87-7487-679-1. Kr. 135,00.
- 02:5 Hansen, H.: Elements of Social Security A comparison covering: Denmark, Sweden, Finland, Austria, Germany, The Netherlands, Great Britain, Canada. 2002. 383 s. Kun udgivet elektronisk: /<http://www.sfi.dk/sw1317.asp>.
- 02:6 Danske arbejdspladser – Plads til alle? Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om arbejdsmarkedets rummelighed. 2002. 73 s. ISBN 87-7487-681-3. Kr. 50,00.
- 02:7 Strange, M.: Unge krønkere. 2002. 170 s. ISBN 87-7487-684-8. Kr. 130,00.
- 02:8 Christensen, E. & Ottosen, M.H.: Børn og familier. 2002. 60 s. ISBN 87-7487-685-6. Kr. 50,00.
- 02:9 Weatherall, J.H.: Vejen til førtidspension. En analyse af overgangen til førtidspension i befolkningen. 2002. 82 s. ISBN 87-7487-686-4. Kr. 65,00.

- 02:10 Christensen, E. & Egelund, T.: Børnesager. Evaluering af den forebyggende indsats. 2002. 218 s. ISBN 87-7487-687-2. Kr. 165,00.
- 02:11 Børnesager i korte træk. Evaluering af den forebyggende indsats. 2002. 44 s. ISBN 87-7487-688-0. Kr. 40,00
- 02:12 Når der er brug for hjælp. Kommunens hjælp til børn og deres forældre. 2002. 28 s. ISBN 87-7487-689-9.
- 02:13 Egelund, T. & Thomsen, S.A.: Tærskler for anbringelse. En vignetundersøgelse om socialforvaltningernes vurdering i børnesager. 2002. 204 s. ISBN 87-7487-690-2. Kr. 165,00.
- 02:14 Olsen, H.: Attitudes towards the disabled in Denmark. 2002. 28 s. ISBN 87-7487-691-0.
- 02:15 Bengtsson, S.: Bestemmer forvaltningen om du får førtidspension? – kommunens forvaltningspraksis og tilkendelse af førtidspension. 2002. ISBN 87-7487-692-9. Kr. 90,00.
- 02:16 Bach, H.B.: Aktiv socialpolitik – en sammenfatning af evalueringer af revalidering og aktivering. 2002. 114 s. ISBN 87-7487-693-7. Kr. 90,00.
- 02:17 Kvist, J. (red.): Beskæftigelsespolitik i et nyt Europa. 2002. 109 s. ISBN 87-7487-694-5. Kr. 85,00.
- 02:18 Kvist, J. (red.): Velfærdspolitik i et nyt Europa. 2002. 120 s. ISBN 87-7487-695-3. Kr. 90,00.
- 02:19 Boll, J. & Kruhøffer, A.: Virksomheders sociale engagement. Årbog 2002. 2002. 162 s. ISBN 87-7487-696-1. Kr. 130,00.
- 02:20 Boll, J. & Kruhøffer, A.: Virksomheders sociale engagement. Årbog 2002 – Sammenfatning. 2002. 32 s. ISBN 87-7487-699-6. Kr. 30,00.
- 02:21 Boll, J. & Kruhøffer, A.: Social responsibility of enterprises. Yearbook 2002 – Summary. 2002. 32 s. ISBN 87-7487-698-8. Kr. 30,00.
- 02:22 Ploug, N. (red.): Velfærd i Europa. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets komparative velfærdsforskning. 2002. 57 s. ISBN 87-7487-700-3. Kr. 50,00.
- 02:23 Andersen, D. & Heide Ottosen, M. (red.): Børn som respondenter. Om børns medvirken i survey. 2002. 218 s. ISBN 87-7487-703-8. Kr. 175,00.
- 02:24 Heide Ottosen, M. & Torbenfeldt Bengtsson, T.: Et differentieret fællesskab. Om relationer i børnehaver, hvor der er børn med handicap. 2002. 224 s. ISBN 87-7487-704-6. Kr. 175,00.

- 02:25 Carøe Christiansen, C. & Schmidt, G. (red.): Mange veje til integration. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om etniske minoriteter. 2002. 76 s. ISBN 87-7487-705-4. Kr. 65,00.
- 02:26 Bonke, J.: Tid og velfærd. 2002. 112 s. ISBN 87-7487-709-7. Kr. 90,00.
- 02:27 Bonke, J. & Munk, M. D.: Fordeling af velfærd i Danmark. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om velfærdsfordeling. 2002. 60 s. ISBN 87-7487-707-0. Kr. 50,00.
- 02:28 Schmidt, G.: Tidsanvendelse blandt pakistanere, tyrkere og somaliere – Et Integrationsperspektiv. 2002. 148 s. ISBN 87-7487-708-9. Kr. 150,00.
- 02:29 Fridberg, T. (red.): Socialpolitik – indsats og virkninger. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning i socialpolitik og effektivitet i velfærdsproduktionen. 2002. 86 s. ISBN 87-7487-701-1. Kr. 50,00.
- 02:30 Hohnen, P.: Aftalebaserede skånejob. 2002. ISBN 87-7487-706-2. Kr. 85,00.
- 03:01 Clausen, T.: Når hørelsen svigter. Om konsekvenserne af hørenedsættelse i arbejdslivet, uddannelsessystemet og for den personlige velfærd. 2003. 228 s. ISBN 87-7487-713-5. Kr. 165,00.
- 03:02 Bjørn, N. H. (red.): Indenfor – udenfor. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om integration og marginalisering. 2003. 54 s. ISBN 87-7487-711-9. Kr. 60,00.
- 03:03 Hagedorn-Rasmussen, P. & A. Kamp: Mangfoldighedsledelse. Mellem vision og praksis. 223 s. ISBN 87-7487-713-5. Kr. 165,00.
- 03:04 Egelund, T. & A.D. Hestbæk: Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet. En forskningsoversigt. 404 s. ISBN 87-7487-714-3. Kr. 285,00.
- 03:05 Rosdahl, A. & Uldall-Poulsen, H.: Lederne og det sociale engagement. 184 s. ISBN 87-7487-715-1. Kr. 140,00.
- 03:06 Hansen, H.: Time Series of APW-calculations. ISBN 87-7487-717-8. Elektronisk udgivelse: downloades på www.sfi.dk.
- 03:07 Andersen, D. & Kjærulff, A.: Hvad kan børn svare på? 188 s. ISBN 87-7487-718-6. Kr. 160,00.

- 03:08 Lausten, M. & Sjørup, K.: Hvad kvinder og mænd bruger tiden til. 90 s. ISBN 87-7487-719-4. Kr. 75,00.
- 03:09 Zeuner, L. & Højlund, J.: Unge i det kriminelle felt. 126 s. ISBN 87-7487-719-4. Kr. 120,00.
- 03:10 Jæger, M. M., Munk, M. D. & Ploug, N.: Ulighed og livsløb. 152 s. ISBN 87-7487-724-0. Kr. 135,00.
- 03:11 Menneskelige ressourcer i arbejdslivet. 264 s. ISBN 87-7487-723-2. Kr. 200,00.
- 03:12 Andersen, D.: Når mistanken opstår. 84 s. ISBN 87-7487-725-9. Kr. 75,00.
- 03:13 Kongshøj Madsen, P. & Pedersen, L., red.: Drivkræfter bag arbejdsmarkedspolitikken. 325 s. ISBN 87-7487-726-7. Kr. 265,00.
- 03:14 Andersen, B. H., Sociologisk Institut, red.: Udviklingen i befolkningens levkår over et kvart århundrede. 358 s. ISBN 87-7487-721-6. Kr. 285,00.
- 03:15 Levevilkår blandt folkepensionister uden supplerende indkomst. 218 s. ISBN 87-7487-727-5. Kr. 200,00.
- 03:16 Christiansen, C. C., Schmidt, G. & Christoffersen, M. N.: Provokeret abort. 176 s. ISBN 87-7487-731-3. Kr. 200,00.
- 03:17 Virksomheders sociale engagement, årbog 2003. 186 s. ISBN 87-7487-729-1. Kr. 200,00.

Social Forskning er instituttets nyhedsblad. Det udkommer fire gange om året og orienterer i en lettilgængelig form om resultaterne af instituttets arbejde. Lejlighedsvis udkommer Social Forskning som udvidet temanummer med bidragydere udefra.

Abonnementet er gratis, kan tegnes ved henvendelse til instituttet. Emne-opdelte lister over instituttets publikationer kan ses på instituttets hjemmeside: www.sfi.dk. Hver titel er forsynet med en kort omtale, og der er mulighed for at bestille rapporterne via hjemmesiden. En fuldstændig liste over instituttets udgivelser kan fås ved henvendelse til Socialforskningsinstituttet tlf. 33 48 09 46, e-mail: library@sfi.dk.

PROVOKERET ABORT
– UNDERSØGELSE AF BAGGRUND OG VIRKNINGER

Forskningsleder: Ivan Thaulow
Forskningsafdeling: Børn, Integration og Ligestilling

ISSN 1396-1810
ISBN 87-7487-731-3

Grafisk tilrettelæggelse og produktion: KPTO as
Omslagsfoto: Nanna Bisp Büchert/BAM
Oplag: 1.000
Trykkeri: Phønix Trykkeriet A/S

Socialforskningsinstituttet
Herluf Trolles Gade 11
1052 K
Tlf. 33 48 08 00
sf@sf.dk
www.sf.dk

Socialforskningsinstituttets publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtale, anmelder, henviser til eller gengiver Socialforskningsinstituttets publikationer, bedes sendt til instituttet.

PROVOKERET ABORT

– Undersøgelse af baggrund og virkninger

Gennem en række interview om kvinders oplevelser og erfaringer med provokeret abort, samt ved at bruge data fra en stor forløbsundersøgelse af kvinder født i 1966, giver forfatterne bag denne rapport et præcist signalement af de kvinder, der vælger at få foretaget en provokeret abort og de eventuelle konsekvenser, det måtte få for dem senere i livet.

Bogens interviewdel kan direkte bruges til at justere den rådgivning og de vilkår, kvinderne møder på deres vej gennem sundhedssystemet i forbindelse med aborten. Interviewene giver et indblik i kvindernes forskellige behov, som kan være givtigt for sundhedspersonale og andre socialarbejdere.

Den statistiske undersøgelse viser, at hver fjerde danske kvinde vil komme i den situation at skulle have en abort. Især kvinder med vanskelige opvækstvilkår er i risikogruppen. Til gengæld er der næsten ingen langvarige fysiske og psykiske virkninger af abort, med undtagelse af underlivsbetændelse inden for det først år efter aborten.