

NÅR DER IKKE ER NOGET TREDJE VALG



Vibeke Rasch, Lisbeth B. Knudsen
og Tine Gammeltoft

Social sårbarhed og valget af abort

2005

Titel:

Når der ikke er noget tredje valg - Social sårbarhed og valget af abort

Udgivet af:

Sundhedsstyrelsen

© Sundhedsstyrelsen 2005, publikationen kan frit refereres mod kildeangivelse

Udgivelse:

2005

Tekster af:

Vibeke Rasch, Afd. for International Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab,

Københavns Universitet (tidligere Syddansk Universitet),

Lisbeth B. Knudsen, Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet

(tidligere Demografisk Forskningscenter, Syddansk Universitet) og

Tine Gammeltoft, Institut for Antropologi, Københavns Universitet

Redigeret af:

Poul Birch Eriksen

Oplag:

1.000

Layout og grafisk produktion:

Zornig A/S

Emneord:

Abort, uønsket graviditet, flygtninge, indvandrere

Sprog:

Dansk

Bestilling:

J.H.Schultz Information A/S, Albertslund, tlf. 7026 2636,

e-mail schultz@schultz.dk

Pris 0,- kr. - dog betales ekspeditionsgebyr

ISBN: 87-91437-81-4

Den rapport, der danner grundlag for denne bog, kan hentes på
Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Når der ikke er noget tredje valg Social sårbarhed og valget af abort



Vibeke Rasch, Lisbeth B. Knudsen og Tine Gammeltoft



Forord

Der har været fri abort i Danmark siden 1973. Aborttallet var højest i årene lige efter den fri abort blev indført og kulminerede med 27.884 aborter i 1975, hvorefter antallet af aborter har været jævnt faldende til 14.967 i 2002, svarende til 12,0 pr. 1000 kvinder i den frugtbare alder. Som kontrast til den positive abortudvikling har det vakt bekymring, at provokeret abort forekommer hyppigere blandt visse grupper af indvandrerkvinder end blandt kvinder med dansk baggrund.

Nærværende rapport blev første gang publiceret i en elektronisk version af Sundhedsstyrelsen i august 2004. Rapporten foreligger nu i en ny gennemskrevet version redigeret af Poul Birch Eriksen. Datagrundlaget og resultaterne i denne reviderede udgave er identiske med den tidligere publicerede rapport, hvorimod opsætningen og kapitelsammensætningen er ændret. Undersøgelsen søger henholdsvis at belyse abortudviklingen i Danmark i perioden 1981-2001, bevæggrunde for valg af abort, samt baggrunden for den øgede abortforekomst blandt indvandrerkvinder. Undersøgelsen har udgangspunkt i en metodetriangulering baseret på henholdsvis registerundersøgelse, spørgeskemaundersøgelse og etnografiske interviews. Den registerbaserede undersøgelse belyser abortudviklingen i Danmark fra 1981 til og med 2001 i henhold til kvindernes alder, oprindelsesland og familieforhold. Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i perioden september 2002 - april 2003 og omfatter et udvalg af kvinder, der enten fik foretaget provokeret abort eller havde valgt at føde. Den bidrager med mere specifik information om hvordan socioøkonomiske forhold samt kvindernes viden om, holdning til og brug af prævention influerer valget af abort. Den etnografiske del af undersøgelsen omfatter en gruppe af indvandrerkvinder og en gruppe af kvinder med dansk baggrund, der alle fik foretaget abort i perioden september 2002 - april 2003. Denne del af undersøgelsen bidrager med information vedrørende selve beslutningsprocessen i forbindelse med valget af provokeret abort samt de mekanismer som har ført til graviditetens opståen og kvindernes motiver for evt. ikke at have anvendt prævention.

Undersøgelsen er blevet gennemført med hjælp fra en lang række nøglepersoner på de deltagende hospitalsafdelinger, uden hvis hjælp dataindsamlingen ikke havde været mulig. Det drejer sig om følgende læger: Jeanette T Christensen, Annelie Ginzl, Jens Jørgen Platz, Jane Buch Sørensen, Charlotte Tobiassen, Lise Mondrup, Lillian Kempf, Merete Astrup, Mette Erenbjerg samt sygeplejerske Ruth Erlang. Derudover vil vi sige tak til personalet på gynækologisk/obstetrisk ambulatorium på Frederiksberg Hospital, Næstved Sygehus, Odense Universitetshospital, Sønderborg Sygehus, Haderslev Sygehus, Esbjerg Sygehus, Skejby Sygehus og Aalborg Sygehus for velvillig assistance i forbindelse med indsamling af spørgeskemaer.

Professor Leiv Bakketeig, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, har deltaget i møderne med nøglepersonerne og takkes for sit bidrag til projektets udformning. Der rettes en særlig tak til Asma Anwar Mohammed, Mirjana Senk Karsic, Nayerah Sadat Hajibashi, Mumtaz Khan, Nezaket Sahin og Faiza M. Camar, som tolkede i de tilfælde, hvor kvinderne ikke var i stand til at forstå dansk. Derudover takkes Tolkeprojektet, Dansk Flygtningehjælp i Odense, som formidlede kontakt til tolkene og var villig til at lade forskerne møde op i klasserne for at diskutere relevansen og formuleringen af de spørgsmål, der var målrettet indvandrekvinder.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Sundhedsstyrelsen og gennemført af Vibeke Rasch, Afd. for International Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet (tidligere Syddansk Universitet), Lisbeth B Knudsen, Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet (tidligere Demografisk Forskningscenter, Syddansk Universitet) og Tine Gammeltoft, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

Sundhedsstyrelsen juni 2005

Indholdsfortegnelse

	Forord	3
	Indholdsfortegnelse	5
	Prolog I	9
	Prolog II	11
	Prolog III	13
1.	Baggrund	15
	Lovgrundlag	
	Abortudviklingen	
	Provokerede aborter blandt indvandrere	
2.	Formålet med undersøgelsen	21
3.	Materiale og metode	23
	Registerundersøgelsen	
	- Dannelse af datasættet	
	- Klassificering efter etnicitet	
	- Datakvalitet, pålidelighed og gyldighed	
	- Mål for abortudviklingen	
	Spørgeskemaundersøgelsen	
	- Kvindernes etniske baggrund	
	- Kvinder med provokeret abort	
	- Svangre kvinder	
	- Statistisk analyse	
	Den kvalitative interviewundersøgelse	
	- Dannelse af datasættet	
	- Antropologisk analyse	
4.	Abortudviklingen 1981-2001	43
	Abortudviklingen i de enkelte aldersgrupper	
	- De 15-19 årige kvinder	
	- De 20-24 årige kvinder	
	- De 25-29 årige kvinder	
	- De 30-34 årige kvinder	
	Abortudviklingen i forhold til kvindernes oprindelsesland	
	- Abort blandt kvinder med forskellig oprindelse	
	Familieforhold	
	- Samlivssituation	
	Sammenfatning	

5.	Sociale forhold Alder Samlivssituation Antallet af børn Arbejde og uddannelse Indkomst Sammenfatning	69
6.	Parforholdet Kernefamilien Stabiliteten i parforholdet Kvaliteten af parforholdet Netværk Sammenfatning	89
7.	Viden om og erfaring med prævention Tilstrækkeligt informeret Vejledning - hos egen læge Vejledning - fra sygehus, sundhedsplejerske og præventionsklinik Præventionskompromiset Præventionsskift Økonomi Religion Sammenfatning	103
8.	Prævention – et parvalg Sammenfatning	131
9.	Hvordan opstår uønsket graviditet Uplanlagt graviditet og præventionssvigt Når man håber, man ikke bliver gravid: Sikre perioder og afbrudt samleje Når kondomet ikke bliver brugt Når p-pillerne glemmes Nødprævention Når graviditeten bliver til i en »illegitim« seksuel relation Sammenfatning	141
10.	Valget af abort Begrundelserne Når der ikke er noget tredje valg Moralske og religiøse overvejelser Involvering af andre i beslutningen Sammenfatning	165
11.	Provokeret abort og social sårbarhed	179

12.	Opsummering	183
13.	Referencer	189
	Om forfatterne	195
	Bilag	196

Prolog I: Astrid, 32 år

Da jeg ringer på døren en søndag aften, er det Astrids 12-årige datter Mia, der åbner. Kort efter kommer Astrid ned ad trappen fra husets første sal og fortæller, at hun netop har lagt sønnen Jakob på fire år i seng ovenpå. Hun ser lidt slidt ud og virker ældre end sine 32 år. Vi sætter os i sofaen i stuen, hvor fjernsynet kører med »Nikolaj og Julie« på skærmen. Mia forsvinder ovenpå. Astrid byder på kaffe og går i gang med at fortælle om sin abort, inden jeg overhovedet når at stille mine spørgsmål. Hun sætter sig til rette med benene trukket op under sig i sofaen og taler hurtigt og let. Forundersøgelsen var det værste, siger hun. Det føltes nærmest som et overgreb at blive scannet vaginalt, og hun forstod ikke, hvorfor scanningen var nødvendig. Hvorfor kunne de ikke bare stole på de datoer, hun gav dem? Ved et uheld kom hun også til at se billedet af fosteret, da de havde printet det ud. Det var ubehageligt, og gjorde hende meget ked af det. Bagefter var hun helt ved siden af sig selv og tog grædende hjem til en veninde, der boede i nærheden. På opslagstavlen derhjemme havde hun scanningsbillederne hængende fra dengang, hun var gravid med Mia og Jakob. Dem tog hun ned, da hun kom hjem efter forundersøgelsen.

Men aborten som sådan gik fint, hun følte sig meget lettet bagefter. »Det var det« – beslutningen var endegyldigt taget. Samtidig var hun også ked af det, og følte, det var egoistisk og »lousy« af hende, at hun ikke tog kampen op. Hun følte sig meget utilstrækkelig, fordi hun ikke magtede at tage ansvar for det liv, hun selv havde været med til at skabe. Det var meget svært for hende at tage beslutningen om abort. Når man har børn selv, ved man jo, hvad et foster kan blive til, siger hun. Et foster er et selvstændigt individ, det er et barn, efter Astrids mening. Men hun valgte alligevel at få abort – »for at passe på dem, jeg har«. Astrid er alene med Mia og Jakob, og hun føler ikke, hun har kræfterne til at få et barn mere. Det er ikke økonomi, der er problemet for hende. Hun arbejder som skolelærer og har nogle bijobs i sommerferien, så rent økonomisk har de det godt nok. Men hun synes, det vil være synd for hendes børn, hvis deres mor skal deles i tre, fremfor som nu bare i to. De har meget brug for, at hun er der og er nærværende, og hun føler ikke, hun ville kunne give dem det, de har brug for, hvis hun fik et barn mere.

Men Astrids valg af abort handler om andet og mere end hensynet til hendes børn. I løbet af aftenen kommer vores samtale til at dreje sig om det, Astrid betegner som »spøgelset« i sit liv – det, der bliver ved med at hjemsøge hende: at det aldrig rigtig er lykkedes for hende at leve sammen med en mand. Hendes forhold til Mias far holdt kun, til Mia var ét år gammel, og Jakobs far stak af, da hun var seks måneder gravid. Så hvis hun skal have flere børn, skal de have en far. Det at blive et helt menneske igennem et andet er noget, hun kun har prøvet igennem sine børn. Det vil hun gerne opleve med en mand også. Der er masser af børn, hun kan tage sig af, og det gør hun også i sit

arbejde til daglig – så hvis hun skal have flere børn selv, skal det være sammen med en mand. Denne graviditet lignede en gentagelse af et mønster, hun ikke bryder sig om – hvor hun bliver gravid mere eller mindre uplanlagt, og så bare må tage konsekvenserne og få livet til at hænge bedst muligt sammen. Det er ikke sådan, hun ønsker, det skal være.

Hun blev gravid denne gang med en ret ny kæreste, Steffen. Siden Jakobs fødsel havde hun brugt kondomer som prævention, men fordi Steffen var mere end bare en kæreste, besluttede hun at få en spiral i stedet. Men inden hun nåede at komme til den første kontrolundersøgelse med spiralen, var hun blevet gravid. Steffen ville gerne have barnet, men Astrid følte sig ikke sikker på, at deres forhold ville holde, så hun valgte at få abort. Al hendes erfaring siger hende, at som kvinde er man nødt til at vide med sig selv, at man kan klare at have sine børn alene – for man ved aldrig, om manden bliver eller ej. Men hendes valg sårede Steffen. Han tog det som udtryk for, at hun ikke rigtig ville ham, og han troede ikke på hende, når hun sagde, at de måske kunne få et barn sammen senere. De har nu brudt med hinanden, blandt andet som en konsekvens af aborten. Da Astrid skulle ind og have aborten, ville Steffen følge hende derind. Men hun sagde til ham, at der ikke var grund til at lege far, mor og børn. Det var jo netop ikke det, det handlede om.

Selvom Astrid savner en mand at dele sit liv med, føler hun sig ikke alene i hverdagen. Hendes biologiske familie bor ganske vist i den anden ende af landet, men hun har det, hun kalder sin »selvvalgte familie« her, hvor hun bor: børnenes bedsteforældre, gode veninder og gode kolleger. Da forholdet til Mias far gik i stykker, var det bl.a. fordi, han var kvartalsdranker. Når han var ude at drikke alle deres penge op, var det hans forældre, hun tyede til, for hun var ny i byen og havde intet andet netværk. Derfor har hun i dag et nært forhold til dem, og også Mia og Jakob er meget glade for dem. Alligevel synes Astrid, det er hårdt at være alene om børnene; det er en stor opgave, som hun er meget alene om i det daglige. Men hun er stolt af, at det går børnene godt: de er begge glade og velfungerende. Men, siger Astrid med et smil, det er også hårdt arbejde at få velfungerende børn.

Prolog II: Yasmin, 32 år

Da Yasmin skal til forundersøgelse på hospitalet før aborten, har de på afdelingen noteret, at hun vil have sin mand med som tolk. Men hun kommer alene og står og ser lidt fortabt ud foran skranken. Hun taler ikke dansk, men da hun kan fransk, varer det ikke længe, før der kommer en læge, der kan tolke. Da jeg et par uger senere besøger hende hjemme hos hende selv, fortæller hun, at det er typisk for hendes mand: han lover at være der, og så er han der ikke. Det var primært derfor, hun valgte at få abort: hun føler ikke, hun kan stole på sin mand. Han hjælper hende ikke med noget overhovedet, det er Yasmin, der står for alt arbejdet i forbindelse med børn og hjem. Hun bor i Mjølnerparken på Nørrebro, i en mørk og fugtig stueejlighed, som er sparsomt møbleret. På væggen hænger et par indrammede billeder med arabiske skrifttegn, og i hjørnet står en week-end seng fyldt med legetøj. Vi mødes midt på dagen, mens Yasmins børn er i børnehave. Hun har håret sat op, og hendes make-up er omhyggeligt lagt. På et tidspunkt i løbet af vores samtale kommer hendes mand hjem, men vi ser ham kun som en skygge ude i gangen. Yasmin lukker døren til stuen og sænker stemmen i resten af samtalen. Yasmin kom til Danmark fra Tunesien for fem år siden. Hendes søster har boet i Danmark i mange år, og da Yasmin kom for at besøge hende, mødte hun den mand, hun året efter blev gift med. Hendes mand er oprindeligt fra Libanon. Han har boet i Danmark i femten år og har dansk statsborgerskab. De har to børn sammen, en søn på to og en datter på fire år. Begge deres børn er meget tit syge, datteren særligt fordi hun har astma. Yasmin har fået en lægeerklæring på, at de af hensyn til børnenes helbred bør flytte til en lejlighed, der er mere tør, men det er tilsyneladende ikke muligt for boligselskabet at finde en bedre lejlighed til dem. Helst ville hun flytte helt udenfor området, men det er umuligt. Yasmin har ikke noget nært forhold til de andre kvinder i bebyggelsen. De fortæller ikke sandheden, siger hun. Mange får f.eks. bank af deres mand, men de dækker over ham og lader som om, de blå øjne kommer af noget andet. De er blevet gift unge og er vant til at være udsat for vold, mener hun.

Yasmins egen mand er ligesom hun selv på bistandshjælp. Men han bruger al sin tid sammen med sine venner og laver intet derhjemme. Han går heller aldrig udenfor lejligheden sammen med hende, der er ingen, der nogensinde ser dem sammen. Hvis de fik et barn mere, ville der kun være hende til at tage sig af det. Hun føler ikke, hun kan klare at have et lille barn mere, oveni de to hun allerede har. Børnene er så tit syge, og så er der kun hende til at tage sig af dem. Det er hårdt, særligt når de også er syge om natten, og hendes mand bare råber ad dem, at de skal være stille. Yasmin mener ikke, der er nogen respekt mellem hende og hendes mand, men hun vil alligevel helst ikke skilles. Hun vil gerne give sin mand en chance, for måske bliver han bedre. Det er også vigtigt for børnene at være sammen med deres far, siger hun, og begynder at græde.

Yasmin blev gravid, efter hun var holdt op med at tage p-piller. Hun fik spiral efter sin datters fødsel, men da hun blødte næsten konstant, fik hun den taget ud igen. Hun blev derefter straks gravid – men hellere være gravid end bløde 25 dage om måneden, siger hun. Efter sin søns fødsel fik hun en anden spiral, men også den havde hun problemer med, særligt infektioner og smerter. Hun fik den taget ud, og fik p-piller i stedet. Men dem kunne hun ikke tåle, hun blev meget nervøs og kom til at ryste af dem. Så efter en tid holdt hun op med at tage dem. I stedet trak hendes mand sig ud, når de var sammen, og hun forsøgte at undgå sex så vidt muligt. Når de var sammen, tog hun altid en graviditetstest bagefter, og det var også sådan, hun opdagede, at hun var blevet gravid. Helst ville Yasmin have en p-stav, som hun kender fra Tunesien. Hun vil gerne have noget prævention, det ikke er besværligt at bruge og som man ikke behøver tænke over. Men hun tror ikke, man kan få p-staven i Danmark. Yasmin drømmer om at flytte tilbage til Tunesien. Hun synes ikke, hun har noget godt liv her. Hun følte det, som om hun kom i fængsel, da hun kom til Danmark. Hun har ingen venner og kender dårligt nok sine naboer, og hun savner de mennesker, hun kendte i Tunesien. Selv sin mand føler hun ikke rigtigt, at hun kender. Da hun fortalte ham, at hun var gravid og ville have abort, sagde han ikke noget, intet overhovedet. Hun ved ikke, hvad han tænkte eller syntes. De mennesker, hun er tættest på, er hendes børn. Det betyder alt for hende, at de har det godt. Kommunen er meget efter hende og forsøger at presse hende til at gå i sprogskole. Det vil hun også gerne, hun vil meget gerne lære dansk – men hvis ikke hun selv passer børnene, når de er syge, hvem gør så? Selvom kommunen truer med at trække i hendes bistandshjælp, hvis ikke hun kommer i skole, er det vigtigste for hende at være der for sine børn, når de har brug for hende.

Prolog III: Gloria, 34 år

Gloria er oprindeligt fra Philippinerne, men bor nu i en tre-værelses lejlighed i Vollsmose i Odense sammen med sine to sønner Mark og Ben på tre og tretten år. Den morgen, jeg kommer, har hun glemt alt om vores aftale, og hun og drengene ligger endnu og sover, da jeg ringer på døren. Jeg laver kaffe, mens Gloria tager tøj på. På væggen i køkkenet hænger et stort billede af jomfru Maria, der sidder med Jesusbarnet. På køkkenbordet ligger et brev, hvor ordet *restance* står med store bogstaver. Mark kommer ud i køkkenet og får et glas mælk, mens Ben sætter sig til at spille playstation inde i stuen. Senere spørger jeg Gloria, om han ikke går i skole. Det gør han da, siger hun, men ofte får han lov at blive hjemme, fordi hun synes, det er hyggeligt, at han er der. Under hele vores samtale sidder Ben inde i stuen med sin playstation, samtidig med at han hører høj musik på sin ghettoblaster. Larmen giver morgenen et præg af uro, flimrer og forvirring og gør det vanskeligt at holde tråden i samtalen – ligesom det tilsyneladende er vanskeligt for Gloria at holde tråden i sit liv.

Gloria undskylder, at hun havde glemt vores aftale, og siger, at hun kom sent i seng i går aftes. Hun arbejder på et slagteri til klokken 23 hver aften. Det er hårdt arbejde, siger hun, men hun har brug for pengene. Under vores samtale sidder hun og ømmer sig og strækker sine arme og hænder mange gange – det er det monotone arbejde med at skære grise op, der gør, at hun får ondt, forklarer hun. Hun har meget ondt i armene i dag, men hun tør ikke melde sig syg, for hun er kun ansat midlertidigt, som afløser i tre måneder. De fleste dage arbejder hun om eftermiddagen og aftenen. Så er det Ben, der må hente Mark i børnehaven og give ham middagsmad, som Gloria har forberedt til dem forinden.

Marks far bor lige i nærheden, men Gloria har et meget dårligt forhold til ham. Han vil ikke lade hende være i fred, siger hun; han chikanerer hende og drengene, og de har måttet flytte for at komme længere væk fra ham. Han »ødelægger min hjerne«, siger Gloria, fordi han ustandselig forstyrrer hende med et eller andet, så hun ikke kan koncentrere sig. Under vores samtale ringer han på døren og råber ind i dørtelefonen for at få at vide, hvorfor Mark ikke er i børnehaven i dag. Gloria blev gift med Marks far efter sin skilsmisse fra Henrik, som hun mødte, da hun stadig boede i Philippinerne for fjorten år siden. Dengang havde hun to små drenge, men Henrik ville kun lade hende tage sin yngste med til Danmark, så hendes ældste søn bor nu i Philippinerne sammen med hendes mor. Han er 18 år i dag. Gloria er bekymret for ham, for hun har hørt, at politiet har fanget ham nogle gange. Han ryger hash, men han stjæler ikke, det er hun sikker på. Gloria sætter sin lid til, at Jesus passer på ham.

I Danmark boede Gloria sammen med Henrik i seks år. De forsøgte at få børn, men det lykkedes ikke, og til sidst blev de skilt, fordi de skændtes meget.

Gloria mødte så Marks far, der som hun er fra Philippinerne, men forholdet til ham gik i stykker kort tid efter, at Mark var blevet født. Senest har hun været gift med en vietnamesisk mand, Hung. Men heller ikke det ægteskab holdt, for Hung viste sig kun at være loyal overfor sin egen familie, ikke overfor hende. Hun blev gravid samtidig med, at de flyttede fra hinanden. Hun havde ellers taget p-piller, men blev gravid, fordi hun havde glemt dem i et par dage. Gloria er blevet uønsket gravid tre gange, mens hun har taget p-piller: først med Mark, som ikke var planlagt, og senere har hun fået to aborter. Hun har altid haft svært ved at huske at tage p-pillerne, fordi hun har så mange andre ting i hovedet. Hendes læge har aldrig nævnt for hende, at der er andre præventionsmuligheder end p-pillerne, men efter den seneste abort fik hun en spiral ude på sygehuset. Den er hun glad for, selvom hun indimellem får lidt ondt i underlivet af den.

Gloria har ikke diskuteret graviditeten med Hung, men besluttede sig selv for at få abort. Hun var meget ked af det, og tænkte på, hvor glad hun er for Ben. Han forsøgte hun også i sin tid at abortere, hun tog piller, da hun var gravid, og fik nogen til at sparke sig i maven. Men det lykkedes ikke, han blev født og var fin og komplet. Men denne gang ønskede hun ikke at få et barn mere, hvis ikke hun havde en god mand at få det med; en mand, der kan passe på hende. Gloria føler, at ingen nogensinde har passeret på hende, det er kun hende selv, der gør det. Hvis hun skulle have et barn mere, skulle det være med én, der var hendes mand for livet – en rigtig mand. Som det er nu, vil hun helst bare koncentrere sig om sine børn og sit arbejde, hun er træt af mænd. Hun brød sig bestemt ikke om at få abort – »i vores land svarer det til at slå et barn ihjel«, forklarer hun, så hun undskyldte overfor barnet, at det ikke kunne få lov at leve. »Undskyld, undskyld, men jeg kan ikke klare det«, havde hun sagt til barnet. Gloria gentager flere gange i løbet af vores samtale, at hun ikke kunne klare at få et barn mere. Hun bliver ret syg, når hun er gravid, og hvis hun er nødt til at ligge i sengen en stor del af tiden, hvem passer så hendes lille dreng? Der er ingen, der kan hjælpe hende. Hendes eksmand forstyrrer hende bare, og veninder har hun ingen af. Engang vandt hun et større beløb i casino, og mens hun havde penge, havde hun masser af venner – men når man har problemer, er de der ikke, siger hun. Gloria føler sig ofte ked af det, og mærkeligt tom indeni. Nogle gange sidder hun bare og stirrer ud i luften, og hun kan ofte ikke rigtig koncentrere sig om noget.

Henimod slutningen af vores samtale kommer Ben ind og beder om femten kroner til at købe en fodbold. »Vi har jo ikke nogen penge«, siger Gloria, men da drengen insisterer, finder hun sin pung frem og giver ham pengene. Han tager sin lillebror med og går ned i indkøbscenteret ved siden af deres blok.

I. Baggrund

I dette kapitel beskrives baggrunden for undersøgelsen, herunder lovgrundlaget for legalt provokeret abort og hovedtræk i udviklingen af provokerede aborter i Danmark.

Lovgrundlag

Den første egentlige lov om svangerskabsafbrydelse i Danmark trådte i kraft 1. oktober 1939. Denne lov gav kvinder en mulighed for at få bevilget provokeret abort efter medicinsk (begrundet i sygdom hos kvinden), etisk (f.eks. hvis graviditeten var resultatet af en voldtægt) og eugenisk (risiko for arvelige sygdomme hos fostret) indikation. Før denne lov trådte i kraft havde svangerskabsafbrydelse hørt under straffeloven. Selvom den kommission, der forberedte loven, foreslog at abort burde tillades ud fra sociale årsager, var det først næsten tyve år senere, i 1956, at der indførtes en delvis social indikation. Endnu senere, i 1970, indførtes en ren social indikation, som gav kvinder adgang til svangerskabsafbrydelse, hvis de f.eks. var fyldt 38 år eller havde mindst fire hjemmeboende børn under 18 år (Knudsen 1998a; Rasmussen 1983a).

I 1973 gennemførtes den lov der i daglig tale kaldes 'loven om fri abort' (Lov nr. 350 af 13. juni 1973 om svangerskabsafbrydelse). Loven, som trådte i kraft 1. oktober 1973, er stadig gældende og har siden 1973 kun undergået mindre revisioner, bl.a. i forbindelse med indførelsen af støttesamtaler, da lov nr. 430 af 31. maj 2000 om ændring af lov om svangerskabsafbrydelse trådte i kraft 1. juli 2000 (Civilretsdirektoratet 2000). Ifølge denne lov har kvinder i Danmark ret til at få afbrudt deres svangerskab uden angivelse af nogen begrundelse, så længe indgrebet kan gennemføres før udgangen af svangerskabets 12. uge. Afbrydelse efter udgangen af svangerskabets 12. uge, de såkaldte 'sene aborter', kan kun ske på særlige betingelser.

De sene aborter (aborter efter lovens §§ 2 og 3), der finder sted efter 12. graviditetsuge, har i mange år udgjort 2-3% af abortindgrebene (svarende til ca. 500 i slutningen af 1980'erne). I 2001 udgjorde de ca. 4% (Sundhedsstyrelsen 2003). De sene aborter hører selvfølgelig med, når abortudviklingen diskuteres, men det bør erindres, at de sene aborter foretages efter særlige indikationer, der stort set svarer til de indikationer, der var gældende for at få adgang til provokeret abort før loven i 1970 blev vedtaget. Det kan være situationer, hvor der f.eks. er konstateret en alvorlig misdannelse hos fostret, hvis kvinden ikke er i stand til at tage vare på et barn ('drage omsorg for barnet', som det formuleres i loven), eller hvis graviditeten er resultat af voldtægt (Pettersson 1998).

Begrundelserne for at gennemføre en sen svangerskabsafbrydelse og dermed også de abortsøgende kvinders vilkår er således anderledes, end når det drejer

sig om den frie selvbestemte provokerede abort inden for svangerskabets første 12 uger. I denne undersøgelse har vi derfor valgt især at fokusere på de tidlige provokerede aborter og de faktorer, der har betydning, når kvinder vælger at få afbrudt deres svangerskab. Når den samlede abortudvikling beskrives, indgår dog oplysninger om samtlige provokerede aborter, idet de relativt få sene aborter ikke påvirker totalbilledet.

Abortudviklingen

Udviklingen i provokerede aborter i Danmark har kunnet følges gennem de oplysninger om antallet af provokerede aborter, som har været offentliggjort for hvert år siden 1974 af Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik. Basis for Sundhedsstyrelsens statistik har i årene 1973-1994 været Sundhedsstyrelsens Register over Legalt Provokerede Abortindgreb, som blev dannet ud fra oplysningerne i de abortanmeldelser, hospitalsafdelingerne skulle udfylde og indsende til Sundhedsstyrelsen, hver gang der blev udført et abortindgreb (se f.eks. Sundhedsstyrelsen 1989). Fra 1995 er oplysningerne om de provokerede aborter i stedet udtrukket fra Landspatientregistret (Krebs et al. 1997; Andersen et al. 1999). Danmarks Statistik offentliggør tal om provokerede aborter i Befolkningens bevægelser, baseret på opgørelser fra Sundhedsstyrelsen.

Tabel 1.1. Antal legalt provokerede aborter og abortkvotient pr. 1000 kvinder i femårs aldersgrupper. Udvalgte år, 1974-2002

År	Absolut antal	Abortkvotient generel ⁽¹⁾	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år
1974	24.868	21,2	19,9	27,9	29,5	28,9	23,0	11,2	1,0
1975	27.884	23,7	25,0	32,5	32,0	30,8	24,3	11,5	1,0
1980	23.334	19,0	22,1	29,4	25,0	22,2	17,8	8,9	1,0
1985	19.919	15,6	16,3	28,8	22,3	17,4	13,3	6,7	1,0
1990	20.589	15,7	17,2	30,2	25,4	18,3	12,2	5,3	0,8
1995	17.720	13,7	14,8	22,5	21,4	19,2	12,5	4,8	0,5
2000	15.666	12,5	14,3	19,8	18,1	17,8	12,6	4,8	0,5
2001	15.315	12,3	14,0	19,6	18,1	17,0	13,0	4,6	0,4
2002	14.967	12,0	13,8	20,1	17,1	16,5	13,1	4,5	0,4

Kilde: Befolkningens bevægelser, forskellige år; Sundhedsstyrelsen 2003a og b

(1): Den generelle abortkvotient udtrykker antallet af provokerede aborter i et kalenderår, divideret med antallet af kvinder i fertil alder, dvs. 15-49 år.

Da loven om fri abort var trådt i kraft i 1973, fulgte et par år med en kraftig stigning både af det absolutte og det relative antal af provokerede aborter. Den generelle abortkvotient, som udregnes ved at dividere antallet af provokerede aborter i løbet af et år med antallet af kvinder i alderen 15-49 i det samme år, toppede i 1975 med 23,7 pr. 1000 kvinder. I absolutte tal svarede det til, at der blev gennemført 27.884 abortindgreb, jfr. tabel 1.1. Siden da er både det absolutte og det relative antal aborter faldet næsten konstant til 14.967, hhv. 12,0 i 2002.

Da kvinderne ikke skal opgive nogen begrundelse for at få foretaget provokeret abort, indeholder den offentliggjorte statistik kun få muligheder for at beskrive de kvinder, der får provokeret abort. Den løbende registrering indeholder enkelte demografiske oplysninger, såsom kvindernes alder, om de har børn i forvejen og hvor de bor (kommune og amt). Efter afskaffelsen af abortanmeldelsen med virkning fra 1.1.1995, er dataindholdet ændret i den løbende registrering, som nu foregår gennem hospitalernes elektroniske patientregistrering.

En række analyser af udviklingen har udelukkende været baseret på det offentliggjorte materiale, såsom Knudsen (1997a) og Knudsen (1998b), mens andre har belyst abortudviklingen ved at kombinere den viden, man kan få fra den løbende statistik med resultater fra spørgeskemaundersøgelser, f.eks. Bertelsen (1994), Rasmussen (1983a og b) og Ussing (1979). En del studier har analyseret specifikke problemstillinger omkring den provokerede abort, evt. med udgangspunkt i de kvinder, der har fået abort på en bestemt hospitalsafdeling, bl.a. Andreasen (1996). Resultaterne fra en del af disse studier vil blive inddraget i de kapitler, hvor de tilsvarende problemstillinger behandles.

Med hensyn til kvindernes alder ligger de højeste abortkvotienter i dag blandt kvinder i begyndelsen af 20'erne, jfr. tabel 1.1. Sådan har det været siden 1976, men i de første få år efter abortlovens vedtagelse var abortkvotienterne derimod næsten ens for alle kvinderne mellem 20 og 34 år. Der har været et fald i samtlige aldersgrupper, og mens den generelle abortkvotient er næsten halveret siden 1975, har faldet været lidt større blandt kvinder over 35, og lidt mindre blandt de yngre kvinder, især de 20-24-årige. For de helt unge kvinder gælder det, at de 18-19-årige har højere abortkvotient end de 15-17-årige, og også i denne aldersgruppe er kvotienten i dag meget lavere end i 1975.

Geografisk er der variationer landsdelene imellem, idet hovedstadsområdet har den højeste generelle abortkvotient, som f.eks. var 18,9 pr. 1.000 i Københavns kommune i 2001, og Ringkøbing amt har den laveste på 7,6 i 2001 (Sundhedsstyrelsen 2003a). Der har eksisteret regionale forskelle siden 1973-loven blev gennemført, og selvom der har været et generelt fald i abortkvotienten i alle områder er der ikke ændret væsentligt i de regionale forskelle (Knudsen 2000).

I 1990'erne havde knap halvdelen af de abortsøgende ingen børn før abortindgrebet. Det gjaldt for næsten alle de kvinder, der var under 20 år ved abortindgrebet, og for ca. 75% af de 20-24-årige. Blandt de 25-29-årige var andelen noget mindre, ca. 40%. Det er et andet billede end i 1970'erne, hvor omkring en tredjedel (altså ca. 33%) af dem, der fik abort, ikke havde noget barn i forvejen. Det skal ses i sammenhæng med at kvinderne i dag gennemsnitligt er ældre, når de får deres første barn, end de var i 1970'erne. Samtidig er der blevet relativt færre blandt de abortsøgende, der har to eller flere børn. Inddrages de regionale forskelle ses det, at andelen uden børn blandt de abortsøgende kvinder er højere i Københavnsområdet end i Ringkøbing amt, og at alderen for første barns fødsel er lavere i Ringkøbing, hvor kvinderne gennemsnitligt også har flere børn (Danmarks Statistik 1997).

Provokeret abort er i dag især et redskab til at udskyde børnefødsler og familiedannelse, mens der i 1970'erne i højere grad var tale om at undgå at få flere børn. Ønsket om at udskyde det første barns fødsel hænger sammen med de forlængede uddannelsesforløb og kvindernes ændrede familie- og arbejdsmarkeds mæssige stilling. Kvinder og mænd i tyverne kan altså i dag være i en meget »ung« livsfase for så vidt angår ønskerne om at få barn og danne familie.

For at se på andre karakteristika ved kvinder, der får abort, må man supplere oplysningerne fra den løbende statistik med resultater fra andre undersøgelser. Der er dog desværre kun foretaget relativt få repræsentative interviewundersøgelser i Danmark, men resultaterne er samstemmende: Kvinder med flere børn, dårlig økonomi eller problematisk forhold til partneren (eller ingen partner) samt kvinder under uddannelse er mest tilbøjelige til at vælge abort frem for fødsel (Bertelsen 1994; Rasch 2000; Rasmussen 1983a).

En nyere undersøgelse viste i overensstemmelse med de nævnte undersøgelser, at omkring halvdelen af de kvinder, der får abort, har brugt prævention ved det samleje, hvor de blev gravide (Rasch et al. 2002). Dette stemmer med beregninger, der er foretaget ud fra oplysninger om salg af og effektiviteten af de enkelte præventionsmidler. I disse beregninger kom man frem til, at der på et år kunne opstå uønskede svangerskaber i et antal, der svarede til det halve af det årlige antal provokerede aborter (Osler 1991).

Provokerede aborter blandt indvandrere

Mens det har været muligt at følge abortudviklingen generelt, har det ikke været muligt at vurdere omfanget af provokerede aborter blandt kvinder med indvandrerbaggrund ud fra den offentliggjorte statistik, idet der hverken indgår oplysninger om statsborgerskab, fødeland, etnisk tilhørsforhold eller andre variable, der kunne bruges til at karakterisere kvindernes evt. indvandrerbaggrund i den løbende registrering. Det er dog

også relativt nyt, at der eksisterer en interesse for at få belyst forekomsten af provokeret abort blandt indvandrer- og efterkommerkvinder i Danmark: I Sundhedsministeriets notat om 'Nedbringelse af aborttallet' fra april 1990 omtales indvandrerproblematikken ikke, og de foreslåede indsatser retter sig bl.a. mod unge og mod kvinder, der lige har født. Den øgede interesse skal bl.a. ses i relation til væksten i den del af befolkningen i Danmark, der har anden etnisk oprindelse end dansk.

I begyndelsen af 2003, altså midt i den periode, hvor spørgeskemadelen af denne undersøgelse blev foretaget, var der i alt 331.506 indvandrere og 99.183 efterkommere i Danmark. De største grupper havde oprindelse i Tyrkiet (ca. 53.000), Tyskland (ca. 25.000), Irak (ca. 24.000), Libanon (ca. 21.000), Bosnien-Herzegovina (ca. 20.500), Pakistan (ca. 19.000), Somalia (ca. 18.000) og det tidligere Jugoslavien (ca. 18.000) (Befolkningens bevægelser (2002) 2003). Der har været en positiv nettoindvandring (d.v.s. at der er indvandret flere end der er udvandret) til Danmark op gennem 1990'erne, hvilket er en medvirkende årsag til at indvandrerbefolkningen vokser. Indtil 1991 blev der publiceret opgørelser, som var baseret på personernes statsborgerskab, mens der derefter har været anvendt en opdeling i henholdsvis indvandrere og efterkommere ud fra oplysninger om både personens eget og vedkommendes forældres fødeland og statsborgerskab (se kapitel 3 for en mere detaljeret definition).

I en analyse af abortudviklingen blandt kvinder med forskellig etnisk oprindelse spiller det ind om der er markant forskellige fertilitetsmønstre i grupperne, samt om indvandrer- og efterkommergrupperne har markant anderledes holdninger til prævention, seksualitet og familieliv med børn end danskere har. En del af disse forskelle vil være begrundet i kulturelle og religiøse forskelle (Görman 2000). Derudover spiller det en rolle, at indvandrer- og efterkommerbefolkningen i Danmark generelt er yngre end den del, der har dansk oprindelse, idet det især er yngre mennesker, der flytter til et nyt land, samtidig med at nogle af indvandrergrupperne i Danmark får flere børn end gennemsnittet i Danmark.

I 2000 blev der offentliggjort resultater af en registerbaseret analyse af provokerede aborter blandt indvandrere og efterkommere (Ingerslev 2000). Analysen var baseret på oplysninger fra Sundhedsstyrelsens Register over Legalt Provokerede Abortindgreb og Registret over indvandrere og efterkommere i Danmarks Statistik. Selv i forbindelse med en sådan analyse af totalbefolkningen var en del af indvandrergrupperne så relativt fåtallige, at beregningerne vanskeliggøres, når man vil se på f.eks. kvinder med forskelligt oprindelsesland og opgøre abortkvotienten for aldersgrupper. Jo mindre grupper, man ser på, jo større bliver usikkerheden i de beregnede kvotienter og i de årlige udsving (se f.eks. Knudsen 2002). Ingerslev valgte derfor at angive en abortrate for femårs-aldersgrupper, udregnet som et gennemsnit for en femårsperiode (1994-98).

Ingerslev fandt, at abortraterne var højere blandt 'ikke-vestlige' indvandrerkvinder end blandt danske kvinder i hver femårs-aldersgruppe, og forskellen var især stor for kvinder over 20 år, idet abortraten blandt disse indvandrere var mere end dobbelt så høj som blandt danske kvinder. Indvandrere med anden vestlig baggrund havde abortrater på niveau med de rater, der var blandt danske kvinder, og det bør bemærkes, at abortraterne blandt efterkommere fra de ikke-vestlige lande i alle aldersgrupper var lavere end blandt indvandrerkvinderne fra samme gruppe lande: Blandt kvinder under 20 år var raten blandt ikke-vestlige efterkommere ca. 2/3 af raten blandt indvandrerne med samme oprindelse, mens den største overensstemmelse var blandt 35-39-årige kvinder, hvor raten blandt efterkommere var 96% af raten blandt indvandrere. Med hensyn til definitionen af indvandrere og efterkommere ud fra registeroplysningerne i Ingerslevs undersøgelse, henvises til metodekapitlet om registerundersøgelsen (Kapitel 3), idet det er de samme registeroplysninger, der anvendtes i den undersøgelse til fastlæggelse af kvindernes etnicitet.

For at vurdere hvor meget indvandrerkvindernes aborter betød i det samlede billede i Danmark, så Ingerslev nærmere på et enkelt år: I 1998 blev der udført ca. 1.900 aborter på indvandrerkvinder fra ikke-vestlige lande, og Ingerslev beregnede, at hvis indvandrerkvinderne fra de ikke-vestlige lande havde fået provokeret abort i samme omfang som danske kvinder, ville det samlede aborttal i Danmark have været ca. 1.000 mindre end de ca. 16.600, det var på i 1998.

Samme billede med øget abortrate blandt indvandrerkvinder har man fundet i andre skandinaviske undersøgelser. I en norsk undersøgelse fra 1999 fandt man således, at 25% af alle kvinder, der fik foretaget abort i Oslo, var af ikke-vestlig oprindelse i forhold til 16% blandt den generelle population. Endvidere fandt man, at ikke-vestlige kvinder var overrepræsenteret i alle aldersgrupper blandt kvinder der fik foretaget abort, især i aldersgrupperne over 35 år (Eskild et al. 2002).

2. Formålet med undersøgelsen

I oktober 1999 blev der offentliggjort en handlingsplan for nedbringelse af antallet af provokerede aborter i Danmark (Sundhedsministeriet 1999). Denne handlingsplan indeholdt en række punkter, der fokuserede på en forbedret og styrket indsats i forbindelse med forebyggelse af provokerede aborter, herunder behovet for ny viden om i) årsager til valget af abort, ii) kvaliteten af lægernes information og rådgivning til kvinder, der var blevet uønsket gravide og iii) identificering af udsatte grupper. Samtidig blev det bemærket, at den »nuværende [forebyggende] indsats [synes] at have en positiv virkning«, når man sammenholdt den med den »stadig faldende aborthyppighed siden 1975« (ibid. s. 24), hvorfor formålet med en fortsat forebyggende strategi måtte være at fastholde det lave aborttal, samt i højere grad forsøge at målrette den forebyggende indsats mod kvinder, der er specielt udsatte i forhold til at få foretaget en provokeret abort.

På baggrund af ovenstående udvikling i antallet af aborter og med udgangspunkt i aborthandlingsplanen, udsendte Sundhedsstyrelsen i 2001 en udbudsbekendtgørelse, hvor man prioriterede at støtte projekter inden for følgende tre områder:

1. En afdækning af årsagerne til den faldende abortkvotient.
2. En belysning af psykiske og fysiske følgevirkninger af abort.
3. En belysning og analyse af årsagerne til den højere abortkvotient hos indvandrerkvinder og i relation hertil en analyse af hvilke informations- og/eller rådgivningsbehov indvandrerkvinder har.

Det overordnede formål med denne undersøgelse, som er koncentreret om ovennævnte områder 1 og 3, var at give et detaljeret billede af abortudviklingen i Danmark, at anskueliggøre, hvilke faktorer der kan have indflydelse på den faldende abortkvotient, samt at belyse evt. årsager til den højere abortkvotient blandt indvandrerkvinder. Mere specifikt blev formålet præciseret som:

- 1) At analysere abortudviklingen i Danmark fra 1981 til og med 2001 på baggrund af registerdata med henblik på, hvordan kvindens familieforhold, herunder antallet af børn og karakteristika ved partneren, uddannelse og erhvervsarbejde påvirker valget af provokeret abort gennem tidsperioden.
- 2) At analysere abortudviklingen blandt indvandrerkvinder (indvandrere samt efterkommere) i Danmark fra 1981 til og med 2001 på baggrund af registerdata med henblik dels på en selvstændig analyse af, hvordan disse kvinders familieforhold herunder antallet af børn og karakteristika ved partneren, uddannelse og erhvervsarbejde påvirker valget af provokeret abort gennem tidsperioden og dels på en sammenligning med de tilsvarende sammenhænge for kvinder med dansk baggrund.

- 3) At belyse hvorledes den familiemæssige baggrund, den sociale baggrund, det sociale netværk, viden om og adfærd med hensyn til prævention, tidligere graviditeter og graviditetsudfald har indflydelse på valget af provokeret abort blandt kvinder med dansk oprindelse og indvandrerkvinder.
- 4) At belyse motiver for valg af provokeret abort, bevæggrunde for evt. ikke at have anvendt prævention, samt årsager til eventuelt præventionsvigt.
- 5) At analysere hvorledes valget af provokeret abort blandt indvandrerkvinder adskiller sig fra valget af provokeret abort blandt kvinder med dansk baggrund, herunder om der var forskelle i de bagvedliggende årsager til uønsket graviditet.
- 6) At pege på tiltag der kan føre til nedsættelse af aborttallet blandt indvandrerkvinder.

For at belyse problemstillingerne i relation til årsager til såvel den generelt faldende abortkvotient som den højere abortkvotient hos indvandrerkvinder tilbundsående, er der anvendt en kombination af registerundersøgelse, hospitalsbaseret spørgeskemaundersøgelse og en kvalitativ interviewundersøgelse. Med udgangspunkt i disse tre delundersøgelser har undersøgelsen til formål at besvare Sundhedsstyrelsens spørgsmål om årsagerne til den stadig faldende abortkvotient samt årsagerne til den højere abortkvotient hos indvandrerkvinder. Derudover har vi ud fra de indsamlede data forsøgt at analysere og vurdere, hvilke informations- og/eller rådgivningsbehov indvandrerkvinder har i forbindelse med beskyttelse mod uønsket graviditet.

3. Materiale og metode

I dette studie er der anvendt en kombination af forskningsmetoder - en registerbaseret undersøgelse, en spørgeskemaundersøgelse af abortsøgende og svangre kvinder og en kvalitativ undersøgelse på basis af dybdegående interviews med abortsøgende kvinder. Ved hjælp af denne *metodetriangulering* er der opnået en mere detaljeret belysning af abortproblematikken i Danmark og de årsager og motiver, der ligger bag valget af abort, end hidtil set.

Den *registerbaserede undersøgelse* giver et overordnet billede af abortudviklingen i Danmark fra 1981 til og med 2001. Ved at kombinere oplysninger fra flere forskellige registre over flere år vedrørende de samme personer, er forskellige aspekter af deres liv blevet belyst over en årrække.

Med registerundersøgelsen er der ikke mulighed for at belyse kvinders og pars graviditetsplanlægning, præventionsbrug etc. For at belyse disse problemstillinger er der derfor tillige gennemført en hospitalsbaseret *spørgeskemaundersøgelse* på otte hospitaler fordelt over hele landet. Spørgsmålene fokuserede bl.a. på graviditetsplanlægning og præventionsanvendelse, ligesom der var spørgsmål om andre af de forhold, som ikke vil kunne belyses tilstrækkeligt detaljeret ud fra registeroplysninger: Familieforhold (bl.a. forholdet til partneren, hans ønsker om børn), uddannelse, beskæftigelse (bl.a. omfang og ambitioner) og indkomst.

Den hospitalsbaserede spørgeskemaundersøgelse gav mulighed for at opnå kontakt med den enkelte kvinde og gav samtidig kvinden mulighed for at udfylde og aflevere spørgeskemaet, før hun forlod hospitalet. Begge disse forhold har en positiv indflydelse på deltagerprocenten (Rasch 2000). Det forventedes også, at der ved denne fremgangsmåde kunne opnås en væsentlig højere deltagelsesprocent specielt blandt indvandrerkvinder, fordi man på denne måde også ville have adgang til relevant bistand fra en tolk, der kunne assistere kvinden i at udfylde spørgeskemaet, hvis det skulle være nødvendigt.

For mere detaljeret at kunne belyse og beskrive selve beslutningsprocessen omkring valget af provokeret abort, samt de mekanismer som har ført til graviditetens opståen, blev der også udført en *kvalitativ interviewundersøgelse*, der fokuserede på disse aspekter. Deltagerne blev fundet blandt de kvinder, der i spørgeskemaet havde accepteret en senere kontakt med henblik på et opfølgende interview.

Såvel registerundersøgelsen som spørgeskemaundersøgelsen er anmeldt som forskningsprojekt til Datatilsynet, som efterfølgende har fastsat bestemmelser for, hvilke sikkerhedsforanstaltninger der skulle følges, og hvordan data skulle behandles med hensyn til at beskytte de enkelte personers anonymitet. Det skal understreges, at samtlige navne, der forekommer i den kvalitative del af undersøgelsen, er pseudonymer.

Registerundersøgelsen

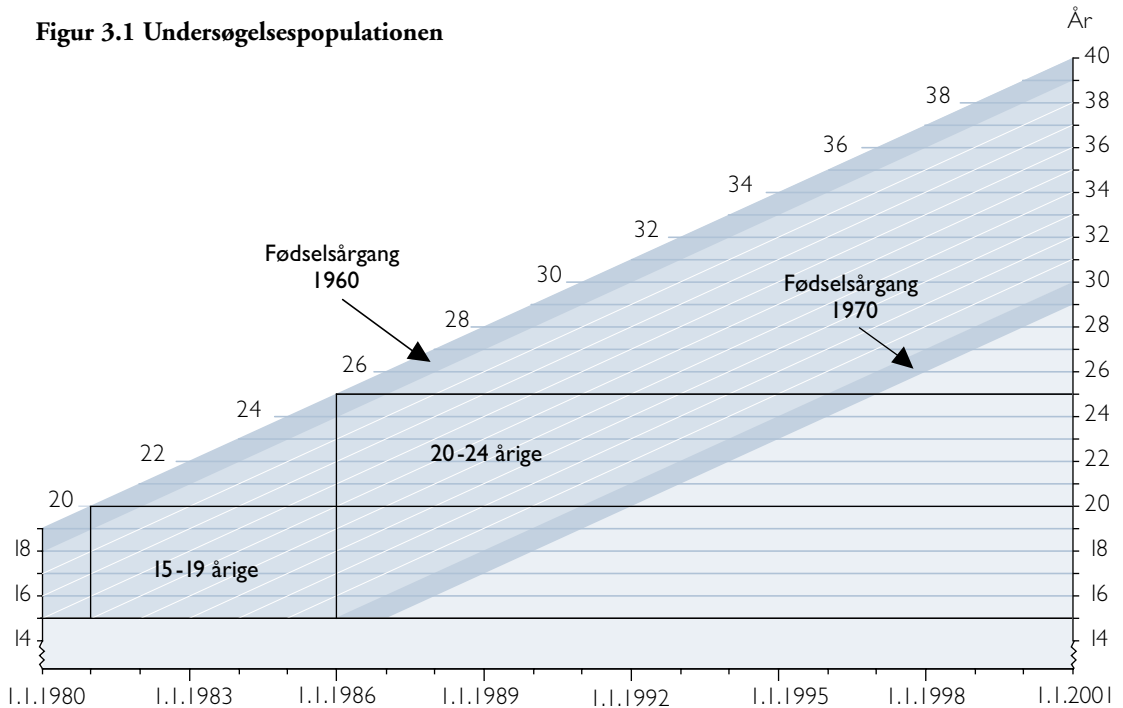
Registerundersøgelsen er baseret på oplysninger i en række nationale, offentlige registre, der indeholder forskellige oplysninger om befolkningen generelt og om kvinder, der føder eller får en provokeret abort. De anvendte registre er: Registeret over Legalt Provokerede Abortindgreb (RLA) og Landspatientregistret (LPR) i Sundhedsstyrelsen, Fertilitetsdatabasen (FTDB) samt Registeret over indvandrere og efterkommere (RIE) i Danmarks Statistik. Det endelige datamateriale udgør en opdateret version af et datasæt, der oprindeligt blev dannet ud fra de nævnte fire registre (i det følgende kaldt *basisregistrene*) til fertilitetsstudierne ved Demografisk Forskningscenter på Syddansk Universitet, Odense (se bl.a. Knudsen og Murphy 1999).

Basisregistrene dækker ikke helt samme perioder mht. de forhold, der analyseres her.

- **RLA** indeholder oplysninger om legalt provokerede abortindgreb, der er foretaget på kvinder i Danmark i perioden fra 1. januar 1974 til 31. december 1994.
- **LPR** indeholder oplysninger om de provokerede aborter, der har fundet sted fra og med 1. januar 1995 (Krebs et al. 1997).
- **FTDB** indeholder oplysninger tilbage til 1960 om, hvorvidt kvinder (og mænd) har fået et barn. Socio-demografiske karakteristika i det opdaterede datasæt findes opgjort pr. 1. januar hvert år i undersøgelsesperioden 1981-2001 (Knudsen 1998c).
- **RIE** indeholder en kategorisering af befolkningen i Danmark efter 'indvandrerstatus' og dækker befolkningen i landet fra 1. januar 1980 og fremefter. Når indvandrer- og efterkommerkvinder behandles samlet i det følgende, vil de også blive benævnt 'kvinder med indvandrerbaggrund' eller 'kvinder med ikke-dansk oprindelse'.

For at sikre en pålidelig opgørelse af samtlige aborter og fødsler, er der i undersøgelsen kun medtaget kvinder, der er født fra og med 1960, fordi det kun er for disse kvinder, registrenes gyldighedsperiode omfatter hele deres voksenliv, der her er defineret som »fra de er 13 år«. *Undersøgelsespopulationen* kommer på den måde til at bestå af samtlige kvinder over 12 år, som selv er født fra 1960 og frem og som har været bosat i Danmark på et tidspunkt i perioden 1.1.1981 – 1.1.2001. En forudsætning for at registrene giver dækkende oplysninger om kvindernes abortindgreb er, at kvinderne skal have været i Danmark på det tidspunkt, de har fået den provokerede abort.

Figur 3.1 Undersøgelingspopulationen



Dannelse af datasættet

Samtlige kvinder, født fra og med 1960, blev identificeret i Fertilitetsdatabasen (FTDB). I den er kvinder med fast bopæl i Danmark opgjort pr. 1. januar i hvert kalenderår. For at sikre, at Fertilitetsdatabasen indeholder oplysninger om alle de kvinder, der føder i Danmark i løbet af et år, tælles kvinder, der indvandrer i løbet af kalenderåret, med fra årets begyndelse, også selv om de evt. først indvandrer midt i året. Fra FTDB hentes bl.a. oplysninger om kvindernes fertilitet, dvs. antallet af børn og hvilke år, disse er født og nogle oplysninger om kvindernes evt. partnere. *Børnene* er oprindeligt identificeret ud fra Det medicinske fødsels- og dødsfaldsregister, samt Befolkningsstatistikregistret (nærmere beskrivelse af opbygningen af FTDB findes i Knudsen (1998c) og Knudsen (1993)).

Fra RLA er udtrukket oplysninger om samtlige abortindgreb, der i årene 1974-1994 er foretaget på kvinder, der er født i 1960 eller senere (Abortfilen). Oplysningerne om, hvilke kvinder der fik abort er derefter koblet til FTDB. FTDB er organiseret i årlige populationsfiler pr. 1. januar, og oplysningen om, hvorvidt kvinden får et abortindgreb i det pågældende kalenderår, er lagt på disse årsfiler, som også indeholder oplysninger om kvindens paritet (dvs. antal børn født før denne 1. januar) samt de socio-demografiske karakteristika. Det er således ikke antallet af provokerede aborter, der indgår i registerundersøgelsen, men derimod antallet af kvinder, der får abort de enkelte år, idet en kvinde kun tælles med én gang i det år, hun får abort, uanset om hun tilhører det relativt lille antal, der får mere end én abort i løbet af et kalenderår.

Tabel 3.1 viser, hvor mange kvinder, der var i alt i datasættet pr. 1. januar de enkelte år i undersøgelsesperioden, samt hvor mange af dem, der var hhv. danskere, indvandrere eller efterkommere i overensstemmelse med den definition, der anvendes i registerundersøgelsen, se nedenfor. Det fremgår af tabellen, at samlet har andelen af kvinder med indvandrerbaggrund været støt stigende fra noget over 2% i 1980 til knap 12% i 2001. Når antallet af kvinder med indvandrerbaggrund stiger gennem perioden hænger det sammen med såvel måden, undersøgelsespopulationen er udtaget på - hvert år medtages en ny fødselsårgang, der er 13 år, derfor vil den år for år omfatte flere fødselsårge - som med den generelle vækst af indvandrerbefolkningen i Danmark.

Tabel 3.1. Oversigt over materialet til registerundersøgelsen. Antal kvinder pr. år, efter indvandrerstatus. Kvinder født 1960 eller senere.

År	Kvinder i alt	Antal Indvandrere	Efterkommere	Indvandrere + efterk.	Andre	Danskere	Procent Indvandrere/ efterkommere
1981	353.490	6.629	1.294	7.923	662	344.905	2,3
1982	388.449	7.749	1.396	9.145	724	378.580	2,4
1983	423.524	9.152	1.536	10.688	646	412.190	2,6
1984	460.839	10.727	1.697	12.424	646	447.769	2,8
1985	499.414	13.081	1.907	14.988	721	483.705	3,1
1986	536.546	15.918	2.215	18.133	857	517.556	3,5
1987	573.228	18.739	2.556	21.295	891	551.042	3,9
1988	609.931	21.416	2.956	24.372	885	584.674	4,2
1989	642.834	24.441	3.380	27.821	870	614.173	4,5
1990	675.230	28.142	3.882	32.024	875	642.331	5,0
1991	709.053	32.815	4.482	37.297	1.042	670.714	5,6
1992	741.004	36.954	5.089	42.043	994	697.967	6,0
1993	772.888	41.607	5.785	47.392	1.139	724.357	6,5
1994	803.075	46.206	6.507	52.713	1.233	749.129	7,0
1995	836.108	53.988	7.180	61.168	1.496	773.444	7,9
1996	868.057	61.698	7.788	69.486	1.625	796.946	8,7
1997	898.881	68.319	8.487	76.806	1.698	820.377	9,4
1998	931.021	75.135	9.255	84.390	1.848	844.783	10,0
1999	963.369	81.737	10.214	91.951	1.962	869.456	10,6
2000	995.063	88.727	11.354	100.081	739	894.243	11,2
2001	1.029.519	96.520	12.581	109.101	596	919.822	11,9

Klassificering efter etnicitet

I registerundersøgelsen må klassificeringen af kvindernes etnicitet nødvendigvis basere sig på de oplysninger, der findes i registrene. Der vil derfor kun blive tale om en tilnærmelsesvis angivelse af etnicitet, idet der kan anvendes oplysninger om kvindens forældre og hendes eget statsborgerskab og fødeland. Den overordnede klassifikation af om en kvinde har indvandrerbaggrund, er den kombination af oplysninger om en persons *eget* og personens *forældres* statsborgerskab og fødeland, som Danmarks Statistik har fastlagt i samarbejde med Indenrigsministeriet (Pedersen 1991), og som findes i Danmarks Statistiks Register over indvandrere og efterkommere (RIE). Ud fra kombinationen af de nævnte oplysninger kan personer i Danmark klassificeres som *indvandrere* og *efterkommere*, eller *danskere*, altså personer, der ikke falder ind under definitionen af de to andre grupper. Herudover falder en mindre del af befolkningen uden for de tre kategorier og klassificeres som 'andre'.

- En *indvandrer* defineres som en person, der er født i udlandet og hvis forældre begge (eller den ene hvis der ikke findes oplysninger om den anden) er udenlandske statsborgere eller født i udlandet. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, klassificeres personen også som indvandrer.

- En *efterkommer* defineres som en person født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er dansk statsborger, født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen, skønt født i Danmark, er udenlandsk statsborger, klassificeres personen også som efterkommer.

- Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, tilhører personen kategorien »øvrige«, dvs. *danskere*, hvis personen har dansk statsborgerskab og er født i Danmark.

Desuden foreligger der oplysning om deres såkaldte *oprindelsesland*, dvs. det land en indvandrer kommer fra, eller det land hvori en efterkommer har statsborgerskab (Varedeklaration 2004). Denne kategorisering har været anvendt i befolkningsstatistikken siden 1990, og findes i registrene med virkning tilbage til 1980. Når registerundersøgelsen sammenlignes med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen og den kvalitative undersøgelse er det værd at huske på, at der i fastlæggelsen af indvandrerstatus ikke indgår oplysninger om oplevelsen af eller følelsen af kulturelt eller etnisk tilhørsforhold til en bestemt gruppe, men udelukkende en række kriterier, der er fastlagt ud fra registeroplysninger.

I registerundersøgelsen anvendes grupperinger af oprindelseslandene, der modsvarer de grupperinger af lande, som anvendes af Danmarks Statistik i den løbende befolkningsstatistik. Det er på den måde bl.a. muligt at opdele kvinderne efter, om deres oprindelsesland er vestligt eller ikke-vestligt. Derudover arrangeres landene i mindre grupper, hovedsagelig efter geografiske kriterier, jfr. Bilag 1, hvoraf det fremgår, hvorledes de enkelte lande er placeret

i de anvendte grupperinger. I Danmarks Statistiks gruppering udgør Japan som oprindelsesland en selvstændig kategori, mens kvinder med japansk oprindelse i spørgeskemaundersøgelsen er sat sammen med kvinder fra vestlige lande (der indgår i alt to svangre kvinder med japansk oprindelse i spørgeskemaundersøgelsen).

De 15-39 årige ikke-danske kvinder, der boede i Danmark i hele 2001 og for hvem, der er registreret en abort i 2001, fordelte sig, ifølge oplysningerne i registerundersøgelsen, på mere end 90 forskellige oprindelseslande. De kan grupperes som følger:

Tabel 3.2 Oversigt over oprindelse for de 15-39 årige ikke-danske kvinder, der fik registreret en abort i 2001

Norden	70
EU-lande uden for Norden	53
Mindre udviklede lande i Europa*	258
'Øvrige Europa'	196
Afrika	132
Nordamerika	9
Syd- og Mellemamerika	35
Japan	3
'Øvrige Asien'	469
Australien/New Zealand/øvrige Oceanien'	2
Statsløse/uoplyst oprindelsesland	7

* lande som FN regner som mindre udviklede lande i Europa. Se Bilag 2.

Der kan, i forbindelse med planlægning af forebyggende aktiviteter, være et ønske om at målrette disse mod specifikke nationaliteter. Imidlertid er antallet af kvinder fra en del af enkeltnationaliteterne så lille, at der vil være problemer, hvis man foretager analyser af enkeltår af aldersgrupper. Det er derfor valgt at analysere udviklingen for udvalgte enkeltlande i femårsperioder, hhv. 1981-1985, 1986-1990, 1991-1995 og 1996-2000.

Datakvalitet, pålidelighed og gyldighed

Kvaliteten (*pålideligheden og gyldigheden*) af de data, der anvendes i registerundersøgelsen, afhænger bl.a. af datakvaliteten i basisregistre, samt af den omhyggelighed, der er anvendt ved viderebearbejdningen af data både i oparbejdningen af det specifikke datasæt og ved den senere dannelse af analysefilerne. Registret over Legalt Provokerede Abortindgreb - RLA-var baseret på indberetninger, der blev indsendt til Sundhedsstyrelsen fra de

hospitalsafdelinger, der har foretaget abortindgreb. Den læge, der var ansvarlig for abortindgrebet, var også ansvarlig for indberetningen til Sundhedsstyrelsen. Da den særlige abortregistrering blev ophævet med virkning fra 1.1.1995, gennemførte Sundhedsstyrelsen en sammenligning af indberetningerne til RLA og den elektroniske indberetning i LPR for 1994, hvor begge registreringer havde været i kraft (Krebs et al. 1997). Konklusionen på denne sammenligning var, at der var registreret flere abortindgreb i LPR end i RLA, men også, at ingen af de to registreringer omfattede samtlige aborter. Samtidig kunne der ikke påvises nogen systematisk forskel mellem de gamle og de nye tal, når man så på de enkelte amtskommuner.

Der er for perioden 1980-1994 et vist antal kvinder, der er registreret med abort fra Sundhedsstyrelsen, som ikke kunne genfindes i FTDB. Det varierer gennem årene mellem 0,6% og 2,2% af kvinderne i abortfilen fra Sundhedsstyrelsen. Årsagen til at kvinderne ikke kan genfindes i FTDB kan være, at der er anvendt et ukorrekt personnummer i RLA, eller at den kvinde, der får abort, endnu ikke har fået et gyldigt dansk personnummer. Det er f.eks. tilfældet med asylansøgere, hvorfor registerundersøgelsen ikke kan belyse abortmønstret i denne gruppe.

Mål for abortudviklingen

For at kunne beskrive og analysere abortudviklingen er det nødvendigt at anvende relative tal i tillæg til de absolutte tal (Knudsen 1998b). De relative tal udtrykker aborttallet blandt kvinder i en bestemt aldersgruppe i forhold til, hvor mange kvinder der i alt er i aldersgruppen i det år, opgørelsen vedrører. I den offentliggjorte statistik, som blev anvendt i Kapitel 1 i omtalen af den hidtidige udvikling, beregnes den generelle abortkvotient som antallet af legalt provokerede abortindgreb i et givent kalenderår i forhold til antallet af kvinder i alderen 15-49 år pr. 1.1. det pågældende kalenderår (eller middelfolketallet). Denne kvotient udtrykkes normalt pr. 1.000 kvinder. Derudover anvendes aldersspecifikke kvotienter, der beregnes som antallet af abortindgreb, der er foretaget på kvinder i en bestemt aldersgruppe (1- eller 5-års) divideret med antallet af kvinder i samme aldersgruppe.

Da der er foretaget en vis afgrænsning af de data, såvel som af den undersøgelsespopulation, der indgår i registerundersøgelsen, vil de præsenterede mål i det følgende ikke umiddelbart svare til, hvad der kan udledes af den offentliggjorte statistik.

Først og fremmest skal det erindres, at undersøgelsespopulationen her er begrænset til kvinder, der er født fra 1960 og frem, hvilket betyder, at abortforekomsten kan belyses for kvinder i forskellige aldersgrupper for forskellige perioder. Den alder, der anvendes i registerundersøgelsen, er kvindens alder pr. 1. januar i det givne kalenderår, hvor hun evt. får en abort. Når kvindens alder beregnes pr. 1. januar i det år, hun får abort, vil hendes alder i registeranalyserne i gennemsnit være lavere, end hvis man beregnede ud fra alderen på aborttidspunktet.

Abortudviklingen analyseres ud fra beregninger af, hvor store andele af kvinderne i befolkningen, der får abort i løbet af et kalenderår. Det betyder, i forhold til den offentlige statistiks abortkvotienter, at hvis en kvinde har mere end én provokeret abort i løbet af et kalenderår, medtælles i registerundersøgelsen kun den ene af disse aborter, idet der lægges vægt på, hvor mange kvinder, der får abort og ikke hvor mange indgreb, der finder sted i løbet af året. Fra den løbende statistik vides det, at 4-5% af de kvinder, der får abort i en givent år, får endnu en abort inden for de næste 12 måneder. I 1991 var det således 5,3% inden for 12 måneder og ca. 12%, hvis man fulgte kvinderne i 12 måneder (Sundhedsstyrelsen 1993). Andelen af kvinder, der får abort, vil derfor, når den beregnes som beskrevet oven for, være lavere end en abortkvotient, hvor det totale antal aborter i perioden udtrykkes i forhold til antallet af kvinder.

Som nævnt oven for, er indvandrere medregnet i populationen pr. 1. januar i det år, hvor de indvandrer, uanset på hvilket tidspunkt af året, de indvandrer. Da en del af disse kvinder kan få aborter inden de kommer til landet, som ikke er registreret i det datamateriale, som registerundersøgelsen er baseret på, er det besluttet udelukkende at beregne abortandelen blandt de kvinder, der boede i landet hele året, hvilket betyder, at de var tilstede i registerundersøgelsens materiale både 1. januar i det pågældende kalenderår og 1. januar i det efterfølgende år.

Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen bygger på et *case-kontrol design*, hvor *case*gruppen består af kvinder, der kom til forundersøgelse med henblik på at få foretaget en provokeret abort inden udgangen af 12. graviditetsuge og *kontrol*gruppen består af gravide kvinder, der kom til rutinemæssig ultralydsscanning i 12-20 graviditetsuge. Data blev indsamlet i perioden fra september 2002 til april 2003. Begge grupper af kvinder fik mundtlig såvel som skriftlig information om, at deltagelse var frivillig og de fik desuden udleveret en skriftlig patientinformation, som de blev bedt om at læse og underskrive.

For at opnå et tilnærmelsesvist repræsentativt udvalg af svarpersoner indgik hospitaler fra seks forskellige amtskommuner: Nordjylland, Århus, Ribe, Sønderjylland, Storstrøm og Fyn, samt Frederiksberg kommune i undersøgelsen. Følgende otte hospitaler indgik i undersøgelsen: Aalborg sygehus, Skejby sygehus, Esbjerg sygehus, Haderslev sygehus, Sønderborg sygehus, Odense Universitetshospital, Næstved sygehus og Frederiksberg hospital. Af organisatoriske årsager er indsamlingsperioderne ikke identiske på de deltagende hospitaler.

Der blev udviklet to spørgeskemaer, et til kvinder med provokeret abort og et til kvinder, der kom til rutinemæssig svangrekontrol. I begge skemaer blev der udover spørgsmål om kvindernes sociale og økonomiske situation også indsamlet identisk baggrundsinformation og information om kvindernes viden om, holdning til og brug af prævention i de to grupper.

Spørgeskemaet til kvinder med provokeret abort blev udleveret på hospitalet i forbindelse med, at kvinderne kom til forundersøgelse forud for indgrebet. Dette spørgeskema indeholdt spørgsmål, der fokuserede på bevæggrunde for valg af provokeret abort. Kvinderne blev bedt om at udfylde spørgeskemaet og aflevere det, før de forlod hospitalet.

Tabel 3.3 Oversigt over abortsøgende kvinder, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen

Sygehus	Indsamlingsperiode	Antal aborter inden 12. gestationsuge i perioden	Antal inviterede abortsøgende kvinder	Antal abortsøgende kvinder der accepterede	Svarpct.
Aalborg sygehus	21/10/02 - 28/03/03	257	199	161	80,9
Skejby sygehus	15/11/02 - 28/02/03 24/03/03 - 24/04/03	329	247	197	79,8
Esbjerg sygehus	01/10/02 - 28/02/03	188	134	83	62,1
Haderslev sygehus	23/10/02 - 01/04/03	98	79	68	85,9
Sønderborg sygehus	03/09/02 - 05/03/03	126	105	91	86,7
Odense Universitetshospital	02/09/02 - 28/03/03	443	349	257	73,6
Næstved sygehus	9/09/02 - 04/03/03	255	206	154	74,6
Frederiksberg hospital	03/09/02 - 31/01/03	695/520*	485	315	64,9

**) På Frederiksberg hospital foretages forundersøgelse forud for provokeret abort mandag-torsdag. Af praktiske grunde blev kvinder kun inviteret til at deltage i undersøgelsen henholdsvis tirsdag, onsdag og torsdag. Ved korrektion af dette forhold havde i alt 520 kvinder mulighed for at indgå i undersøgelsen.*

I alt var der 2.391 kvinder, der fik foretaget provokeret abort på de pågældende hospitaler i undersøgelsesperiodens forløb. Blandt disse kvinder blev i alt 1.804 inviterede til at deltage i undersøgelsen og 1.326 accepterede deltagelse og returnerede et udfyldt spørgeskema svarende til en besvarelsesprocent på 73,5%. Da deltagelsen blandt indvandrerkvinder var lavere end forventet, blev dataindsamlingen på Frederiksberg hospital og på Sønderborg sygehus forlænget med otte uger og på Næstved sygehus og Odense Universitetshospital forlængedes dataindsamlingen med 4 uger. I denne periode fokuseredes udelukkende på indvandrerkvinder. Dette tiltag resulterede i at yderligere 58 indvandrerkvinder blev inkluderet i undersøgelsen. I alt var der således 1384 kvinder, der fik foretaget provokeret abort inden udgangen af 12. graviditetsuge, der udfyldte og returnerede spørgeskemaet.

Spørgeskemaet til de svangre kvinder blev udleveret på hospitalet i forbindelse med, at kvinderne kom til rutinemæssig kontrol på henholdsvis Skejby sygehus, Esbjerg sygehus, Sønderborg sygehus, og Frederiksberg hospital. De blev bedt om at udfylde spørgeskemaet og aflevere det, før de forlod hospitalet.

Table 3.4 Oversigt over svangre kvinder, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen

Sygehus	Indsamlingsperiode	Spørgeskemaet udleveret til	Antal inviterede svangre kvinder	Antal svangre kvinder der accepterede	Svarpct.
Skejby sygehus	11/03/03-10/04/03	kvinder der kom til rutinemæssig ultralydsscanning i 12. graviditetsuge	456	332	72,8
Esbjerg sygehus	01/10/03-22/04/03	kvinder, der kom til rutinemæssig ultralydsscanning i 20. graviditetsuge	196	165	84,2
Sønderborg sygehus	16/09/02-07/11/02 13/01/03-31/01/03	kvinder, der kom til første rutinemæssige kontrol i 12.-20. graviditetsuge	290	252	86,8
Frederiksberg hospital	03/09/02-23/02/03	kvinder, der kom til rutinemæssig ultralydsscanning i 20. graviditetsuge	733	557	75,6

I alt blev 1.675 svangre kvinder inviteret til at deltage i undersøgelsen, hvoraf de 1.306 accepterede deltagelse og returnerede et udfyldt spørgeskema svarende til en besvarelsesprocent på 77,9%.

I de tilfælde, hvor kvinden ikke forstod dansk, og hvor hun var ledsaget af en tolk, blev interviewet udført ved hjælp af den ledsagende tolk. Det var dog ikke i alle tilfælde at de indvandrerkvinder, der ikke kunne dansk, var ledsaget af tolk. I et forsøg på at nå disse kvinder blev spørgeskemaet oversat til engelsk og patientinformationen blev desuden oversat til syv forskellige sprog (arabisk, farsi, urdu, serbokroatisk, somalisk, tyrkisk og engelsk). Den oversatte patientinformationen indeholdt, udover oplysninger om undersøgelsens formål og metode, et spørgsmål om kvinden var villig til at deltage i et telefoninterview udført på hendes eget sprog. Hvis kvinden accepterede dette, blev hun bedt om at oplyse sit telefonnummer og blev derpå ringet op en af de efterfølgende dage og interviewet af en tolk. Blandt kvinder, der valgte provokeret abort, og svangre kvinder, blev henholdsvis 39 og 32 spørgeskemaer udfyldt via tolk. For at vurdere repræsentativiteten af spørgeskemaundersøgelsens resultater, er der foretaget en sammenligning af udvalgte oplysninger om de kvinder, der besvarede spørgeskemaet og de kvinder, der ifølge registerundersøgelsen fik provokeret abort eller fødte i løbet af 2001. Da udviklingen i fødsels- og abortmønstrer

i hovedsagen forløber jævnt, forventes der ikke store forskelle fra 2001 til 2002/2003, selvom der er ca. 1 år mellem de to opgørelser.

Tabel 3.5. Fordeling af kvinderne i spørgeskemaundersøgelsen og registerundersøgelsen efter udvalgte baggrundskarakteristika.

	Spørgeskemaundersøgelsen, 09.2003-05.2004				Registerundersøgelsen, 01.2001 ⁽¹⁾			
	Kvinder med abort		Svangre kvinder		Kvinder med abort		Kvinder, der føder	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Kvindens alder ⁽²⁾								
15-19 år	182	14,0	8,0	0,6	2.038	14,2	1.413	2,2
20-24 år	316	24,3	134	10,4	2.945	20,5	9.226	14,6
25-29 år	304	23,3	527	40,9	3.407	23,7	24.579	39,0
30-34 år	298	22,9	446	34,7	3.331	23,2	20.243	32,1
35-39 år	203	15,6	172	13,4	2.658	18,5	7.558	12,0
I alt	1.303	100	1.287	100	14.379	100	63.019	100
Samlivssituation								
Gift/samlevende	605	48,1	1.210	95,1	6.960	48,4	55.388	87,9
Antal børn								
Ingen børn	542	43,4	691	54,6	5.859	40,8	27.948	43,7
1 barn	242	19,4	404	31,9	2.920	20,3	23.496	36,7
2 eller flere børn	464	37,2	171	13,5	5.600	39,0	12.532	19,6

(1) Denne sammenligning omfatter for registerundersøgelsen samtlige kvinder i populationen pr. 1.1.2001, jfr. oven for om afgrænsningen mht. kvinder, der indvandrer i løbet af året. Ved at begrænse beregningen til kun at omfatte kvinder, der er i landet hele året, ændres procenttallene minimalt.

(2) I spørgeskemaundersøgelsen er kvindens alder opgjort i fyldte år på interviewtidspunktet, mens alderen i registerundersøgelsen er opgjort som fyldte år i begyndelsen af det år, hvor hun får abort eller føder. I procentberegningen indgår kun kvinder under 40 år.

Tabel 3.5 viser fordelingen af kvinderne med hensyn til deres alder, og andelen, der er gift eller samlevende, og det antal børn, de har. Aldersfordelingen blandt kvinder med abort i spørgeskemaundersøgelsen viser generelt en stor overensstemmelse med aldersfordelingen blandt kvinderne i registerundersøgelsen, men kvinderne i spørgeskemaundersøgelsen er dog en anelse yngre, idet 38,3% er under 25 år, mod 34,7% i registerundersøgelsen. Med hensyn til samlivssituationen er det mere vanskeligt at sammenligne oplysningerne fra de to delundersøgelser. I spørgeskemaundersøgelsen, hvor kvinderne selv har oplyst, hvordan deres situation er, er gifte og samlevende slået

sammen, men der kan skelnes mellem om de enlige kvinder har en fast partner eller ej. I registerundersøgelsen derimod, bygger opdelingen efter samlivssituation på oplysninger om, hvor kvinden og hendes evt. partner har bopæl, hvorimod det ikke er muligt at belyse, om kvinder, der bor alene eller i bofællesskab, har en fast kæreste. Derfor indeholder tabellen kun oplysning om, hvor stor en andel af kvinderne, der er gifte eller samboende. Også denne oplysning viser stor overensstemmelse mellem de to undersøgelser.

Fordelingerne af de svangre kvinder i spørgeskemaundersøgelsen og de fødende i registerundersøgelsen viser også pæn overensstemmelse mht. de samme karakteristika, dog er der relativt flere førstegangsfødende i spørgeskemaundersøgelsen end i registerundersøgelsen.

Kvindernes etniske baggrund

Ud fra oplysningerne i spørgeskemaerne, blev kvinder, der var født i Danmark af forældre med dansk baggrund, klassificeret som havende *dansk baggrund*. Kvinder, der var født udenfor Danmark, blev klassificeret som *indvandrere*, og kvinder født i Danmark, men hvor begge forældrene havde en anden etnisk baggrund end dansk, blev klassificeret som *efterkommere*. I gruppen af indvandrerkvinder var der to kvinder fra Sydkorea, der var kommet til Danmark som spæde og som rapporterede, at deres forældre havde dansk oprindelse. Disse to kvinder blev opfattet som værende adopteret og blev i nærværende undersøgelse kategoriseret som havende dansk baggrund.

Kvinder fra Australien, Canada, Cypern, England, Frankrig, Færøerne, Grækenland, Grønland, Holland, Irland, Island, Italien, Japan, Norge, Portugal, Schweiz, Sverige, Tyskland, USA blev rubriceret som kommende fra *andre vestlige lande*.

Kvinder fra Albanien, Armenien, Bosnien, Bulgarien, Jugoslavien, Kosovo, Letland, Litauen, Makedonien, Moldova, Montenegro, Polen, Rumænien, Rusland, Slovakiet, Tjekkiet, Ungarn og Ukraine blev rubriceret som kommende fra *tidligere Østeuropa*.

Kvinder fra Afghanistan, Algeriet, Egypten, Irak, Iran, Kuwait, Libanon, Marokko, Pakistan, Syrien, Tunesien, Tyrkiet og Yemen blev rubriceret som kommende fra *Nordafrika/Mellemøsten*

Kvinder fra Burkina Faso, Burundi, Etiopien, Gambia, Ghana, Mauritius, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sydafrika, Sudan, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia og Zimbabwe blev rubriceret som kommende fra *Afrika syd for Sahara*.

Kvinder fra Filippinerne, Indien, Kina, Korea, Sri Lanka, Sydkorea, Thailand og Vietnam blev rubriceret som kommende fra *Asien*.

Kvinder fra Belize, Brasilien, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Peru og

Uruguay blev rubriceret som kommende fra *Mellem-/Sydamerika*.

Kvinder med provokeret abort

I henhold til disse klassifikationskriterier blev 1094 kvinder blandt kvinder, der valgte provokeret abort, kategoriseret som havende dansk baggrund, 15 kvinder blev kategoriseret som værende efterkommere og 240 kvinder blev kategoriseret som værende indvandrere. For 33 kvinder manglede der oplysning om deres etniske baggrund. Gruppen af indvandrerkvinder, der valgte provokeret abort, kom fra følgende 66 lande:

- 5 fra Afghanistan, 1 fra Albanien, 1 fra Algeriet, 1 fra Armenien, 1 fra Australien, 1 fra Belize, 8 fra Bosnien, 2 fra Brasilien, 1 fra Bulgarien, 1 fra Burkina Faso, 1 fra Burundi, 1 fra Canada, 1 fra Colombia, 1 fra Costa Rica, 2 fra England, 1 fra Etiopien, 2 fra Filippinerne, 3 fra Færøerne, 3 fra Frankrig, 1 fra Gambia, 4 fra Ghana, 3 fra Grækenland, 14 fra Grønland, 1 fra Holland, 1 fra Indien, 12 fra Irak, 15 fra Iran, 1 fra Irland, 5 fra Island, 7 fra Jugoslavien, 11 fra Kina, 3 fra Korea, 3 fra Kosovo, 1 fra Kuwait, 9 fra Libanon, 2 fra Makedonien, 6 fra Marokko, 1 fra Moldova, 8 fra Norge, 2 fra Pakistan, 5 fra Polen, 1 fra Portugal, 2 fra Rumænien, 2 fra Rusland, 1 fra Schweiz, 1 fra Senegal, 2 fra Sierra Leone, 9 fra Somalia, 1 fra Syd Afrika, 3 fra Sri Lanka, 1 fra Sudan, 7 fra Sverige, 2 fra Syd Korea, 2 fra Tanzania, 7 fra Thailand, 2 fra Tjekkiet, 2 fra Tunesien, 11 fra Tyrkiet, 9 fra Tyskland, 3 fra Uganda, 2 fra Ukraine, 2 fra Ungarn, 1 fra USA, 13 fra Vietnam, 1 fra Yemen og 1 fra Zambia.

Svangre Kvinder

Blandt svangre kvinder blev 1.133 kvinder kategoriseret som havende dansk baggrund, 142 som værende indvandrerkvinder og 14 som værende efterkommere. Derudover manglede der information om etnisk baggrund for 17 kvinder. Gruppen af svangre indvandrerkvinder kom fra følgende 53 lande: 4 fra Afghanistan, 1 fra Bosnien, 3 fra Brasilien, 1 fra Bulgarien, 2 fra Canada, 1 fra Chile, 1 fra Colombia, 1 fra Cypern, 1 fra Ecuador, 1 fra Egypten, 1 fra England, 4 fra Filippinerne, 4 fra Færøerne, 4 fra Grønland, 4 fra Holland, 2 fra Irak, 1 fra Iran, 6 fra Island, 1 fra Italien, 2 fra Japan, 1 fra Korea, 1 fra Kosovo, 1 fra Kuwait, 1 fra Letland, 11 fra Libanon, 1 fra Litauen, 6 fra Marokko, 1 fra Mauritius, 1 fra Montenegro, 7 fra Norge, 8 fra Pakistan, 1 fra Peru, 1 fra Polen, 1 fra Rumænien, 3 fra Rusland, 1 fra Schweiz, 1 fra Slovakiet, 5 fra Somalia, 3 fra Sri Lanka, 8 fra Sverige, 1 fra Syd Afrika, 5 fra Syrien, 2 fra Thailand, 1 fra Tjekkiet, 1 fra Togo, 1 fra Tunesien, 5 fra Tyrkiet, 9 fra Tyskland, 1 fra Uruguay, 3 fra USA, 3 fra Vietnam, 1 fra Yemen og 1 fra Zimbabwe.

Tabel 3.6. Kvinderne i spørgeskemaundersøgelsen efter oprindelsesland og om de tilhører gruppen, der får abort eller gruppen af svangre kvinder.

	Abort		Fødsel	
	Antal	%	Antal	%
Danmark	1.094	79,0	1.133	86,8
Indvandrere				
Anden vestlig	62	4,5	53	4,1
Nordafrika/Mellemøsten	66	4,8	46	3,5
Afrika syd for Sahara	29	2,1	9	0,7
Asien	40	2,9	13	1,0
Østeuropa	40	2,9	13	1,0
Mellem/Sydamerika	5	0,4	8	0,6
Efterkommere	15	1,1	14	1,1
Mangler	33	2,4	17	1,3

Spørgeskemaundersøgelsen anvendte strukturerede, selvudfyldte spørgeskemaer. For at sikre at spørgeskemaet var forståeligt i dets ordlyd, blev der foretaget en pilottestning af skemaet, hvor både kvinder med dansk baggrund og indvandrerkvinder udfyldte skemaet. Denne pilottest resulterede i et mindre antal korrektioner.

Det blev understreget overfor kvinderne at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at de kunne fravælge at deltage i undersøgelsen på et hvilket som helst tidspunkt, det måtte passe dem. Tilladelse til at udføre undersøgelsen blev indhentet fra de regionale videnskabetiske komiteer i de amter, hvor data blev indsamlet.

Statistisk analyse

Det case-kontrol design, spørgeskemaundersøgelsen bygger på, giver mulighed for at sammenligne casegruppen af kvinder, der valgte abort, og kontrolgruppen af svangre kvinder. Herved beskrives sammenhængen mellem forskellige faktorer og kvindernes sandsynlighed for at vælge abort. Her vurderes om andelen (a/c) i casegruppen, der har været udsat for en given faktor adskiller sig fra andelen (b/d) blandt kontrolgruppen.,

Table 3.7 Sammenhæng i case-kontrol undersøgelse

	Case (abort)	Kontrol (svangre)	I alt
+ Eksponering	a	b	a+b
- Eksponering	c	d	c+d
I alt	a+c	b+d	

Forholdet mellem disse to andele betegnes *odds ratio* og kan tolkes som kvindens tilbøjelighed til at vælge abort set i lyset af en nærmere defineret eksponering (eksempelvis det at være dårligt informeret om prævention). Som det fremgår af ovenstående tabel er casegruppens odds ratio udtrykt ved $(a/c)/(b/d)$. Signifikansniveauet er i undersøgelsen udtrykt ved et *95% konfidensinterval*, hvilket betyder, at hvis analysen blev foretaget 100 gange, vil udfaldet i 95 af tilfældene ligge inden for konfidensintervallets rammer. Jo bredere konfidensintervallet er, jo mindre styrke har analysen. Hvis konfidensintervallet indeholder værdien 1, vil man betragte en funden sammenhæng som usignifikant. Det vil sige, at den fundne sammenhæng kan tilskrives tilfældigheder.

I denne undersøgelse har det været af særlig interesse at undersøge, om kvindens etniske baggrund påvirkede valget af abort, og om der var et samspil mellem etnisk baggrund og viden og holdning til prævention. Det blev gjort ved hjælp af *stratificerede* analyser, hvor man beregnede odds ratio i undergrupper baseret på kvindernes etniske baggrund (strata) af datasættet.

Oftentimes er en given sammenhæng mellem eksponering og effekt påvirket af andre variable (*confoundere*). Hvis den sammenhæng mellem eksponering og effekt, der findes i hele materialet, viser sig svagere eller stærkere inden for undergrupper med forskellige værdier af en tredje variabel, er der *confounding* til stede. Man kan kontrollere for confounding ved at benytte *multivariate* statistiske analyser, hvor man beregner graden af sammenhæng mellem eksponering og effekt, mens man statistisk kontrollerer for andre variable, som tages med i analysen. Her er anvendt *logistisk regression*, hvorved justerede odds ratioer er beregnet for sammenhængen mellem eksponering og effekt under hensyntagen til indflydelsen af potentielle confoundere som alder, samlivssituation og antal børn.

Den kvalitative interviewundersøgelse

Formålet med den kvalitative interviewundersøgelse var at belyse beslutningsprocessen omkring kvinders valg af provokeret abort samt de sociale og kulturelle forhold, der var medvirkende til, at en uønsket graviditet opstod.

Undersøgelsen er baseret på etnografiske interviews, hvilket vil sige interviews, der anvendes som indgangsvinkel til en forståelse af deltagerens liv som helhed,

og hvor formålet er at forsøge at opnå forståelse af livet, som det erfares og leves til daglig af interviewpersonen (Gammeltoft 2003, Rubow 2003). For at forstå hvorfor en gravid kvinde i Danmark i dag vælger at afbryde frem for at gennemføre sin graviditet, må man søge at opnå en vis indsigt i hendes daglige liv: hvad er væsentligt for hende, hvor ligger det daglige livs tyngdepunkter, hvad er kilder til glæde, hvad er kilder til sorg eller spekulation? For at forstå hvordan det går til, at kvinder bliver uønsket gravide, må man søge at forstå karakteren af de intime relationer, de er involveret i, og hvilke muligheder for at forebygge graviditet, det daglige liv muliggør. Dette er store spørgsmål, og spørgsmål som ideelt set kræver langt mere tid til samtale, end et enkelt møde giver mulighed for.

Dannelse af datasættet

Denne undersøgelse er baseret på 40 enkeltstående interview med kvinder i Danmark. Deltagerne blev rekrutteret telefonisk blandt de kvinder, der i forbindelse med udfyldelsen af spørgeskemaet havde svaret, at de accepterede en senere kontakt med henblik på et opfølgende interview. Der blev kontaktet indvandrerkvinder fra det tidligere Østeuropa, Nordafrika, Mellemøsten, Somalia og Sydøstasien, da det primært er kvinder fra disse regioner, der får abort i Danmark. Interviewene med indvandrerkvinder bestod af otte interview med kvinder, der fik abort på Odense Sygehus, tre interview med kvinder, der fik abort på Skejby Sygehus, og ni interview med kvinder, der fik abort på Frederiksberg Hospital. Kvinderne med dansk oprindelse blev udvalgt tilfældigt blandt de danske kvinder, der fik abort på hhv. Frederiksberg Hospital (12 kvinder) og Esbjerg Sygehus (otte kvinder). Ved den telefoniske henvendelse afslog enkelte af kvinderne med dansk oprindelse at deltage i det opfølgende interview, men langt størstedelen accepterede.

Indvandrerkvinderne var betydeligt vanskeligere at rekruttere end kvinder med dansk baggrund: For det første var der både numerisk og procentvist færre indvandrerkvinder end kvinder med dansk oprindelse, der udfyldte spørgeskemaet; for det andet var der ofte fejl i de opgivne telefonnumre, telefonen kunne være nedlagt, eller kvinden var ikke at træffe på nummeret, og for det tredje afslog mange at deltage i et opfølgende interview. Blandt såvel indvandrerkvinder som kvinder med dansk oprindelse var begrundelsen for kvindernes afslag oftest enten mangel på tid eller et ønske om ikke at tænke mere over aborten.

For at skabe de bedst mulige betingelser for at samtale om emner, der for mange kvinder er meget personlige og livsnære, blev de fleste interview udført i kvindens eget hjem og på det tidspunkt af dagen eller aftenen, hun selv foretrak. Ét af interviewene blev udført på en café, tre på forskernes kontor i enten Odense eller København, og ét på kvindens ægtefælles arbejdsplads, alle efter deltagernes eget ønske. Hvert interview varede mellem halvanden og fire timer. Den enkelte kvinde afgjorde selv, hvem der skulle deltage i interviewet – i reglen var kun hun selv og interviewerens (samt evt. en tolk) til stede, men i enkelte interview deltog også interviewpersonens mand/kæreste, børn eller veninder i dele af interviewet.

Interviewene blev foretaget ud fra en åben spørgeguide, som gav rum for den enkelte kvindes oplevelser og erfaringer i forbindelse med aborten. Det betød, at det enkelte interview kunne tage mange forskellige retninger, alt efter hvad der var vigtigst og mest magtpåliggende for deltageren at tale om. Hvert interview dækkede som minimum de følgende temaer: Kvindens aktuelle livssituation (økonomi, arbejde/uddannelse, parforhold/familie, sociale netværk), tanker og overvejelser i forbindelse med aborten, beslutningsprocessen, oplevelsen af abort, den aktuelle graviditets opståen, viden om prævention, erfaringer med prævention. Interviewene med indvandrerkvinder dækkede endvidere emnerne: Prævention og abort i hjemlandet, samt ankomsten til og livet i Danmark.

Tabel 3.8 Oversigt over kvinder med dansk baggrund, der deltog i den kvalitative undersøgelse:

Kvinde nr.	Pseudonym	Alder	Civilstatus	Antal børn
1.	Sara	25	Ugift	0
2.	Dorthe	36	Ugift	1
3.	Britt	19	Ugift	0
4.	Stine	35	Gift	2
5.	Lisbeth	32	Ugift	0
6.	Nina	34	Ugift	1
7.	Caroline	29	Gift	2
8.	Marianne	37	Ugift	0
9.	Katja	22	Ugift	0
10.	Maja	26	Ugift	0
11.	Julie	25	Ugift	0
12.	Pil	34	Fraskilt	1
13.	Astrid	32	Fraskilt	2
14.	Birgitte	36	Samlevende	4
15.	Jytte	36	Gift	2
16.	Susan	29	Ugift	3
17.	Annette	32	Samlevende	3
18.	Bodil	32	Ugift	1
19.	Karen	26	Gift	2
20.	Lene	38	Fraskilt	2

Dataindsamlingen fandt sted i perioden februar til juni 2003. I alt 40 interviews blev udført, 20 med indvandrerkvinder og 20 med kvinder med dansk oprindelse. Interviewene fandt sted mellem to uger og seks måneder efter, at kvinden fik abort. I alt ni af interviewene blev udført ved hjælp af tolk (fire af disse foregik på arabisk, tre på somali, ét på thai og ét på tyrkisk). Med undtagelse af to interview med somaliske kvinder, som ikke ønskede båndoptagelse, blev alle interview optaget på bånd og senere transskriberet.

Indvandrerkvinderne var i alderen 18-47 år, også her var de fleste mellem 25 og 34. På tidspunktet for interviewet var 12 arbejdsløse, to under uddannelse, tre på barsels/forældreorlov og tre i arbejde. 17 af indvandrerkvinderne havde børn, mens tre ikke havde børn. Af de, der havde børn, boede seks alene med barnet/børnene, mens elleve boede sammen med deres mand. Af de, der ikke havde børn, boede én alene, mens to boede sammen med en mand eller kæreste. Femten af kvinderne havde ikke fået abort før, mens fire havde fået én tidligere abort og én havde fået to tidligere aborter. Én af kvinderne fik medicinsk abort, 17 fik kirurgisk abort, mens to aborterede spontant efter at have taget beslutningen om at få en provokeret abort.

To af kvinderne, hvis forældre kom fra hhv. Tyrkiet og Jugoslavien, var født og opvokset i Danmark, mens fem havde boet i Danmark i mindre end 5 år, fire havde boet i Danmark i 5-10 år, og ni i mere end 10 år. Seks var kommet hertil som flygtninge, ni i forbindelse med familiesammenføring og tre på anden vis. Kvinderne med dansk oprindelse var i alderen 19-37 år, de fleste mellem 25 og 34. På tidspunktet for interviewet var fire arbejdsløse, fire under uddannelse, to på barselsorlov og 10 i arbejde. 13 af kvinderne havde børn, mens syv ikke havde børn. Af de, der havde børn, boede syv alene med barnet/børnene, mens seks boede sammen med en mand eller kæreste. Af de, der ikke havde børn, boede seks alene, mens én boede sammen med sin kæreste. 13 af kvinderne havde ikke fået abort før, mens fire havde fået én abort, to havde fået to tidligere aborter og én havde fået tre tidligere aborter. 13 af kvinderne fik kirurgisk abort, mens syv fik medicinsk abort. Det skal bemærkes, at de 20 kvinder ikke kan siges at være repræsentative for kvinder i Danmark. F.eks. deltog kun ganske få helt unge kvinder i undersøgelsen; kun to af kvinderne var under 22 år.

Tabel 3.9 Oversigt over indvandrerkvinder, der deltog i den kvalitative undersøgelse:

Kvinde nr.	Pseudonym	Alder	Civilstatus	Antal børn	Oprindelses-land
1.	Nadia	27	Ugift	0	Marokko
2.	Jovanka	23	Fraskilt	3	Jugoslavien
3.	Caasha	38	Gift	4	Somalia
4.	Rayanah	31	Fraskilt	3	Yemen
5.	Shahla	25	Gift	0	Iran
6.	Yasmin	32	Gift	2	Tunesien
7.	Asma	37	Fraskilt	3	Marokko
8.	Selma	24	Gift	2	Tyrkiet
9.	Fatima	32	Gift	3	Marokko
10.	Alma	32	Gift	2	Bosnien
11.	Elena	47	Gift	1	Moldavien
12.	Ly	32	Gift	2	Vietnam
13.	Samira	30	Gift	4	Libanon
14.	Dalshad	38	Gift	4	Irak
15.	Vera	18	Samlevende	0	Polen
16.	Niket	36	Gift	2	Tyrkiet
17.	Faadumo	23	Fraskilt	3	Somalia
18.	Muumina	33	Gift	7	Somalia
19.	Arun	29	Gift	1	Thailand
20.	Gloria	34	Fraskilt	3	Philippinerne

Vanskelighederne med at rekruttere indvandrerkvinder til studiet rejser spørgsmålet om, hvorvidt de indvandrerkvinder, der accepterede deltagelse, adskiller sig systematisk fra andre indvandrerkvinder i Danmark. Med andre ord, er det en bestemt »type« indvandrerkvinder, der har accepteret at deltage i undersøgelsen? Dette er vanskeligt at svare på uden et nærmere kendskab til de kvinder, der har afslået at deltage. Der er et markant behov for yderligere forskning, som formår at involvere også kvinder som de mange, der ikke ønskede at deltage i et forskningsprojekt som dette. For at få et bredere billede af danske indvandrerkvinders liv og vilkår, ikke mindst i forhold til seksuel og reproduktiv sundhed, kræves tydeligvis andre forskningsmetoder end de interview, der blev anvendt i dette studium. Etnografisk forskning, som udføres over længere tid og med mere partcipatoriske metoder, vil sandsynligvis kunne give mere detaljeret

indsigt i forskellene og kompleksiteten i indvandrerkvinders liv i Danmark i dag og i forskellige grupperes forskellige behov for sundhedsydelse og –vejledning.

Antropologisk analyse

Eksisterende studier af provokeret abort i Danmark har oftest været udført fra et socio-demografisk eller socialmedicinsk perspektiv, mens ingen publicerede studier endnu har belyst abortproblematikker fra en antropologisk vinkel. Da den kvalitative undersøgelse er baseret på antropologisk feltarbejde, skal det her kort skitseres, hvad der kendetegner et *antropologisk analytisk perspektiv*. Implicit i den antropologiske analyse er først og fremmest *sammenligningen* – med andre historiske tider og andre geografiske steder, hvor alting er anderledes end i den nutidige danske virkelighed, vi tror at kende så godt. Den antropologiske analyse udføres ud fra en bevidsthed om, at alting kunne være anderledes, end det er. Anvendt i abortforskningen vil det sige, at man ikke kan tage for givet at børn skal fødes i kernefamilier, selvom det tilsyneladende er, hvad mange kvinder i Danmark ønsker sig i dag. Man kan heller ikke tage for givet, at en kvinde skal føde sine børn, når hun er i en bestemt alder, eller at hun skal føde et bestemt antal børn i sin levetid. Alle disse forhold er historisk og kulturelt variable og må derfor gøres til genstand for undren og undersøgelse, snarere end ses som givne og nødvendige betingelser for gennemførelsen af en graviditet.

Tidligere dansk abortforskning har ofte dokumenteret, hvorledes der er klare sammenhænge mellem kvinders valg af abort og de demografiske karakteristika (alder, parforhold, paritet), der kendetegner deres livssituation. Hvor mange eksisterende analyser søger statistiske sammenhænge mellem individuelle handlinger og socio-økonomiske karakteristika, søger den antropologiske analyse først og fremmest at forstå de tanker, følelser og erfaringer hos mennesker, der tilsammen bliver til deres motiver og handlinger – og den søger at forstå måderne, det enkelte menneskes tanker, erfaringer og handlinger er formet igennem større sociale fællesskaber. Frem for uden videre at acceptere det tilsyneladende kulturelt givne – f.eks. at et fast parforhold er en nødvendig betingelse for at få børn – søger antropologien indsigt i de underliggende *kulturelle antagelser*, sådanne forestillinger hviler på, og viden om de *hverdagserfaringer* – de oplevelser af f.eks. glæde og fællesskab eller af mismod, ensomhed og afmagt – som er med til at institutionalisere kernefamilien og det faste parforhold som kulturelle imperativer og tilsyneladende nødvendige sociale betingelser for, at man sætter børn i verden. Frem for at se samfundsmæssige normer som noget, der sætter sig igennem udenom individuelle erfaringer og refleksioner, vil man i antropologien snarere søge at vise, hvordan mennesker søger selv at give deres liv retning og form – ved at trække på de sociale og kulturelle ressourcer, de i den givne situation har til rådighed. Selv de hårdeste demografiske kendsgerninger får først social vægt og konsekvens, når de tillægges betydning – af tænkende og handlende mennesker.

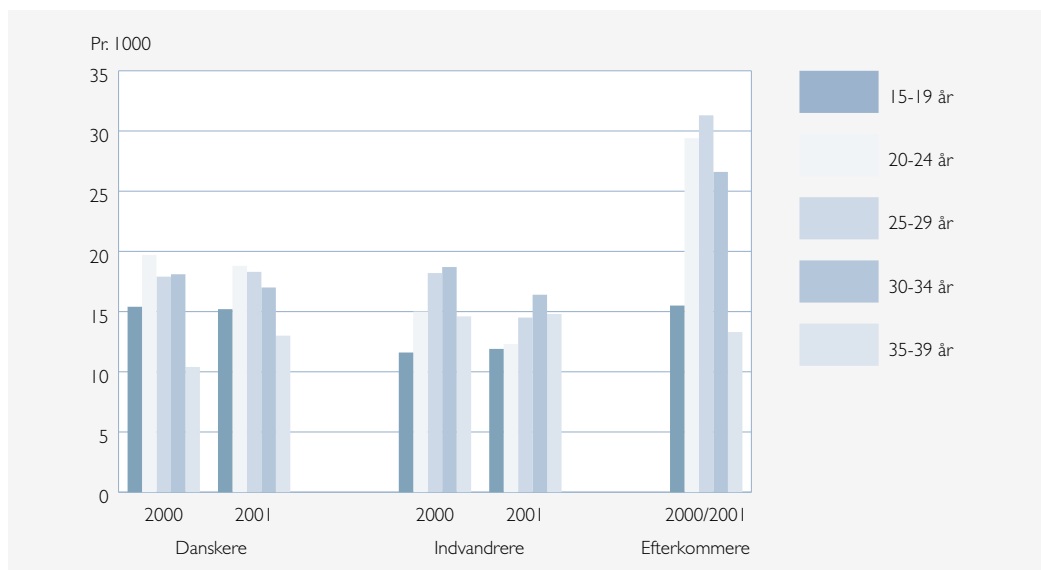
4. Abortudviklingen 1981-2001

I den tyveårs periode registerundersøgelsen omfatter, kunne man forvente et stigende aborttall, dels fordi mange par længere venter med at få børn - kvinderne til de er lidt over 28 år, mændene til de er omkring de 30 - dels fordi såvel kvinder som mænd debuterer seksuelt omkring 16 års alderen. Denne kombinationen af at kvinder og mænd er seksuelt aktive i en lang periode, hvor de samtidig endnu ikke ønsker at få børn, har imidlertid ikke resulteret i en stigning i aborttallet. Såvel registerundersøgelsen som de offentliggjorte statistikker viser et stadigt fald i andelen af kvinder, der får abort. Herudover kan registerundersøgelsen også påvise et fald, der hos nogle grupper af indvandrerkvinder er stærkere end det fald, der ses generelt.

Ud fra registerundersøgelsens oplysninger kan det beregnes, hvor stor en andel af samtlige kvinder i alderen 15-39 år, der har fået abort i 2000 og 2001. De to år er de seneste, datasættet dækker. Blandt de danske kvinder er andelen, der får abort, højest blandt kvinder i 20'erne, og kvinderne i begyndelsen af 30'erne ligger på omtrent samme niveau som kvinderne i slutningen af 20'erne. Opgøres andelen med abort efter kvindernes indvandrerbaggrund ses, som det fremgår af figur 4.1., et noget forskelligt abortmønster i aldersgrupperne. I forhold til de danske kvinder er der blandt de yngre indvandrerkvinder en relativ lav andel, der får abort, mens det højeste niveau blandt indvandrerne ses for kvinder fra slutningen af 20'erne. Samtidig viser figuren også, at andelen, der får abort, i visse aldersgrupper er lavere i 2000 og 2001 blandt indvandrerkvinderne end blandt kvinder af dansk oprindelse.

Som det er beskrevet i metodekapitlet, består gruppen af indvandrerkvinder af kvinder fra mange lande, med forskellige holdninger til og praksis med hensyn til familiedannelse, præventionsanvendelse og provokeret abort. I det følgende vil gruppen af indvandrerkvinder derfor også blive betragtet som bestående af *grupper* med indbyrdes meget forskellige abortmønstre i stedet for som *én*, homogen gruppe.

Figur 4.1. Andel kvinder, der har fået abort. Kvinder i Danmark efter indvandrerstatus. 2000 og 2001. Pr. 1.000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



Som det ses på figur 4.1 er der i næsten alle aldersgrupper relativt flere blandt efterkommerkvinderne end blandt danskere og indvandrerne, der har fået abort. Forklaringen på, at efterkommerkvinderne er opgjort samlet for de to år er, at gruppen ikke er nær så talrig som indvandrergruppen. Mens der er omkring 18.000 30-34 årige indvandrerkvinder de to år, er der i hver af de to aldersgrupper, hvor efterkommerkvinderne er færrest - de 30-34 og 35-39 årige - kun 5-600. For at undgå for store tilfældige udsving, fordi grupperne er så små, er der derfor beregnet en samlet abortandel for efterkommerkvinderne for de to år. Resultatet, som ses yderst til højre på figur 4.1, giver indtryk af, at der er relativt flere af de 'andengenerationskvinder', der er født i Danmark, der får abort, end der er af de kvinder, der er født uden for Danmark, men indvandret til landet. Det er især blandt de 20-34 årige efterkommerkvinder, at andelen med abort er højere end blandt indvandrerkvinderne.

I de følgende afsnit, hvor abortudviklingen i perioden fra 1981 til 2001 beskrives ud fra oplysningerne i det registerbaserede datasæt, vil der blive set nærmere på variationerne mellem de forskellige grupper af kvinder. Den første del vil være koncentreret om en gennemgang af den generelle udvikling, og hver aldersgruppe vil blive analyseret for sig. Senere vil aspekter af kvindernes familieforhold blive belyst. Da registerdatasættet indeholder oplysninger om kvinder, der er født fra 1960 og frem, kan de enkelte aldersgrupper af kvinder beskrives i forskellige perioder, som der er redegjort for i kapitlet om metode.

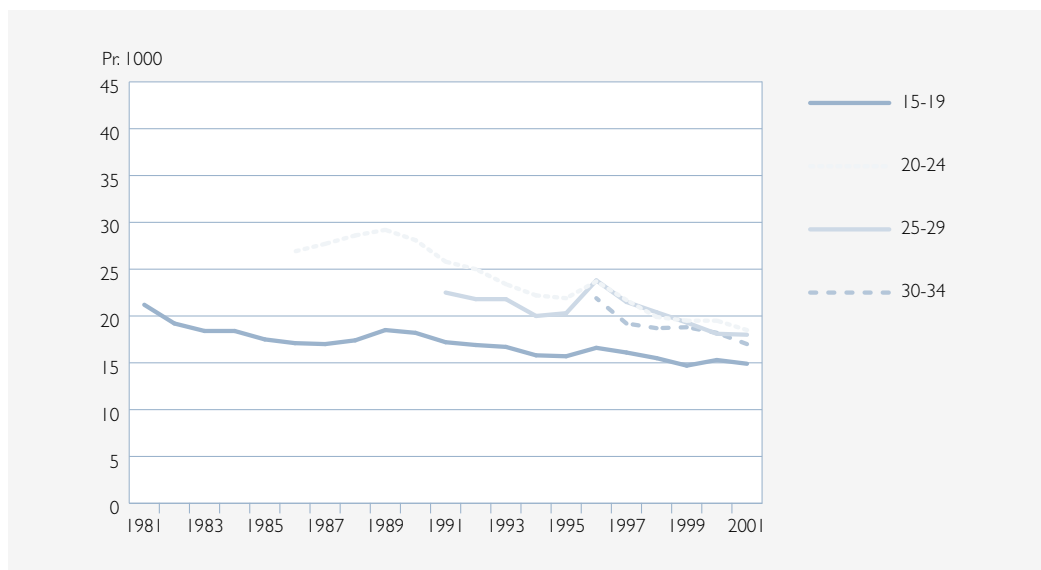
Abortudviklingen i de enkelte aldersgrupper

For at få en idé om, i hvilken alder kvinder ønsker at etablere familie og få børn, kan man som udgangspunkt se på abortkvotienten. Den er resultatet af en beregning, der sætter antallet af legalt provokerede abortindgreb i et givent kalenderår blandt kvinder i en bestemt aldersgruppe i forhold til antallet af kvinder i den pågældende alder pr. 1. januar samme år (eller middelfolketallet pr. 1. juli). I den tyveårs periode registerundersøgelsen omfatter, har der været et generelt fald i abortkvotienten i alle aldersgrupper. I samme periode er der sket en gradvis ændring i det aldersspecifikke abortmønster. Ændringerne skal ses i sammenhæng med, at hvor kvinders gennemsnitsalder ved deres første barns fødsel i 1981 var 24,8 år, steg den til lidt over 28 år i 2002 (Befolkningens bevægelser (2002) 2003).

Registerundersøgelsens datasæt giver mulighed for at beregne, hvor stor en andel af samtlige 15-19-årige kvinder, der fik abort i hvert år i hele undersøgelsesperioden. For de ældre femårs aldersgrupper er beregningen mulig for den periode, hvor deres aborter har været omfattet af registreringen. Figur 4.2. viser for hver aldersgruppe, hvor stor en andel af kvinderne, der har fået abort i de enkelte år. Som nærmere beskrevet i kapitlet om metode indgår i beregningerne til denne og de følgende figurer kun kvinder, der har været i landet i hele det pågældende kalenderår.

For de 15-19-årige kvinder er det karakteristisk, at der har været en jævn, svagt nedadgående tendens i hele undersøgelsesperioden. Tidligere opgørelser baseret på den officielle statistik har demonstreret, at abortkvotienten blandt teenagerne faldt kraftigt fra 1976 til begyndelsen af 1980'erne, hvorefter der har været et svagt, men temmelig konstant fald. Dette studie omfatter altså perioden efter det kraftige fald. Set i et nordisk perspektiv, er det stadige fald i Danmark blandt de helt unge kvinder bemærkelsesværdigt (Knudsen et al. 2003), og man ved også, at de 15-19-årige kvinder i Danmark fra 2000 fik relativt færre provokerede aborter end de unge kvinder i Finland, som ellers i en årrække har haft de laveste abortkvotienter i Norden, når det drejede sig om de helt unge (Knudsen og Gissler 2003).

Figur 4.2. Andel kvinder i 5-års-aldersgrupper, der har fået abort. Kvinder i Danmark. 1981-2001. Pr. 1.000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



Blandt de 20-24 årige kvinder har der i hele den periode, de kan følges, været en højere andel, der får abort end blandt de 15-19 årige. Den hidtidige statistik har samtidig vist, at faldet i abortkvotienten satte senere ind i denne aldersgruppe end i de øvrige aldersgrupper, hvilket også antydes på figur 4.2. For de 25-29 årige har der derimod været et jævnt fald i abortkvotienten siden midten af 1970'erne. Dette studie viser, i overensstemmelse med den offentliggjorte statistik, at der i de seneste år - altså gennem slut-1990'erne - igen har været en stærkere faldende tendens. De 30-34 årige kan i denne undersøgelse kun følges gennem en kort periode (fra 1996), men også for denne aldersgruppe ses en faldende tendens i de senere år. Under ét lå grupperne fra 20 til 34 år tæt på hinanden i 2001, og er dermed på et ensartet niveau igen, lige som det var tilfældet kort efter abortlovens ikrafttræden i 1973. Men abortkvotienterne i 2001 var ca. 1/3 lavere end i midten af 1970'erne.

De 15-19-årige kvinder

I den periode, registerundersøgelsen omfatter, er fertilitetskvotienten - antal levendefødte i et år, født af kvinder i en bestemt alder, divideret med antallet af kvinder i den pågældende alder - faldet blandt de helt unge kvinder. Der var et relativt stærkt fald til midt-1980'erne, hvorefter faldet fortsatte, men dog mere afdæmpet. Fertilitetskvotienten er således forblevet på et lavt niveau, og er stadig svagt faldende. Der var i følge den officielle statistik i 2001 7,6 ud af hver 1.000 15-19 årige kvinder, der fødte, og ca. dobbelt så mange (14,0), der fik abort (Befolkningens bevægelser (2002) 2003).

Der kan være flere årsager til at interessere sig for abort- og fødselsmønstret

blandt de unge i forhold til deres etniske baggrund:

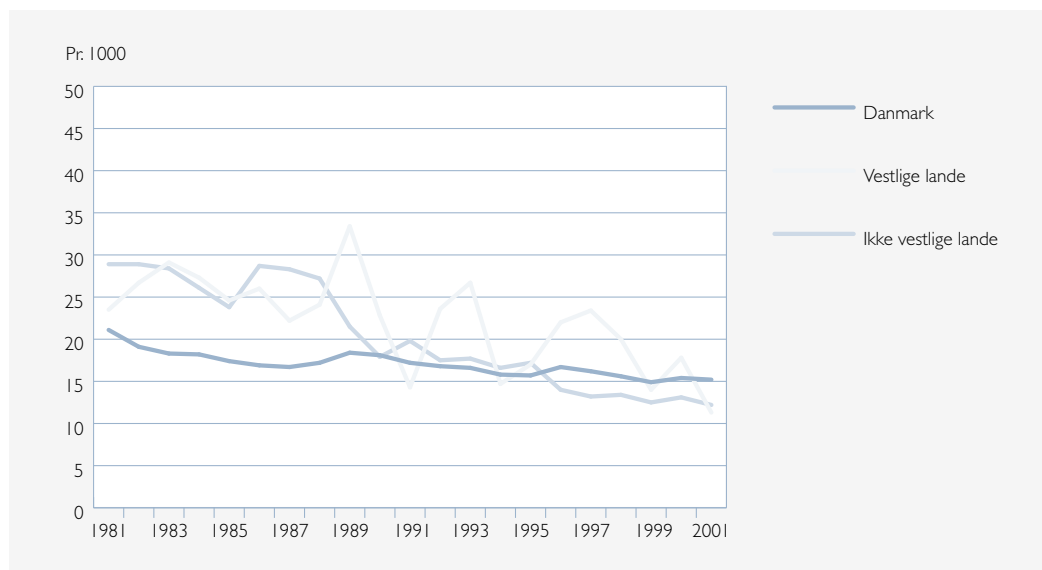
- Unge kvinder, der indvandrer til Danmark og ikke har gået i skole her i landet, vil komme med den viden om seksualliv og prævention, som de har med sig fra deres hjemland.

- Generelt har unge kvinder med indvandrerbaggrund en højere fertilitet end unge kvinder med dansk baggrund (Befolkningens bevægelser (2002) 2003).

- Mens danske unge kvinder flytter hjemmefra for at etablere sig med egen bolig og først siden evt. flytte sammen med en kæreste, er der betydeligt flere unge kvinder med indvandrerbaggrund, der flytter direkte hjemmefra for at gifte sig (Carneiro & Knudsen 2001).

Hvis man deler de 15-19 årige kvinder op efter indvandrerbaggrund, bliver grupperne hurtigt relativt små. I 2001 var der knap 8.000 indvandrere blandt de 15-19 årige kvinder (ca. 6,0%) og 3.300 efterkommere (2,5%), blandt hvilke der i alt blev foretaget 97, henholdsvis 42 abortindgreb. Den stigning, der siden 1981 er sket i antallet af indvandrere i Danmark afspejler sig også her. Dengang var der 1,3% indvandrere og 0,4% efterkommere i denne aldersgruppe.

Figur 4.3. Andel 15-19-årige kvinder, der har fået abort. Kvinder i Danmark af vestlig og ikke-vestlig oprindelse. 1981-2001. Pr. 1.000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



Selvom der år for år er udsving i de beregnede andele, der får abort, viser registerundersøgelsen et fald blandt de 15-19 årige, uanset om de var af dansk oprindelse eller havde en baggrund som indvandrer eller efterkommer. Figur 4.3. viser udviklingen for 15-19 årige kvinder med hhv. dansk, vestlig og ikke-vestlig

oprindelse. Kvinder med oprindelse i ikke-vestlige lande havde ca. 50% højere andel med abort i begyndelsen af perioden, men lå i de senere år lidt lavere end samtlige 15-19-årige og også lavere end kvinder med dansk oprindelse. De store udsving i gruppen af vestlig oprindelse kan ikke umiddelbart forklares, men da der hvert år er mere end 1000 kvinder i gruppen, kan det evt. skyldes ændringer i gruppens sammensætning mht. nationalitet. Da gruppen af dansk oprindelse antalmæssigt er så dominerende, falder kurver for disse kvinder stort set sammen med kurven for samtlige 15-19-årige kvinder, hvorfor sidstnævnte ikke er indtegnet på figuren.

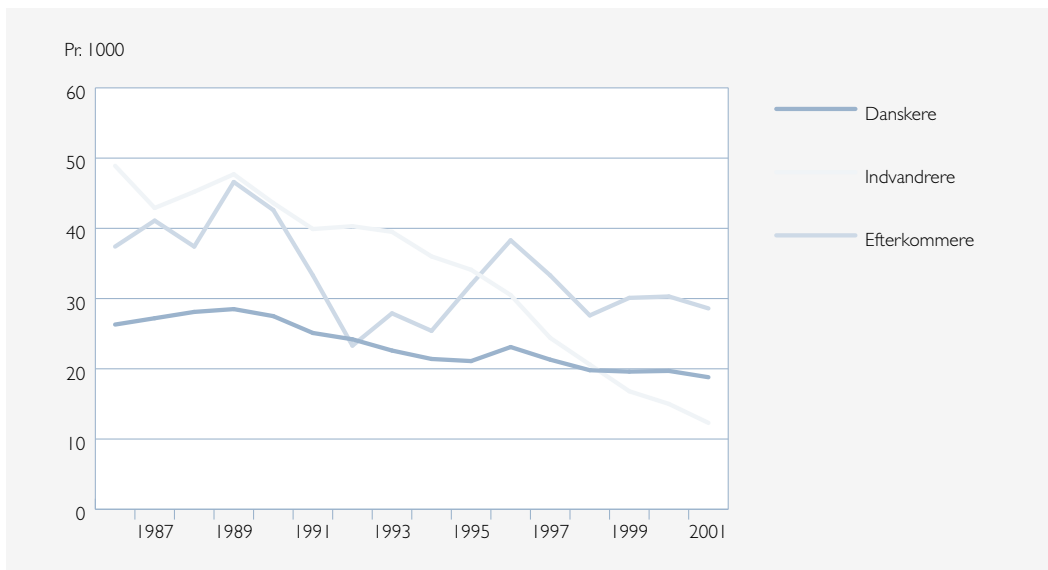
De 20-24-årige kvinder

Blandt kvinder i begyndelsen af tyverne er der relativt flere, der er regelmæssigt seksuelt aktive og derfor også relativt flere, der har en - alt andet lige - større mulighed for at blive gravid. Selvom der er relativt færre af de gravide i denne aldersgruppe, der vælger en abort, end det er tilfældet blandt de 15-19 årige, er der derfor alligevel generelt en høj andel af de 20-24 årige kvinder, der får abort, fordi der forekommer relativt flere graviditeter. Som eksempel kan nævnes, at andelen af 20-24 årige, der fødte i 1990, var mere end dobbelt så høj som andelen, der fik abort i det samme år.

Siden 1985 har der været et fald i fertiliteten blandt de 20-24-årige, som skal ses i lyset af den generelle tendens til at både kvinder og mænd i dag venter længere med at etablere familie og få barn. I 1980'erne og endnu mere omkring 2000 blev denne gruppe kvinder opfattet som »unge« i forhold til, hvornår det forventedes at stifte familie. De er i en alder, hvor de fleste er flyttet hjemmefra, men hvor der samtidig endnu kun er en lille andel, der har stiftet familie og fået barn. I 2002 levede ca. 7% af kvinderne i denne aldersgruppe i ægteskab, omkring 30% levede med en mandlig partner i et papirløst samliv og mindre end 25% af de 25 årige havde født (mindst) et barn (Befolkningens bevægelser (2002) 2003).

Ifølge registerundersøgelsen havde 8% af kvinderne i aldersgruppen indvandrerbaggrund i 2001, mens 1,8% var efterkommere, hvilket svarer til ca. 13.000 indvandrere og knap 2.800 efterkommere, blandt hvilke det var registreret, at 158, henholdsvis 79 kvinder fik abort. Også i denne aldersgruppe er der sket en stigning i andelen af kvinder med indvandrerbaggrund: I 2001 var andelen af indvandrere ca. tre gange så stor som i 1986 (2,7%, henholdsvis 8,2%), mens efterkommerne i 2001 udgjorde en 5 gange så stor andel som i 1986, hvorfra de 20-24 årige kvinder følges i registerundersøgelsen.

Figur 4.4. Andel der har fået abort blandt 20-24-årige kvinder efter indvandrerstatus. Danmark 1986-2001. Pr. 1.000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



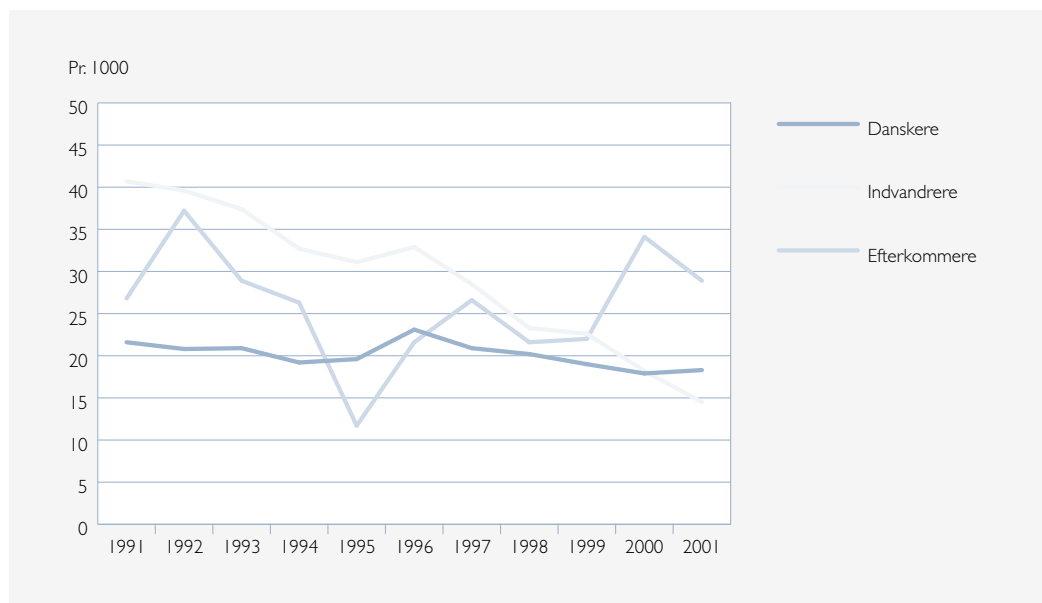
Der har været et fald i andelen af 20-24 årige kvinder, der får abort, både blandt danskere og indvandrere. Udviklingen blandt efterkommerne er sværere at vurdere på grund af de store årlige udsving, der skyldes det begrænsede antal efterkommere i denne aldersgruppe. Først i 1995 når gruppen op på over 1.000 kvinder, og det årlige antal kvinder, der får abort, ligger før 1995 på mellem 13 og 25 om året. Da gruppen med dansk baggrund udgør mellem 97% i 1986 og 90% i 2001, er andelen med abort blandt de danske kvinder også i denne aldersgruppe næsten identisk med den totale andel. Men mens de danske kvinder ligger en anelse under den totale andel i begyndelsen af perioden, betyder det stærke fald i indvandrernes abortandel, samtidig med at gruppen vokser i antal, at abortandelen blandt de danske kvinder ligger mellem 0,2 og 0,3 procentpoint højere end den totale andel i de sidste par år af perioden. Også i denne aldersgruppe havde kvinder fra ikke-vestlige lande en betydeligt højere andel med abort end den samlede gruppe i begyndelsen af perioden. I 2001 var andelen med abort blandt kvinder med ikke-vestlig baggrund stadig for nedadgående og på niveau med andelen blandt samtlige kvinder. Abortandelen blandt kvinder med vestlig (ud over dansk) baggrund har i hele perioden været lavere end blandt kvinder med ikke-vestlig baggrund, og de to grupper har stort set parallelle faldende tendenslinier.

De 25-29 årige kvinder

I 2001 var 45% af de førstegangsfødende 25-29 år. Aldersgruppen udgjorde samme år også 37% af samtlige fødende (Befolkningens bevægelser (2002) 2003). Af de 29 årige havde 64% født mindst ét barn. Tilsammen viser det, at

de 25-29 årige kvinder er i den alder, hvor det i dag er blevet almindeligt at være ved eller at have stiftet familie med barn.

Figur 4.5. Andel med abort blandt 25-29 årige kvinder efter indvandrerstatus. Danmark 1991-2001. Pr. 1.000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



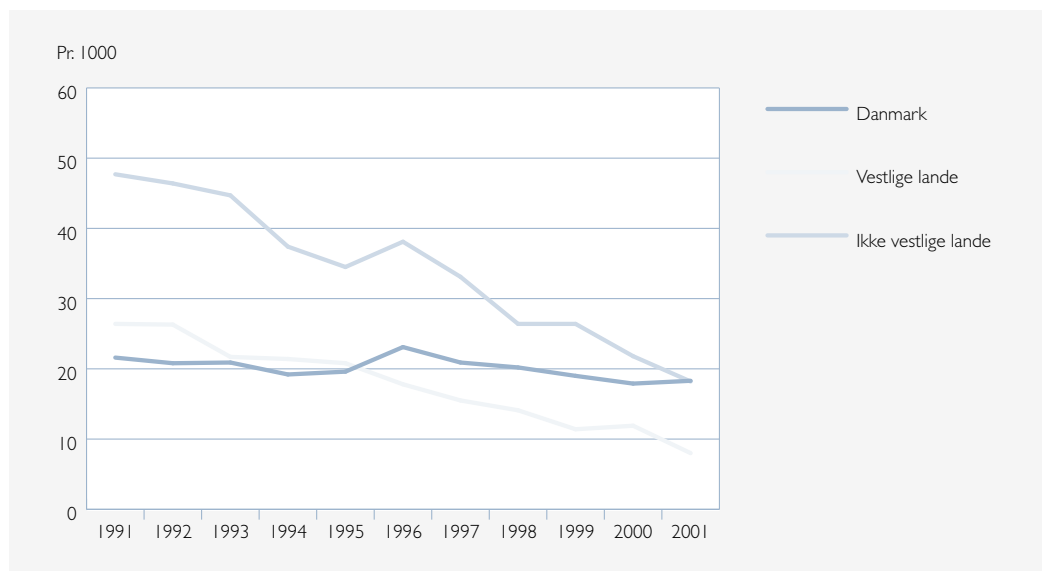
For kvinderne i slutningen af tyverne viser abortudviklingen samme tendenser som for kvinderne i begyndelsen af tyverne. Abortkvotienterne er dog lavere blandt de 25-29 årige end blandt de 20-24 årige. Vurderet i sammenhæng med fertiliteten i aldersgruppen har der, på trods af den relativt høje abortkvotient, været relativt få af de kvinder, der var blevet gravide, som valgte at få abort, hvilket har været tolket som, at de fleste af dem, der bliver gravide i denne alder, ønsker at få et barn (Knudsen & Wielandt 1995).

Ifølge registeroplysningerne var ca. 16.900 af de 25-29 årige indvandrerkvinder (9%) i 2001, mod ca. 9.300 (5%) i 1991. Det er også registreret at blandt disse kvinder fik 245 foretaget en abort i 2001 og 378 i 1991. Der er relativt færre efterkommere i denne aldersgruppe end blandt de yngre kvinder: 0,3% i 1991 og 1% i 2001.

Andelen af danske kvinder, der har fået abort, er faldet ca. 15% over den tiårs periode, denne aldersgruppe kan følges, mens det relative fald fra 1991 til 2001 blandt kvinder med indvandrerbaggrund udgør 64%. Andelen af indvandrere, der fik abort i 1991, var omkring 89% højere end andelen af danske kvinder. Det ret konstante fald blandt indvandrerne har imidlertid betydet, at de to grupper var på stort set samme niveau i 2000, og at indvandrerne i 2001 lå ca.

20% under de danske kvinder. Der er store udsving blandt efterkommerne, som også her skal ses i sammenhæng med, at det samlede antal efterkommere i aldersgruppen først i 1999 nærmede sig 1.000 personer.

Figur 4.6. Andel med abort blandt 25-29 årige fra vestlige og ikke-vestlige lande. Danmark 1991-2001. Pr. 1000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



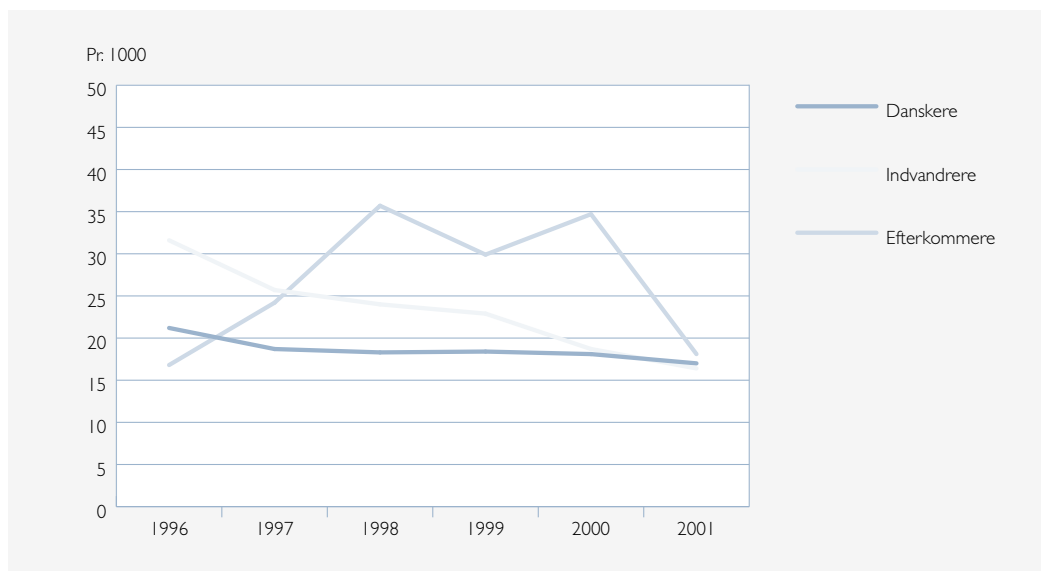
For de ikke-danske kvinder, der har fået abort, ses såvel for kvinder med vestlig som med ikke-vestlig baggrund stort set parallelt faldende tendenslinjer. I begyndelsen af perioden var andelen, der fik abort, højest blandt kvinder med ikke-vestlig baggrund, men disse lå i slutningen af perioden på niveau med danske kvinder. Indvandrere med vestlig baggrund er fra midt i 1990'erne den gruppe, der har haft den laveste andel, der fik abort.

De 30-34 årige kvinder

I hele den periode, registerundersøgelsen omfatter, har der i Danmark været en stigende fertilitet blandt kvinderne i denne aldersgruppe. Den generelle fertilitetsstigning i Danmark, der afløste faldet fra slutningen af 1960'erne, satte ind i 1983, men kunne allerede fra 1981 ses blandt kvinder over 25-26 år. En af forklaringerne på stigningen er, at de årgange af kvinder, som tegnede sig for en stor del af fertilitetsfaldet gennem 1970'erne, nu begyndte at få de børn de havde udsat (Bertelsen 1980 og 1981; Frejka & Calot 2001; Knudsen 1993). Blandt de 30-34 årige kvinder var ægteskabet den dominerende samlivsform omkring år 2000: I store træk viser statistikken, at ca. halvdelen af aldersgruppens kvinder var gift, en fjerdedel var papirløst samlevende, mens den sidste fjerdedel var enlige (Befolkningens bevægelser (2001) 2002). Af de ældste i gruppen havde næsten 85% fået barn.

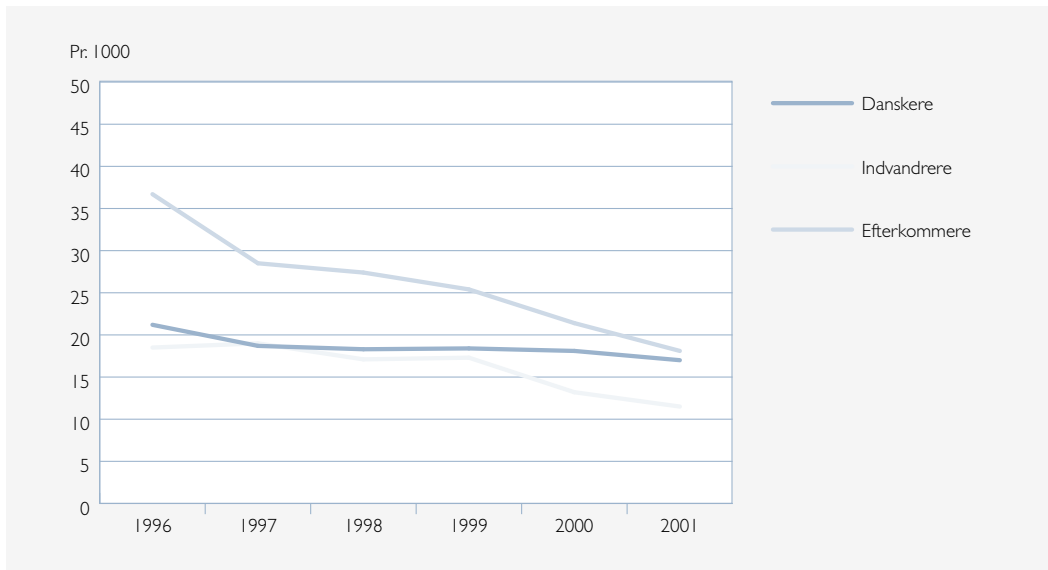
De 30-34 årige kan følges en begrænset årrække i registerundersøgelsen: fra 1996 til 2001. Ifølge registeroplysningerne udgjorde indvandrerkvinder ca. 13.500 (6,8%) i 1996 mod knap 18.500 (9,5%) af aldersgruppen i 2001, blandt hvilke det var registreret, at 428, henholdsvis 303 kvinder fik abort. For efterkommernes vedkommende er der sket et mindre fald fra 0,30% til 0,25%. Af de 500 efterkommere som var i registerdatasættet pr. 1. januar 2001 fik 9 provokerede aborter i løbet af året.

Figur 4.7. Andel med abort blandt 30-34 årige efter indvandrerstatus. Danmark 1996-2001. Pr. 1.000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



Andelen af kvinder, der får abort, viser også i denne aldersgruppe en faldende tendens, som er stærkere blandt kvinder med ikke-dansk baggrund end blandt danske kvinder. Figur 4.7. viser et generelt, omend ikke særlig stærkt fald i andelen af danske kvinder, der har fået abort i årene 1996-2001. Også for indvandrerne er der tale om et fald, der dog ikke er nær så stærkt som det er set blandt de yngre grupper af indvandrerkvinder. Efterkommerne udgør i denne aldersgruppe et lille absolut antal kvinder (mellem 500 og 600 kvinder), hvilket forklarer de store udsving på kurven.

Figur 4.8. Andel med abort blandt 30-34-årige fra vestlige og ikke-vestlige lande. Danmark 1996-2001. Pr. 1.000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



Forskellen mellem abortandelen blandt indvandrere og danske kvinder er ikke nær så stor i denne aldersgruppe som blandt f.eks. de 20-24 årige og de 25-29 årige kvinder. Forskellen bliver mere markant, når man sammenligner danske kvinder med kvinder med ikke-vestlig oprindelse: Abortandelen blandt de 30-34 årige kvinder med ikke-vestlig oprindelse var mere end 70 % højere end blandt danske kvinder i 1996, men er faldet gennem de seks år, aldersgruppen kan følges, så den i 2001 er på niveau med abortandelen blandt danske kvinder. Kvinder med anden vestlig baggrund end dansk har klart lavere abortandel end de to øvrige grupper i slutningen af undersøgelsesperioden.

Abortudviklingen i forhold til kvindernes oprindelsesland

Gruppen eller grupperne af indvandrer- og efterkommerkvinder består af kvinder fra mange forskellige lande og fra lande med vidt forskellig kulturel baggrund. Hvis man vil vurdere udviklingen og bruge erfaringerne til at målrette en forebyggende indsats er en mere detaljeret opdeling nødvendig. Den opdeling af landene, som anvendes, er den samme, der anvendes i Danmarks Statistiks løbende opgørelser. Udover at se på større grupper af lande kan det også være af interesse at se på enkelte udvalgte oprindelseslande, fordi kvinder fra disse lande udgør en stor eller voksende andel af indvandrerbefolkningen i Danmark eller fordi der er tale om en ny indvandrergruppe i Danmark.

Når der ses på enkeltlande og aldersgrupper i registerundersøgelsen, foretages

beregningerne af hvor stor en andel, der får abort, for femårs perioder under ét. Det skyldes at især efterkommergruppen, men også indvandrergruppen af kvinder fra enkeltlande bliver ret lille, selv hvis der kun opdeles i 5-års-aldersgrupper.

Abort blandt kvinder med forskellig oprindelse

Tabel 4.1. viser andelen af kvinder, der har fået abort i to perioder: 1994-1998 og 1998-2001. Tabellen omfatter kun kvinder, der har boet i Danmark hele det pågældende år, og andelen med abort er beregnet som en samlet andel i de respektive perioder. Den viste landegruppering svarer til grupperingen i Ingerslev (2000), ligesom de yngste kvinder omfatter aldersgruppen 16-19 år, idet denne aldersafgrænsning blev anvendt i den opgørelse, Ingerslev (2000) tidligere har offentliggjort.

Tabellen viser, at der er store forskelle mellem de enkelte grupper af indvandrer- og efterkommerkvinder, men også, at der er sket et fald i abortandelen i mange af grupperne over den periode, der omfattes af tabellen. Med enkelte undtagelser er abortandelen højere blandt både indvandrer- og efterkommerkvinder med ikke-vestlig baggrund end blandt kvinderne med anden vestlig baggrund end dansk. Blandt de unge indvandrere, de 16-19 årige, har kvinder fra Iran, Vietnam og Polen en markant højere andel der får abort end danske kvinder. De iranske kvinder har markant højere abortandel i alle aldersgrupper, selvom der er sket et fald fra 1994-1998 til 1998-2001. Blandt de polske kvinder er der også sket et fald, mest blandt kvinder under 30 år og i 1998-2001 er andelen med abort blandt de polske kvinder over 25 år mindre end blandt de danske kvinder.

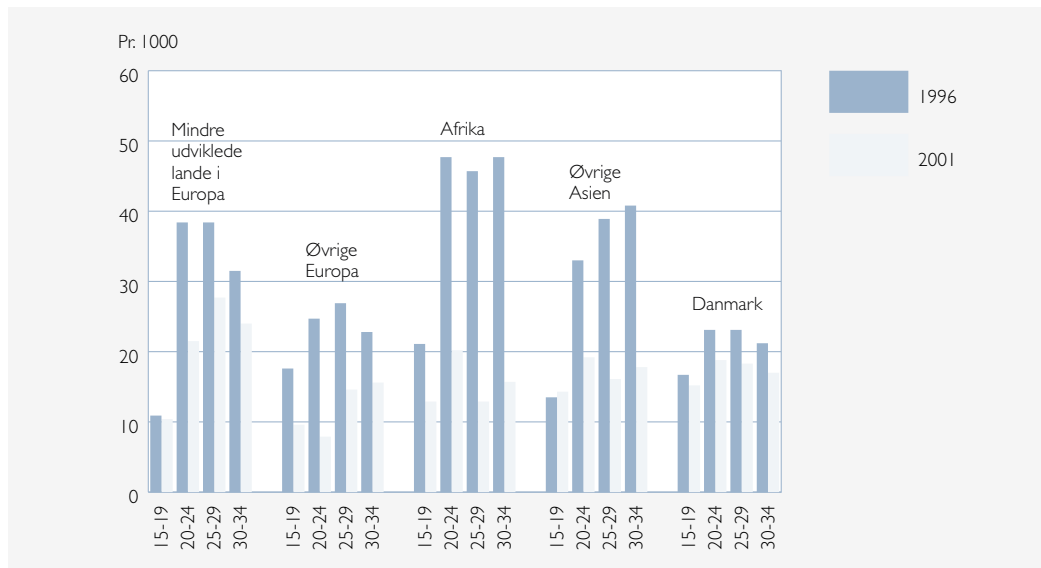
**Tabel 4.1. Andel kvinder, der har fået abort i perioderne 1994-1998 og 1998-2001.
Pr. 1.000. Kun kvinder, der boede i Danmark hele det pågældende år**

	16-19 år		20-24 år		25-29 år		30-34 år	
	1994-1998	1998-2001	1994-1998	1998-2001	1994-1998	1998-2001	1996-1998 ⁽¹⁾	1998-2001
Indvandrere								
Jugoslavien	14,6	10,6	52,5	32,8	56,0	38,3	38,9	37,5
Iran	33,7	38,1	55,6	33,0	49,0	33,9	45,7	34,5
Libanon	8,5	10,4	19,1	19,0	17,6	20,2	17,0	18,1
Pakistan	15,5	12,7	32,9	17,3	38,6	32,8	41,5	34,1
Polen	30,1	23,8	33,5	28,4	21,1	14,6	18,8	19,2
Somalia	24,9	12,1	26,1	12,6	23,3	11,3	17,8	12,2
Tyrkiet	11,5	11,0	28,3	18,5	30,9	29,8	31,8	26,2
Vietnam	21,7	28,9	30,8	21,2	34,3	21,1	20,9	24,1
Øvrige ikke-vestlige	20,3	10,4	35,9	16,0	34,8	18,5	31,1	19,3
Alle ikke-vestlige	18,2	14,1	32,4	18,9	33,4	22,4	30,7	22,8
Alle vestlige	17,9	15,1	16,6	7,8	18,0	10,5	17,2	13,2
Efterkommere								
Ikke-vestlige	15,7	17,4	34,7	31,3	39,1	34,1	14,8	26,5
Vestlige	31,3	24,4	24,0	19,4	16,0	18,4	26,8	30,4
Danskere	17,7	17,0	21,4	19,5	20,6	18,8	19,4	18,0

Note 1: For aldersgruppen 30-34 år er det som tidligere nævnt ikke muligt at beregne abortandelen for 1996.

Figur 4.9 viser andelen af kvinder, der får abort i 1996 og 2001 i de fire grupper af lande: 'Mindre udviklede lande i Europa', 'Øvrige Europa', Afrika' og 'Øvrige Asien'. Der har for alle aldersgrupperne i de viste landegrupper været et fald og faldet har som hovedregel været stærkere blandt kvinder med oprindelse uden for Danmark end for danske kvinder. For kvinder med ikke-dansk oprindelse er abortandelen betydeligt højere blandt de 20-34 årige kvinder end blandt kvinderne under 20 år. For kvinder med oprindelse i 'Mindre udviklede lande i Europa', 'Øvrige Asien' og Danmark har der været en minimal udvikling blandt de yngste kvinder, som i disse tre grupper også lå lavest i begge perioder.

Figur 4.9. Andel kvinder med oprindelse i 'Mindre udviklede lande i Europa', 'Øvrige Europa', 'Afrika', 'Øvrige Asien' og Danmark, der får abort i forskellige aldersgrupper. Kvinder i Danmark, 1996 og 2001. Pr. 1000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



Når de enkelte aldersgrupper følges i længere perioder, viser en opdeling af de 15-19 årige kvinder, at især kvinder med oprindelse i 'Øvrige lande i Europa' eller Afrika har haft en høj andel med abort i begyndelsen af perioden. Omkring periodens slutning ses et mere ensartet og lavere niveau. Det er dog først fra 1999, at gruppen af 15-19 årige kvinder med afrikansk baggrund udgør mere end 1.000 personer, mens det gælder allerede fra 1992 for gruppen fra 'Øvrige lande i Europa'. Det har betydning for de store årlige udsving i den beregnede abortandel for kvinder med afrikansk baggrund. Kvinderne fra 'Øvrige Asien' ligger i hele perioden, undtagen nogle år i midt-1980'erne og i 2000, lavere end andelen for samtlige kvinder.

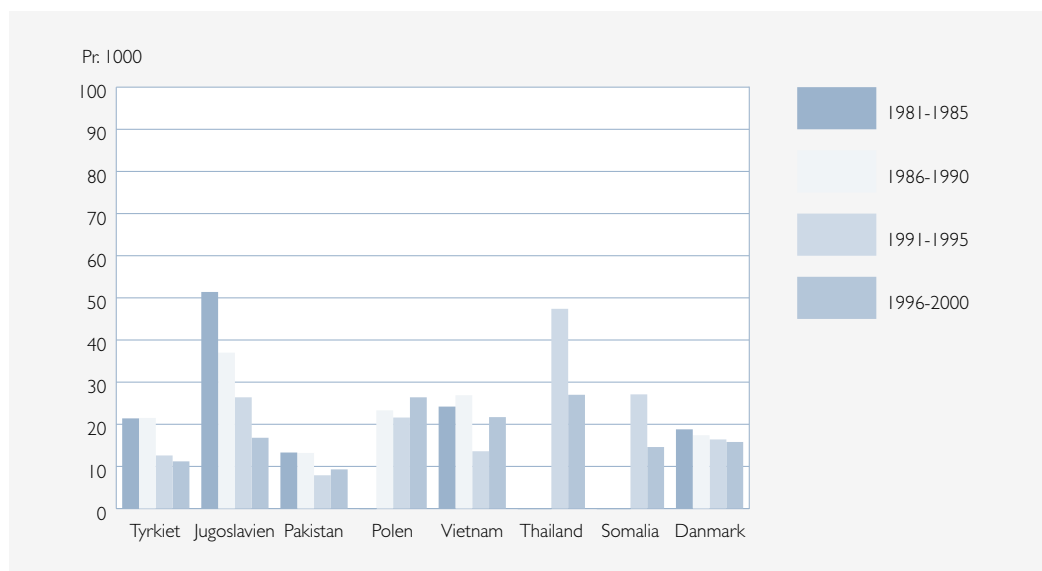
Blandt de 20-24 årige kvinder, er det også især blandt kvinder med baggrund i gruppen af 'Øvrige lande i Europa' eller Afrika, at relativt mange får provokeret abort. Også her ses store årlige udsving i gruppen med afrikansk baggrund, hvor det absolutte antal kvinder gennem hele perioden er omtrent halvt så stort som antallet af kvinder i den førstnævnte gruppe. Det er bemærkelsesværdigt, at andelen med abort blandt de 20-24 årige kvinder fra 'Mindre udviklede lande i Europa' i modsætning til andelen blandt de 15-19 årige ligger en del højere end blandt hele gruppen. 'Mindre udviklede lande i Europa' omfatter bl.a. Tyrkiet og flere tidligere sovjetrepublikker, såsom Armenien og Georgien.

Blandt de 25-29 årige ligger abortandelen blandt kvinder med oprindelse i 'Mindre udviklede lande i Europa' konsekvent over niveauet for hele gruppen.

Kvinder med baggrund i gruppen af 'Øvrige lande i Europa' ligger højt i begyndelsen af perioden, men i de sidste par år under det totale niveau for aldersgruppen. Også kvinder med baggrund i Afrika eller 'Øvrige Asien', har en markant højere abortandel i begyndelsen af perioden, men udviser en konstant faldende tendens, så disse grupper i de sidste par år af undersøgelsesperioden ligger på niveau med eller en anelse under den totale andel.

Selv når der som oven for ses på relativt store landegrupper, bliver der let tale om et ret lille absolut antal af kvinder i populationen. Vil man se på enkelte lande, bliver det endnu mere udtalt. For at beregne andelen med abort blandt kvinder med baggrund i enkelte lande foretages beregningen for femårs perioder under ét. Figur 4.10 viser, at for kvinderne under 20 år, sker der i nogle af grupperne en stigning i de sidste år. Den står i modsætning til det fald, der ses både samlet og blandt kvinder med tyrkisk og jugoslavisk baggrund. Der er kun foretaget beregninger for de perioder, hvor der er mindst 450-500 personer i gruppen.

Figur 4.10. Andel der har fået abort blandt 15-19 årige kvinder med baggrund i udvalgte lande. Danmark. 1981-2000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år

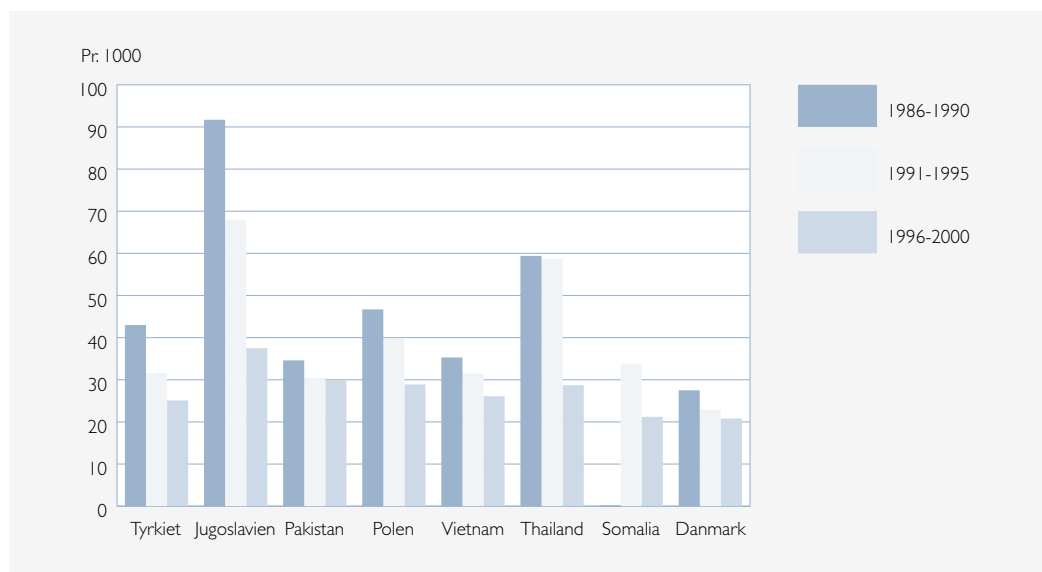


For de unge kvinder med jugoslavisk baggrund har faldet været ret konstant i hele undersøgelsesperioden fra et relativt højt niveau i begyndelsen af 1980'erne til i den sidste femårs periode at være på niveau med danske kvinders abortandel. For de unge kvinder med tyrkisk baggrund er faldet sket senere. Deres abortandel var i begyndelsen af perioden på niveau med danske kvinders, for så i den sidste femårsperiode at være lavere end blandt de danske kvinder. Pakistanske kvinder har i alle fire perioder ligget lavere end de danske, mens de polske har ligget højere. For kvinder med polsk, thailandsk eller somalisk

baggrund er abortandelen dog kun tegnet ind for enkelte perioder, idet antallet af kvinder i de øvrige perioder har været lavt. Især for somalierne er der tale om en stor vækst i antallet af kvinder: fra 442 i alt i 1991-1995 til 1848 i 1996-2001, mens aborterne dog stadig udgør et begrænset absolut antal: 12 hhv. 27.

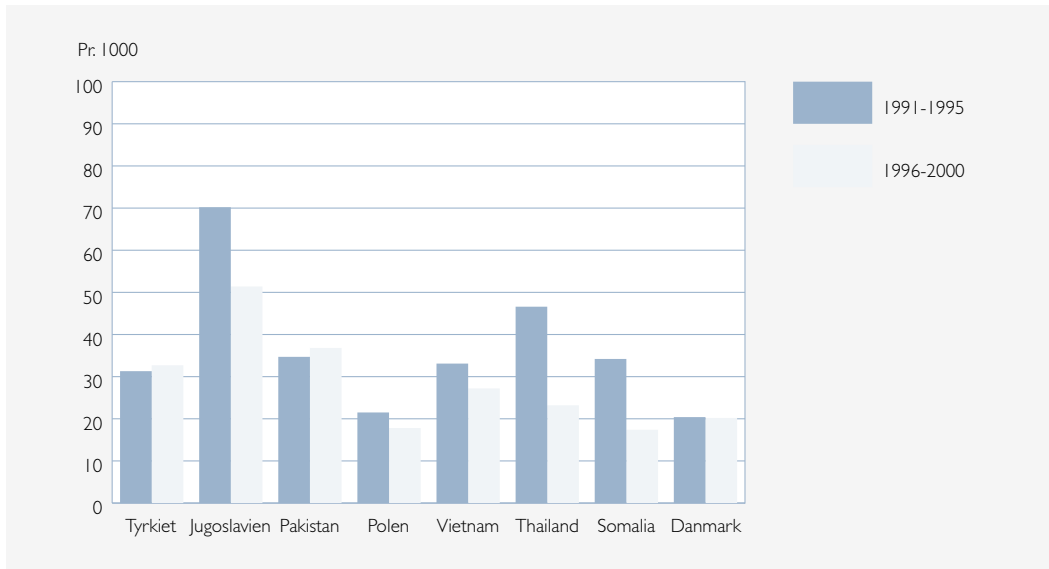
For de 20-24 årige kan abortandelen blandt kvinder med oprindelse i enkelte udvalgte lande opgøres for tre 5-års perioder fra 1986 til 2001. Der ses et fald over perioden for alle grupper af kvinder, stærkest for Jugoslavien og Thailand, men abortandelen blandt kvinder fra samtlige af de her viste lande ligger højere end blandt de danske kvinder. Også i denne aldersgruppe vokser gruppen fra Somalia: Fra ca. 800 til ca. 2200 kvinder i de to perioder, for hvilke abortandelen blandt de somaliske kvinder er indtegnet på figuren.

Figur 4.11. Andel der får abort blandt 20-24 årige kvinder med baggrund i udvalgte lande. Danmark. 1986-2000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



Figur 4.12 viser, at det også blandt de 25-29 årige kvinder er det overordnede billede, at andelen af kvinder, der får abort, er faldet i den korte periode, kvinder i denne aldersgruppe kan beskrives ud fra registerundersøgelsens data. Faldet er mest udpræget blandt kvinder med oprindelse i Thailand og Somalia, men også blandt kvinder fra Jugoslavien ses et fald. Kvinder med dansk, tyrkisk og pakistansk oprindelse har stort set uændrede andele med abort.

Figur 4.12. Andel der får abort blandt 25-29 årige kvinder med baggrund i udvalgte lande. Danmark. 1991-2000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år



Familieforhold

Det har ikke været muligt at følge udviklingen i familiesituationen for de kvinder, der fik abort i Danmark gennem den løbende statistik. Den særlige abortanmeldelse, der var i kraft til og med udgangen af 1994, indeholdt ganske vist en rubrik om kvindens civilstand, dvs. om hun var gift/samlevende eller enlig, men på tre større sygehuse ville man af hensyn til kvinden, ikke spørge hende om dette, hvorfor der var en relativ stor andel blanketter, hvor denne oplysning manglede (Sundhedsstyrelsen 1986).

Ud fra oplysningerne i registerundersøgelsen er det dog muligt at belyse nogle træk ved familieforholdene blandt de kvinder, der har fået provokeret abort i undersøgelsesperioden. Registerundersøgelsen anvender den familiedefinition, som Danmarks Statistik foretager ud fra oplysninger om, hvem, der er tilmeldt folkeregistret som beboer af en given bolig samt den formelle familiære relation (f.eks. gifte personer, eller forældre-barn relation). Når der i denne del af den samlede undersøgelse skelnes mellem gifte og samlevende kvinder, sker det derfor i overensstemmelse med Danmarks Statistiks kriterier, fordi denne klassifikation findes i registerdatasættet. Denne familiedefinition giver mulighed for at identificere både gifte og papirløst samboende par med eller uden fælles børn, men den giver ikke mulighed for at belyse, om de enlige kvinder, der bor alene, har en fast partner, som har en anden bopæl. Forholdene for kvinder i den sidstnævnte type parforhold, som i demografiske analyser kaldes 'Living Apart Together' - altså par, der lever 'adskilt sammen', dvs. udgør et fast par uden

at have fælles bopæl, kan derimod belyses i spørgeskemaundersøgelsen og i de kvalitative interviews.

Samlivssituation

Langt hovedparten af de helt unge kvinder bor (endnu) ikke sammen med en mandlig partner. Det gælder i hele undersøgelsesperioden, som det fremgår af nedenstående tabel 4.2, der viser familiesituationen for 15-19 årige kvinder i Danmark i 1981, 1991 og 2001. Papirløst samliv forekommer kun sjældent blandt indvandrere og efterkommere, både betragtet hver for sig og i hele gruppen med ikke-vestlig oprindelse. Tabellen indeholder derfor ikke disse kategorier, fordi beregning af andelen, der får abort i så små grupper, vil være præget af for stor usikkerhed. Selv med denne afgrænsning udgør antallet af kvinder, der får abort i et af årene, i visse af grupperne i tabellen kun 5-6. Tabellen illustrerer, hvordan både antallet og andelen af 'børn' i gruppen af 15-19 årige, især de hjemmeboende børn, er steget blandt indvandrere og efterkommere over perioden. Det hænger dels sammen med den generelle vækst i indvandrerbefolkningen, dels med at efterkommerne, d.v.s. indvandrernes børn, som er født i Danmark, efterhånden vokser op og bliver teenagere. Der var i hele perioden relativt få af de 15-19 årige, som var gift - 1.800, dvs. knap 1% i 1981 og 785 (0,6%) i 2001. Andelen, der bor sammen med en mandlig partner (med eller uden fælles barn), er faldet og den dominerende 'familiesituation' for de unge kvinder, der ikke længere bor hjemme, var i hele perioden at være enlig, hvilket gjaldt for 31% i 1981 og 36% i 2001. Det svarer til andre analyser, der viser, at det mest almindelige er, at unge kvinder i Danmark flytter for sig selv, når de flytter hjemmefra (Carneiro 2003; Christoffersen 1991).

Tabellen viser også et generelt billede af en faldende andel kvinder, der får abort i løbet af den tyveårs periode, hvor undersøgelsen har kunnet følge de helt unge. Der er dog relativt betydelige udsving i de antalsmæssigt mindste grupper. Der er over hele perioden høj abortforekomst blandt de af de unge kvinder, der er samboende og allerede har (mindst) ét barn sammen med deres partner. Også de samboende uden fælles barn har en højere abortandel end samtlige, men er dog langt fra på niveau med dem, der allerede har barn med deres partner.

Blandt indvandrerkvinderne var det især de gifte, der fik abort i begyndelsen af perioden, mens de hjemmeboende børn ligger lavere end samtlige. Dette gælder også blandt både indvandrerkvinder og indvandrer/efterkommerkvinder med ikke-vestlig baggrund. For så vidt angår efterkommerne i denne aldersgruppe er udviklingen i de andele, der får abort i de enkelte grupper over perioden, meget lig den udvikling, der er set for indvandrerne.

Den laveste andel med abort ses blandt de af de unge kvinder, der stadig bor hjemme og i registret står i kategorien 'hjemmeboende barn', hvilket betyder, at de er under 18 år og derfor består af de yngste af gruppen 15-19 år. Derimod har de ikke-hjemmeboende børn en betydeligt højere abortandel end samtlige.

Table 4.2. 15-19 årige kvinder, efter familiesituation og andel, der får abort. Danmark 1981, 1991 og 2001. Pr. 1.000. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år

	1981		1991		2001	
	Antal kvinder	Andel med abort	Antal kvinder	Andel med abort	Antal kvinder	Andel med abort
Samtlige	192.917	21,2	176.593	17,2	134.381	14,9
Hjemmeboende 'barn'	111.596	14,9	100.722	11,5	77.360	10,6
Ikke-hjemmeboende 'barn'	6.615	35,4	3707	37,2	3.022	27,8
Enlig	59.216	27,9	62.309	23,6	47.802	19,5
Gift	1.800	41,7	1.342	37,3	785	21,7
Samboende m. fælles barn	1.271	78,7	512	82,0	401	74,8
Samboende u. fælles barn	12.419	30,0	7.999	24,0	5.009	24,0
Indvandrere	2.471	27,9	4.074	18,7	8.138	11,9
Hjemmeboende 'barn'	999	12,0	1.752	9,7	4.266	6,3
Ikke-hjemmeboende 'barn'	185	**	190	**	374	10,7
Enlig	671	25,3	1.118	22,4	2.720	19,5
Gift	530	62,3	919	30,5	561	7,1
Efterkommere	694	21,6	1.563	18,6	3.361	12,5
Hjemmeboende 'barn'	374	13,4	1.112	9,0	1.982	6,1
Enlig	226	26,5	355	19,7	1.206	18,2
Indv/eftk. med ikke-vestlig oprindelse	1.800	28,9	4.444	19,8	9.989	12,2
Hjemmeboende 'barn'	789	11,4	2.296	9,6	5.556	5,8
Ikke-hjemmeboende 'barn'	84	**	142	**	305	19,7
Enlig	417	19,2	1.033	25,2	3.322	20,5
Gift	488	65,6	920	33,7	620	11,3

Note: Hjemmeboende barn defineres som en person under 18 år, der bor på samme adresse som mindst én af forældrene. Hvis barnet bor et andet sted, indgår vedkommende som ikke-hjemmeboende barn. En kvinde under 18, der får barn selv, er ikke længere et 'barn' i statistikken, selv hvis hun bor hjemme hos forældrene (Befolkningens bevægelser (2002) 2003).

** i tabellen betyder, at det absolutte antal af kvinder i gruppen er så lille, at der ikke beregnes abortandel

Familieforholdene blandt kvinderne i tyverne er noget anderledes, idet relativt flere bor sammen med en mand, med eller uden børn, end blandt kvinderne under 20 år. Over den 15-års periode, der indgår i Tabel 4.3, kan det ses, at

relativt færre af de 20-24 årige kvinder var gift i 2001 (ca. 8%) i forhold til 1986 (ca. 12%). Andelen, der er samboende med fælles barn, er faldet svagt, hvilket er i overensstemmelse med den stigende alder ved første barns fødsel. Det er denne gruppe af de 20-24 årige kvinder der har de højeste abortandele og denne andel er højere i slutningen af perioden end i begyndelsen. Både blandt indvandrere og efterkommere er antallet, der bor papirløst sammen med en partner, så lavt, at der ikke med sikkerhed kan siges noget om abortandelens udvikling over tid.

For kvinderne i slutningen af tyverne sker der over den tiårs-periode, de følges i registerundersøgelsen, en stigning i andelen, der er enlig eller samboende uden fælles barn. De højeste abortandele ses i denne aldersgruppe blandt de enlige og dem, der bor sammen med en mand, med hvem de har (mindst) et fælles barn. For indvandrerne er det de enlige og samboende med fælles barn, der har højeste andele, men det kan kun lade sig gøre at beregne abortandel for de enlige efterkommere: Den lå i 1991 på niveau med abortandelen blandt samtlige enlige i aldersgruppen, mens de enlige efterkommere i 2001 havde en ca. dobbelt så høj abortandel som samtlige enlige. Kvinder med ikke-vestlig oprindelse havde, især i begyndelsen af perioden, betydeligt forhøjede abortandele.

Tabel 4.3. Andel af 20-24 årige kvinder, der får abort efter familiesituation. Danmark 1986, 1991, 1996 og 2001. Pr. 1.000 kvinder. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år

	1986		1991		1996		2001	
	Antal kvinder	Andel med abort	Antal kvinder	Andel med abort	Antal kvinder	Andel med abort	Antal kvinder	Andel med abort
Samtlige	193.735	26,9	186.280	25,8	181.707	23,7	156.626	18,5
Enlig	103.106	31,1	103.292	30,1	107.335	25,5	93.391	20,2
Gift	24.207	22,5	19.306	24,1	14.499	26,7	12.193	15,3
Samboende								
med fælles barn	11.797	39,3	10.207	36,9	8.826	43,4	6.614	44,9
uden fælles barn	54.625	18,4	53.451	15,7	51.036	15,5	44.399	11,7
Indvandrere	5.135	48,9	7.822	39,9	10.220	30,5	12.820	12,3
Enlig	1.828	52,0	2.403	43,7	3.840	26,3	5.781	14,9
Gift	2.664	49,2	4.736	38,9	5.487	33,2	5.588	8,9
Samboende								
med fælles barn	131	**	114	**	201	44,8	328	12,2
uden fælles barn	512	31,3	567	28,2	689	29,0	1117	16,1
Efterkommere	642	37,4	510	33,3	1.591	38,3	2.761	28,6
Enlig	430	27,9	340	26,5	1.111	41,4	1.794	26,8
Gift	49	**	44	**	308	35,7	759	31,6
Samboende								
uden fælles barn	135	**	110	**	150	26,7	177	16,9
Indv/efk. med ikke-vestlig oprindelse	3.212	55,7	5.909	41,5	8.945	34,7	11.794	18,1
Enlig	892	53,8	1.456	44,6	3.167	31,9	5.128	23,6
Gift	2.165	55,9	4.218	39,6	5.363	34,3	5.857	12,0
Samboende								
med fælles barn	44	**	58	**	129	**	258	23,3
uden fælles barn	111	**	177	45,2	283	60,1	547	31,1

Table 4.4. Andel af 25-29 årige kvinder, der får abort efter familiesituation. Danmark 1991, 1996 og 2001. Pr. 1.000 kvinder. Kun kvinder, der har boet i landet hele det pågældende år

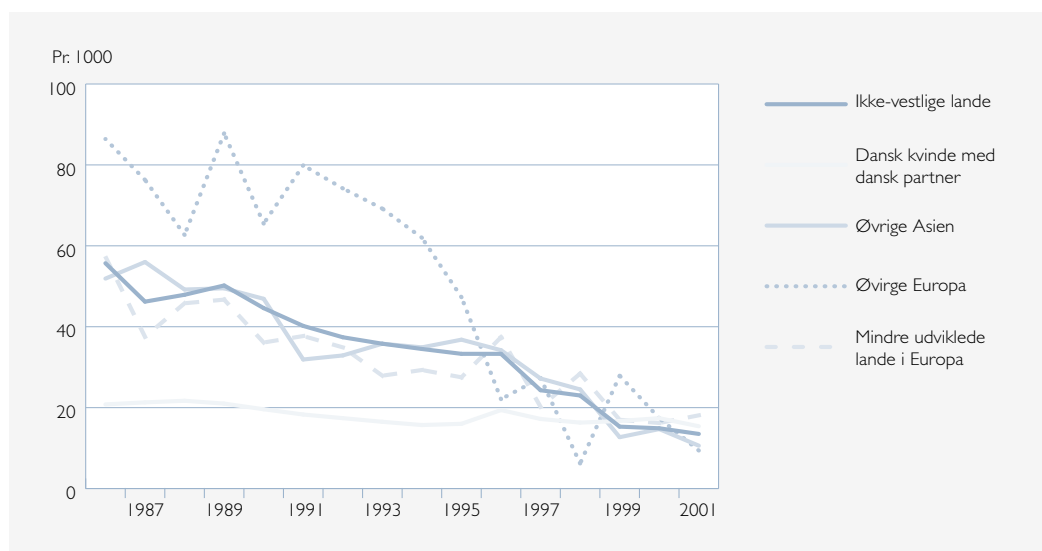
	1991		1996		2001	
	Antal kvinder	Andel med abort	Antal kvinder	Andel med abort	Antal kvinder	Andel med abort
Samtlige	194.587	22,5	191.549	23,8	186.937	18,0
Enlig	61.801	34,1	63.356	32,0	65.224	24,0
Gift	69.310	16,0	61.206	19,2	52.584	13,9
Samboende						
med fælles barn	25.193	26,2	26.388	27,0	22.446	25,8
uden fælles barn	38.253	13,3	40.505	15,7	46.554	10,5
Indvandrere	9.283	40,7	13.964	32,9	16.889	14,5
Enlig	1.919	52,1	3.266	45,3	4.204	23,8
Gift	6.379	37,2	9.281	29,5	10.611	11,3
Samboende						
med fælles barn	297	53,9	453	35,3	637	25,1
uden fælles barn	685	36,5	957	21,9	1.420	6,3
Efterkommere	596	26,8	509	21,6	1.556	28,9
Enlig	290	34,5	229	34,9	672	35,7
Gift	133	**	125	**	633	23,7
Samboende						
uden fælles barn	111	**	97	**	184	5,4
Indv/efrk. med ikke-vestlig oprindelse	6.247	47,7	10.477	38,1	13.945	18,2
Enlig	1.034	70,6	2.112	59,2	3.128	31,6
Gift	4.905	40,6	7.856	32,1	9.871	13,2
Samboende						
med fælles barn	95	**	191	52,4	436	41,3
uden fælles barn	212	70,8	317	37,9	502	13,9

** i tabellen betyder, at det absolutte antal af kvinder i gruppen er så lille, at der ikke beregnes abortandel

Kvinderne i 30'erne, der kun kan følges over en kortere periode i registerundersøgelsen, har også højere abortandele blandt enlige og blandt samboende kvinder.

Hvis kvinden har en partner ifølge Danmarks Statistiks familiedefinition, giver registerdatasættet mulighed for at identificere par, hvor kvinden og manden har samme oprindelsesland. Derfor kan man belyse udviklingen i andelen af gifte kvinder, der får abort, alt efter hvilken oprindelse, de og deres partner har. De forskellige grupper sammenlignes med par, hvor både kvinden og manden har dansk baggrund, hvad enten de er gifte eller samboende, med eller uden fælles børn.

Figur 4.13. Andel gifte 20-24 årige kvinder, der får abort, efter oprindelse. Danmark, kun kvinder, hvis partner har samme oprindelsesland som kvinden og hvor kvinden har boet i landet hele det pågældende år. 1986-2001.



Note: I figuren omfatter 'alle' alle indv/efterkommerkvinder, der er gift med en mand med samme oprindelse som dem selv.

Figur 4.13 viser hvor stor en andel, der får abort blandt 20-24 årige indvandrere/efterkommerkvinder, der er gift med en mand fra samme land som de selv, sammenlignet med danske kvinder, der er gift eller papirløst samboende med en dansk mand. I den periode, der indgår i figuren, udgør de 20-24 årige kvinder fra ikke-vestlige lande 95-98% af samtlige, der er gift med en partner med samme oprindelse. Der er derfor ikke indtegnet en kurve for samtlige indvandrere/efterkommerkvinder, der er gift med en mand med samme oprindelse, fordi den falder næsten totalt sammen med kurven for kvinder med ikke-vestlig oprindelse. Det skal bemærkes, at de kategorier, der anvendes i figuren, ikke er gensidigt udelukkende.

Det er tydeligt, at abortandelen er lavest blandt kvinder med dansk baggrund, som har en mandlig partner, der også er dansk. Kvinder fra lande i 'Øvrige Europa' ligger markant højere i begyndelsen af perioden, men er i slutningen af 1990'erne på niveau med de andre grupper. De øvrige grupper, der er medtaget i figuren, følges i en faldende tendens over de 15 år. Kvinder med afrikansk baggrund er ikke specificeret i figuren, igen med begrundelsen, at de er meget få.

Sammenfatning

I hele den tyveårs periode, som registerundersøgelsen omfatter, har både kvinder og mænd udsat tidspunktet for, hvornår de vil have deres første barn og med en seksualdebut omkring 16-års alderen betyder det, at der i gennemsnit har været mere end 10 år, hvor kvinder og mænd kunne være seksuelt aktive uden at ønske at få børn (endnu). I samme periode har der været en stadig faldende abortandel.

Registerundersøgelsen dokumenterer et stadigt fald i andelen af kvinder, der fik abort, i alle de aldersgrupper, der følges. Det er i overensstemmelse med tidligere offentliggjort statistik, men det er bemærkelsesværdigt, at registerundersøgelsen viser et fald, der hos nogle grupper af indvandrerkvinder er stærkere end det fald, der ses generelt. Det gælder således indvandrere generelt (f.eks. de 20-29 årige) og det gælder for kvinder med baggrund i ikke-vestlige lande.

I en analyse af abortandelen i relation til kvindernes familieforhold viste der sig et generelt billede af, at det blandt kvinderne under 20 år, især var de samboende med fælles barn og de gifte, men også de enlige og de ikke-hjemmeboende børn, der fik abort, hvilket måske kan antyde, at det er en gruppe med tidlig familiedannelse og tidlig barnefødsel eller problemer, der har medført, at de er flyttet hjemmefra i en meget tidlig alder. Generelt er der i flere aldersgrupper og også i grupper med ikke-dansk baggrund en relativt høj andel kvinder, der får abort, hvis de er samboende, både med og uden fælles barn. Dette kan måske hænge sammen med, at parrelationen er mindre konsolideret og at kvinden derfor ikke ønsker (endnu) et barn med den mand, der er hendes partner. Dette spørgsmål om betydningen af parforholdet for valg af abort, bliver behandlet nærmere i kapitel 6 ud fra både spørgeskemaundersøgelsen og den kvalitative undersøgelse.

Med udgangspunkt i de offentliggjorte statistikker, som viser, at abortkvotienterne i Danmark er faldet og fortsætter med at være på et lavt niveau, har der været søgt forklaringer i den generelle åbenhed om seksuelle emner og den udbredte orientering og seksualundervisning i skolerne (David et al. 1990; Knudsen et al. 2003). Der er i Danmark en udbredt brug af prævention som beskyttelse mod uønskede graviditeter (Osler 1991; Rasmussen 1983a; Spinelli et al. 2000; Sundhedsstyrelsen 1997), som både hænger sammen med kendskabet til og tilgængeligheden af prævention, og med bevidste ønsker om at bestemme, hvornår man etablerer sin familie (Knudsen 1998d).

Der er i den periode, registerundersøgelsen omfatter, kommet nye præventionsmidler til, idet det er blevet muligt at købe den såkaldte nødprævention, som i nogle af de situationer, hvor den anvendes, forhindrer en graviditet, som ellers ville være endt i et abortindgreb. Mens datamaterialet i registerundersøgelsen ingen oplysninger indeholder om præventionsbrug eller -viden hos kvinderne eller deres partnere, kan spørgeskemaundersøgelsen belyse, hvor udbredt kendskabet til denne form er, og hvor mange kvinder, der har anvendt den på undersøgelsestidspunktet.

5. Sociale forhold

»Børn kræver kræfter«

Elena (47 år)

Når gennemsnitsalderen for førstegangsfødende i Danmark efterhånden er blevet 28-29 år, hænger det bl.a. sammen med en ændret måde at indrette sit liv på: I dag venter mange kvinder med at få børn til de har færdiggjort deres uddannelse og har etableret sig på arbejdsmarkedet. Hvis en graviditet kommer på tværs af andre ønsker og planer for livet, kan abort være en nærliggende løsning. Det gælder især for kvinder, der føler sig socialt og mellem menneskeligt udsatte og alene af den ene eller anden grund.

Kvinder og par ønsker i dag i høj grad at planlægge deres familiedannelse og ikke få deres børn, før de selv beslutter sig for det. Bl.a. Kulczycki et al. (1996) har understreget, at selv - eller måske netop - i samfund, hvor der er udstrakt brug af prævention for at undgå uplanlagt og uønsket graviditet, vil der forekomme provokeret abort, idet abortmuligheden er med til at gøre den tilstræbte planlægning af barnefødslerne mere fuldstændig.

Som med alderen for førstegangsfødende er der også sket aldersmæssige forskydninger blandt kvinder, der vælger abort. Hvor abortkvotienterne i de første år efter indførelsen af fri abort i Danmark i 1973 var næsten ens for kvinder mellem 20 og 34, begyndte de 20-24 årige fra og med de sene 1970'ere at have den højeste abortkvotient. Blandt de kvinder, der enten er i begyndelsen (under 20 år) eller i slutningen (over 40 år) af deres fertile alder, forekommer relativt få graviditeter. Alligevel vælger en stor andel af de gravide i disse aldersgrupper abort. Enten fordi de føler sig for unge til at etablere sig med familie, eller i den anden ende af spekteret synes de er for gamle til at gennemføre en graviditet og have ansvaret for et barn i en betragtelig tid fremover.

I takt med at kvinder i Danmark er blevet ældre, før de får deres første barn, er det blevet mere almindeligt, at de kvinder, der får abort, ikke har børn i forvejen (Knudsen & Wielandt 1995). Både ældre og nyere undersøgelser har vist, at det især er kvinder, der enten ikke tidligere har født og dermed endnu ikke har påbegyndt familiedannelse, eller kvinder, der har født to eller flere børn, der får foretaget abort (Wohlert & Møller-Larsen 1978; Rasmussen 1983a; Vestermark et al. 1990; Bertelsen 1994; Rasch et al. 2002).

Andre faktorer, der har indflydelse på valget af abort, er kvindens uddannelses- og arbejdsmæssige situation. Dette er dokumenteret i flere undersøgelser, hvor

resultaterne peger i retning af, at kvinder, der er under uddannelse og kvinder, der er arbejdsløse, hyppigere vælger abort end kvinder, der henholdsvis ikke er under uddannelse og kvinder, der er i arbejde.

De nævnte resultater, som især har været baseret på spørgeskemaoplysninger, giver mulighed for overordnet at beskrive gruppen af kvinder, som man bør tage i betragtning i en eventuel forebyggende indsats mod abort, men giver ikke mulighed for at belyse kvindernes valg på en mere nuanceret måde. Ofte er bevæggrundene for valget af abort mangeartede og interagerende.

Alder

I spørgeskemaundersøgelsen viste der sig en tydelig sammenhæng mellem kvindens alder og hvorvidt hun valgte abort eller gennemførte graviditeten (Tabel 5.1). I alt var 13% af kvinderne, der valgte abort, under 20 år og 23% i alderen 20-24 år, mens der blandt de svangre kvinder var knap én procent, der var teenagere og 10% i alderen 20-24 år. Teenagere, der var blevet gravide, havde en næsten 40 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til gravide kvinder i alderen 25-29 år, jvf. tabel 5.1. Blandt kvinder i alderen 20-24 år drejede det sig om 4 gange øget tilbøjelighed. Da kvinder i Danmark i dag i gennemsnit er 28-29 år, når de føder deres første barn, er de 25-29 årige brugt som referencepunkt, både i forhold til kvinder, der er yngre og ældre end gennemsnittet for førstegangsfødende. For kvinder, der var 40 år eller derover, fandtes også en øget, men knap så udtalt, tendens til at vælge abort. Fem procent af de kvinder, der valgte abort, var 40 år eller derover, mens det kun drejede sig om 1% blandt de svangre kvinder. I forhold til referencegruppens kvinder i alderen 25-29 år havde kvinder, der var 40 år eller mere, en 8 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort.

Sammenhængen mellem alder og valg af abort ændrede sig ikke væsentligt, når der blev kontrolleret for indflydelsen af samlivssituation og hvor mange børn, kvinden allerede havde. Undtaget herfra var kvinder, der var mindst 40 år, for blandt disse kvinder fandtes nu kun en dobbelt så stor tilbøjelighed til at vælge abort som hos kvinder i alderen 25-29 år.

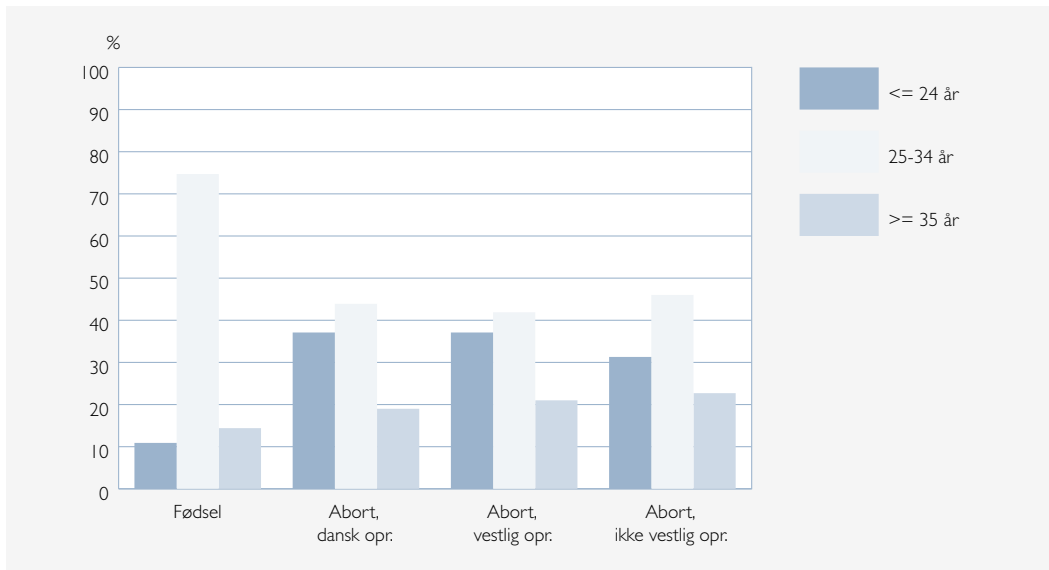
Tabel 5.1. Aldersfordelingen blandt kvinder, der valgte abort og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs fødsel	Abort vs fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95%CI)	adjOR (95%CI)*
<19 år	182	13,3	8	0,7	39,4 (19,2-81,2)	40,0 (17,5-91,7)
20-24 år	316	23,0	134	10,3	4,09 (3,20-5,23)	4,30 (3,12-5,91)
25-29 år	304	22,2	527	40,5	1,00	1,00
30-34 år	298	21,7	446	34,3	1,16 (0,95-1,42)	0,65 (0,49-0,86)
35-39 år	203	14,8	172	13,2	2,05 (1,60-2,62)	0,66 (0,47-0,93)
40+ år	69	5,0	15	1,2	7,97 (4,48-14,2)	2,04 (1,04-3,99)

* Justeret for indflydelse af samlivssituation og antal børn

Uanset kvindens etniske baggrund havde alderen, som det ses i figur 5.1, stadig betydning for valget af abort. 37% af både kvinder med dansk baggrund og kvinder med anden vestlig baggrund, der valgte abort, var under 25 år, mens det var 31% blandt kvinder med ikke-vestlig oprindelse. Blandt de svangre kvinder udgjorde de under 25-årige kvinder 11%. Uafhængigt af om kvinden havde dansk, anden vestlig eller anden baggrund, havde kvinder, der var under 25 år en 5-6 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der var i alderen 25-34 år. Tilsvarende var valget af abort mere hyppigt forekommende blandt kvinder, der var 35 år eller derover: Af de kvinder i denne aldersgruppe, der valgte abort, udgjorde andelen af kvinder med dansk baggrund 19%, anden vestlig baggrund 22% og ikke-vestlig baggrund 23%. Til sammenligning var 14% blandt de svangre mindst 35 år.

Figur 5.1 Aldersfordeling blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



I den kvalitative del af studiet blev opfattelsen af »alder« og dens betydning i forhold til at få børn uddybet og nuanceret. At være »for ung« eller »for gammel« til at få børn er et relativt begreb, som nok spiller ind i beslutningen fødsel/abort, men sjældent som enefaktor. Nogle af kvinderne gav udtryk for en klar forventning om, at livet bør følge et bestemt, på forhånd fastlagt forløb. Vera (18 år), f.eks., sagde:

»En af mine veninder har først fået barn, så kæreste, og så er hun begyndt i skolen. Det er jo en fuldstændig grotesk rækkefølge at gøre det i. Hun burde blive færdig med skolen, få en kæreste, få et barn. Det er bedst at vente, til man er mentalt klar til at få et barn. Til man har tid til det, har økonomi til det, har en mand og alt, hvad man har brug for. Så mangler man bare det der barn for at få det hele til at køre, blive en stor enhed, ikke.«

Generelt var det dog tilsyneladende ikke primært normative forventninger om, at der er tidspunkter i livet, der er mere »rigtige« at få børn på end andre, der drev kvindernes handlinger og valg, men snarere personlige følelser af ikke at have kræfterne og overskuddet til at få (endnu) et barn nu. Lene (38 år) følte sig dels for gammel, dels var hun i et nyt parforhold, som hun ikke ville »belaste« med endnu et barn – oveni de tre børn, de allerede tilsammen havde, hvoraf ét var handicappet:

»Jeg synes slet ikke, jeg har overskud til det. Jeg kan mærke på mig selv, med min alder, at jeg bliver ikke ved med at have det samme overskud, som jeg har haft

før. Jeg bliver hurtigt træt. Og så har jeg også altid haft den holdning, at man skal have børnene sådan rimeligt tidligt.»

Elena, oprindeligt fra Moldavien, er 47 år. Hun sagde med eftertryk: »*Børn kræver kræfter*«, da hun skulle forklare, hvorfor hun valgte at få abort. Elenas mand er næsten 60 og deres datter Veronica er 12 år. Elena ville egentlig gerne have et barn mere, men hun føler ikke, hun har kræfterne til det, og hun synes ikke, et barn skal have gamle forældre. I forvejen tror folk ofte, hendes mand er bedstefar til Veronica, når de er ude sammen. Desuden var der også hensynet til deres datter: Elena og hendes mand vil ikke pålægge hende den byrde, det vil være at have ansvaret for en yngre søster eller bror, hvis deres forældre pludselig ikke længere er der.

Også for de yngre blandt kvinderne var det ofte en række forskellige og sammenflettede motiver, der lå bag valget af abort – at føle sig »for ung« hang ofte sammen med at være under uddannelse, at være i et relativt nyt kæresteforhold, eller at have en relativ beskedent indtægt. Men når de yngre blandt de interviewede valgte abort frem for at få et barn, handlede det tilsyneladende ikke *kun* om praktiske forhold som økonomi, bolig, uddannelse osv., men også om noget mere eksistentielt: om at føle, at man ved, hvem man selv er, og hvor man er på vej hen. Som Vera (18 år) sagde:

»Man skal tage fuldt ansvar for det, man gør, når man får et barn. Jeg er jo ikke engang selv færdigudviklet, altså sådan som person – hvem jeg er, og hvad jeg gerne vil. Jeg ved ikke engang, hvad jeg vil efter handelsskolen. Og så skulle have et barn og begynde at lære det om livet, når man ikke engang selv har idé om, hvordan livet skal være. Jeg vil gerne kunne sige til mit barn, sådan og sådan skal det være, sådan og sådan skal du gøre. Men jeg ved jo ikke engang nok selv, jeg har ikke lært nok selv til at kunne rådgive et nyt barn om, hvordan livet skal være eller hvad for et mønster, der er godt at følge.«

Tilsvarende sagde Katja (22 år), som havde fuldført en uddannelse, men endnu ikke var sikker på, hvad hun ville bruge den til:

»Man skal tænke på det barn, man sætter i verden. Lige meget, hvor meget, man ønsker et barn, hvis du ikke kan passe på det, så kan det være lige meget. Jeg ved ikke, hvad jeg vil endnu, og så kan man ikke sætte et barn i verden. Det går jo ikke, at når jeg er syv måneder henne, så vil jeg ud at rejse f.eks. Jeg tror, der er for meget fart over feltet lige nu. Hvis jeg fik et barn, ville jeg blive nødt til at slappe af, og det ville jeg ikke have det godt med. Jeg farer jo meget rundt. Jeg har det bedst, når jeg er sammen med mennesker, og der sker noget. Så når jeg ikke selv er parat, når jeg ikke selv er voksen nok, så kan jeg heller ikke få et barn.«

For en del af de yngre kvinder, som endnu ikke havde børn, handlede valget af abort om, at de hverken praktisk eller eksistentielt følte sig parat til at blive mødre endnu. De havde ikke lyst til at få et barn, fordi de ikke følte, de var

et sted i deres liv, hvor de var i stand til at tage det ansvar og leve det liv, et moderskab for dem at se ville indebære – et liv, hvor man har ro, tid, stabilitet, god økonomi og retning på tilværelsen. »Alder« er i denne forstand ikke blot et biologisk begreb, men er i kvindernes erfaringsverden snarere en indikation på en social status, hvor man er tilstrækkeligt moden og etableret i sit liv til at kunne tage sig af et barn.

Samlivssituation

Kvindens samlivssituation var i spørgeskemaundersøgelsen klart den faktor, der var stærkest associeret med valget af abort (tabel 5.2). Således angav halvdelen af kvinderne, der valgte abort, at de var enlige, hvorimod det kun var 5% blandt de svangre kvinder, der var enlige. Valget af abort var specielt udtalt blandt enlige kvinder, der ikke havde nogen fast partner, idet de havde en 33 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der var gift eller samlevende. Blandt enlige kvinder, der havde en fast partner, drejede det sig om 14 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort. Når man justerede for indflydelsen af henholdsvis kvindens alder og hvor mange børn hun allerede havde, blev sammenhængen endnu mere udtalt: Enlige kvinder uden fast partner og enlige kvinder med fast partner var nu henholdsvis 44 gange og 19 gange mere tilbøjelige til at vælge abort end kvinder, der var gifte eller samlevende. Her er ikke taget hensyn til parforholdets kvalitet. Det vil blive belyst i næste kapitel.

Tabel 5.2 Samlivssituationen blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

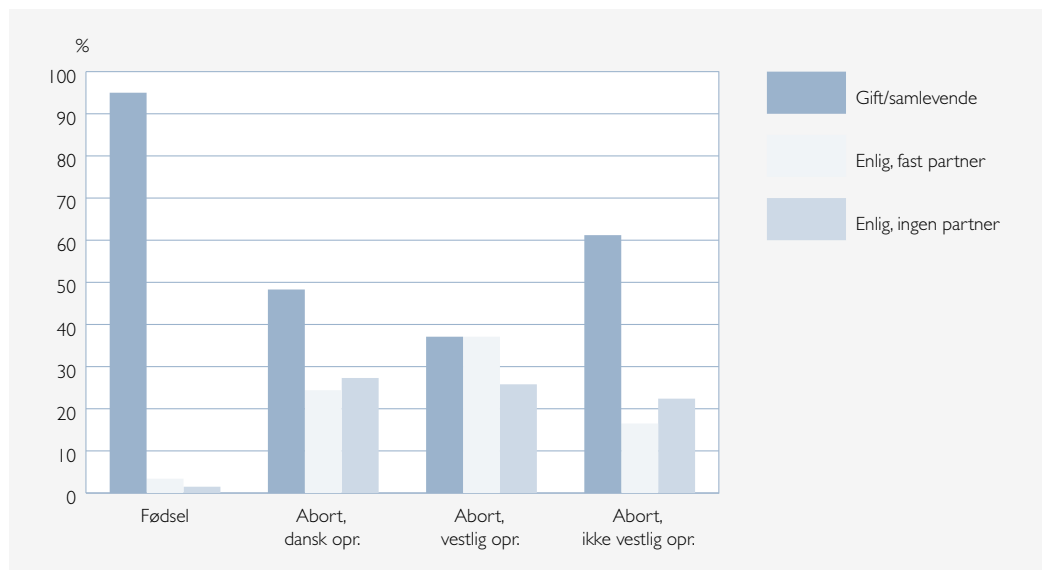
	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel	Abort vs. fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95%CI)	adjOR (95%CI)*
Gift/samlevende	660	49,3	1.227	95,0	1,00	1,00
Enlig, fast partner	321	24,0	44	3,4	13,6 (9,76-18,8)	19,3 (13,2-28,1)
Enlig, ingen partner	357	26,7	20	1,5	33,2 (20,9-52,6)	44,0 (26,5-73,0)

* Justeret for indflydelse af samlivssituation og antal børn

Det var et markant fund blandt kvinder med dansk og kvinder med anden vestlig oprindelse, at mange valgte abort, fordi de var enlige og således ikke havde nogen mand at dele ansvaret for et kommende barn med. Over halvdelen af kvinderne med dansk oprindelse (52%), der valgte abort, angav, at de var enlige. Andelen var større blandt kvinder med vestlig baggrund (63%), og noget mindre blandt kvinder med anden baggrund (39%). Kvinder fra Danmark og kvinder fra andre vestlige lande, der var enlige, men havde en fast partner, havde en henholdsvis 14 og 28 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der var gifte eller samlevende med en partner. Blandt kvinder fra ikke-vestlige lande drejede det sig om en otte gange øget

tilbøjelighed. Kvinder, der var enlige og ikke havde nogen fast partner, havde en 22-43 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der var gifte eller samlevende. Denne tilbøjelighed var mest udtalt blandt kvinder fra andre vestlige lande og mindst udtalt blandt kvinder med ikke-vestlig oprindelse.

Figur 5.2 Samlivssituation blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Flere af kvinderne i den kvalitative del af studiet talte ud fra egen erfaring om, hvor hårdt og krævende det er at være gravid og at have børn. De af kvinderne, der ikke havde en partner, ønskede ikke at stå alene med (endnu) et barn. Bodil (32 år), som i forvejen er alene med en dreng på to år, sagde:

»Det er dejligt at være gravid, men jeg stod alene med det. Det kunne jeg ikke. Der er nu forskel på at være alene om det og så have én at dele det med. Det er ikke det samme at skulle ringe efter sin mor eller veninderne. Der er mange små ting i det. Jeg vil gerne have nogen at dele oplevelserne med, det er ikke altid veninderne gider høre på den slags. Jeg tror virkelig, jeg ville savne en mand at dele det med.«

Også for Fatima (32 år), der for nylig er blevet separeret fra sin mand, spillede det krævende ved at få børn ind.

»Jeg ville ikke have barnet, fordi jeg har problemer med min mand. Jeg har tre børn, jeg kan ikke mere. Fire børn... Hvis jeg er alene, bare med tre børn, er det svært for mig at komme på arbejde. Med fire børn kan jeg slet ikke. Og de er alle sammen små. Så jeg vil ikke mere, jeg vil ikke have flere børn.«

Antallet af børn

Kvindernes valg af abort blev også påvirket af hvor mange børn, de havde før denne graviditet (tabel 5.3). Blandt kvinder, der valgte abort, var det ifølge spørgeskemaundersøgelsen 40%, der havde to eller flere børn. Tilsvarende havde kun 14% blandt svangre kvinder mindst to børn. I forhold til kvinder, der havde et enkelt barn, havde kvinderne med to eller flere børn en knap fem gange øget tilbøjelighed til at vælge abort. Denne sammenhæng blev mere udtalt, når der blev justeret for indflydelsen af alder og samlivssituation.

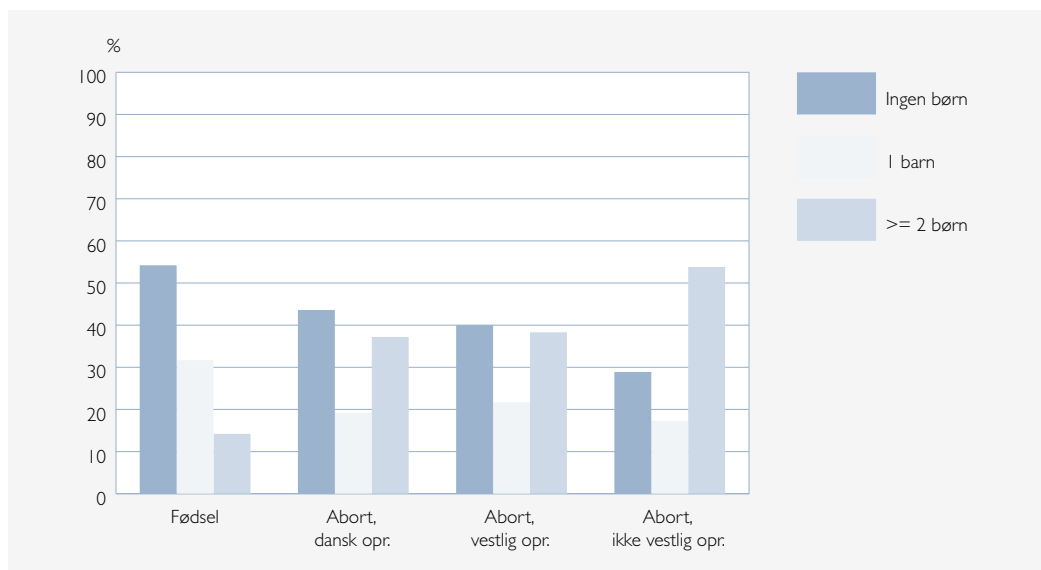
Tabel 5.3 Antal børn blandt kvinder, der valgte abort og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel	Abort vs. fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95%CI)	adjOR (95%CI)*
Ingen børn	549	41,4	696	54,2	1,27 (1,05-1,55)	0,42 (0,32-0,55)
1 barn	252	19,0	407	31,7	1,00	1,00
2+ børn	525	39,6	182	14,2	4,66 (3,82-5,87)	7,44 (5,60-9,98)

*Justeret for indflydelse af samlivssituation og antal børn

Mens henholdsvis 37% og 38% af kvinder med dansk og anden vestlig baggrund, der valgte abort, havde to eller flere børn, var andelen 54% blandt kvinder fra ikke-vestlige kulturer. Sidstnævnte gruppe havde en syv gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der kun havde ét barn. Tilsvarende havde kvinder med henholdsvis dansk og anden vestlig baggrund, der havde to eller flere børn, en fire gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der kun havde ét barn i forvejen.

Figur 5.3 Antal børn blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen indikerer, ligesom flere tidligere undersøgelser af abort i Danmark, at mange kvinder vælger at få abort, fordi de allerede har »børn nok« (f.eks. Rasmussen 1983a, Bertelsen 1994, Hansen et al. 1996). Hvad begrebet »at have børn nok« nærmere dækker over, er imidlertid ikke tidligere blevet studeret, hverken generelt eller mere specifikt, hvilke ønsker til livet, hvilke forestillinger om familien og hvilke hverdags erfaringer, der ligger bag udsagnet om at man har »børn nok«.

I den kvalitative del af undersøgelsen kan det at have »børn nok« handle om flere ting, set fra kvindernes eget perspektiv. For nogen handler det, som vi har set ovenfor, om at have de kræfter, et nyt barn kræver – hvad både alder og helbred kan komme i vejen for. For andre handler det om at være tilfreds med sit liv, som det er. Det gjaldt for eksempel Jytte (36 år), hvis døtre er ni og tolv år. Jytte har ikke lyst til igen at blive bundet, som hun føler, man bliver det med et lille barn:

»Jeg havde det helt klart sådan, at jeg bestemte ikke havde lyst til at skulle starte forfra med barn og hvad ved jeg, og Jens havde det på samme måde. Jeg kunne slet ikke forestille mig, hvordan det ville være at starte helt forfra. Vi havde snakket om, at vi ikke skulle have flere børn, og vi havde det fint med de to piger, vi har. Det ville jo betyde, at vi skulle lægge det hele om – den måde, som vi lever på nu. Jeg havde bare ikke lysten til det.«

Men for de fleste af de interviewede handlede det at have »børn nok« primært om at være i stand til at leve op til sine egne forventninger til, hvad en god

mor er. Spørgsmålet, mange af kvinderne stillede sig selv, var, om de ville være i stand til at tage sig godt nok af de børn, de allerede havde, hvis de fik ét mere? Særlig de kvinder, der ikke var helt unge, der havde meget små børn eller var alene med deres børn, følte sig ikke sikre på, at de havde kræfterne til at få endnu et barn – hvis de samtidig skulle tage sig godt nok af de børn, de allerede havde. For eksempel gjorde Susan (29 år) alt for, at hendes tre døtre skulle få en god og tryk opvækst – ikke mindst, fordi hun selv har haft en hård barndom og ofte har følt sig svigtet. Hun valgte at få abort, fordi hun frygtede, at et barn mere ville tage alt for meget af hendes opmærksomhed og energi:

»Det ville også kræve meget af dem, hvis de lige pludselig også skulle have en mere. Økonomisk også. Men mest det, at de ville jo slet ikke få den opmærksomhed, de har brug for. Jeg kan godt mærke på den store, at hun blev meget tilsidesat, da den mindste kom. For der var jo kun 22 måneder mellem de to sidste, ikke. Og den ene har jo ikke engang nået at blive blefri, inden den næste kommer. Så de tager meget af min tid. Jeg synes, det er synd for den store, hvis hun skal være alt for stor. Når man er seks år, så er man ikke stor nok til at hjælpe til. Hun har stadigvæk brug for meget opmærksomhed. For det er netop der, alle hendes problemer begynder. Det er, når hun føler, hun bliver tilsidesat, og hun ikke føler, hun har den opmærksomhed, hun gerne vil have, ikke. Så kommer hendes problemer... Men det gælder også for de to andre. De skal ikke have mindre opmærksomhed end den, de får nu. Det synes jeg ikke. De har brug for meget i den tid. Altså, jeg bruger sindssygt meget tid på de unger. Det gør jeg. Og hvis jeg skulle skære bare lidt af den tid fra til én mere, nej, det kunne aldrig gå altså. Det, de kræver af mig i hverdagen, det er nødvendigt. Når de har brug for mig, så har de brug for mig. Så hjælper det ikke noget, at der ikke er tid til dem. Sådan har jeg det, for det er mine guldklumper. De skal i hvert tilfælde ikke forsømmes på nogen måder. Det skal de ikke.«

Mange af de kvinder, der allerede havde børn, delte Susans betragtninger. Der var udbredt enighed blandt kvinderne om, at børn har brug for megen opmærksomhed og megen tid, at de skal have lov at »være små« temmelig længe; og at der er grænser for, hvor mange små børn, man som mor kan magte at tage sig af på én gang. Som Astrid (32 år) sagde:

»Jeg syntes, det var synd for mine børn. En mor, der skal deles i tre, det er i hvert fald endnu mindre, end hvis hun bare skal deles i to. Det tror jeg nok, jeg syntes, var for lidt til dem, jeg har.«

Flere talte som Susan om, at man som mor altid har dårlig samvittighed og føler, at man kunne gøre det bedre:

»Der er så mange ting, man gerne ville have gjort anderledes, eller mere tid, man ville have brugt på sine børn og sådan nogle ting. Så når jeg har dårlig samvittighed nu, ville jeg da få endnu mere dårlig samvittighed, hvis jeg tog den beslutning [at få et barn mere].«

De af kvinderne, der blev gravide kort efter en tidligere fødsel, følte ofte som Stine (34 år), hvis datter Luna er fire år og sønnen Nikolai otte måneder gammel, at de simpelthen ikke ville kunne klare at tage sig af et barn mere:

»Hvis Nikolai havde været ét år eller halvandet år, da jeg blev gravid, tror jeg ikke, jeg havde valgt at få en abort. Så tror jeg, vi havde valgt at få en sidste. Det er jo ikke en sjov ting, at få abort. Men mit hensyn til Nikolai var det vigtigste. Han skulle have lov til at være den eneste. Jeg kan forestille mig, at hvis jeg gik hen og fik en anden baby, og pludselig havde to, jeg skulle gå hjemme med, to, der begge to skulle bæres... jeg kunne forestille mig, det ville blive ualmindeligt hårdt at have to så små børn. Jeg tror, jeg ville gå bims med to små. To der græder. Allerede nu kan jeg jo se, at hvis jeg sidder med Nikolai, så vil Luna have opmærksomhed, og hvis jeg sidder med Luna, så kan han sidde hos sin far og vræle og vil over til sin mor – og så nummer tre. Jeg tror ikke, jeg ville kunne klare det.«

Selvom mange af kvinderne, som også Stine, i princippet havde sociale netværk bestående af forældre, søskende og veninder, følte de sjældent, at de kunne trække på disse relationer i det daglige arbejde med børn og familie – fordi venner og familie jo har »deres eget liv«.

For en del af indvandrerkvinderne blev problemerne med at tage sig godt nok af deres børn forstærket af, at de var nye i Danmark og brugte megen energi på at etablere et liv her. I den proces følte mange, at det at få et barn mere ville gøre det endnu vanskeligere for dem at få skabt det liv, de gerne ville kunne tilbyde deres børn. Asma (37 år), der oprindeligt er fra Marokko, bor alene med sine tre børn på ni, seks og halvandet år. Hun har boet i Danmark siden 1996, er for nylig blevet skilt, og er arbejdsløs. Hun sagde:

»Jeg tænkte, mine børn er stadig små, og jeg taler ikke godt dansk. Jeg vil gerne lære dansk og arbejde for os, så vi kan få et godt liv. Dengang jeg kom hertil var jeg meget optimistisk. Jeg tænkte, jeg taler fransk, jeg har en uddannelse, jeg vil have et barn mere, og så vil jeg få mig et job og få et rigtig godt liv og leve helt almindeligt. Jeg troede ikke, det skulle gå på denne måde.«

Asma følte, at med et barn mere, ville det blive endnu vanskeligere for hende at lære dansk og finde det job, hun gerne ville have. Flere andre af indvandrerkvinderne talte som Asma om, hvor vanskeligt det var at få arbejde og et »almindeligt liv« i Danmark, selvom det var det, de havde håbet på, da de kom hertil. Alma (32 år), der oprindeligt er fra Bosnien, fortalte, at hun ikke kunne overskue at skulle »starte forfra« med et helt nyt barn nu, hvor hun endelig efter ni år følte, hun var ved at blive etableret i Danmark:

»Før jeg fandt arbejde, var det virkelig svært for mig. Men jeg fandt arbejde, vi købte hus, og det hele faldt på plads i harmoni. Og så skulle jeg lige pludselig starte forfra? Det vil jeg ikke. Jeg har ikke tid og ro til det. Da jeg kom til Danmark, startede jeg også forfra. Det er ikke som danske kvinder, de har rigtig mange ting i

forvejen. Jeg skulle starte forfra, kopper, tallerkener og det hele. Så jeg skulle have en lidt længere periode, før jeg havde det hele. Nu er mine børn ved at være store, de er snart teenagere. Min datter fylder tretten, snart kan vi blive rigtig veninder og tage på pigeture i byen. Det ville vi ikke kunne, hvis jeg havde et lille barn.»

Mange af kvinderne traf valget af abort som et led i deres bestræbelser på at blive en god mor: En mor, der skabte de bedst mulige livsbetingelser for de børn, hun allerede havde. Fælles for kvinderne var, at de følte, det kræver kræfter og ressourcer at have børn – og at det var kræfter, de ikke havde nok af på det tidspunkt, hvor de blev gravide.

Arbejde og uddannelse

Der var en klar sammenhæng i spørgeskemaundersøgelsen mellem at være studerende og at vælge abort. I alt 29% af de abortsøgende kvinder angav, at de var studerende, mens det var 18% blandt de svangre (tabel 5.4). Studerende havde en næsten fordoblet tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der ikke var under uddannelse. Denne sammenhæng forblev signifikant, men dog mindre udtalt, efter justering for indflydelsen af kvindens alder og antal børn. 28% af de kvinder med dansk baggrund, der valgte abort, angav at være studerende. For abortsøgende kvinder med anden vestlig baggrund udgjorde de studerende 35% og blandt kvinder med ikke-vestlig baggrund angav 31%, at de var studerende. Uafhængigt af etnisk baggrund havde kvinder, der var studerende, en øget tilbøjelighed til at vælge abort, og denne tilbøjelighed var mest udtalt blandt kvinder fra andre vestlige lande, efterfulgt af kvinder fra ikke-vestlige lande. De sidstnævnte to grupper kvinder havde en 2,1-2,5 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der ikke var under uddannelse. Kvinder med dansk baggrund, der var under uddannelse, havde tilsvarende en knap to gange øget tilbøjelighed til at vælge abort.

Kvindernes arbejdsmæssige situation var også af betydning for valget af abort. Blandt kvinder, der valgte abort, var 33% arbejdsløse, mens det gjaldt for 18% af de svangre. Tilsvarende var der dobbelt så mange ufaglærte blandt abortsøgende kvinder (10%) som blandt svangre kvinder (5%). Arbejdsløse og ufaglærte kvinder havde en knap fire gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der var funktionærer. Efter justering for kvindernes alder og antal børn blev denne sammenhæng mindre udtalt, men var dog stadig signifikant. Kvinder, der var faglærte, havde også en øget, men knap så udtalt tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til funktionærer og denne sammenhæng forblev signifikant i den justerede analyse.

Table 5.4. Studie og arbejdssituation blandt kvinder, der valgte abort og kvinder, der valgte at føde

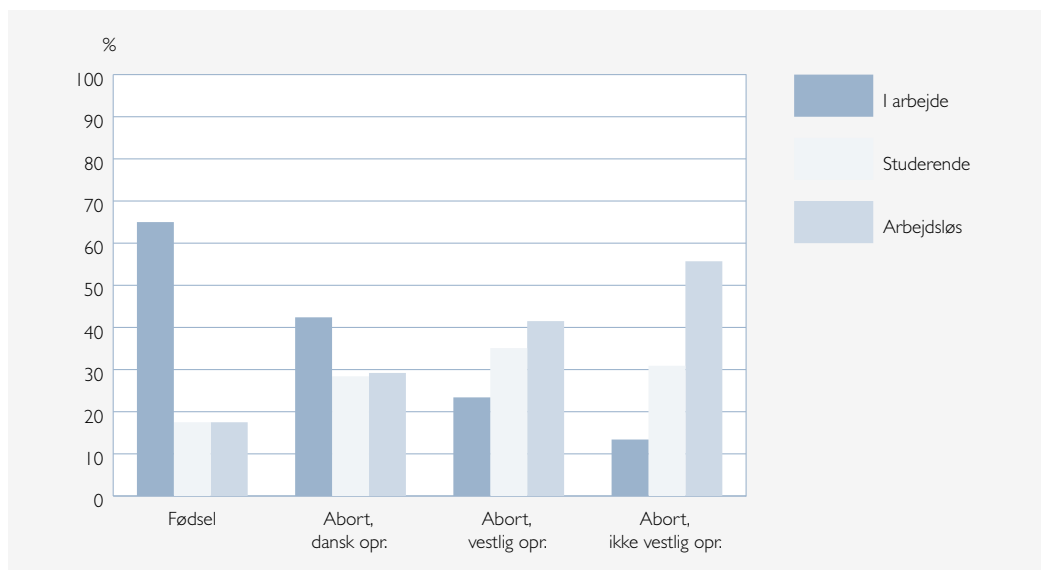
	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel	Abort vs. fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95%CI)	adjOR (95%CI)*
Studerende						
Ja	381	28,8	226	17,5	1,90 (1,58-2,29)	1,49 (1,12-1,96)
Nej	943	71,2	1062	82,5	1,00	1,00
Arbejdssituation ⁽¹⁾						
Arbejdsløs	328	33,4	186	17,5	3,72 (2,94-4,71)	1,89 (1,36-2,63)
Funktionær	245	25,0	517	48,8	1,00	1,00
Faglært	105	10,7	129	12,2	1,72 (1,27-2,32)	1,62 (1,10-2,40)
Ufaglært	102	10,4	55	5,2	3,91 (2,73-5,62)	2,51 (1,55-4,07)
Andet	201	20,5	173	16,3	2,45 (1,90-3,16)	1,70 (1,22-2,40)

*Justeret for indflydelse af samlivssituation og antal børn

(1) Studerende er ekskluderet i denne analyse

Andelen af arbejdsløse kvinder var specielt udtalt blandt kvinder fra ikke-vestlige kulturer, hvoraf 56% angav at være arbejdsløse. Blandt kvinder med dansk oprindelse og kvinder med anden vestlig oprindelse var henholdsvis 29% og 42% arbejdsløse. Association mellem valget af abort og det at være arbejdsløs var, som det ses af Figur 5.4, mest udtalt blandt kvinder fra ikke-vestlige kulturer, hvor arbejdsløse kvinder havde en seks gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der ikke var arbejdsløse. Blandt kvinder med dansk oprindelse og kvinder med anden vestlig oprindelse var det at være arbejdsløs forbundet med en 2-3 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der var i arbejde.

Figur 5.4 Studie og arbejdssituation blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Få af kvinderne i den kvalitative del af studiet angav hensynet til uddannelse eller arbejde *alene* som motivation for deres valg af abort. Men for mange spillede ønsket om at få en uddannelse eller hensynet til deres arbejde en vis rolle i valget af abort, i samspil med andre forhold. Marianne (37 år), f.eks., havde lige fået et nyt job, som hun glædede sig til at komme i gang med. Selvom hensynet til jobbet ikke var hendes primære motiv for at vælge at få abort, spillede det en vis rolle. Som hun sagde:

»Det ville jeg aldrig tro, jeg skulle sige om mig selv, men jeg havde virkelig glædet mig til det nye job og havde store forventninger til det, og jeg kunne bare se, det var den dårligste timing, der overhovedet kunne tænkes«.

Hensyn til arbejde blev dog relativt sjældent nævnt af kvinderne som led i begrundelsen for deres valg af abort, mens ønsker om at færdiggøre sin uddannelse oftere optrådte. De uddannelsessøgende blandt kvinderne følte generelt, at andre ting i livet var vigtigere for dem lige nu end at få børn og stifte familie – først og fremmest at gøre deres studier færdige og at få etableret det liv, de drømmer om. Det gjaldt f.eks. Shahla (25 år), der kom til Danmark fra Iran, da hun var 16 år. Shahla bruger megen tid og energi på sin uddannelse og føler slet ikke, hun har tid, kræfter og overskud til at få et barn, mens hun læser. Som hun sagde:

»Jeg skal have denne her uddannelse. Det er meget vigtigt for mig. Jeg vil gerne være selvstændig og tjene mine egne penge. Det er hårdt at læse, jeg skal hele tiden

videre, hele tiden bestå og have høje karakterer. Man kan næsten ikke andre ting. Jeg kan ikke gå ud, jeg har ikke så meget tid, jeg sidder og læser hele tiden. Jeg har ikke så meget tid til veninder eller fester eller sådan. Overhovedet ikke. Lige nu skal jeg bare passe min skole stille og roligt.»

Tilsvarende var Sara (25 år) optaget af andre ting end at skabe familie lige nu. Hun går på den alternative teaterskole og regner med at blive færdig som skuespiller om et år. Hun valgte at få abort af flere grunde. Én grund var, at hun kun har kendt sin kæreste i ganske kort tid, og at han er meget ung, kun 19 år, og endnu ikke efter Saras mening klar til at blive far. Han bor stadig hjemme hos sine forældre og håber som hun på en karriere som skuespiller. Men den væsentligste grund til at hun valgte abort, var at hendes karriere betyder meget for hende. Hun var bange for, at fik hun et barn nu, ville hun senere komme til at fortryde det, fordi barnet ville gøre det sværere at få en karriere op at stå:

»Mange af mine veninder er begyndt at få børn. Det er sådan lidt mærkeligt, fordi det føler jeg slet ikke, jeg er klar til. Jeg skal have en karriere. Jeg synes, jeg er egoistisk på den gode måde. Jeg vil gerne bruge de næste år på mig selv. Det betyder meget for mig at realisere mig selv, at få mine drømme virkeliggjort. At jeg ikke føler, jeg er gået glip af noget, fordi jeg har fået et barn eller ja, på grund af andre ting, som f.eks. økonomi. Jeg vil ikke sidde, når jeg er 50 år og tænke, nej, jeg fortryder egentlig. Jeg vil vide med mig selv, at jeg har gjort hvad jeg kunne for at realisere mig selv, og for at mine drømme skal blive til virkelighed.»

Flere andre af de yngre og uddannelsessøgende kvinder følte som Shahla og Sara, at det ville blive vanskeligt for dem at skabe sig det liv, de ønsker sig, hvis de fik et barn nu. Det gjaldt f.eks. Britt (19 år), der går på HF og håber at gennemføre en seminarieuddannelse bagefter. Hun følte, at det kræver en stor indsats for hende at gennemføre den uddannelse, hun var i gang med. Britt sagde eksplicit, at hun var bange for at »gå ned«, hvis hun fik et barn som studerende. Hun har altid kun klaret sig »sådan okay« i skolen og har haft svært ved at leve op til sine forældres forventninger:

»Jeg føler ikke rigtig, at min mor har været så stolt af mig. Men det er jo nok fordi, der ikke har været så meget at være stolt af.»

Britt var bange for, at et moderskab ville betyde, at hun aldrig blev færdig med den læreruddannelse, hun håber på at få:

»For det første ville jeg ikke kunne bo her, og for det andet ville jeg ikke komme i gang med min uddannelse. Jeg tror faktisk, at hvis jeg fik et barn nu, så ville jeg have meget, meget svært ved at rejse mig igen. Forstå mig ret. Jeg tror faktisk lidt, at jeg ville blive sådan en bistandsklient. Og jeg vil gerne have mig en uddannelse.»

For kvinder som Shahla, Sara og Britt, der har sat sig nogle klare livsmål, som det kræver en indsats at nå, kan valget af abort ikke forklares ud fra deres

status som uddannelsessøgende alene; for at forstå motiverne for deres valg er det nødvendigt også at se på den sårbarhed og uvished, de føler i forhold til deres liv og fremtid. For de uddannelsessøgende blandt de interviewede gjaldt desuden ofte, at de følte, de endnu var »for unge« til at få et barn.

Indkomst

Kvinder, der valgte abort, havde en lavere månedlig indtægt end svangre kvinder (Tabel 5.5). Omkring halvdelen af de kvinder, der valgte abort, angav, at de havde en månedlig indtægt på under 10.000 kr. efter skat. Blandt de svangre kvinder var det 29%. Kvinder, der tjente under 7.000 kr. efter skat, havde en øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der angav, at deres månedlige indkomst var 10.000 -14.999 kr. I den justerede analyse blev denne sammenhæng insignifikant, sandsynligvis fordi resultaterne afspejler at mange kvinder, der har en indkomst på under 7.000 kr., er unge og derfor endnu ikke har etableret sig. Blandt de kvinder, der tjente lidt mere, 7.000-9.999 kr., var der derimod en signifikant øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til de kvinder, der tjente 10.000-14.999 kr. Denne sammenhæng forblev signifikant i den justerede analyse.

Tabel 5.5. Månedlig indkomst efter skat, blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

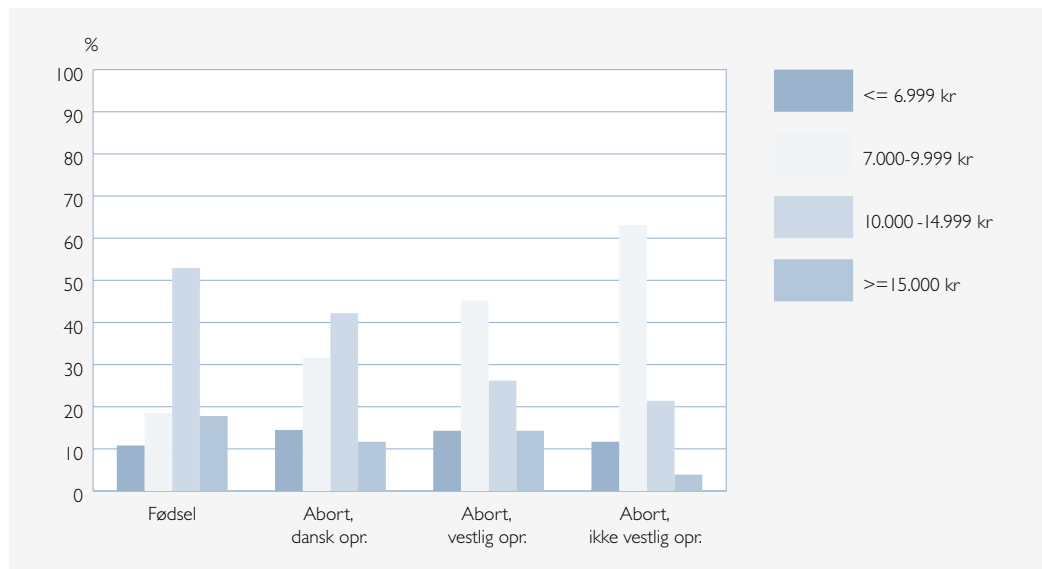
	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel	Abort vs. fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95%CI)	adjOR (95%CI)*
-6.999 kr.	132	13,9	118	10,8	1,69 (1,29-2,22)	1,12 (0,76-1,67)
7.000-9.999 kr.	341	35,9	341	18,5	2,59 (2,10-3,20)	1,47 (1,09-1,97)
10.000-14.999 kr.	373	39,3	373	52,9	1,00	1,00
15.000 kr. el. mere	104	10,9	104	17,8	0,88 (0,68-1,16)	0,82 (0,57-1,18)

* Justeret for indflydelse af samlivssituation og antal børn

Det var tydeligt, at kvinder fra ikke-vestlige kulturer, der valgte abort, havde en dårligere økonomi end kvinder med såvel dansk som anden vestlig baggrund. Tre-fjerdedele blandt kvinder fra ikke-vestlige kulturer angav at have en månedlig indtægt på under 10.000 kr. efter skat. Blandt kvinder med dansk og anden vestlig baggrund var det henholdsvis 46% og 60%. I den sammenlignende analyse var indtægtens indflydelse på valget af abort mest udtalt blandt kvinder med oprindelse i ikke-vestlige lande: Kvinder med en indkomst på 7.000-9.999 kr. havde en syv gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der havde en månedlig indkomst på 10.000-14.999 kr. Tilsvarende var kvinder med dansk baggrund dobbelt så tilbøjelige til at

vælge abort og kvinder med anden vestlig baggrund og samme indkomst fem gange så tilbøjelige til at vælge abort.

Figur 5.5 Månedlig indkomst efter skat, blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Kun ganske få af kvinderne i den kvalitative undersøgelse sagde, at økonomiske overvejelser havde spillet ind i forhold til deres valg af abort. Dette er samstemmende med resultaterne af tidligere undersøgelser, som ligeledes har vist, at det ikke er de økonomiske forhold, der er de mest betydende for kvinder, der vælger abort. Når de optrådte hos kvinderne i dette studie, indgik de økonomiske overvejelser oftest sammen med andre forhold, der talte for valget af abort. Særligt de, der var studerende, nævnte ofte, at de ikke følte, de havde råd til at få et barn nu – men for disse kvinder var der som regel andre hovedmotiver til valget af abort. Shahla, f.eks., var primært bange for at få et sygt barn, mens Vera og Katja ikke følte, de var gamle nok til at blive mødre endnu. Samira (30 år), der oprindeligt er fra Libanon, syntes, at familiens lejlighed var for lille til en familie, der i forvejen bestod i seks mennesker – men hendes primære motiv var, at hun ikke følte, hun havde kræfterne til at få et femte barn nu.

Ganske få af kvinderne, to indvandrerkvinder og en kvinde med dansk oprindelse, angav økonomiske forhold som den primære og helt klare grund til deres valg af abort. Caroline (29 år) var blandt de mest økonomisk velstillede af de interviewede. Når hun valgte at få abort, var det blandt andet fordi, hun havde set frem til at komme i arbejde igen efter barsel og forældreorlov med sit andet barn. Men først og fremmest ønskede hun og hendes mand ikke at gå

på kompromis med den levestandard og den økonomi, de nu havde. De havde begge gode jobs, relativt høje indtægter, boede i en stor lejlighed i det indre København og færdedes blandt mennesker, der ikke mangler noget. Carolines valg af abort indikerer, at »økonomi« er en relativ størrelse:

»Det var en meget økonomisk ting, det var det virkelig. Det lyder måske langt ude, for vi mangler jo ikke noget. Hvis det havde betydet alt for os [at få et tredje barn], havde vi jo bare flyttet i en mindre lejlighed. Vi lever et luksusliv, vi mangler jo under ingen omstændigheder noget, og vores børn mangler ikke noget. Så det var noget med, at vi ikke var villige til at gå på kompromis med det liv, vi allerede lever. Det er meget svært at skrue ned, det er lettere at skrue op end ned. Det betyder meget for os at bo centralt og fedt, fordi vi er enormt meget hjemme, fordi vi har små børn. Det var det, vi prioriterede. Vi kan godt lide at have friheden. Har vi lyst til en tur i Zoologisk Have, gør vi det, og så spiser vi frokost der, vi tager ikke madpakker med. Jeg ved godt, det er noget, andre familier skal tænke over, så vi er enormt privilegerede. Men det har vi ikke lyst til at tænke over. Vi vil gerne have lov til at gøre det, vi har lyst til at gøre. Vi har også lyst til at kunne sige, at nu går vi ud og spiser i aften. Der er mange små ting i hverdagen, som vi gerne vil kunne gøre som en naturlighed, uden at behøve checke saldoen først. Det er noget med, at vi begge er enormt privilegerede mennesker og enormt forkaledede, fordi vi har meget mere end de fleste børnefamilier.«

Lidt anderledes forholdt det sig for de andre to kvinder, der valgte abort af økonomiske grunde, Arun (29 år) og Niket (36 år). Arun er oprindeligt fra Thailand, Niket fra Tyrkiet, og de var begge arbejdsløse og på bistandshjælp, da de fik abort. Arun er gift i Danmark, men har også en syv-årig datter i Thailand, som hendes eksmand er far til. Datteren bor hos Aruns forældre, og Arun har meget dårlig samvittighed over, at hun ikke har fået hende med sig til Danmark. Hun sender derfor så mange penge, hun overhovedet kan, til sin datter hver måned:

»Jeg har det godt her, det hele er perfekt, men hvad med mit barn? Hvem passer hende? Hvordan har hun det? Jeg føler mig som en dårlig mor, det er min pligt at passe på mit barn. Da jeg fandt ud af, jeg var gravid, var min første tanke min datter. Lige nu har jeg ikke så mange penge at sende til hende. Og det er synd for hende, hvis jeg ikke kan forsørge hende så godt som muligt. Hvis jeg får et barn til, hvad så med min datter?«

Da Arun blev spurgt om motiverne for sit valg af abort, sagde hun:

»Det er kun et spørgsmål om penge. Vi har ikke råd til det.«

Niket var kommet til Danmark fra Tyrkiet i 1999 og boede med sin mand og to drenge i en lille toværelses lejlighed i København. Hun ville egentlig gerne have et barn mere, men kunne ikke forestille sig, hvordan de skulle få plads til et barn mere i lejligheden:

»Jeg tænkte i lang tid over det, inden jeg gik til lægen. Hun gav mig et par uger, så jeg kunne tænke over det. Men vi ville ikke have det godt. Altså, hvis der var et værelse for sig, ville det have gået. Hvis de havde kunnet love at give mig en lejlighed om otte-ti måneder, ville jeg ikke have haft abort. Hvis jeg havde haft et håb, så havde jeg selvfølgelig ikke gjort det. Men en lille baby ville ikke have det godt og rart her. Det ville have været for meget, tre børn i ét værelse. De store går i skole og ville ikke kunne sove i fred om natten. Jeg tænkte virkelig meget over det. Jeg har virkelig gået og spekuleret meget over det. For det er jo ligesom om, man smider sit barn ud.«

Niket fortalte, at hun kun talte med sin mand og sin læge om valget. Lægen havde bare sagt, at det var Nikets valg:

»Hun sagde, jeg overlader det til dig, det er dig, der bestemmer.«

Ingen havde fortalt Niket om muligheden for at få en støttesamtale. Da hun senere, efter at aborten var blevet udført, fortalte sine søskende om den, blev de chokerede, og sagde, at hun bare skulle have fået barnet – for når først barnet var der, ville hun nok have fået hjælp med lejligheden. Så nu fortryder Niket, at hun fik aborten:

»Jeg har virkelig fortrudt det meget. Jeg vidste ikke, at hvis man bor tre børn og to voksne i en toværelses, så giver de én en ny lejlighed. Det vidste jeg ikke.«

Som dette viser, kan der ligge væsensforskellige sociale situationer til grund, når kvinder angiver »økonomi« som deres motiv for at vælge abort. Et tilsyneladende entydigt svar kan således have vidt forskellige betydninger i forskellige kvinders liv. Som det er fremgået, var det dog sjældent rent økonomiske overvejelser, der fik kvinderne til at vælge at få abort.

Sammenfatning

Fundene fra spørgeskemaundersøgelsen peger i retning af, at de socioøkonomiske faktorer, der ligger til grund for valget af abort, er mangearterede. Et markant fund blandt kvinder med dansk og kvinder med vestlig oprindelse er, at mange valgte abort, fordi de var enlige og således ikke havde nogen mand at dele ansvaret for et kommende barn med. Samtidig er der en klar tendens til at valget af abort også er associeret med at være ung, have to eller flere børn, være studerende, arbejdsløs eller ufaglært arbejder samt at have en lav indkomst. Det var også et markant fund, at forholdsvis mange kvinder fra ikke-vestlige lande var arbejdsløse og havde en lav månedlig indkomst. Begge faktorer havde en indflydelse på valget af abort. Den fundne sammenhæng stemmer overens med kvindernes egen begrundelse for at få vælge abort (Tabel 9.1), således angav 22% af kvinderne, at de følte, at de var for unge til at få barn og henholdsvis 17% og 20% angav, at det at få barn lige nu var svært foreneligt med deres erhvervsarbejde eller uddannelse. Samtidig

angav 29% af kvinderne, at abortvalget var influeret af, at de ikke følte de havde råd til at få et barn lige nu. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen stemmer overens med en række tidligere undersøgelser (Bertelsen 1994; Rasch et al. 2002; Rasmussen 1983a; Vestermark et al. 1990; Wohlert & Møller-Larsen 1978).

Den kvalitative undersøgelse belyste yderligere, hvordan kvindernes livsomstændigheder influerede på deres valg af abort. For en del af de yngre kvinder, som endnu ikke havde børn, handlede valget af abort om, at hverken praktisk eller eksistentielt følte sig parat til at blive mødre endnu. Dette gik igen, når det handlede om at have »børn nok«, hvor mange af kvinderne spurgte sig selv, om de ville være i stand til at leve op til egne forventninger om, hvad en god mor er.

Hensyn til arbejde blev relativt sjældent nævnt af kvinderne som led i begrundelsen for deres valg af abort, mens ønsker om at færdiggøre sin uddannelse oftere optrådte. Især de uddannelsessøgende blandt kvinderne følte generelt, at andre ting i livet var vigtigere for dem lige nu end at få børn og stifte familie – først og fremmest at gøre deres studier færdige og at få etableret det liv, de drømmer om.

Kun ganske få af kvinderne i den kvalitative undersøgelse sagde, at økonomiske overvejelser havde spillet ind i forhold til deres valg af abort. Dette er samstemmende med resultaterne fra tidligere undersøgelser, som ligeledes har vist, at det ikke er de økonomiske forhold, der er de mest betydende for kvinder, der vælger abort. Når de optrådte hos kvinderne i dette studie, indgik de økonomiske overvejelser oftest sammen med andre forhold, der talte for valget af abort.

6. Parforholdet

»Jeg vil bare gerne have den der familie. Det er en romantisk idé, jeg har om, at det er så hyggeligt. Jeg ved ikke, om man kan sige, det er det rigtige billede. Men kærlighed er meget vigtig for mig. Jeg har den idé med kærlighed mellem ham og hende, og så bliver det til et barn...«

Lisbeth (32 år)

Langt størstedelen af kvinderne i denne undersøgelse ønskede at få børn indenfor rammerne af »den perfekte kernefamilie«: En familie, der består af far, mor og børn, og hvor alle elsker og hjælper hinanden. Afveg de daglige realiteter for meget fra dette ideal – hvad enten det skyldtes, at der ikke stod nogen mand parat til at påtage sig rollen som far, med alt hvad det indebærer, at kvinden selv tvivlede på sin kærlighed til den mand, hun var blevet gravid sammen med, eller at parforholdet var præget af konflikt og ambivalens – følte mange af kvinderne, at abort var den bedste løsning.

I såvel danske som internationale undersøgelser af, hvorfor kvinder vælger abort, finder man generelt, at den sociale og den familiære situation spiller en stor rolle. De hyppigst anvendte begrundelser for at vælge abort i ikke mindre end 32 undersøgelser, foretaget i 27 forskellige lande, er 1) ikke at ønske at få flere børn, 2) endnu ikke være klar til at få børn, 3) »manglende støtte fra partneren« eller 4) »problemer i parforholdet«. I et studie fra USA i slutningen af 1980'erne og i Tjekkiet i 1993 angav henholdsvis 14% og 8% af kvinderne, at årsagen til at vælge abort var problemer i parforholdet eller at partneren ikke ønskede graviditeten (Singh et al. 1998).

Registerdelen af dette studie dokumenterer, at under halvdelen af de kvinder, der fik abort i 2001/2003 var gifte eller samlevende, jfr. tabel 3.3. Det falder godt i tråd med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen samt en række tidligere danske undersøgelser, som har påvist, at den mest almindelige begrundelse, når kvinder vælger at afbryde en graviditet, er parforholdets karakter eller ikke-eksistens (Bertelsen 1994, Husfeldt et al. 1995, Hansen et al. 1996). Udsigten til at blive enlig mor kan afskrække mange kvinder fra at gennemføre en graviditet, og abortsøgende kvinder lever da også sjældnere i faste parforhold end fødende kvinder gør (Vestermark et al. 1990; Bertelsen

1994; Rasch et al. 2002). I en undersøgelse, der blev gennemført i 1978/79 i optageområdet til Herlev Sygehus var hele 42% af de abortsøgende enten enlige eller de havde en fast ven, som de ikke boede sammen med (Rasmussen 1983a), mens det kun var 4% blandt de fødende (Rasmussen 1983b). En efterfølgende undersøgelse ca. 10 år senere i samme område fandt tilsvarende andele af enlige blandt de abortsøgende (Kristiansen et al. 1991).

Også dette studies kvalitative interviewundersøgelse peger i samme retning: Stort set alle kvinderne var enige om, at de helst ikke ville have et barn alene, men ønskede at dele et evt. forældreskab med en mand, de elskede og følte, de kunne stole på. Det er også et markant fund, at det at få et barn for langt de fleste af kvinderne var nært knyttet sammen med forholdet til den mand, som de blev gravide sammen med, og som de – potentielt – kunne danne familie med.

Med udgangspunkt i de abortsøgende kvinders egen opfattelse af deres parforholds kvalitet og deres erfaringer og forestillinger om forældreskab og familieliv, vil dette kapitel se nærmere på, hvad der mere nøjagtigt menes med, at det ikke er ønskværdigt at få barn som enlig kvinde, og hvilke sociale forhold i dagligdagen, der gør det uønskværdigt for kvinder i Danmark at leve alene med et eller flere børn eller at få barn i et forhold, der opleves som »ustabil«. For til trods for at det »stabile« parforhold - eller det »stabile« liv tillægges stor betydning i den eksisterende forskning, er de implicite kulturelle antagelser om familieliv og forældreskab sjældent blevet gjort eksplicite.

Kernefamilien

Som anført i Kapitel 5 er et af undersøgelsens mest markante fund, at blandt kvinder med dansk og kvinder med anden vestlig oprindelse valgte mange abort, fordi de var enlige og således ikke havde nogen mand at dele ansvaret for et kommende barn med. I modsætning hertil angav hovedparten af kvinder med ikke-vestlig oprindelse, der valgte abort, at de levede i faste parforhold. Blandt disse kvinder var det ikke i samme grad det, at de manglede en mand at dele forældreskabet med, der var udslagsgivende for valget af abort, men mere deres tvivl om, hvorvidt han reelt ville tage medansvar.

I den kvalitative del af studiet var der især blandt kvinder med dansk baggrund en forestilling om kernefamilien som en social enhed, der ideelt set er »fuldendt« – særligt emotionelt, men også praktisk og økonomisk – en enhed, der er bygget op omkring to menneskers helt særlige følelser for hinanden. Indvandrerkvinderne, derimod, lagde generelt mest vægt på de mere praktiske sider af familielivet og særligt på betydningen af, at man som ægtefæller hjælper og støtter hinanden i det arbejde, det er at opfostre og opdrage børn. Mange af kvinderne refererede til deres egen barndom og opvækst, når de skulle forklare, hvordan de selv gerne ville skabe familie. F.eks. sagde Sara (25 år):

»Der ligger det i det, at jeg kommer fra en kernefamilie. Jeg har aldrig nogensinde

manglet noget som helst, og jeg har ikke lyst til, at mine børn skal vokse op med mindre end det, jeg selv har haft. Selvom kærlighed og kildevand kan være nok så hyggeligt og dejligt, så – nej, det har jeg ikke lyst til. Jeg har lyst til, at mine børn skal have den samme sikre tilværelse, som jeg selv har haft.»

I modsætning til Sara var Maja (26 år) vokset op under ret turbulente sociale omstændigheder, hvor hendes forældre havde haft skiftende partnere igennem hele hendes barndom. Men det bragte hende kun til samme konklusion som Sara: At det er kernefamilien, der giver et barn de bedste opvækstvilkår:

»Jeg havde ikke lyst til at stå alene med det. Måske fordi jeg selv er skilsmissebarn. Jeg synes, at hvis man skal være familie, skal der være begge forældre. Jeg tror, det var meget på grund af min egen barndom, at jeg følte, jeg ikke skulle stå alene med et barn. Det er ikke det, jeg har gået og drømt om. Jeg har selvfølgelig drømt om den perfekte kernefamilie.»

Generelt var der enighed blandt de interviewede om, at børn helst skal have en mor og en far. Birgitte (36 år), f.eks., følte ikke, hun kunne være bekendt at få et barn, hvis ikke hun var i stand til at fortælle det, hvem dets far er:

»Jeg kunne ikke have et barn, hvor jeg skulle sige, 'Din far, det er en eller anden, jeg har mødt, jeg ved ikke lige, hvad han hedder. Jo, han hedder lige Mark til fornavn, så ved jeg ikke mere'. Det kunne jeg simpelthen ikke. Det ville være flout synes jeg. Det synes jeg ikke, at man kan.»

Enkelte af kvinderne delte ikke drømmen om den lykkelige kernefamilie. Julie (25 år), f.eks., mente, at nogle af børnene i hendes boligområde ville være lige så godt tjent uden en far:

»Jeg synes ikke, børn behøver have en mor og en far. Det er ikke nødvendigt – altid. Ovenpå skændes de meget, og det er altid faren, der råber, og man kan høre, børnene spæner fra ham. For nylig fik et af børnene en lussing, så man kunne høre det hele vejen ud i gården... Jeg synes ikke, de behøver at have en mor og en far for enhver pris.»

Heller ikke Marianne (37 år) delte drømmen om kernefamilien. Hendes valg af abort var motiveret først og fremmest af hendes ønske om at kunne nyde forholdet til den mand, hun var forelsket i, og af hendes modvilje mod at skulle lægge sit liv i fastere rammer:

»Det største og vigtigste punkt var, at jeg syntes, det var for tidligt i det forhold, jeg havde. Det var simpelthen for tidligt at blive revet ud af den der forelskelse, hvor man bare er sig selv og en anden. Tanken om, at der nu pludselig skulle være en lille familie i det, den kunne jeg næsten ikke forholde mig til. Halvfems procent af overvejelserne handlede om, at jeg syntes, det var for tidligt. Jeg havde ikke økonomiske eller praktiske overvejelser, overhovedet ikke. Det var bare et

fuldstændig egoistisk ønske om at få lov til at dyrke den der kærlighed lidt alene med den mand, jeg nu har. Jeg er ikke tryghedsøgende, og jeg har ikke det store behov for faste rammer og børn, mand, fast indtægt, bil og villa og alle de der ting, som jeg kan se, andre mennesker har det skønt med. Så hvis man skal kategorisere det, så hører jeg til de mennesker, der ikke sætter de faste rammer højt. Jeg stræber ikke efter dem. Det er ikke min højeste målsætning. Min største målsætning er ikke at have noget fast mønster. At blive ved med at være nysgerrig, at blive ved med at stille spørgsmålstejn ved den dag, man lige har overstået – skal man have den samme dag i morgen, eller skal man gøre noget for at ændre den?»

Marianne valgte således abort blandt andet for at bevare åbenheden i sit liv og i sit kærlighedsforhold og søgte bevidst ikke et fast mønster og etablerede rammer for sit liv. Herved adskilte hun sig markant fra størstedelen af de interviewede, som generelt netop ønskede sig et liv præget af forudsigelighed og social stabilitet.

Stabiliteten i parforholdet

Kvindens opfattelse af stabiliteten af hendes parforhold er en meget mere afgørende faktor for valget af abort end hendes alder og det antal børn hun måtte have født, viser dette studie. Godt en fjerdedel af de kvinder, der valgte abort, forventede ikke, at de stadig dannede par med deres nuværende partner om 10 år, mens stort set alle de svangre forventede, at de fortsat levede sammen med deres nuværende partner om 10 år. Kvinder, der ikke forventede, at deres nuværende parforhold ville holde, var 28 gange mere tilbøjelige til at vælge abort end kvinder, der havde tro på deres parforhold. Når man justerede for indflydelsen af antallet af børn og kvindens alder blev denne tilbøjelighed næsten fordoblet. De kvinder, der ikke mente, de dannede par med deres nuværende partner om 10 år, havde således en mere end 50 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort end kvinder, der troede på deres parforhold.

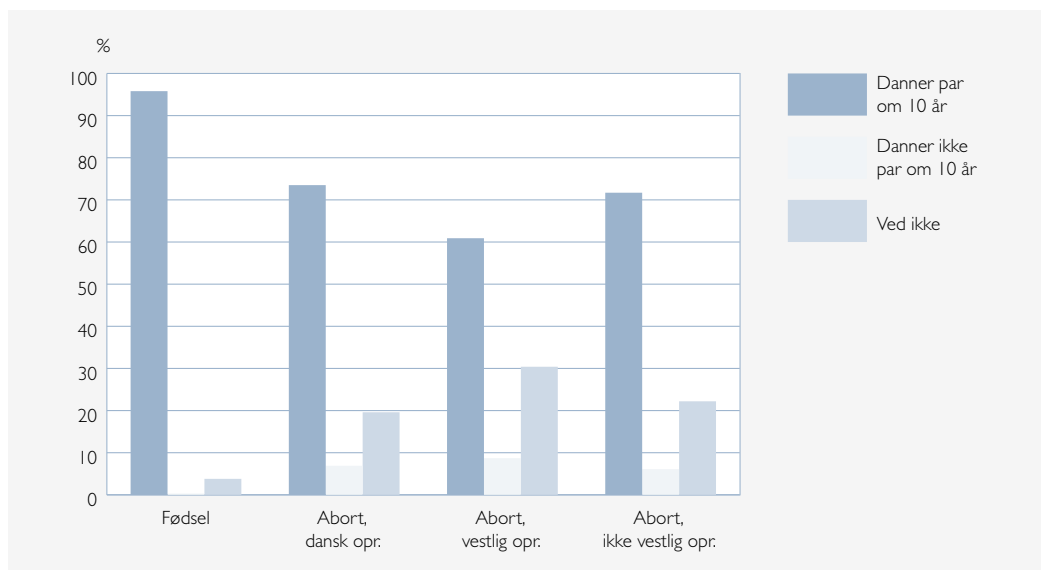
Tabel 6.1 Varighed af og forventninger til parforhold blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. Fødsel	Abort vs. Fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95%CI)	adjOR (95%CI)*
Kendt hinanden som par, antal år						
< 1 år	3	0,5	1	0,1	5,90 (0,61-56,9)	10,1 (0,70-145)
1-2 år	122	20,2	190	16,2	1,26 (0,98-1,64)	3,10 (2,12-4,51)
3-4 år	110	18,2	256	21,8	0,85 (0,65-1,09)	1,66 (1,18-2,35)
5+ år	370	61,2	728	62,0	1,00	1,00
Forventer at være par om 10 år						
Ja	473	72,8	1174	95,8	1,00	1,00
Nej	45	6,9	4	0,3	27,9 (9,99-78,1)	53,7 (17,9-161)
Ved ikke	132	20,3	47	3,8	6,97 (4,91-9,89)	7,88 (5,16-12,1)

**Justeret for indflydelse af alder, samlivssituation og antal børn*

Specielt blandt kvinder med anden vestlig oprindelse var der forholdsvis færre, der mente, at de dannede par med deres nuværende partner om 10 år: Det drejede sig om 61% i modsætning til 72% og 74% blandt henholdsvis kvinder med dansk oprindelse og kvinder med ikke-vestlig oprindelse. Vestlige kvinder, der ikke opfattede deres parforhold som værende stabilt, var således mere end 42 gange tilbøjelige til at vælge abort, i forhold til kvinder, der angav, at deres parforhold var stabilt. Blandt danske kvinder og kvinder fra ikke-vestlige kulturer var der en lignende, omend ikke helt så udtalt, association mellem parforholdets stabilitet og valget af abort.

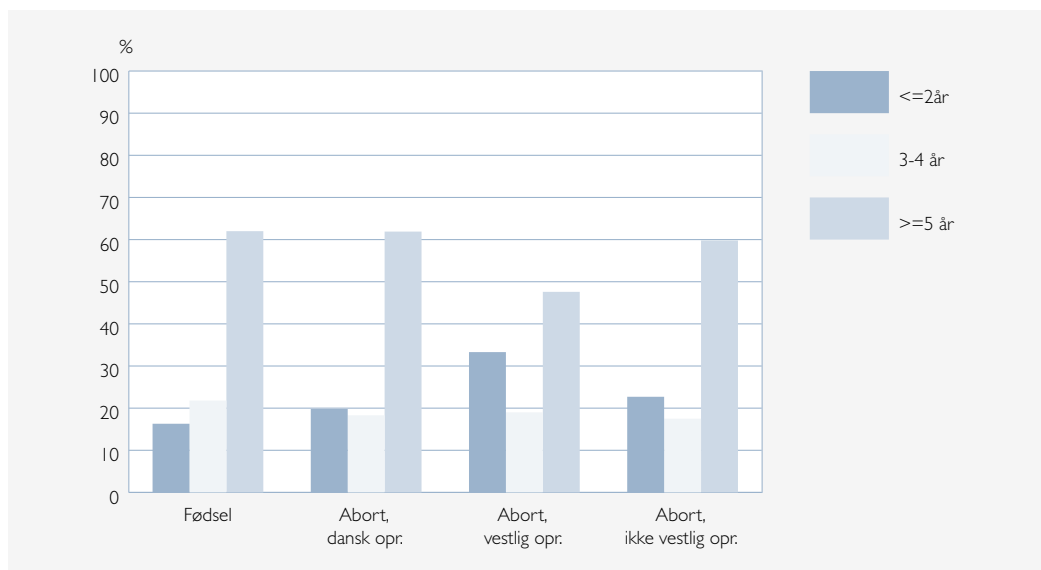
Figur 6.1 Forventninger til parforholdet blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Valget af abort forekom også blandt kvinder, der levede i parforhold. For disse kvinder var valget forbundet med, hvor længe de havde kendt deres partner, hvordan de oplevede kvaliteten af deres parforhold og hvorvidt de forventede, at de stadig dannede par med deres nuværende partner om 10 år.

Knap halvdelen (49%) af de kvinder, der valgte abort, var gift eller levede sammen med en fast partner, mod 95% blandt de svangre kvinder. Langt hovedparten af disse to grupper af kvinder havde dannet par med deres nuværende partner i over et år. Varigheden af parforholdet havde isoleret set ingen indflydelse på valget af abort, men justerede man for indflydelsen af kvindens alder og hvor mange børn hun havde, var der en signifikant sammenhæng, som viste, at jo kortere tid kvinden havde dannet par med sin nuværende partner, jo mere tilbøjelig var hun til at vælge abort. Kvinder, der havde kendt deres partner i 1-2 år var således over tre gange så tilbøjelige til at vælge abort som kvinder, der havde kendt deres partner i fem år eller mere. Blandt kvinder, der havde dannet par med deres partner i 3-4 år, drejede det sig om en godt halvanden gang øget tilbøjelighed.

Figur 6.2 Varighed af parforholdet, blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Sammenhængen mellem parforholdets varighed og valg af abort fremgik også af det kvalitative studie, hvor nogle af kvinderne fortalte, at de var blevet gravide i et relativt nyt forhold og følte, det var for tidligt at udsætte forholdet for den belastning, det kan være at få et barn sammen. Som Vera (18 år) sagde:

“Jeg tror, det er nemmere at opdrage et barn, hvis man kender hinanden. Jeg har ikke været sammen med min kæreste i så lang tid. Så det kunne blive en katastrofe imellem os, hvis der pludselig kom sådan et lille barn, som larmer, og som man skal tage sig af, så man ikke har tid til sig selv og hinanden. Så ville der komme konflikter imellem os, og så ville vi gå fra hinanden, og så ville jeg stå med et barn selv.”

Majas kæreste var meget i tvivl, om han var klar til at få et barn nu – og Maja var derfor bange for at ødelægge forholdet ved at presse sin kæreste ud i et faderskab, han måske ikke var parat til. Selv følte hun også at,

“Jo mere, jeg tænkte over det, jo mere blev jeg klar over, at det var lidt for urealistisk. Jeg havde egentlig heller ikke lyst til at kaste mig ud i det sammen med én, jeg ikke kendte bedre.”

Generelt var kvinderne meget bevidste om, at et nyt barn kan være en stor belastning for et parforhold – og, at det at få et barn sjældent kan redde et vaklende forhold. Som Dorthe (36 år) sagde:

»Som jeg prøvede at forklare nogle af mine veninder, som stadigvæk ikke har fået børn: man skal have et godt parforhold, inden man får børn. Fordi det får den ultimative prøve, når man får børn. Det første år, når man har små børn, det er rædselsfuldt. Så kan det godt være, at I har en eller anden forestilling om, at det er noget af det mest romantiske, og manden kommer med røde roser, når hun har født og alt muligt. Men altså, realiteten er bare, at det er skide hårdt at have spædbørn. Og når man har et forhold, der ikke helt kører, så er det den værste form for lappeløsning at lave, at få børn, for så krakelerer det sku det hele.«

Kvaliteten af parholdet

Kvindens opfattelse af kvaliteten af hendes parforhold havde også indflydelse på, hvorvidt hun valgte abort eller valgte at gennemføre graviditeten. Hovedparten af kvinderne - 96% blandt svangre kvinder og 77% blandt kvinder, der valgte abort - opfattede kvaliteten af deres parforhold som værende godt. Blandt de abortsøgende kvinder angav 17%, at de opfattede kvaliteten af deres parforhold som rimelig, mens 4% angav kvaliteten af deres parforhold som værende dårlig. Blandt svangre kvinder var det kun henholdsvis 4% og 0,1%, der angav kvaliteten af deres parforhold som værende rimelig eller dårlig. Kvinder, der opfattede deres parforhold som værende rimeligt, havde en fem gange øget tilbøjelighed til at vælge abort, mens kvinder, der opfattede deres parforhold som værende dårligt, havde en 66 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der fandt, at de levede i et godt parforhold. Denne sammenhæng ændrede sig ikke væsentligt, når man tog højde for kvindens alder og hvor mange børn, hun havde.

Tabel 6.2 Kvaliteten af parforholdet blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

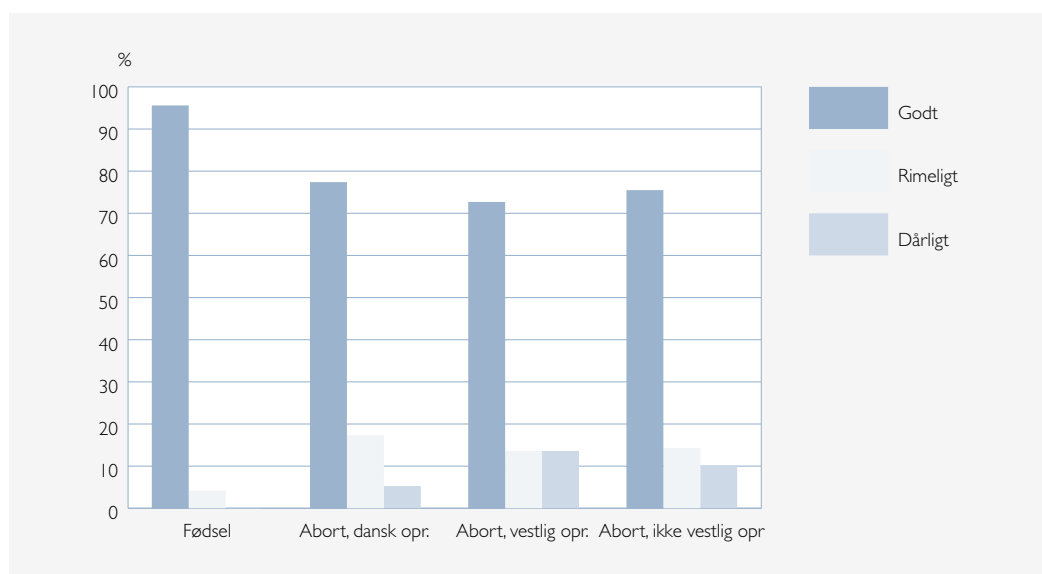
	Abort		Fødsel		Abort vs. Fødsel	Abort vs. Fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95%CI)	adjOR (95%CI)*
Godt	493	76,7	1.160	95,6	1,00	1,00
Rimeligt	107	16,6	51	4,2	4,94 (3,48-7,00)	4,61 (3,02-7,02)
Dårligt	28	4,4	1	0,1	65,9 (8,94-586)	84,4 (10,8-660)
Ved ikke	15	2,3	1	0,1	35,3 (4,65-268)	49,5 (5,67-432)

*Justeret for indflydelse af alder, samlivssituation og antal børn

Indvandrerkvinderne betegnede oftere kvaliteten af deres parforhold som dårlig end de danske kvinder gjorde. Der var henholdsvis 14% blandt kvinder, der kom fra andre vestlige lande og 10% blandt kvinder, der kom fra ikke-vestlige lande, der angav, at kvaliteten af deres parforhold var dårlig. Blandt kvinder med dansk baggrund drejede det sig om 5%. I den sammenlignende

analyse var associationen mellem det at leve i et dårligt fungerende parforhold og valget af abort således også mest udtalt blandt kvinder fra andre vestlige lande og blandt kvinder fra ikke-vestlige lande. Disse kvinder havde en øget tilbøjelighed på henholdsvis 109 gange og 85 gange for at vælge abort i forhold til kvinder, der angav at have et godt parforhold. Tilsvarende havde danske kvinder, der angav at have et dårligt parforhold, en 35 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort. Blandt kvinder, der angav at kvaliteten af deres parforhold var rimelig, var der en 4-5 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der mente de levede i et godt forhold. Denne sammenhæng var ikke væsensforskellig mellem kvinder med dansk, anden vestlig eller ikke-vestlig oprindelse.

Figur 6.3 Kvaliteten af parforholdet, blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Kvaliteten af et parforhold er et meget bredt begreb, som kan dække over mange forskellige aspekter af det at leve i parforhold. I den kvalitative del af studiet følte en del af de kvinder, der var gift og levede sammen med en mand, sig meget alene med ansvaret for de børn, de allerede havde. Dette gjaldt særligt blandt indvandrerkvinderne, og det blev udslagsgivende i forhold til deres valg af abort. Mange, som Yasmin i Prolog II, beskrev sig selv som meget alene og isolerede i det danske samfund – og de var meget afhængige af den hjælp, de i det daglige kunne få fra deres ægtemand. Et eksempel er Fatima (32 år), som oprindeligt er fra Marokko. Fatima har taget en radikal konsekvens af, at hun føler, hendes mand ikke yder noget derhjemme, og har bedt ham flytte. Fatima er mor til tre, arbejdsløs og er født og opvokset i Marokko. Hun kom til Danmark som 18-årig, da hendes onkel skaffede hende et job her.

Som 22-årig blev hun gift med sin nuværende mand, der oprindeligt er fra Irak. Et år senere fødte hun sit første barn. I dag er hendes børn otte, seks og knap ét år gamle. I de år, hun har boet i Danmark, har Fatima arbejdet en række forskellige steder, mest med rengøring og køkkenarbejde. På grund af en arbejdsskade og på grund af sine fødsler og barsler har hun dog været relativt kort tid hvert af de steder, hun har arbejdet. Fatima er for nylig blevet separeret fra sin mand. Separationen var hendes initiativ. I de 10 år, de har levet sammen, har han aldrig hjulpet til derhjemme. Det er Fatima, der har haft hele ansvaret for alt, der har med børn og husholdning at gøre. Hendes mand kan ikke lave mad eller noget andet, han ikke så meget som vasker sin kop, når han har drukket kaffe, siger Fatima. Så hun tog initiativ til separationen, for at han skulle prøve selv at mærke, hvor meget arbejde, børn og hjem indebærer. Af hensyn til børnene regner hun med, at hun vil lade ham flytte ind igen senere, når han har lært at hjælpe til. Aborten var også hendes beslutning, for hendes mand ville gerne have haft barnet. Men Fatima var ligeglad. Hun sagde, at siden det er hende, der har ansvaret for deres børn, måtte beslutningen være hendes. Selvom abort ifølge islam er forbudt, og Fatima beskriver sig selv som en tro muslim, syntes hun, abort var det eneste rigtige. Hun synes, man skal tænke på kvinder og børn og på, at det er hårdt for kroppen med mange fødsler.

“Problemet er manden. Mændene skal lære at forstå, at de skal hjælpe kvinderne. En kvinde kan ikke tænke, hvis hun hele tiden skal tænke på de hjemlige pligter. Så kommer man til at sidde i skolen og tænke på, at man har glemt at tage sin datter til læge, eller på, hvad man skal købe ind i eftermiddag. Problemet er måden, drenge og piger opdrages på.”

Når hendes yngste barn bliver lidt ældre og får vuggestueplads, håber Fatima, at hun kan komme på kursus og lære mere dansk, og at hun måske kan få et arbejde som pædagogmedhjælper senere. Hun synes, det er hårdt at opfostre sine børn i Danmark, fordi man skal arbejde og tage sig af sine børn på samme tid. Hun håber at kunne få en ung pige hertil fra Marokko, som kan hjælpe hende i hverdagen og med at få det til at hænge sammen med arbejdet og hente og bringe børnene i vuggestue og skole.

Flere andre af indvandrerkvinderne valgte at få abort, fordi de følte sig overbevist om, at ansvaret for et nyt barn ville blive deres helt og holdent. Det gjaldt bl.a. Shahla (25 år), som endnu ikke har børn. Hun valgte at få abort til trods for, at hendes mand gerne ville have et barn. Men da hun i det daglige ikke føler, at hun kan regne med ham, troede hun ikke på ham, når han sagde, at han godt kunne tage ansvaret for et barn. Han har været i Danmark i kortere tid, end hun har, og er endnu kun ved at lære dansk:

“Jeg synes, at lige nu er det kun mig, der knokler, ikke. Med alt. Lede efter lejlighed til os, holde styr på vores økonomi, finde ud af, hvad vi skal købe og ikke skal købe. Sådan nogle ting, det står jeg for, ikke. Ting herhjemme gør han heller ikke. Det er

kun mig, der gør det. Det er typisk med drengelopdragelse i Iran, de er ikke vant til det. Der er ikke nogen, der har lært dem det. Min mand er meget hjælpsom, han vil gerne hjælpe, men han kan ikke finde ud af tingene. Han vil aldrig sige, 'jeg vil ikke lave mad', det er fordi, han ikke kan finde ud af det. Men jeg bliver så træt. Hvis jeg skal stå og bruge to timer på at forklare ham det hver gang, så kan jeg lige så godt gøre det selv. Jeg skal læse til min skole, jeg har ikke tid til at stå og opdrage ham, vel."

Under dele af interviewet med Samira (30 år), som er mor til fire og oprindeligt fra Libanon, var hendes 12-årige datter Amina til stede. Da samtalen faldt på Samiras motiver for at vælge abort, talte hun om, hvor træt, hun tidligere havde været, når hun var gravid – og Amina indskød:

"Ja, for min far, han hjælper ikke meget. Han er altid træt og kan ikke hjælpe meget, og så bliver min mor træt og kan ikke klare det hele helt alene. Men jeg hjælper, jeg køber ind og sådan, og jeg gør rent. Men min lillesøster og min lillebror, de slås meget. Det er svært for min mor, når hun er gravid, hun har også Mahmoud [det yngste barn, på ét år] og skal passe ham. Han vil ikke have, at jeg passer ham, så bliver han ved med at græde. Min mor skal altid være der. Så det er svært at være gravid og have et lille barn. Vi store børn kan godt lide at være ude, vi går over til MacDonalds og ud og shopper og sådan noget, så vi kan ikke passe på Mahmoud, hvis mor fik et barn. Så skal mor være alene med to små. Min mor ville gerne have barnet. Men det ville være besværligt, hun ville blive træt og svag og måske... Måske, hvis vi havde et større hjem, og Mahmoud var lidt større, og hvis min far hjalp mere, så ville hun gerne have et barn til."

Samira underbyggede sin datters svar ved ligesom Fatima at fortælle om, hvordan hun følte, at hele ansvaret for børn og hjem hvilede på hendes skuldre, selvom hendes mand var arbejdsløs og egentlig havde tid nok. Tilsvarende sagde Yasmin, der kom til Danmark fra Tunesien for fem år siden for at blive gift med sin nuværende mand:

"Min mand hjælper overhovedet ikke med noget, hverken med rengøring eller andet. Selvom jeg ikke kan tale dansk, så hjælper han ikke. Overhovedet ikke, hverken hjemme eller udenfor. Han bruger al sin tid med venner, på gader og veje. Så hvorfor skulle jeg få et barn til? Nu er de to, så jeg kan tage dem begge to med, hvis jeg skal til legen eller et andet sted. Men hvis de er tre, og én der skal amme... hvad skal jeg så gøre? Så kan jeg ikke tage mig af dem alle sammen. Mit problem er deres far. Han er mit tredje og største barn. Det er et rigtig stort problem. Når børnene er syge, er det mig, der holder vagt om natten. Han bryder sig overhovedet ikke om børnene, når min datter for eksempel kaster op eller har høj feber og græder, så siger han, 'du skal ikke græde, jeg vil sove nu.' Han vil ikke tage sig af dem. Heller ikke om natten. Han er meget egoistisk, tænker kun på sig selv. Det er hans opdragelse, han er blevet opdraget på den måde. Han vil bare hvile sig hele tiden, have noget varm kaffe og tænke på sig selv. Så det er mit ansvar at tage mig af børnene. Da jeg blev gravid sidste gang, skabte det et problem herhjemme."

For eksempel når jeg kastede op eller besvime, så ville han ikke følge børnene i vuggestue, eller hente dem. Han ville ikke købe ind. Han ville heller ikke hjælpe herhjemme. Flere gange, når han havde lovet at tolke på sygehuset, kom han ikke, selvom vi havde aftalt det... Den eneste grund til, at jeg valgte abort, er, at min mand ikke hjælper med noget. Hvis han hjalp med at tage sig af børnene, ville jeg beholde barnet. Jeg græd, da jeg fik abort. Jeg ville gerne have beholdt barnet.”

Netværk

Generelt følte kvinderne ikke, at det fællesskab, de havde med familie og venner var tilstrækkeligt, når det gjaldt det at få børn. De fleste følte, at børn er noget, man skal dele med en kærlighedspartner. Kun med en mand eller kæreste kan man rigtig dele glæderne ved at have børn – og kun en mand/kæreste kan man for alvor stole på vil være der på lige fod med én selv i dagligdagen med barnet. Nogle af kvinderne i det kvalitative studie havde et stort og tæt socialt netværk bestående af venner og familie, men følte alligevel ikke, at dette netværk ville kunne give dem den støtte og det fællesskab omkring barnet, de havde brug for. Andre af kvinderne, særligt blandt de af indvandrerkvinderne, der var kommet til Danmark via familiesammenføring, havde derimod meget svage sociale netværk og var meget henvist til deres ægtefælle, når det gjaldt social støtte i hverdagen.

Mange af indvandrerkvinderne talte om, at de følte sig pressede imellem på den ene side deres arbejdsbyrder i hjemmet og på den anden side de krav, der stilles til dem fra det danske samfunds side. Krav om, at de skal gå i skole og lære dansk og krav om, at de skal stå til rådighed på arbejdsmarkedet. Flere talte om, at i deres hjemland ville det have været meget anderledes, fordi de ville have et stort netværk af mennesker, der kunne støtte op omkring arbejdet i hjemmet og med børnene. Men et sådant netværk har de ikke i Danmark. Yasmin, sagde:

“Jeg har ikke tid til at gå i skole, fordi jeg tager mig af børnene. De er næsten altid syge. Jeg arbejder som vagt hele natten, og om dagen er de stadig syge. Den ene uge er den ene syg og den anden rask, og den næste uge er den første blevet rask, men så er den anden blevet syg. Kommunen bliver ved med at sende mig breve om sprogskole. Men lægen har givet en rapport til kommunen, en forklaring på, at jeg ikke kan gå i skole, fordi jeg tager mig af børnene, og de er hele tiden syge. Sidste gang skrev de i brevet, at hvis jeg ikke kommer på sprogskolen, så trækker de i min bistandshjælp. Jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre. Nogle gange er jeg hos lægen hver anden dag. Hvis jeg siger det til kommunen, vil de ikke tro det. De tror ikke på, at det er virkelighed. Jeg har sagt til kommunen, at jeg meget gerne vil lære sprog. Det er rigtig vigtigt for mig at tale dansk, men I må forstå mine vilkår. I må acceptere, at nogle gange er jeg væk i en dag eller en uge eller ti dage, det må I acceptere. Men på sprogskolen kan de ikke acceptere det. De siger, jeg skal komme hver dag, ellers skal jeg trækkes i bistandshjælp. De har ikke så meget menneskelig fornemmelse. De kan ikke forstå, at børnene næsten altid er syge. Sidste måned fik jeg ikke bistandshjælp, så jeg har stadigvæk nogle regninger, jeg ikke kan betale.”

Yasmin føler sig hårdt presset – på den ene side af kommunen og sprogskolen, og på den anden side af hensynet til sine børn og sin familie. Når børnene er syge, er der kun hende selv til at passe dem – hendes mand deltager ikke, og socialt netværk i form af bedsteforældre, søskende, veninder eller naboer, der kunne træde ind og støtte, har hun ikke. Yasmin følte derfor ikke, hun havde andet valg end at få abort: i den situation, hun er i, ville det være næsten umuligt for hende at få tilværelsen til at hænge sammen, hvis hun fik endnu et barn. Tilsvarende fortalte Dalshad (38 år), som kom til Danmark fra Irak for et år siden, at hun selv står for stort set alt arbejde i hjemmet:

“Ifølge vores religion og tankegang er det forbudt at dræbe et lille menneske. Men jeg har mange ting at gøre. Jeg har travlt hele dagen, jeg skal i skole, i praktik, og jeg har ansvar herhjemme, for husligt arbejde og børnene. Så jeg har ikke tid til et nyt barn. Børnene kan for eksempel ikke spise alt det færdiglavede mad, som I måske spiser. Og så skal jeg forbedre mit danske sprog og lave mine hjemmeopgaver og lektier. Hvis jeg havde været i Irak, ville jeg have haft barnet, så ville jeg ikke have aborteret. Så ville jeg være hjemmegående og passe barnet.”

Faadumo (23 år), som oprindeligt er fra Somalia, sagde:

“Jeg har ikke været sammen med min familie, min mor og min søster, i omkring tretten år. Hvis jeg var sammen med dem, ville det være lidt nemmere. Det er ikke let at bo i Danmark alene, uden min familie. Jeg kan ikke klare at gøre rent, passe børn, lave mad – og pludselig bliver jeg syg eller gravid og har ingen hjælp. Så det sagde jeg til min mand – uden din hjælp med arbejdet, kan jeg ikke klare det. Jeg snakkede med ham om, at når man er alene, er det meget svært at bo i Danmark. Det er en af grundene til, at jeg aborterede barnet.”

Skønt kvinderne i studiet havde mange forskellige motiver for at vælge at afbryde graviditeten og få en abort, er en af de allermest tungtvejende og den mest markant gennemgående således, at kvinden følte sig alene – enten at hun følte sig alene med ansvaret for de børn, hun allerede havde fået, eller at hun frygtede at komme til at stå alene med det barn, der kunne komme ud af graviditeten. Følelserne af at være alene – eller potentielt alene – fandtes blandt såvel kvinder med dansk baggrund som blandt indvandrerkvinder. Men hvor problemet for førstnævnte gruppe kvinder ofte er, at de ikke har en mand at dele forældreskabet med, er problemet for indvandrerkvinderne oftest, at de føler sig alene i deres ægteskaber. Det gælder særligt de af indvandrerkvinderne, som er kommet til Danmark for relativt nylig og ikke har noget familienetværk her.

Sammenfatning

Fundet af at kvinder, der ikke lever i fast parforhold er langt mere tilbøjelige til at vælge abort end kvinder, der lever i et fast parforhold, er i overensstemmelse med mange andre undersøgelser, der alle har peget entydigt i retning af, at

hvis der ikke er udsigt til, at et barn fødes i et parforhold, er der meget stor sandsynlighed for at graviditeten bliver afbrudt (bl.a. Rasmussen 1983, Bertelsen 1994, Rasch et al 2002). Specielt blandt kvinder med dansk og kvinder med anden vestlig oprindelse er valget af abort associeret med det at være enlig og ikke have nogen mand at dele forældreskabet med. Abort er dog ikke et isoleret fænomen blandt enlige kvinder, idet næsten halvdelen af kvinderne, der fik foretaget abort, angav, at de levede i fast parforhold. Der er blandt disse kvinder en klar kobling mellem hvordan de oplever kvaliteten og stabiliteten af deres parforhold og det at vælge abort, og denne sammenhæng er mere udtalt blandt indvandrerkvinderne. Ud fra spørgeskemadataene kan man således konkludere, at mange kvinder, uanset etnisk baggrund, har den holdning, at en barn helst skal fødes inden for parforholdets rammer, og hvis disse ikke er til stede eller hvis kvinden skønner, at de ikke er optimale, vil hun være tilbøjelig til at vælge abort. Dette er også et markant fund i den kvalitative undersøgelse. Det var særligt angsten for ikke at slå til som mor og savnet af en nærværende og ansvarlig kærlighedspartner, der motiverede flertallet af kvinderne i den kvalitative undersøgelse til at vælge abort frem for at gennemføre graviditeten.

Med andre ord er der nogle stærke og bredt delte kulturelle idealer på spil: Nogle forestillinger om, at børn helst skal fødes indenfor rammerne af en kernefamilie. Samtidig er kvindernes udsagn i den kvalitative undersøgelse også udtryk for nogle særlige sociale erfaringer – nemlig erfaringer af, at de eneste sociale fællesskaber, man rigtigt kan regne med, er dem, der er baseret på kernefamilien. Hvis ikke man har social støtte i en stabil kernefamilie – ja, så *har* man ingen støtte, i hvert fald ikke en støtte, man for alvor kan stole på. Kvindernes valg af abort er således udtryk for nogle markante træk ved det danske samfund og den danske kultur i dag: Det er et samfund, som i høj grad er socialt og kulturelt baseret på kernefamilien, og hvor andre sociale relationer og netværk er relativt svage. Et samfund, hvor børnepasning *enten* foregår under formaliserede omstændigheder i daginstitutioner *eller* i kernefamilien – og hvor der stort set ingen bæredygtige sociale fællesskaber findes *imellem* disse to typer institutioner. Det er et samfund, hvor de kvinder, der ikke lever i en kernefamilie, har en stor risiko for at komme til at føle sig meget alene om deres forældreskab – og dermed blive socialt sårbare, hvis andre ting i livet går dem imod.

De af indvandrerkvinderne, der har efterladt det meste af deres familie i deres hjemland og har meget spinkle sociale netværk i Danmark, oplever dette med særlig stor styrke – men det er et vilkår, stort set alle de interviewede deler. I en diskussion af, hvorfor svenske kvinder vælger at få abort, bemærker Törnbohm et al. (1994) ligeledes, at en væsentlig del af forklaringen netop ligger i det moderne samfunds svage sociale netværk: »Børnefamilier i dag er meget sårbare. Brudte relationer kan føre til isolation, specielt i storbyer, hvor man ofte kan føle sig anonym og alene. Familien har aldrig været så lille som den er idag. Det sociale netværk eksisterer ofte ikke, forældre lever langt væk fra deres døtre, som kan være alene med et eller flere børn (...) Manglen på social og emotionel støtte er skræmmende for kvinderne« (Törnbohm et al. 1994: 32).

7. Viden om og erfaring med prævention

»Hvad er det, er der nogen andre slags prævention?«

Yasmin (32 år)

For mange kvinder i Danmark er det ikke selvfølgeligt, hvordan graviditet kan undgås enten ved brug af 'sikre perioder' og/eller prævention. Effektiv forebyggelse af graviditet ved hjælp af 'sikre perioder' forudsætter viden om hvordan ens krop fungerer. For brugere af prævention skal en række forudsætninger være opfyldt: Man skal vide hvilke præventionsformer, der findes, hvordan de fungerer, hvor man får adgang til dem, og hvad der er bedst for den enkelte. Derudover skal der være et reelt og frit valg mellem de forskellige former for prævention. Dette kapitel vil vise, at disse forudsætninger ikke altid opfyldes i Danmark i dag.

Seksualoplysning er, og har længe været, en indarbejdet del af undervisningen i folkeskolen og antages at være garant for et højt vidensniveau, når nye årgange begynder at være seksuelt aktive (David et al. 1990; Sundhedsstyrelsen 2004). Dette studie viser imidlertid, at det langt fra er alle kvinder og mænd i Danmark, der har den fornødne viden. Kvinder, der bor i Danmark, har ikke nødvendigvis gået i den danske folkeskole og en dansk folkeskoleuddannelse er heller ingen garanti for tilstrækkelig viden om, hvordan man undgår uønsket graviditet. Mere oplysning i sig selv får dog næppe aborttallene til at falde kraftigt. Den ambivalens, som seksualitet, kærlighed og ønsket om at blive gravid kan være forbundet med skal også tages i betragtning (Holmgren & Uddenberg 1993; Husfeldt et al. 1995; Rasch et al. 2001). Det samme gælder de forbehold en del kvinder (og mænd) har overfor prævention, hvor det er dokumenteret, at det ofte er angst for eller erfaringer med bivirkninger, der får kvinder til at fravælge effektive præventionsformer (Rasmussen 1983a, Sidenius et al. 1983, Bertelsen 1994, Ingelhammar et al. 1994). Problemerne ved at anvende specifikke præventionsmidler eller det at være forbeholden overfor bestemte former for prævention, udmønter sig også i, at en del kvinder vælger at skifte fra én præventionsform til en anden. Tidligere forskning har vist, at mange abortsøgende kvinder netop er blevet gravide i forbindelse med præventionskift (Sidenius et al. 1983).

I en nylig dansk undersøgelse, hvor drenge og piger i 8-10 klasse blev bedt om at udfylde et spørgeskema med fokus på bl.a. folkeskolens seksualoplysning, angav 17%, at der var gjort for lidt ud af emnet prævention. Blandt de interviewede piger var der specielt mange (62%) der mente, at de var blevet utilstrækkeligt orienteret om bivirkninger i forbindelse med anvendelsen af prævention (Foreb

yggelsessekretariatet 2000). Andre undersøgelser har påvist, at skoleelevers viden om deres egen krop og specielt mekanismerne omkring ægløsning og graviditet, er meget ringe (Rasmussen 1990-92).

Disse undersøgelser kan primært sige noget om skoleelever, der har været villige til og er i stand til at udfylde et spørgeskema med fokus på disse emner. Undersøgelserne kan ikke bruges til at sige noget om vidensniveauet blandt kvinder, der ikke har gået i den danske folkeskole. Man har ikke tidligere systematisk indsamlet information, der belyser indvandrerkvinders holdning til og viden om prævention.

Tilstrækkeligt informeret

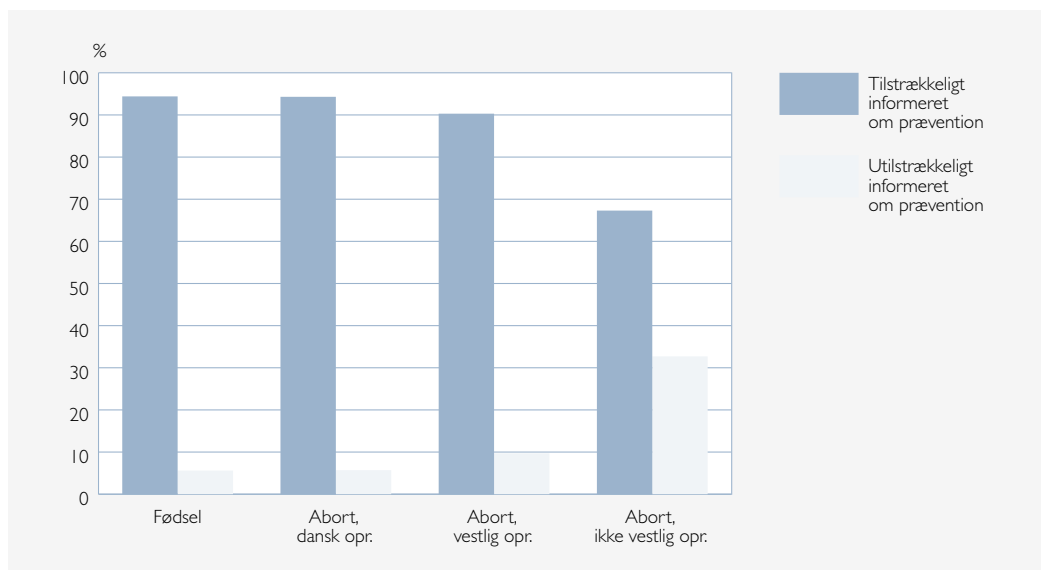
Deltagerne i dette studie følte sig for hovedpartens vedkommende generelt velinformerede om prævention. Det gjaldt såvel kvinder, der valgte abort, som svangre kvinder. Alligevel viste spørgeskemaundersøgelsen en øget tilbøjelighed til at vælge abort blandt kvinder, der oplyste, at de ikke mente at have fået tilstrækkelig information om prævention, i forhold til kvinder, der mente, at de var tilstrækkeligt informeret om prævention.

Tabel 7.1. Andel kvinder, der angav at være tilstrækkeligt informeret om prævention blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel OR (95 % CI)
	Antal	%	Antal	%	
Ja	1.223	90,5	1.220	94,4	1,00
Nej	128	9,5	72	5,6	1,77 (1,32-2,39)

Mens 90-91% af de danske og andre vestlige kvinder følte sig velorienterede om prævention, var det 'kun' 60-73% blandt kvinder med ikke-vestlig baggrund. Til sammenligning følte 94% af de svangre kvinder sig velorienterede. Kvinder fra de tidligere Østlande og Nordafrika/Mellemøsten, der følte sig utilstrækkeligt informeret om prævention, havde henholdsvis seks og otte gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder fra de samme lande, der følte sig velinformerede om prævention. Det skal ses i forhold til at kvinder med henholdsvis dansk og anden vestlig oprindelse, der følte sig utilstrækkeligt orienteret om prævention, ikke havde nogen signifikant øget tilbøjelighed til at vælge abort.

Figur 7.1 Andel kvinder, der angav at være tilstrækkeligt informeret om prævention blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Samme mønster fandtes også i den kvalitative del af studiet. Næsten alle de kvinder, der er født og opvokset i Danmark, følte at de gennem skolegang, hos lægen og hjemme i familien havde fået tilstrækkelig information om seksuelle og reproduktive forhold. Ønskede de yderligere information, vidste de også, hvor den kunne findes i bøger, i brochurer og på internettet. Hos indvandrerkvindene derimod opstod mange uønskede graviditeter som en direkte konsekvens af manglende viden om, hvordan man kan forebygge graviditet. I løbet af samtalerne viste det sig, at også kvinder, der selv følte sig tilstrækkeligt informerede, ofte manglede helt basal viden, f.eks. om, hvilke præventionsformer, der findes i Danmark. Alle havde kendskab til p-piller og kondomer, men mange havde aldrig hørt om f.eks. spiral, pessar, p-stav eller nødprævention. Derfor har den kvalitative undersøgelse også set nærmere på, hvilke kilder til viden kvinder i Danmark trækker på, når de forsøger at beskytte sig mod uønskede graviditeter.

Nadias fortælling er et eksempel på, at det kan være svært at søge viden, når man ikke ved, hvad det er, man ikke ved:

Nadia (27 år), arbejder som frivillig med socialt arbejde og kom sammen med sin mor til Danmark fra Marokko som 16-årig. Hun har siden da levet et meget turbulent liv, i oprør mod sin familie og de værdier, den repræsenterer, men uden umiddelbart at kunne finde en plads i det danske samfund. Nadia har fået tre provokerede aborter og har oplevet to seksuelle overgreb og en egentlig voldtægt. Hun ser en klar forbindelse mellem disse negative oplevelser og det, at hun aldrig har modtaget nogen form for seksualundervisning eller -vejledning. I

løbet af vores samtale ringer én af Nadias veninder. Om hende siger hun:

»Selvom hun har indvandrerbaggrund, har hun ikke været udsat for alle de hårde ting, jeg har. Altså voldtægt og aborter. Hun er nemlig født i Danmark, så hun har fået den samme undervisning som en dansk pige. Så det har hun undgået. Det har stor betydning. At vokse op sydpå og komme her som teenager og klare sig, det går galt, hvis man ikke får den rette støtte.«

Nadia fortalte, at første gang, hun blev gravid, som 17-årig, tænkte hun slet ikke på at bruge prævention:

»Selvfølgelig vidste jeg godt, at kvinder bliver gravide med mænd, men det var bare ikke i min tankegang. Der var alt muligt andet at tænke på.

(Interviewer: Hvad tænkte du så på?)

Skole og problemer med min mor. Og så, fordi jeg var jomfru og fik taget min mødom, så tænkte jeg ikke på graviditet. Man tænker sådan, Gud, jeg har mistet min mødom. Man tænker ikke over graviditet, man tænker over, hvad der føles godt og forkert og hvorfor. Måske seksualiteten i stedet for konsekvenserne af seksualiteten. Det tænker man ikke på. ... Jeg er ikke vokset op med, at man skal passe på graviditet. Seksualitet, det snakker man ikke om. Det er meget, meget undertrykt og tabuiseret. (Interviewer: Når man er ung, har man jo tit mange spørgsmål, man er nysgerrig og ens krop forandrer sig. Hvor stillede du så sådan nogle spørgsmål?)

Jeg stillede ikke nogen spørgsmål. For jeg havde det jo ikke i min bagage fra tredje klasse. Hvis man ikke planter nogle oplysninger i børn, så har de det ikke med sig som teenagere og voksne. Det er aborterne og voldtægten, der har fået mig til at stille spørgsmål. Det er ikke noget, man snakker om. Ens seksualitet, det er bare noget, der først kommer, når man bliver gift. Så det tænker man ikke på, når man ikke er gift. Vi har lært, at sex, det er kun noget, dem, der er gift, har. Det lyder måske lidt dumt, men selv når man har en fyr – hvis man ikke er gift, så tænker man ikke på prævention. Det er kun ægteskabet, der fører børn med sig. Ikke løse forhold. Men det har jeg selvfølgelig lært nu.«

I marokkansk kultur er en ungs kvindes mødom meget højt værdsat, og som i mange samfund og kulturer verden over er det en dominerende kulturel antagelse, at så længe man ikke er gift, er man ikke seksuelt aktiv (f.eks. Gammeltoft 2002; Manderson & Liamputtong 2001). Det gælder ikke blot i muslimske samfund, som det Nadia er født og opvokset i, men også i mange asiatiske, afrikanske og europæiske lande. Elena fra Moldavien i Centraleuropa fortalte f.eks.:

»Jeg har aldrig haft seksualundervisning i skolen. Her i Danmark er det anderledes, min datter får allerede seksualundervisning nu, hun går i femte klasse. I Moldavien skal man også være jomfru, når man bliver gift, ellers får man problemer hele livet igennem. Efter bryllupsnatten kommer familien og checker, om der er blod på lagenet, de tager det og danser rundt med det. Mange unge er slet ikke forberedt på den første nat, mange er bange og oplever smerte. Som ung har man ikke lært at

beskytte sig mod sygdomme eller graviditet.«

Konsekvensen af den kulturelle antagelse om, at sex tilhører den ægteskabelige sfære alene, bliver, at ugifte unge antages ikke at have behov for oplysning og vejledning om seksualitet, prævention osv. I en dansk sammenhæng betyder dette, at mange indvandrere, særligt fra ikke-vestlige kulturer, er vokset op i samfund, hvor man så vidt muligt søger at holde børn og ugifte unge i uvidenhed om alt, hvad der vedrører seksualitet. Denne holden i uvidenhed indebærer ikke blot, at mange unge (og senere voksne) mangler rent faktisk viden om reproduktiv fysiologi, seksualitet, prævention, osv. men også, at mange, som Nadia, ikke selv aktivt stiller spørgsmål og søger viden, fordi de er vokset op med idéen om, at dette ikke er et felt, man stiller spørgsmål til. Som i Nadias tilfælde kan man som ung, ugift kvinde være seksuelt aktiv uden overhovedet at tænke på, at man kan blive gravid – fordi man aldrig har forestillet sig, at forebyggelse af graviditet kunne være aktuelt for én selv, før man bliver gift.

Langt størstedelen af indvandrerkvinderne i den kvalitative undersøgelse fortalte, at de aldrig som børn eller unge havde modtaget nogen form for oplysning og vejledning om seksuelle og reproduktive forhold – hverken fra skole, sundhedsvæsen eller familie. Nogle havde »lyttet sig« til viden eller talt med søstre og veninder, men kun ganske få havde modtaget egentlig formaliseret undervisning eller vejledning. Undtagelserne var Alma (32 år), der kom til Danmark fra Bosnien for ni år siden, og Vera (18 år), der har boet i Danmark, fra hun var tre år gammel, og har gået i dansk skole. Vera synes, hun har fået god undervisning i skolen, men ville godt have haft mere undervisning i de ældste klasser:

»I fjerde-femte klasse eller sådan noget, der blev vi sendt ned til skolesundhedsplejersken. Bagefter havde vi det i sjette klasse med vores dansklærer, hvor vi fik sådan nogle dildoer af flamingo, og så fik vi nogle kondomer, vi skulle sætte på. Og så skulle vi hælde vand i de der kondomer og se, hvor meget de egentlig kunne holde til. (Ler) Den bedste måde er igennem skolen. Men der kunne godt være mere, når man kommer op i niende-tiende klasse og er blevet mere moden, så man kunne få noget mere basal viden om sygdomme og sådan noget og om hvilke uger, man bliver mere gravid i end andre.«

I det kvalitative studie deltog kun to efterkommere; Selma (24 år), hvis forældre er fra Tyrkiet og Jovanka (23 år), hvis forældre er fra Jugoslavien. Begge havde modtaget seksualundervisning i skolen på lige fod med andre danske børn – men særligt Selma var alligevel ret dårligt informeret om seksuelle og reproduktive forhold. Hun troede, at man ikke blev gravid, hvis man rejste sig op og vaskede sig efter et samleje. Hun havde fået spiral i forbindelse med, at hun fik abort, men spurgte til, hvor i kroppen spiralen egentlig sad – om det var i venstre eller højre side? Direkte adspurgt sagde Selma, at hun slet ikke føler, hun har fået nok information om prævention:

»Jeg havde seksualundervisning i skolen, men dengang var jeg ikke så interesseret i det, det var ikke noget, jeg havde i tankerne. Det kom først i puberteten. Vi var også generte, fordi de fremmede drenge i klassen, fra Marokko og Tyrkiet, de drillede, hvis man sad og hørte efter, når læreren talte om sådan nogle emner. Så vi piger sad og pjattede og så ud som om, vi slet ikke var interesserede. Vi lærte mest, når vi så film, for så var der mørkt, så drengene ikke kunne se os. En af pigerne gik helt uden for klasseværelset, når vi havde seksualundervisning. Hun havde slør på og gik meget op i troen. Men jeg syntes, det var vigtigt at få noget at vide.«

Selv for unge kvinder som Selma, der er vokset op og har gået i skole i Danmark, kan det altså være svært at tilegne sig den information, som i princippet stilles til rådighed for dem. De kulturelle antagelser om, at viden om seksualitet ikke er relevant, så længe man ikke er gift, og at »ordentlige« unger ikke interesserer sig for seksualitet og prævention, gør sig tilsyneladende stadig gældende – også blandt indvandrerkvinder, der er født og opvokset i Danmark. Selvom viden gøres tilgængelig, kan der altså stadig være moralske barrierer for, i hvor stor udstrækning unge indvandrerkvinder er i stand til at tage imod og gøre brug af sådan viden. Yderligere forskning kunne se nærmere på de sociale dynamikker i sådanne barrierer og på, hvordan det går til i de tilfælde, hvor de brydes.

Behovet for viden og vejledning er markant blandt de kvinder, der er kommet til Danmark for relativt nylig. Mange indvandrerkvinder har således kun modtaget sporadisk og usystematisk vejledning og information efter ankomsten til Danmark. Som ny i Danmark er det ikke indlysende, hvor man skal henvende sig for at få hjælp, hvis man ønsker at regulere sin fertilitet. Et eksempel på, hvor svært det kan være, er Rayanahs historie. Rayanah (31 år) er i dag skilt fra sin mand og bor alene med deres tre børn:

Som 19-årig kom Rayanah til Danmark fra Yemen for at blive gift i et arrangeret ægteskab. Hun havde hverken ønsket sig at blive gift eller at få børn endnu, men hendes forældre lagde så stærkt pres på hende, at hun endte med at sige ja til ægteskabet. Hun fortæller:

»Det var meget svært, da jeg kom til Danmark. Det var som at komme i fængsel. Jeg kendte ingen, og jeg ville ikke rejse til et andet land, det var ikke min drøm. Det var min familie, der havde valgt denne her mand til mig. Så jeg blev gift og kom her.«

Rayanah selv ønskede ikke at få børn med det samme, men det gjorde hendes mand. Han forbød hende at gå ud eller at komme i skole for at lære dansk, hun måtte kun være hjemme og sammen med ham.

»Så hvis jeg gerne ville have p-piller f.eks., hvor skulle jeg så gå hen? Hvem skulle jeg snakke med, da jeg kom til Danmark? Hvem skulle hjælpe mig? Det var problemet for mig. Min mand sagde, 'vi skal have børn, hvorfor vil du ikke have børn sammen med mig?' Jeg kendte ingen, der kunne hjælpe mig. Jeg græd hver dag, da jeg kom til Danmark. Jeg sad alene på gulvet og græd, jeg ville ikke blive her. Jeg var alene

hjemme hele dagen, jeg kendte ikke nogen, og vi havde ingen arabisk kanal på tv. Jeg forstod ikke dansk, da jeg kom, jeg forstod intet. Hvad skulle jeg gøre? Jeg sad bare hele dagen alene. Det var meget hårdt.»

Efter en måneds ægteskab blev Rayanah gravid. Hun forsøgte at gå fra sin mand og søgte til Yemens ambassade.

»Men han kom og snakkede med dem og sagde, 'I skal ikke hjælpe hende, hun skal blive her, hun er gravid, hun skal føde her.' Ambassaden pressede mig, de sagde, jeg skulle prøve at blive her. Jeg blev her og fødte min datter her. Det var meget svært de første seks år. Dengang var jeg ikke i skole, jeg kendte intet. Jeg fik bare børn og passede dem. Min mand hjalp ikke med børnene overhovedet. Han ville gerne have børn, men han ville ikke stå med ansvaret for dem.»

Langt fra alle indvandrerkvinder oplever de frihedsberøvelser og begrænsninger, Rayanah måtte leve med i sine første år i Danmark. Men fælles for indvandrerkvinderne er dels, at de ikke har den ballast af selvfølgelig viden om seksualitet og reproduktiv fysiologi med sig, som de fleste kvinder har, der er født og opvokset i Danmark, og dels, at det ikke er umiddelbart indlysende for dem, hvordan de får adgang til sådan viden.

Vejledning - hos egen læge

Næsten alle kvinderne i undersøgelsen, indvandrerkvinder såvel som kvinder med dansk baggrund, søgte først og fremmest vejledning om svangerskabsforebyggelse og prævention hos deres egen læge. De fleste var glade for deres læge og tilfredse med den vejledning, de havde modtaget hos lægen. F.eks. fortalte Dalshad, som kom til Danmark fra Irak for et år siden:

»Jeg opsøgte legen og spurgte om prævention. Min mand hjalp med at bestille en tid, og hos lægen kom der en tolk. Jeg blev orienteret om alle de slags prævention, man kan bruge her i Danmark. Jeg fik svar på alle de ting, jeg ville spørge om, det var gode oplysninger. Hun foreslog mig mange slags prævention.»

Det er imidlertid vanskeligt alene på baggrund af en interviewundersøgelse som denne at vurdere, hvordan de praktiserende lægers præventionsvejledning foregår, og hvad de mulige svagheder er. En sådan vurdering kræver dels observationer af interaktion mellem læger og patienter, dels interview med læger. Interviewene med abortsøgende kvinder kan kun give et delvist billede: De kan sige noget om, hvad kvinder forventer af deres læge; de kan sige noget om, hvilke informationer og præventionsformer, kvinder kommer hjem med – eller ikke kommer hjem med; og de kan sige noget om, hvordan kvinderne føler sig behandlet hos lægen. Det kan dog være vanskeligt for lægfolk selv at vurdere den tekniske kvalitet af den vejledning og behandling, de får i sundhedssystemet. Det er Asmas erfaringer et eksempel på. Asma fortalte, at hun selv syntes, hun havde fået god information om prævention hos sin læge. Lægen havde givet hende først én slags p-piller og senere

en anden slags, da hun fik bivirkninger af de første. Asma havde dog vanskeligt ved at huske at tage pillerne. Til spørgsmålet om, om hun så havde overvejet at bruge en anden slags prævention, som f.eks. spiral, svarede hun:

»Spiral, hvad er det? Den har jeg ikke set eller hørt om.«

Asmas vurdering af lægens vejledning som »god« var med andre ord baseret på et temmelig spinkelt grundlag.

Et meget markant og gennemgående træk i materialet er, at praktiserende lægers vejledning af såvel kvinder med dansk baggrund som indvandrerkvinder tilsyneladende er stærkt præget af en *p-pille-bias*: En meget positiv indstilling overfor p-piller og en antagelse om, at det er den bedste form for prævention. Ud fra kvindernes udsagn at dømme taler mange læger varmt for p-pillen og informerer tilsyneladende meget sporadisk, om overhovedet, om andre præventionsformer. Karen, f.eks., fik præventionsvejledning hos sin læge, da hun kom til otte ugers undersøgelse efter sin første fødsel:

»Jeg spurgte min læge ad med sådan en spiral, fordi jeg kunne selvfølgelig godt se fordelene i, at man så ikke skal tænke over at tage en pille. Jeg har en veninde, der er lige så gammel som jeg, hun har haft spiral lige siden, hun begyndte at komme sammen med sin kæreste, da hun var en 16-17 år. Men altså min læge, han syntes, at det var jeg for ung til. Tror jeg, han sagde.... Han var ikke så vild med det. Så spurgte jeg om den der p-pilleting ind i armen. Men der sagde han, at man skal nok også lige vente lidt endnu, til den er mere udviklet. Så han var heller ikke så sikker på den. Og hvorfor jeg ikke bare ville nøjes med p-piller? Så siger jeg, jamen det vil jeg da også gerne.«

Indtil sin anden graviditet havde Jytte brugt p-piller. Men da hun syntes, »hormoner er noget skidt at spise«, ville hun egentlig gerne skifte prævention efter fødslen. Hun var blevet anbefalet at bruge pessar, og det fortalte hun sin læge:

»Så skulle jeg op til lægen og snakke om, hvad jeg skulle bruge af prævention. Så nævnte jeg pessar, og han var ved at falde ned af stolen af grin, fordi han syntes da, det var det mest åndssvage. Han syntes, det var så bøvlet. Nej, det kunne han ikke se nogen fordel i. Han syntes, det var totalt vanvittigt, det var sådan noget, man brugte i gamle dage. Så jeg endte igen med p-piller.«

Jytte blev senere uønsket gravid, da hun holdt en p-pille pause, fordi hun ikke brød sig om den konstante hormonelle påvirkning af sin krop. Et pessar havde måske for Jytte været en mere effektiv form for beskyttelse.

Mens såvel kvinder med dansk baggrund som indvandrerkvinder ofte rådes af deres læge til at bruge p-piller, er en markant forskel mellem de to grupper, at kvinder med dansk baggrund generelt har et godt forhåndskendskab til

viften af forskellige præventionsformer, der tilbydes i Danmark. Det har indvandrerkvinderne derimod generelt ikke. Yasmin, f.eks., blev uønsket gravid, da hun holdt op med at tage p-piller. Hun kunne ikke tåle dem, blev nervøs og kom til at ryste. Efter aborten gik hun til kontrolundersøgelse hos sin egen læge:

»Lægen sagde, 'Vi skal snakke om prævention.' Så sagde jeg, at de havde snakket med mig om p-piller ude på sygehuset og givet mig en recept. Så sagde han bare, 'Det er i orden.' Han fortsatte ikke og forklarede andet.

(Interviewer: Ville du godt have haft mere information om prævention?)

Hvad er det, er der nogen andre slags prævention?»

Senere i samtalen:

»(Interviewer: Synes du, det er svært at huske at tage en p-pille hver dag?)

Ja, jeg skal egentlig tage dem om aftenen. Men ofte glemmer jeg dem om aftenen, så må jeg tage dem næste dag. Men jeg prøver at huske det.

(Interviewer: Hvad ville du gøre, hvis du glemte at tage to piller?)

Hvis jeg glemte to i træk, så ville jeg bare tage den tredje til tiden.»

Yasmins udtalelser tyder på, at hun slet ikke har fået den grundige generelle vejledning om prævention, hun har brug for, og måske heller ikke tilstrækkelig specifik vejledning omkring den form for prævention, hun bruger, p-piller. Ligeledes Niket (36 år), der er kommet til Danmark fra Tyrkiet for fire år siden. Niket synes, det er meget svært at huske at tage sine p-piller, og hun blev uønsket gravid, fordi hun glemte dem. Hun har, ligesom Yasmin og flere andre af kvinderne, modtaget minimal præventionsvejledning i Danmark:

»(Interviewer: Er der nogen, der har fortalt dig om de forskellige præventionsformer, der findes i Danmark?)

Nej, ingen har fortalt mig om det, nej.

(Interviewer: Men gik du så selv op til lægen og sagde, du godt ville have p-piller?)

Ja. Jeg fortalte ham, hvilke p-piller jeg brugte i Tyrkiet. Og han sagde, jeg bare kunne fortsætte med dem, så jeg fik de samme.»

Tilsyneladende er det ofte vanskeligt for den praktiserende læge at finde tid til at levere den grundige vejledning, mange indvandrerkvinder egentlig har brug for. Mange kvinder oplever, at deres læge har meget travlt. F.eks. sagde Ly, der oprindeligt er fra Vietnam:

»Min læge har travlt. Rigtig travlt. Vi venter i to timer, så kommer han, kigger i ét minut og så færdig. Jeg ville gerne spørge om, hvorfor det gør ondt efter en abort. Men han sagde bare, 'Det er ikke noget problem, gå hjem og drik meget'.«

Yasmin følte ikke, hendes læge var lydhør overfor de problemer, hun oplevede med sin spiral:

»Da jeg fik spiral, havde jeg menstruation 25 dage om måneden. Først var det syv dage, med meget kraftig blødning, og lægen sagde, det var normalt. Så blev det til 20 dage, og lægen sagde, det er normalt. Så blev det 25, og lægen sagde, det er normalt. Jeg besvimede hele tiden, og lægen sagde, det var helt normalt, at man blødte og besvimede. Jeg sagde, det er ikke normalt. Du skal gøre noget ved det med det samme.«

Yasmin er dog heldig, eftersom både hun og hendes læge taler fransk, så hun ikke har sproglige problemer med at kommunikere med ham. Men en del af de øvrige indvandrerkvinder havde haft sprogproblemer i kontakten med deres læge. Det fremgår markant af Aruns historie – som også er et eksempel på, hvordan en praktiserende læge uden videre antager, at p-piller er bedst for kvinden:

Arun (29 år), mor til én, kom til Danmark fra Thailand for halvandet år siden, hvor hun blev gift med sin nuværende mand, som er fra Philippinerne. Hun foretrækker at få information om prævention hos lægen, men da hun endnu ikke taler dansk, er det hendes mand, der fører samtalen, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Samtalen foregår på engelsk, og så genfortæller han for hende derhjemme. Arun kan ikke tåle p-piller, hun kaster op og får det dårligt, så hun plejer at bruge kondomer. Da hun blev uønsket gravid, var det fordi, de ikke havde et kondom den dag. Helst ville Arun egentlig bruge p-injektioner, som hun kender fra Thailand og ved, hun kan tåle, men hun tror ikke, p-injektioner findes i Danmark.

»I Danmark har jeg ikke fået nogen oplysning om prævention. Lægen forklarede min mand, at jeg skulle tage p-piller, at det er mere sikkert end kondom. Han gav mig en recept på p-piller, men jeg købte dem ikke, jeg brugte kondom i stedet. Jeg kunne jo ikke tale med lægen og forklare, at jeg ikke kunne tåle p-piller. Kan du ikke forklare mig, hvor mange slags prævention, der findes i Danmark?«

Tidspresset hos den praktiserende læge bliver sandsynligvis ikke mindre, når kvinderne som Arun ikke taler dansk, og behovet for tolkebistand komplicerer kommunikationen yderligere. Der er behov for yderligere forskning, som ser nærmere på indvandrerkvinders møde med det danske sundhedsvæsen - med særligt fokus på interaktionen og kommunikation mellem praktiserende læger og kvinder, der søger præventionsvejledning.

Vejledning - fra sygehus, sundhedsplejerske og præventionsklinik

I forbindelse med den provokerede abort har mange af kvinderne modtaget information og vejledning om prævention på sygehuset, hvor aborten blev udført. Det gælder dog, som i forhold til den praktiserende læges vejledning, at en egentlig vurdering af, hvordan præventionsvejledning leveres på sygehuset, ville kræve andre og mere observerende forskningsmetoder, end de her anvendte. Mens nogle af kvinderne sagde, at de havde fået god information om prævention på sygehuset i forbindelse med aborten, fortalte mange, særligt blandt indvandrere, at de slet ingen vejledning havde fået. F.eks. sagde Vera:

»De snakkede ikke med mig om prævention. De sagde bare, at jeg skulle underskrive et papir med hvad for noget prævention, jeg ville bruge fremover. Skrive på et papir, sætte et kryds og så min underskrift. Jeg fik ikke rigtig snakket med nogen dernede. Jeg fik bare en masse papirer stukket i hånden og så kunne jeg læse dem.«

Nogle af kvinderne havde fået vejledning på sygehuset tidligere, i forbindelse med en fødsel. Første gang, Yasmin fik vejledning om prævention i Danmark, var efter sit første barns fødsel. Ly (32 år), oprindeligt fra Vietnam, fik derimod hverken information om prævention i forbindelse med abort eller fødsel:

»Da jeg fødte, var der ikke nogen tolk. Så måske har de fortalt mig noget, men jeg kunne ikke forstå det. Vi kunne kun forstå hinanden lidt, med tegnsprog. Efter aborten fik jeg ingen vejledning om prævention inde på sygehuset.«

Også Fatima (32 år), der er kommet til Danmark fra Marokko, fik ret begrænset information på sygehuset efter sin første fødsel. Hun var til gengæld glad for den vejledning, hun fik fra sin sundhedsplejerske:

»På sygehuset spurgte de, hvad jeg ville bruge. De gav ikke noget vejledning, de spurgte mig bare, 'Hvad vil du bruge?' Men sundhedsplejersken, hun kom hjem til mig og snakkede med mig om, hvordan jeg havde det. 'Hvad synes du, hvad tror du, osu.' Hun gav vejledning. Hun snakkede med mig. (Interviewer: Fik du vejledning i forbindelse med aborten?) Nej, ikke om prævention, nej.«

Også Alma havde fået god vejledning fra en sundhedsplejerske:

»Vi var i en Røde Kors lejr, hvor vi havde vores egen sundhedsplejerske. Og så kunne vi få en tid og snakke med hende. Altså ganske almindelig behandling som alle andre danskere.«

Et par af kvinderne nævnte, at de havde været glade for den hjælp og vejledning, de fik på præventionsklinikker. F.eks. sagde Karen:

»Jeg fik p-piller, da jeg var seksten. Jeg var på seksualvejledningsklinikken og få

dem, fordi dengang kunne man ikke lide at gå til sin egen læge med sådan noget, vel. Klinikken er nedlagt nu. Det er simpelthen så synd, fordi jeg ved, at mange af mine veninder også søgte råd og vejledning derude. Jeg var da med mange af mine veninder derude og få p-piller, og når nogen troede, de var gravide, så kunne man gå derud og få en graviditetstest.»

Nadia, som levede et hårdt liv og var hjemløs i perioder, var en af flere kvinder, der havde haft glæde af Foreningen Sex og Samfunds klinik i Skindergade i København:

»Jeg havde ikke rigtig nogen læge, jeg havde ikke rigtig noget sygesikringsbevis og jeg havde ikke rigtig nogen adresse. Så det var bare sådan, hvordan kan jeg finde ud af det? Jeg havde heller ikke penge til at købe en graviditetstest, det havde jeg ikke råd til. Så sagde min veninde, 'Jamen jeg kender en klinik, hvor man bare kan møde op', og så tog vi derop. De var meget meget søde og behjælpelige og gode og dygtige.«

Samlet kan man sige, at der tilsyneladende er en del svagheder i den præventionsvejledning, kvinderne har fået. Mange af indvandrerkvinderne har enten ikke modtaget nogen form for vejledning om prævention overhovedet eller er blevet sporadisk og mangelfuldt vejledt. Vejledningen af såvel kvinder med dansk baggrund som indvandrerkvinder er ofte præget af en relativt stærk »p-pille bias«, mens andre metoder tilsyneladende underbetones af sundhedspersonalet. Disse resultater tyder på, at praktiserende læger specifikt og det danske sundhedsvæsen generelt er lagt an på en antagelse om, at kvinder allerede besidder en basal viden om reproduktiv fysiologi og prævention, når de møder det sundhedsfaglige personale, og at de ud fra denne viden aktivt kan stille spørgsmål. I et sådant system vil indvandrerkvinderne, med deres mangelfulde grundviden og deres kommunikationsvanskeligheder, »falde igennem«, fordi de ikke besidder den samme basale viden som de fleste andre kvinder i Danmark, og de stiller måske generelt ikke spørgsmål på samme aktive måde, som mange andre kvinder gør.

Præventionskompromiset

Oplysning om prævention er i sig selv næppe nok til at forhindre uønskede graviditeter. Sociale og helbredsmæssige begrænsninger gør i samspil med andre faktorer som bivirkninger, skift fra en form for prævention til en anden, økonomi og religion, at præventionsanvendelse for mange mere bliver en afvejning af, hvad der er det »mindste onde« frem for et positivt valg.

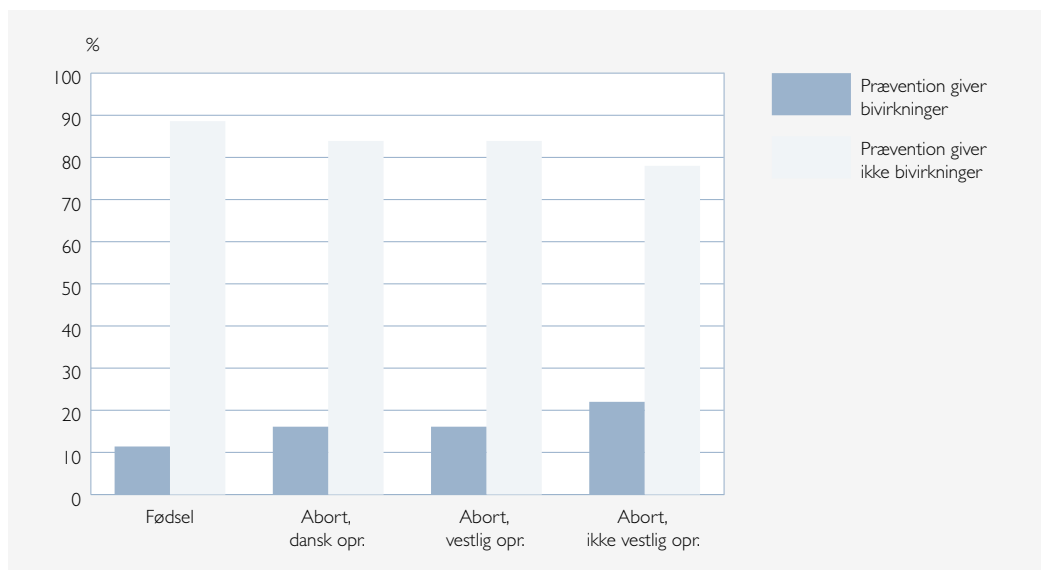
Spørgeskemaundersøgelsen fandt kun en mindre gruppe, der mente, at brug af prævention var forbundet med bivirkninger. Blandt kvinder, der valgte abort, var det 17%, blandt de svangre kvinder 11%. Men netop blandt disse kvinder var der en signifikant større andel, der valgte abort end blandt dem, der ikke mente, at prævention var forbundet med bivirkninger.

Tabel 7.2 Holdning til og erfaring med prævention blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95 % CI)
Prævention giver bivirkninger					
Ja	226	16,7	147	11,4	1,55 (1,24-1,94)
Nej	1.129	83,3	1.141	88,6	1,00
Anvendt prævention uden problemer					
Ja	730	53,9	1.007	78,2	3,07 (2,59-3,64)
Nej	625	46,1	281	21,8	1,00

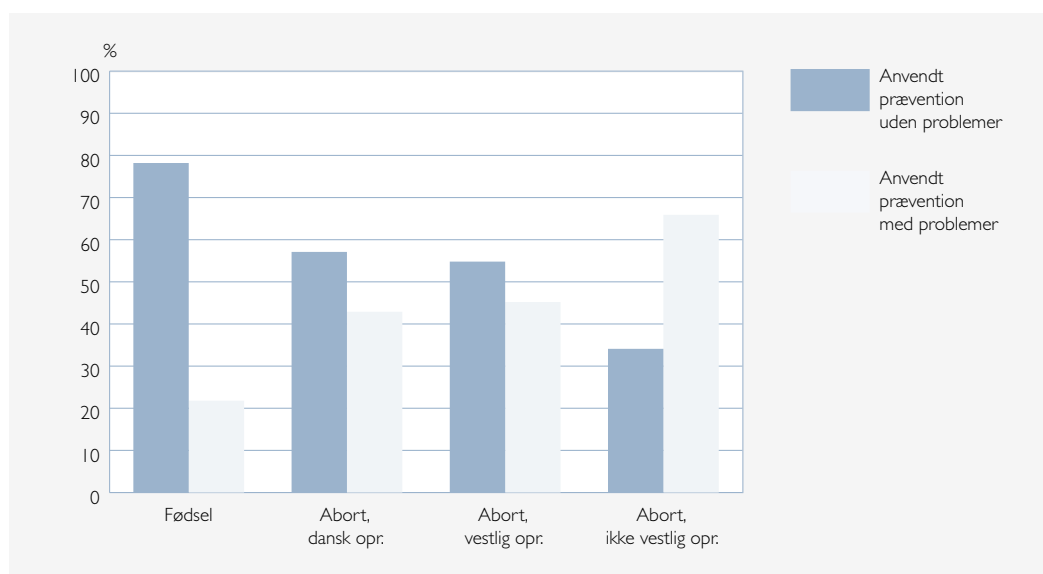
Det blev ekstra tydeligt, når der blev fokuseret på etnisk oprindelse. Her var det især kvinder fra ikke-vestlige lande, der mente prævention var forbundet med bivirkninger (Figur 7.2). Mere specifikt angav kvinder fra Nordafrika/Mellemøsten og fra Asien, at prævention var forbundet med bivirkninger (hhv. 27% og 26%). Disse kvinder havde næsten tre gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der ikke mente prævention var forbundet med bivirkninger. Tilsvarende havde kvinder med dansk baggrund i samme situation kun halvanden gang øget tilbøjelighed til at vælge abort.

Figur 7.2 Andel kvinder, der mener prævention er forbundet med bivirkninger blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Mange af kvinderne angav, at de havde haft reelle problemer med at anvende prævention. Blandt de abortsøgende drejede det sig om næsten hver anden (46%) og blandt de svangre om næsten hver fjerde (22%). Som det fremgår af figur 7.3 var det specielt kvinder fra ikke-vestlige lande der angav at have oplevet problemer i forbindelse med brug af prævention. Mere specifikt drejede det sig især om kvinder fra Nordafrika/Mellemøsten, Afrika syd for Sahara og fra Asien, hvor hhv. 33%, 30% og 26% havde oplevet problemer. I den sammenlignende analyse havde disse kvinder en 7-10 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort som kvinder, der ikke mente prævention var forbundet med bivirkninger. Tilsvarende havde kvinder med dansk baggrund i samme situation kun halvanden gang øget tilbøjelighed til at vælge abort.

Figur 7.3 Andel kvinder, der tidligere har anvendt prævention uden problemer blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde, efter oprindelse



Sundhedsovervejelser spillede en meget stor rolle, når kvinderne i den kvalitative del af studiet traf valg mellem forskellige præventionsformer. Særligt p-piller og spiral havde mange af kvinderne forbehold overfor. Disse forbehold var ofte funderet i kvindernes egne erfaringer med disse præventionsformer og de helbredsproblemer, de havde forvoldt, men de var også tit baseret på mere generelle eller principielle overvejelser over metodernes virkemåde og mulige helbredsrisikoner.

Omkring 90% af de kvinder, der besvarede spørgeskemaet, havde prøvet at bruge kondom eller p-piller, men betydeligt færre havde brugt spiral som præventionsmiddel. Kvinder, der angav, at de tidligere havde anvendt **p-piller**, var mindre tilbøjelige til at vælge abort i forhold til kvinder, der ikke tidligere

havde anvendt p-piller, hvorimod kvinder, der tidligere havde anvendt spiral, var mere tilbøjelige til at vælge abort i forhold til kvinder, der ikke tidligere havde anvendt spiral.

Tablet 7.3 Tidligere brug af p-piller blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel OR (95% CI)
	Antal	%	Antal	%	
Ja	1.166	85,9	1.193	92,3	0,50 (0,39-0,65)
Nej	192	14,1	99	7,7	1,00

Brug af p-piller var almindelig både blandt kvinder, der kom til svangrekontrol og blandt kvinder, der valgte abort, hvor henholdsvis 92% og 86% angav tidligere at have anvendt p-piller. Kvinder, der angav, at de tidligere havde anvendt p-piller, var mindre tilbøjelige til at vælge abort i forhold til kvinder, der ikke havde anvendt p-piller tidligere. Brugen af p-piller var mindre udtalt blandt kvinder med ikke-vestlig baggrund, hvor kun 63% angav de tidligere havde anvendt p-piller. Især mange kvinder fra de tidligere Østlande havde sparsom erfaring med p-pillebrug og kun 53% af disse kvinder angav tidligere at have anvendt p-piller. Et fund der sandsynligvis afspejler, at p-pillerne stort set ikke blev anvendt i østlandene før 1990.

P-piller brød mange af kvinderne i den kvalitative del af studiet sig ikke om, fordi tanken om at indtage hormoner dagligt over længere tid virkede ubehagelig på dem. Nina, f.eks., sagde p-pillerne fik hende til at føle sig »kreaturagtig«. Hendes tanker omkring p-pillers »unaturlighed« og »styrke« var tanker, mange andre kvinder i undersøgelsen også udtrykte:

»Jeg har for mange år siden taget p-piller. Jeg havde det fint med p-piller, jeg havde ikke nogen af de bivirkninger, som mange har. Men jeg kan tydeligt huske, jeg en dag stod med den der lille gule pille i hånden og tænkte, 'Den styrer mit system på minutter'. Det havde jeg det så dårligt med. Jeg synes, det er unaturligt, at mit eget hormonsystem ikke får lov at styre sig selv. Så stoppede jeg, og så fik jeg pessar, og det havde jeg det fint med i mange år. Jeg havde en fast kæreste på det tidspunkt, vi havde kendt hinanden i lang tid, så det var sådan meget naturligt, og jeg havde det enormt godt med det. Jeg syntes bare, det var så rart, at det var min egen cyklus, der kørte. Det var min egen krop, der bestemte, hvordan tingene var... Jeg har det bare sådan, at det ikke kan være sundt at indtage hormoner. Hormoner er virkelig heftige sager, og det må det da også være, siden det på den måde kan styre ens system. Så det er virkelig noget, der går ind og virker, og som har noget magt i organismen, og det tror jeg ikke er særligt godt at tage dag ud og dag ind.«

Udover de generelle følelser af, at hormoner ikke kan være godt for kroppen,

nævnte særligt indvandrerkvinderne en angst for, om p-piller kan være kræftfremkaldende. F.eks. sagde Samina, oprindeligt fra Libanon:

»Jeg har mange gange hørt i fjernsynet, at man får kræft af dem. Min læge siger, at det gør man ikke, men jeg har hørt det mange gange i fjernsynet. Så jeg holdt op med at tage p-piller og fik mit sidste barn. Jeg ville gerne have et barn mere, og hvis jeg fik kræft, kunne jeg måske ikke få flere.«

Niket fra Tyrkiet sagde:

»Jeg talte med mine veninder, de sagde, at man godt kan få kræft af p-piller, brystkræft. Jeg har hørt det, men om det er sandt eller falsk ved jeg ikke. Derfor talte jeg med min læge om det, og han sagde nej.«

Nogle af indvandrerkvinderne udtrykte også bekymring for, om p-piller og anden kvindelig prævention kan nedsætte ens fertilitet på længere sigt. F.eks. spurgte Shahla, som endnu ikke har fået børn:

»Hvis man tager p-piller i længere tid og så beslutter sig for at blive gravid, kan man så blive det med det samme efter?«

Yasmin mente, som flere andre af indvandrerkvinderne, at prævention først bør bruges, når man har fået sit første barn:

»Hvis en kvinde bliver gift, skal hun ikke bruge nogen slags prævention med det samme, for det kan påvirke hendes æg i fremtiden. Når man er nygift, skal man følge naturen og få et barn. Derefter kan vi bruge prævention. Prævention kan påvirke livmoderens frugtbarhed, og så bliver kvinden barnløs. Måske. Der er ikke nogen garanti. Med p-piller er det nemmere at få barnet, efter at man har brugt dem i en lang periode. Det sværeste er med spiralen.«

Udover mere generelle overvejelser og spørgsmål som disse havde mange af kvinderne også personligt dårlige erfaringer med at tage p-piller. F.eks. fortalte Shahla:

»Jeg tog p-piller i seks-syv måneder. Men jeg kunne ikke tåle dem. Jeg fik kvalme, tog på, og der begyndte at gro hår alle mulige steder på min krop. Og jeg følte mig træt hele tiden, jeg blev doven. Så jeg holdt op med at tage dem. Men nu tager jeg dem igen. Jeg kan stadig ikke lide p-piller, men i denne her situation bliver jeg nødt til at tage dem. For jeg vil ikke opleve det en gang til, at blive gravid.«

Sara sagde:

»Jeg tog rimeligt meget på. På et tidspunkt vejede jeg næsten 85 kilo, jeg vejer lige under 60 nu. Til sidst havde jeg ikke lyst til p-pillerne længere, jeg syntes ikke, der var nogen grund til at tage dem, når jeg ikke havde et fast forhold.«

Tidligere forskning har, ligesom dette studie, vist, at en del uønskede graviditeter opstår, når kvinder holder »pause« fra deres p-piller (Rasmussen 1983a, Kristiansen et al. 1991, Hansen et al 1996). I et forebyggelsesperspektiv kan denne kendsgerning imidlertid have forskellige implikationer. Man kan, som Osler et al. (1992), hævde, at præventionsvejledning bør vægte effektive præventionsformer som p-piller eller sterilisation. Alternativt kunne man dog også vælge at være mere lydhør overfor de forbehold overfor hormonel prævention, som p-pille-pauserne er udtryk for fra kvinders side, og evt. vejlede mere indgående om alternative præventionsformer eller om mere effektiv brug af naturlig prævention.

De **nyere hormonelle metoder**, p-stav, p-ring og p-injektioner, var forholdsvis ukendte blandt såvel kvinder med dansk baggrund som blandt indvandrerkvinderne. P-ringen havde de færreste hørt om, men Maja var begyndt at bruge den efter aborten:

»Jeg fik den på hospitalet. Hun sagde, det er sikkert lige noget for dig, det er simpelthen så nemt, og der er ikke så mange hormoner i, og det syntes jeg var ret tiltalende. Og det virker lokalt, det syntes jeg var lidt godt. Så tænkte jeg, jamen, så prøver jeg det. Og det har egentlig fungeret meget godt. Det er ret smart, at man ikke skal huske hver aften, at man skal tage en pille, ikke, at den bare er der simpelthen. Og så synes jeg, det er rigtig godt, at der ikke er alle de der hormoner. Jeg har ikke haft den samme oppustethed og alle de der mærkelige symptomer, som jeg syntes, jeg havde til sidst med p-pillerne. Jeg har det meget godt med den. Det eneste, som er lidt irriterende, er, at min kæreste kan mærke den nogle gange, når vi er sammen. Hvor det faktisk gør ondt på ham. Det er lidt underligt. Det er ikke hver gang, han kan mærke det, bare nogle gange. Ellers synes jeg, det fungerer helt vildt godt.«

Nogle af kvinderne havde hørt om metoder som p-injektioner og p-stav på forhånd, mens andre blev orienteret om dem under interviewet. De af kvinderne, der havde hørt om p-staven, forbandt den oftest med noget negativt. F.eks. sagde Julie:

»Så er der de der små nogen, som man putter ind under huden, og som så gælder i fem år. Men de er vist heller ikke så stabile, har jeg hørt noget om. Man hører alle de der skrækhistorier om, at de suser rundt i kroppen, og de kan ikke finde den, fordi den der radioaktivitet den er væk, eller et eller andet, jeg ved ikke, hvad det er for noget.«

Som med p-pillerne var der også angst for om der viser sig langtidsvirkninger af de nye hormonelle metoder. Dalshad fra Irak:

»Nej, jeg kan ikke lide det. Jeg er bange for alle de ting, for alle de bivirkninger. Måske kan de fremkalde kræft.«

Særligt indvandrerkvinderne udtrykte bekymringer over, om de nyere

hormonelle metoder påvirker menstruationsblødninger og deres regelmæssighed. Der var generelt enighed blandt mange af indvandrerkvinderne om, at det er bedst for helbredet at få sin menstruation regelmæssigt én gang om måneden. Om p-staven sagde f.eks. Shahla:

»Min læge siger, at man slet ikke får menstruation i to år. Det er forfærdeligt. Fordi beskidt blod skal ud af kroppen. Man bliver mørk i ansigtet og sådan noget, hvis man ikke får menstruation.«

Om p-injektioner sagde Fatima:

»Det er rigtig sundt for kvinder at få menstruation en gang om måneden. Hvis blodet bliver inde i kroppen, er man uren.«

Og Vera:

»Det er en rimeligt smart idé, at man bare får en sprøjte engang hver tredje måned og så er det okay. Men at man ikke får menstruation synes jeg er unaturligt. Altså, du skal have din menstruation, når du skal have din menstruation. Jeg er bange for, at der er alt for mange bivirkninger.«

Kondomer havde næsten alle kvinderne brugt på et eller andet tidspunkt i deres liv. Således angav henholdsvis 89% blandt kvinder, der valgte abort og 91% blandt kvinder, der kom til svangrekontrol, at de tidligere havde anvendt kondom som præventionsmiddel. Brugen af kondom blandt kvinder med dansk baggrund og kvinder med anden vestlig baggrund der valgte abort, adskilte sig ikke væsentligt fra kvinder, der kom til svangrekontrol. Blandt disse tre grupper angav godt 90% at have anvendt kondom på et tidligere tidspunkt i deres liv. I modsætning hertil var det knap 70% blandt abortsøgende kvinder fra ikke-vestlige lande, der tidligere havde anvendt kondom (Fig. 7.4). Specielt blandt kvinder fra Nordafrika/Mellemøsten, hvor kun 58% angav nogensinde at have anvendt kondom, var brugen af kondom ikke særligt udbredt.

Tabel 7.4 Tidligere brug af kondom blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95% CI)
Ja	1.202	89,4	1.170	90,9	0,85 (0,65-1,10)
Nej	142	10,6	117	9,1	1,00

For nogle fungerede kondomer fint som præventionsform, mens de for andre var forbundet med forskellige problemer. Særligt det, at kondomet nødvendigvis i et eller andet omfang må indgå som element i den seksuelle akt, voldte problemer

for mange. Som Dorthé sagde:

»Det ved jeg godt, man ikke må sige i disse her AIDS-tider, men det er som at spise karameller med papir.«

Eller Alma:

»Kondomer er ikke noget for mig. Det skal kunne være mere spontant, jeg vil kunne elske med min mand nu, hvis jeg har lyst. Sex er ikke noget, vi planlægger på bestemte tidspunkter eller steder, det skal kunne ske spontant, og så har man måske ikke lige et kondom parat.«

Men selvom mange syntes, kondomer er besværlige og »tager toppen af nydelsen«, optog beskyttelsen mod sygdomme også en del plads i de flestes bevidsthed. Det gjaldt ikke mindst for de yngste af kvinderne i undersøgelsen som f.eks. Vera (18 år):

»Det er bøvlet at skulle huske det der åndssvage kondom. Og så ned at købe dem. Det er jo næsten værre end p-piller. Lige når du er ved at gå i seng med én, 'Nej, men jeg skal lige ud og hente det der kondom der.'

Interviewer: Har du brugt dem nogensinde?

Ja, der er jo alt for mange sygdomme, til at man bare kan gå rundt og gå i seng med alle mulige, bare fordi man bruger p-piller. Det værste er, hvis du får klamydia, som pige kan du blive steril af det. Og så herpes, det har man resten afsit liv. Og du kan få AIDS og sådan noget. Det er bedst at undgå det.«

Eller som Katja (22 år) sagde:

»Jeg har altid brugt gummi, altid. Det har jeg fået at vide af min mor, at jeg skulle. Jeg måtte ryge hash og jeg måtte drikke øl og alt det der, men jeg måtte ikke gå i seng med nogen uden gummi. Der var altså ingen put uden gummi. Så må han nøjes med at kysse. Det, der skræmmer mig mest, er alle de sygdomme. Det har faktisk ikke været graviditeten, det har været de der sygdomme. Klamydia og sådan noget, ikke. Der er rigtig mange, der har sådan nogle sygdomme. Det skal jeg ikke nyde noget af.«

Bl.a. som en konsekvens af koblingen mellem kondomer og beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme, mente mange af de interviewede, at kondomet særligt hører til i »løse« forhold. Som Caroline erklærede:

»Kondom gider jeg ikke bruge med min mand.«

Eller som Yasmin sagde:

»Min mand vil gerne bruge kondom, men jeg kan ikke lide det. Det er sådan noget, en mand kan bruge med en kvinde, han lige har mødt, for at beskytte sig mod smitsomme sygdomme. Men som mand og kone skal man ikke have noget imellem

sig. Man kan ikke føle hinanden, hvis der er plastik imellem.»

Mange af kvinderne fortalte, at de bruger kondom i løse eller i nye forhold, men går over til anden prævention, hvis forholdet varer ved. Som Julie sagde:

»Én ting er at bruge kondom med dem, man bare sådan går i seng med, sådan én gang, eller noget, som man ikke tror, vil vare så længe, men er meget hyggeligt på det tidspunkt. Men hvis nu man rent faktisk er forelsket, og det er gensidigt, så tror jeg ikke, jeg vil tænke mig så meget om. Altså, de kærester, jeg har haft i længere tid, har jeg jo ikke brugt kondom med. På et eller andet tidspunkt, så snakker man jo om det, og så har vi jo også snakket om den der med, at så skal man heller ikke gå i seng med andre. Så synes jeg, det er i orden ikke at gøre det.«

Med andre ord, det at droppe kondomet kan blive et symbolsk udtryk for tillid og kærlighed; et udtryk for, at forholdet har ændret status fra noget uforpligtende til noget mere seriøst. For nogle kvinder er det dog netop også i nye forhold, at kondomet kan være vanskeligt at bruge – og dermed kan komme til at skabe følelser af forlegenhed og pinlighed. Mange var enige om, at det er lettere at bruge kondom i et etableret forhold end i et nyt. Som Birgitte sagde,

»Med ens partner kan det godt være intimt, selvom man bruger et kondom. Hvorimod hvis jeg var med én hjemme første gang, en fremmed eller én, man lige havde mødt, så tror jeg, det ville blive pinligt for mig. Man er lidt fuld, og man ligger der og har det rigtig hyggeligt. Jeg tror måske, jeg ville kunne blive helt ædru ved at sidde og se... og så ville jeg tænke, 'nej helt ærligt, hvad har du gang i? Gud, hvad laver han her', ikke. Man vågner sådan lidt op. Så vil det være mere pinligt, end det vil være intimt. Fordi så er det ligesom om, at nu skal det bare lige overstås, ikke. Nu skal den på, og så skal det lige overstås. Og så var det det.«

Birgitte føler, som flere andre, at kondomet i nogle situationer spolerer den gode stemning og gør den seksuelle akt mere teknisk end romantisk. Nina var inde på det samme:

»Især i starten tror jeg, det er svært. Når man har kendt hinanden længe, er det noget andet, så er det meget nemmere. Det ødelægger ikke på samme måde. Måske også fordi man er mere fri. Det er ikke pinligt eller underligt. Det virker ikke afbrydende på samme måde.«

Skønt mange af kvinderne syntes godt om kondomet, fordi det ikke giver bivirkninger og beskytter mod sygdomme, er der en række seksuelle og symbolske problemer forbundet med det. I nogle situationer kan kondomet opfattes som et symbolsk udtryk for mistillid, i andre at det tager toppen af den seksuelle nydelse og kan gøre den seksuelle situation akavet og pinlig.

Problemerne med at måtte afbryde midt i den seksuelle akt blev også beskrevet af de af kvinderne, der havde brugt **pessar**. F.eks. sagde Nina:

»Pessar er meget, meget nemt. Jeg har enormt god erfaring med det, når man har kendt hinanden længe. Det er meget uromantisk at rode med et pessars, når du lige har mødt én. Det er det ikke, når man kender hinanden. Man ved ligesom, hvad det er, og det er lidt det samme igen, det ødelægger ikke et forløb, for vi ved alligevel godt, hvad det er, vi har gang i.«

Relativt få af de interviewede, alle kvinder med dansk baggrund, havde brugt pessars. De, der havde brugt det, var oftest som Nina glade for det. Sara havde dog oplevet, at en tidligere kæreste ikke brød sig om, at hun havde pessars:

»Jeg havde en kæreste, der ikke ville have, at jeg brugte pessars. Han syntes, det var noget mærkeligt noget, at jeg skulle have sådan en gummiting op i mig, når han var i seng med mig. Han kunne mærke det, det var bare turn-off, det kunne han slet ikke ha'.«

De færreste af indvandrerkvinderne havde nogensinde hørt om pessaret, og flere af de kvinder, der havde dansk baggrund opfattede det som gammeldags og uromantisk. Julie parodierede en pessarsbruger:

»'Nu har jeg godt nok scoret i aften. Hey, gider du lige vente et øjeblik, jeg skal lige ud og sætte mit pessars op.' Det kan jeg ikke rigtig forholde mig til, det har jeg ikke rigtig overvejet.«

Lene sagde:

»Pessar, det er besværligt. Det kan jeg slet ikke forestille mig at skulle bruge. Det er sådan noget, som de havde i 40'erne, dengang der ikke var andre muligheder.«

Kvinder, der tidligere havde anvendt **spiral**, havde en øget tilbøjelighed til at vælge abort. Altså helt modsat de kvinder i spørgeskemadelen, der tidligere havde anvendt p-piller og som havde en mindre tilbøjelighed til at vælge abort.

Tabel 7.5 Tidligere brug af spiral blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel OR (95% CI)
	Antal	%	Antal	%	
Ja	267	19,9	165	12,8	1,69 (1,37-2,09)
Nej	1.076	80,1	1.125	87,2	1,00

Denne sammenhæng mellem tidligere brug af spiral og valg af abort var mest udtalt blandt kvinder med anden vestlig baggrund og kvinder fra Nordafrika/Mellemøsten og kvinder fra Afrika. Blandt kvinder i disse grupper valgte en 3-5 gange større andel provokeret abort end blandt kvinder, der ikke tidligere

havde anvendt spiral. Blandt kvinder med dansk baggrund var der tale om knap halvanden gang så stor andel. Det skal dog bemærkes, at anvendelsen af spiral ikke er synderlig udbredt, idet knap hver femte kvinde har anvendt spiral tidligere.

Alligevel havde en del af kvinderne i den kvalitative undersøgelse brugt spiralen. Enkelte var glade for deres spiral. Alma, f.eks., sagde:

»Det er ikke så stressende med spiral. Jeg har det godt med den, så det er fint. For mig er det alle tiders. Jeg vil anbefale spiralen til alle kvinder.«

Alma blev gravid, da hun havde haft sin spiral i syv år og skulle skifte til en ny. Lægen anbefalede hende at holde pause i mindst 1-2 måneder, før hun igen fik spiral. Alma blev så gravid, da et kondom sprang. I modsætning til Alma fortalte mange af de andre kvinder i undersøgelsen, at de havde haft store helbredsmæssige problemer med spiralen, særligt forlængede og kraftige menstruationsblødninger og ondt i ryggen. Samina, f.eks., fik stærke rygsmerter og havde menstruation i 14 dage om måneden i de tre måneder, hun havde sin sidste spiral. Hun besluttede at få den taget ud igen, men inden hun nåede det, var hun blevet gravid. Ly fortalte:

»Min læge rådede mig til at få spiral. Men jeg tror ikke, det er det bedste. Nogle gange har jeg meget ondt i ryggen, og der kommer meget, hvad hedder det, hvidt blod [udflåd]. Det kommer næsten hver dag.«

Lene sagde:

»Jeg havde spiral, da jeg var 20 år, og jeg nåede at have den i to måneder, tror jeg. Så blev den flået ud. Der kunne jeg simpelthen ikke holde den ud længere, jeg havde så store smerter. Så nu skal jeg altså ikke have sådan én til at sidde oppe i mig. Faneme nej.«

Også mange af de kvinder, der ikke selv havde brugt spiral, var forbeholdne overfor den. Nogle brød sig ikke om tanken om at have et fremmedelement i kroppen. Som Julie sagde:

»Spiral synes jeg ikke lige lyder så optimalt. Sådan en lille ting, der sidder og udsender kobberioner i livmoderen. Det synes jeg bare ikke lige... «

Mange havde hørt dårligt om spiralen fra andre kvinder, og flere af indvandrerkvinderne fortalte historier om kvinder, de kendte, som var blevet infertile efter at have brugt spiral. Birgitte sagde:

»Jeg har tit hørt nogen sige, at p-piller bliver man enten kraftig af eller får et eller andet. Så jeg har det bare sådan, at jeg har aldrig brugt det. Jeg havde en svigerinde, der havde spiral, og hun havde så mange smerter og så meget bøv, virkelig, virkelig blødninger. Og jeg tænkte bare, det gider jeg simpelthen ikke. Hvis jeg skal ud og

have samleje med en eller anden, må de bruge kondom, også for at beskytte mig mod sygdomme.»

Og Katja:

»Spiraler har jeg kun hørt dårligt om. Min veninde har fået sådan én, hun har blødt lige siden.»

Valget mellem forskellige præventionsformer er for mange kvinder et relativt begrænset valg, og særligt for de kvinder, som af helbredsmæssige årsager ikke kan eller ikke ønsker at bruge de mest almindelige kvindelige præventionsformer, spiral og p-piller. Set i lyset af de dårlige erfaringer, mange af de interviewede havde med disse metoder, er det ikke overraskende, at mange fravælger spiralen og de hormonelle metoder og i stedet anvender barriemetoder, evt. i kombination med sikre perioder og afbrudt samleje.

Præventionskift

De fleste af kvinderne i den kvalitative undersøgelse blev gravide i forbindelse med brug af sikre perioder/afbrudt samleje, kondom eller uregelmæssig brug af p-piller. Mange af kvinderne havde forsøgt sig med flere forskellige præventionsformer, inden de endte med at bruge den metode, de blev uønsket gravide med. Hvis man ønsker at forstå, hvordan det går til, når uønskede graviditeter opstår, er det vigtigt, dels at forstå hvilke erfaringer og overvejelser, der er på spil, når kvinder skifter fra én præventionsform til en anden – og måske derved kommer til at bruge mindre effektive former for beskyttelse, dels udvide perspektivet fra den enkelte seksuelle situation, hvor graviditeten bliver til, til det større livsforløb, hvor den enkelte kvinde forsøger at regulere sin fertilitet på forskellig vis og under forskellige sociale og helbredsmæssige begrænsninger. De følgende fortællinger er eksempler på, hvordan kvinder forsøger at kontrollere deres fertilitet - og ofte møder problemer og vanskeligheder i den forbindelse:

Pil, (34 år), mor til én, pædagog, fik p-piller som 16-årig, på sin mors initiativ. Men hun tog meget på af dem, og de påvirkede hendes humør. Så fra hun var 17 til hun var 28-29 år brugte hun kun kondom, i kombination med sikre perioder. Da hun var ca. 20 år, blev hun gravid og fik en abort. Som 28-årig blev hun igen uplanlagt gravid, men denne gang besluttede hun og hendes kæreste at få barnet. Efter datterens fødsel fik Pil en spiral. Men hun fik mange smerter af den, særligt under menstruation og sex, og syntes ikke, den passede hende. Efter fire år faldt den ud af sig selv. Siden da har Pil brugt kondom i kombination med sikre perioder. Hun har ikke en fast partner og synes, kondomer fungerer godt nok for hende. Da hun blev gravid, var det halvt om halvt planlagt: hun ønskede egentlig et barn, men da det viste sig, at hendes kæreste ikke delte hendes ønske, endte hun med at få abort. Fremover vil hun fortsat bruge kondom.

Da Rayanah, (31 år) og hendes mand havde fået deres andet barn, accepterede hendes mand, at hun begyndte at bruge prævention. Hun fik p-piller hos sin læge, men holdt efter et halvt års tid op med at tage dem, fordi hun følte sig træt og ked af det:

»Det var meget svært for mig at spise p-piller. Jeg følte mig ligesom, jeg var træt og ked af det. Som om, der var noget, der sad i mit hjerte. Det var meget svært, så jeg stoppede.«

Derefter brugte de kondom en tid, i kombination med afbrudt samleje. Det var i denne periode, at Rayanah blev gravid med sit tredje barn, og hendes mand antydede, hun havde været ham utro, fordi hun blev gravid, selvom han havde trukket sig ud. Efter det tredje barns fødsel fik hun en spiral. Med den fik hun ondt i ryggen og menstruationer, der var meget kraftige og varede ti dage, så efter et halvt år fik hun den taget ud igen. Hun blev skilt fra sin mand og fik en ny kæreste. De brugte afbrudt samleje som beskyttelse, og Rayanah blev gravid og fik abort. I dag tager hun igen p-piller, som hun har fået hos sin læge. I starten havde hun problemer med kvalme, men det gik over. Så nu er hendes største problem, at hun har svært ved at huske at tage pillerne.

Udover de helbredsmæssige aspekter spiller også præventionens betydning for seksualiteten en stor rolle. Mange af de interviewede var enige om, at fra et sundhedsmæssigt synspunkt er barrieremetoder som kondom og pessar at foretrække frem for spiral og hormonelle metoder. Når en del af kvinderne havde valgt kondom eller pessar som deres foretrukne præventionsform, var det ofte netop med henvisning til, at disse metoder ikke er skadelige for helbredet. For kondomet var der det ekstra plus, at det beskytter mod seksuelt overførte sygdomme, noget der var særligt vigtig for de af kvinderne, der havde skiftende partnere.

Økonomi

Enkelte af kvinderne nævnte, at økonomi spillede en rolle i deres valg af prævention, og for enkelte havde økonomisk uformåen også spillet en rolle i den uønskede graviditets opståen. Caasha, f.eks., som kom til Danmark fra Somalia i 1999, fortalte, at hun blev gravid, da hun ikke umiddelbart havde råd til at købe en spiral:

»Jeg gik til lægen for at få en spiral. Han sagde, jeg selv skulle købe den, og så ville han lægge den op. Han sagde også, at der er flere forskellige spiraler, nogle dyre og nogle billige. Jeg har hørt fra somaliske venner, at de billige spiraler er dårlige og irriterer, så jeg ville helst have en af de dyre. Men for at få råd, måtte jeg vente, til der var penge nok på kontoen, og inden jeg havde fået købt spiralen, var jeg blevet gravid.«

Vera blev gravid, efter at hendes p-piller var sluppet op, og hun ikke havde fået købt en ny pakke. Hun sagde:

»Det var fordi, vi havde ikke så mange penge i den måned, så det havde jeg ikke råd til at bruge penge på. Jeg ved godt, det er sådan en lidt absurd grund, men det havde vi ikke. Det var den der periode, hvor man havde brugt alle pengene på julegaver, og så har man minus på sin konto, og så er det januar måned, og så... De p-piller, jeg får, koster omkring 200 kr., men en af mine veninder, hun får nogle, der koster under 100. Jeg forstår ikke rigtig, hvorfor jeg får sådan nogle dyre nogen. Men de er gode nok, for jeg tager ikke på af dem, og der sker ikke rigtig noget med mig.«

Senere i samtalen kom det dog frem, at det ikke kun var økonomi, der afholdt Vera fra at få købt en ny pakke p-piller. Det handlede også om, at hun følte sig deprimeret i perioden; hun var ligeglad med alt og *»gad ingenting«* – heller ikke købe p-piller. Men når man som Vera er ung og har en relativt lav indkomst, indgår økonomi i overvejelserne om prævention, og her bliver kondomer for dyre at bruge i faste forhold.

»Kondomer er for dyrt og for bøvet. Kondomer, det er meget godt hvis du skal i byen og have en one night stand, så er det jo godt at have kondomer, så du undgår at få AIDS og kønssygdomme. Men hvis du er sammen med en fast kæreste, så er kondomer altså en meget dyr løsning. Det koster omkring en 40-50 kr. for ti. Det løber altså alligevel op i mange penge. Jeg synes i hvert fald, det er for dyrt.«

Religion

Blandt enkelte af indvandrerkvinderne kunne man spore en vis generel modvilje mod brug af prævention. En modvilje, som hverken havde med sundhed, seksualitet eller økonomi at gøre, men som snarere var grundet i en følelse af, at man som menneske bør tage imod de børn, man bliver givet. Særligt kvinderne fra Somalia talte meget om, hvordan det er Allah, der bestemmer, hvordan det enkelte menneskes liv kommer til at tage sig ud – herunder også, hvor mange børn, man får. Som Faadumo, der beskrev sig selv som meget troende, sagde:

»Vi muslimer tror på Allah og hans profet Muhammed. Vi tror, Allah giver os børn, så derfor skal vi tage imod dem. Hvis Allah giver dig mulighed for at få masser af børn, skal du tage imod dem.«

Der var dog ikke én af de interviewede, der mente, at brug af prævention som sådan er religiøst forkert, hvis det bruges til at undgå, at graviditeter kommer til at ligge for tæt på hinanden. Alle var enige om, at hvis man ikke magter at få (flere) børn, er det helt acceptabelt at forebygge en graviditet. Hvad enten kvinderne bekendte sig til islam, kristendom eller buddhisme, nævnte mange, at abort er uacceptabelt i forhold til deres religion. Prævention, derimod, fandt alle religiøst acceptabelt. Men enkelte af kvinderne følte, at prævention er noget, der for dem er nyt og fremmed – noget, de er lidt bange for, og som det kræver overvindelse at benytte sig af. Det gjaldt særligt kvinderne fra Somalia, som fortalte, at de ikke er vokset op med og vant til, at man bruger eller taler om

prævention. F.eks. sagde Muumina (33 år) fra Somalia, der er mor til syv børn og netop for første gang har fået en spiral:

»Jeg er gammeldags, ikke moderne. Jeg er ikke åben for idéer om p-piller osv. Jo, jeg vil gerne høre om det, men det er svært for mig at tage beslutningen og praktisere det. I vores religion er det sådan, at hvis det er muligt at få børn, bør man beholde dem. Men Danmark er ikke et sted, man kan få mange børn uden problemer, så jeg vil ikke have flere lige nu. I vores religion er det i orden at bruge prævention, det er i orden at skabe afstand mellem sine børn, for børnenes skyld. Kun abort er ikke i orden.«

For kvinder som Faadumo og Muumina er præventionsbrug altså ikke nær så given en ting, som det er for mange andre af kvinderne i studiet; prævention er for dem noget, der virker lidt skræmmende og fremmed – men som de ikke desto mindre langt hellere vil bruge, end de vil udsætte sig for endnu en abort.

Sammenfatning

Næsten alle de kvinder med dansk baggrund, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen og den kvalitative interviewundersøgelse, følte, at de havde fået tilstrækkelig information om seksuelle og reproduktive forhold. I kontrast hertil var behovet for viden og vejledning markant blandt de kvinder, der var kommet til Danmark for relativt nylig. Indvandrerkvinderne har ikke den ballast af selvfølgelig viden om seksualitet og reproduktiv fysiologi med sig, som de fleste kvinder, der er født og opvokset i Danmark har, og samtidig er det ikke umiddelbart indlysende for dem, hvor og hvordan de får adgang til sådan viden. Mange af indvandrerkvinderne har således kun modtaget sporadisk og usystematisk vejledning og information efter ankomsten til Danmark. I spørgeskemaundersøgelsen var det et markant fund, at kvinder, der følte sig utilstrækkeligt informeret om prævention langt oftere valgte abort end kvinder, der følte sig velinformerede. Denne sammenhæng var mest udtalt blandt indvandrerkvinder. Samtidig var valget af abort udtalt blandt kvinder, der mente prævention var forbundet med bivirkninger. Mht. til tidligere præventionsbrug angav hovedparten af kvinderne i spørgeskemaundersøgelsen, at de tidligere havde anvendt enten p-piller eller kondom, men der var mange, der samtidig angav, at de havde oplevet problemer i forbindelse med præventionsanvendelse. Disse fund blev afspejlet og uddybet i den kvalitative undersøgelse.

Ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt foretrak kvinderne ofte barrieremetoder som kondom og pessar frem for spiral og hormonelle metoder. Når en del af kvinderne havde valgt kondom eller pessar som deres foretrukne præventionsform, var det ofte med henvisning til, at disse metoder ikke er skadelige for helbredet. For kondomet taler yderligere, at det beskytter mod seksuelt overførte sygdomme, og at det ikke giver bivirkninger. Til gengæld er der en række seksuelle og symbolske problemer forbundet med det. Kondomet

kan i nogle situationer opfattes som et symbolsk udtryk for mistillid – samtidig med, at mange føler, det tager toppen af den seksuelle nydelse og kan gøre den seksuelle situation akavet og pinlig. Mange af kvinderne havde et vist forbehold overfor p-piller fordi tanken om at indtage hormoner dagligt over længere tid virkede ubehagelig på dem. Samtidig nævnte særligt indvandrerkvinderne en angst for, at p-piller kunne være kræftfremkaldende eller nedsætte ens fertilitet på længere sigt. Udover mere generelle overvejelser og spørgsmål som disse havde mange af kvinderne også personligt dårlige erfaringer med at tage p-piller. Kvinder, der tidligere havde anvendt spiral havde også ofte haft helbredsmæssige problemer i form af forlængede og kraftige menstruationsblødninger og ondt i ryggen.

Såvel indvandrerkvinder som kvinder med dansk baggrund søgte først og fremmest vejledning om svangerskabsforebyggelse og prævention hos deres egen læge. De fleste var glade for deres læge og tilfredse med den vejledning, de havde modtaget hos lægen. Det var dog et meget markant og gennemgående træk, at den praktiserende lægers vejledning var præget af en »p-pille-bias«: En meget positiv indstilling overfor p-piller og en antagelse om, at det er den bedste form for prævention. Nogle af kvinderne følte, at de kun var blevet sporadisk informeret om de forskellige præventionsformer, der eksisterer og om deres virkningsmekanismer, et forhold der gjorde sig specielt gældende blandt indvandrerkvinder og som kan skyldes, at det kan være vanskeligt for den praktiserende læge at finde tid til at levere den grundige vejledning som mange indvandrerkvinder egentlig har brug for. Tidspresset hos den praktiserende læge bliver sandsynligvis ikke mindre, når en del indvandrerkvinder ikke taler dansk, og behovet for tolkebistand komplicerer kommunikationen yderligere. I en situation, hvor mange kvinder er meget forbeholdne overfor hormonelle præventionsformer, forekommer det vigtigt at disse forbehold møder respekt og lydhørhed hos den praktiserende læge – hvad der tilsyneladende ofte ikke er tilfældet i dag. Det er allerede i tidligere forskning vist, at omhyggelig præventionsvejledning er en uhyre vigtig forudsætning for forebyggelsen af uønskede graviditeter (Ingelhammar et al. 1994). Nødvendigheden af god og omhyggelig præventionsvejledning i forebyggelsen af uønskede graviditeter er også blevet fremhævet af internationale organisationer som WHO, der har understreget betydningen af, at man i sundhedsvæsenet sikrer menneskers adgang til grundig og alsidig information og rådgivning om prævention, som et led i sikringen af basale reproduktive rettigheder (WHO 2000). Som dette kapitel viser, lever det danske sundhedsvæsens praksis ikke altid op til sådanne internationale kvalitetsstandarder for sundhedspleje; specielt indvandrerkvinder har ofte alvorlige lakuner i selv den helt basale viden om reproduktiv fysiologi og graviditetsforebyggelse.

Som ovenfor anført viser nærværende undersøgelse med stor tydelighed, at det langt fra alene er mangel på viden, der bringer kvinder til at udsætte sig selv for risikoen for en uønsket graviditet. Mange af deltagerne i undersøgelsen havde meget dårlige personlige erfaringer med mere effektive

og sikre præventionsformer som spiral eller p-piller, og foretrak derfor af helbredsmæssige grunde mere usikre former for beskyttelse som brug af sikre perioder i kombination med kondom eller afbrudt samleje. For mange kvinder bliver præventionsvalget således en afvejning mellem effektivitet på den ene side og helbredsmæssig sikkerhed på den anden – og mange kvinder vælger her sikkerheden frem for effektiviteten. Ved brug af samlejeafhængige metoder bliver risikoen for graviditet imidlertid stor, ikke mindst fordi erotisk kærlighed ofte indebærer en selvforglemmelse og en trang til overgivelse til den anden, som vanskeliggør den refleksion og kontrol, disse metoder kræver.

8. Prævention - et parvalg

»Man kunne jo også godt opfinde en p-pille til manden, ikke. Jeg synes altid, det er kvinder, der skal have alle de der rædselsfulde ting.«

Dorthe (36 år)

Som det er fremgået, spiller en række forskellige overvejelser, særligt omkring sundhed og seksualitet, ind, når kvinder vælger, hvilken form for prævention, de vil bruge. I hele det foregående kapitel har vi dog midlertidigt set bort fra, at det ikke kun er kvinder, der vælger prævention, men ofte par. Den mandlige partner er i mange tilfælde også involveret, direkte eller indirekte, i beslutninger omkring prævention. Det er kvinden, der bliver gravid, men der skal ofte to til at sikre, at forebyggelse af uønsket graviditet lykkes. Særligt brug af sikre perioder, afbrudt samleje og kondom – som mange kvinder i denne undersøgelse stoled på – kræver den mandlige partners aktive involvering. I dette kapitel skal vi derfor se nærmere på, hvordan mænd er involveret i forebyggelsen af graviditet.

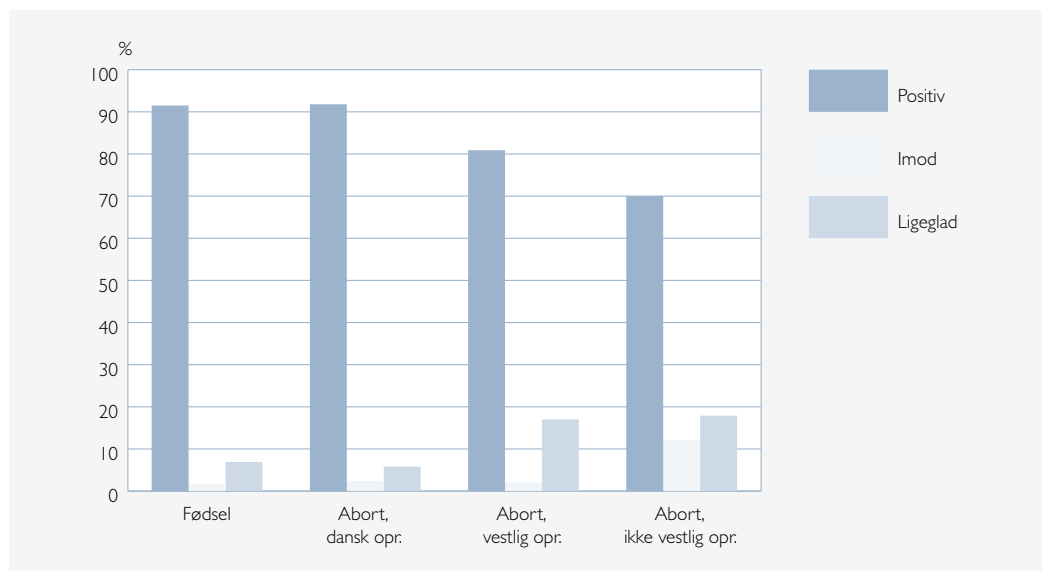
Tablet 8.1 Partners holdning til prævention blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95 % CI)
Positiv	942	88,3	1.145	91,5	1,00
Imod	40	3,7	20	1,6	2,43 (1,41-4,19)
Ligeglad	85	8,0	86	6,9	1,20 (0,88-1,64)

I spørgeskemaundersøgelsen angav langt hovedparten af kvinderne, at deres partner havde en positiv holdning overfor præventionsanvendelse (88% blandt kvinder, der valgte abort og 92% blandt de svangre kvinder). Men partnerens holdning til prævention havde dog indflydelse på valget af abort. Blandt kvinder, hvis partner var imod at anvende prævention, var der således en mere end fordoblet tilbøjelighed til at vælge abort, i forhold til kvinder, der angav, at deres partner havde en positiv holdning over for at bruge prævention. Dette var mest udtalt blandt kvinder fra de tidligere Østlande, fra Nordafrika/Mellemøsten og fra Asien, idet 13-39% af kvinderne herfra oplyste, at deres

partner var imod prævention: Den tilsvarende andel blandt kvinder med dansk baggrund var 2%. Blandt kvinder fra de tidligere Østlande, Nordafrika/ Mellemøsten og Asien var valget af abort forholdsvis stærkt associeret med partnerens holdning til prævention, og i de tilfælde, hvor han var negativt indstillet, havde kvinderne 7-14 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til hvis han var positivt indstillet. Blandt kvinder med dansk eller anden vestlig baggrund havde partnerens holdning til prævention ikke nogen signifikant indflydelse på valget af abort.

Figur 8.1 Partners holdning til prævention blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde



I den kvalitative del af studiet reflekterede mange af kvinderne eksplicit – og uopfordret – over det urimelige i, at det generelt er kvinder, der bliver holdt ansvarlige for forebyggelse af graviditet, og må bære konsekvenserne, når det går galt. F.eks. sagde Dorthé:

»Man kunne jo også godt opfinde en p-pille til manden, ikke. Jeg synes altid, det er kvinder, der skal have alle de der rædselsfulde ting. Det er os, der har menstruation, og det er os, der skal spise p-piller, eller bruge spiral, eller en anden form for prævention. Og det er os, der skal bære og føde børnene, ikke? Altså, der må snart være noget, som mændene kan tage, ikke.«

Nadia fortalte om, hvordan det gik til, da hun blev uønsket gravid for anden gang:

»Det der skete med ham kan jeg ikke forklare. Jeg var hverken fuld eller påvirket

eller noget som helst, jeg blev bare forelsket i ham. Han var bare så sød, han var sådan en drømmefyr for mig. Han trykkede bare på nogle punkter indeni min krop, du ved, jeg var bare i ekstase. Jeg havde tanken – pas på, pas på, pas på – men den var så svag, at jeg ikke reagerede på den. Lysten var så stærk, at den ligesom dækkede over den der angst for graviditet. Den forsvinder lidt, når man er så vild med en fyr, og man er så tændt, så tændt, så tændt, ikke. Så det er faktisk ikke kun en kvindes opgave. Og det er meget overladt til os piger, ikke.»

Det fremgik af interviewene, at langt de fleste par, i faste forhold såvel som i løse, taler sammen om, hvordan de bedst beskytter sig. Det var imidlertid også tydeligt, at denne dialog finder sted i en situation, hvor langt størsteparten af de tilgængelige præventionsformer er udviklet til kvinder, og hvor der er visse kulturelle forventninger om, at forebyggelse af graviditet er et kvindeligt ansvarsområde. Flere af kvinderne havde således i en årrække brugt en bestemt form for prævention, særligt p-piller, men også ofte spiral eller kondom, og fortsatte med denne præventionsform igennem skiftende seksuelle forhold. Som Britt (19 år) bemærkede:

»Mange fyre forventer simpelthen bare, at piger tager p-piller. De spørger ikke engang.«

Enkelte af de kvinder, der levede i faste forhold, valgte prævention stort set uden at tale med deres partner om det. Det gjaldt særligt blandt indvanderne. Jovanka, f.eks., talte med sin mor og med lægerne i Sex og Samfunds klinik i København, men ikke med sin mand, inden hun besluttede sig for at få en spiral. I andre tilfælde, særligt hvor kvinden havde haft problemer med at bruge spiral og/eller p-piller, blev valget af prævention dog genstand for samtale og forhandling parret indbyrdes. I denne sammenhæng erklærede en del af mændene, særligt blandt indvanderne, at de ikke ville bruge kondom, og nogle heller ikke afbrudt samleje. Det er Muuminas historie et eksempel på:

Muumina (33 år) har i alt syv børn i alderen ét til 15 år. Fem af børnene bor sammen med hende og hendes mand i Danmark, mens to bor sammen med hendes mor i Somalia. Hun kom til Danmark fra Somalia i 1996, og fire af hendes børn er født her. Muumina er ked af, hun blev gift og fik børn så tidligt, for hun ville gerne have haft en uddannelse. Men som hun forklarer:

»I vores religion er det sådan, at hvis det er muligt at få børn, bør man beholde dem.«

Nu håber hun i stedet, at hendes døtre kommer til at få en uddannelse. Til spørgsmålet om, hvorfor hun har valgt at få abort, siger hun:

»Jeg kan ikke klare mere. Jeg har været gravid fem gange, siden jeg kom til Danmark, jeg kan ikke klare mere. Derfor.«

Muumina synes, hendes graviditeter og fødsler har slidt meget på hende, og hun føler sig meget træt og svag nu. Hun fortæller, at da hun havde født sit yngste barn, rådede hendes læge hende til at få p-piller. Men inden hun nåede at få købt dem, var hun gravid igen. Efter aborten fik hun en spiral, som hun har det fint med. Indimellem har hun dog lidt smerter. Hun siger: »Hvis jeg har lidt ondt, tænker jeg straks, det måske kommer fra den« – med et smil, der antyder, hun alligevel ikke mener, det kommer fra spiralen. Muumina vil langt hellere have spiral end p-piller: hun er bange for, hvilke bivirkninger, man kan få med p-pillerne, og hun er sikker på, hun ikke vil kunne huske at tage dem dagligt. »Jeg glemmer altid, så det er ikke for mig«, siger hun. Spørgsmålet om, om hun og hendes mand nogensinde har brugt sikre perioder får Muumina til at se undrende ud – hun har aldrig hørt hverken om sikre perioder eller om, hvordan den kvindelige cyklus fungerer. »Den viden havde jeg ikke«, siger hun, da vi har talt om det. Spørgsmålene om, om de har brugt kondom eller afbrudt samleje, besvarer Muumina kort og benægtende: »Min mand hjælper ikke«. Hun kan ikke forklare hvorfor, det er sådan – det er det bare.

Muumina er heldig; hun har ingen alvorlige problemer med sin spiral. Men i de situationer, hvor en kvinde har dårlige erfaringer med både spiral og p-piller, begrænser det valgmulighederne en del, hvis hendes partner ikke tager medansvar for forebyggelsen af graviditet og accepterer at bruge kondom. Det er Dalshad fra Irak et eksempel på. Hun og hendes mand er enige om, at afbrudt samleje er det bedste for dem. Dalshad har tidligere brugt både spiral og p-piller, men har haft stærke bivirkninger af begge dele, og kondom vil hendes mand ikke bruge:

»Min læge foreslog mange slags prævention, men jeg vil ikke bruge dem. Jeg vil ikke have alle de bivirkninger. Jeg foretrækker de naturlige måder, det er meget nemmere. Og det er det eneste, vi er enige om at bruge, min mand og jeg. Min mand er ikke imod de andre metoder, men han tænker på mig og mit helbred. Han ønsker ikke, jeg skal have bivirkninger. Han er ansvarlig, selvom afbrudt samleje heller ikke er så godt for ham.

Interviewer: Hvad med kondomer så?

Min mand vil ikke bruge dem, han kan ikke lide dem. Jeg ved ikke hvorfor, han siger ikke noget. Han siger bare, jeg kan ikke lide det og jeg vil ikke bruge det. Han har aldrig brugt det og vil ikke bruge det. Så vi bruger afbrudt samleje, det er det eneste, vi kan bruge, selvom jeg er bange for at blive gravid.«

I de tilfælde, hvor der ikke umiddelbart er enighed parret imellem om, hvilken form for prævention, der skal bruges, ender ansvaret for forebyggelsen ofte med at blive kvindens. Det gælder blandt indvandrere såvel som blandt etniske danskere. Jytte, f.eks., har to børn med Jens, og de er helt enige om, de ikke vil have flere. Jyttes »valg« af prævention er helt klart et kompromis – og et kompromis, hun føler, hun må indgå, bla. fordi Jens ikke tager sin del af ansvaret:

»Hormoner er jo noget kunstigt noget at gå og spise, det er mig lidt imod. Men på den anden side, så må man jo også vælge, hvad vil man. Fortsatte med at tage chancen, det vil jeg bestemt ikke. Så enten må det være mig, der må tage noget, ellers må Jens under kniven. Det har jeg truet ham med, men det er ligesom om, han ikke er så lun på det. Enten skal jeg sørge for noget, ellers skal han jo, men så længe han ikke får gjort noget ved det, så skal jeg. Og jeg skal nok sørge for, at dette her ikke sker igen... Da jeg var inde ved lægen, fik jeg også papirerne på de forskellige præventionsmuligheder, og der var også sterilisation af manden. Jeg gik hjem og sagde, 'Nu går jeg ind og gør dette her. Nu skal jeg nok få foretaget denne her abort, men så må du også gøre noget.' Men han har ikke gjort ret meget ved det siden. Han har faktisk ingenting gjort ved det. Jeg har været efter ham flere gange. Det er selvfølgelig et indgreb. Men for mit vedkommende var det jo også et indgreb.«

Selma (24 år), hvis forældre er fra Tyrkiet, fortalte, at det var hendes mand, der havde valgt, at hun skulle bruge spiral, selvom hun hellere ville have haft, at de brugte kondomer. De havde længe diskuteret, hvilken form for prævention, de skulle bruge, inden Selma til sidst gav sig og fik en spiral:

»Det var ham, der ville have, at jeg skulle bruge spiral, han ville ikke beskytte sig. Han vil bare ikke. Han synes, det er kvinders pligt eller sådan noget, tror jeg. Han ville hellere have, at jeg skulle gøre det. Så sagde jeg, så gør jeg det. Jeg blev bare træt af at høre på det, ikke. Så jeg gav mig. Min mine veninder her i Danmark, deres mænd beskytter sig. De siger, hvorfor skal vi have spiral, det er mændene, der skal beskytte sig, vi vil ikke bløde i ti-tolv dage.«

Hvor en del mænd således tilsyneladende forventer, at forebyggelse af graviditet er noget, kvinder tager sig af, fortalte enkelte af indvandrerkvinderne også, at deres mand, i hvert fald i perioder, omvendt havde forbudt dem at bruge prævention. Når en mand ikke ønskede, at hans kone skulle bruge prævention, begrundede han det enten, som i Rayanahs tilfælde, med, at han ønskede at få et barn (mere), eller, som i Dalshads tilfælde, med, at han var bange for de mulige konsekvenser af præventionsbrug for sin kones helbred og fertilitet – og ikke selv ønskede at bruge kondom. Samira er et eksempel på, hvordan den mandlige partners holdning til prævention kan spille en stor rolle:

Samira (30 år) og mor til fire var 18 år, da hun blev gift og kom til Danmark fra Libanon. Hun blev gravid med det samme og fødte sit første barn i Danmark. Hun fik ingen vejledning om prævention i forbindelse med fødslen, men hørte om det fra andre kvinder. Hun ville gerne have haft lidt afstand mellem sit første og sit andet barn, som er født med ét års mellemrum, men hendes mand ville ikke acceptere, at hun tog p-piller:

»Jeg tænkte, at jeg ville ikke mere. Jeg ville gerne have p-piller, så jeg ikke blev gravid igen. Men jeg talte ikke dansk, så jeg kunne ikke gå til lægen alene. Min

mand sagde nej, du må ikke få p-piller. Han troede ikke, jeg kunne blive gravid igen, hvis jeg fik p-piller.»

Samira forsøger at undskylde sin mands indstilling:

»Han var også lille, han var kun 25 år, han forstod ikke, hvor hårdt det er med mange børn.«

Først efter deres andet barns fødsel accepterede Samiras mand, at hun fik p-piller, og gik med hende til lægen og hjalp med at tolke. Senere stoppede Samira med p-pillerne og fik sit tredje barn. Derefter fik hun en spiral. Men spiralen faldt ud, og hun gik over til p-piller igen. Men efter en tid holdt hun op med at tage dem, fordi hun var bange for at få kræft af dem. Hun fødte sit fjerde barn, og fik derefter en spiral. Hun synes ikke, spiral er så skræmmende og forvirrende som p-piller, hvor man ikke rigtig ved, hvad der sker i kroppen. Men hendes mand vil ikke have, hun bruger spiral, han synes, det er »ulækkert«, og bryder sig ikke om tanken om, at hun har en spiral, når de er i seng sammen. Så de første tre måneder fortalte Samira ikke sin mand, at hun havde fået en spiral:

»Hvis jeg havde sagt, jeg skulle til lægen og have en spiral, ville han ikke gå med til det. Så jeg sagde det ikke til ham. Men efter tre måneder blev jeg gravid, selvom jeg havde spiralen. Han blev meget vred og råbte ad mig, 'Hvorfor vil du have spiral, se hvad der sker, du bliver gravid.'«

Samira har nu været så længe i Danmark, at hun taler godt nok dansk til, at hun selv kan opsøge lægen uden hjælp fra sin mand. I dag bruger Samira igen p-piller, selvom de gør hendes migræne værre, og selvom hun tit bliver vred og ophidset, når hun bruger dem. Samira synes, det er svært med prævention, der er ikke nogen rigtig gode metoder. Da hun havde spiral, havde hun meget ondt i ryggen og hendes menstruation varede 14 dage hver gang. Kondom har de brugt enkelte gange. Men hendes mand kan ikke lide dem, han synes, de nedsætter følsomheden. Samira derimod synes, at

»for kvinder er kondom bedst. Der er ingen bivirkninger.«

Samiras fortælling er et eksempel på, hvordan en ægtefælle kan gøre det meget vanskeligt eller umuligt for en kvinde at beskytte sig mod graviditet. Indvandrerkvinder som Rayanah og Samira, der bliver gift med en mand, der allerede bor i Danmark og taler dansk, er særligt sårbare: de bliver familiesammenført og ankommer til et nyt land, hvor de ikke taler sproget, ikke kender det sociale system eller sundhedssystemet, og ikke har noget socialt netværk. Deres sociale isolation gør det yderst vanskeligt for dem at få adgang til viden om prævention og til præventionsmidler, med mindre deres mand støtter dem. En form for opsøgende arbejde, f.eks. via sundhedsplejersken, kunne muligvis være en måde at nå disse kvinder.

Nødvendigheden af, at også manden tager ansvar for forebyggelse af graviditet, bliver særligt udtalt, når kondom eller afbrudt samleje anvendes som beskyttelse. Mens nogle mænd direkte modsætter sig brug af kondom, er der tilsyneladende mange andre mænd, der i princippet accepterer kondomet – men i situationen alligevel har svært ved at bruge det. Det sidste gælder både blandt indvandrere og etniske danskere. Vellykket kondombrug forudsætter, ligesom brug af sikre perioder/afbrudt samleje, at den mandlige partner tager medansvar og samarbejder – og det er ikke altid tilfældet. Julie (25 år) f.eks., blev gravid, da hendes kæreste tog kondomet af, uden at hun opdagede det. Hun havde ellers lige fra starten af deres forhold insisteret på, at de skulle bruge kondom:

»Den første gang, vi gik i seng sammen, sagde jeg, at sådan er det, og sådan skal det bare være. Så sagde han, 'jamen det er også fint'. Og det var det så bare ikke. Jeg syntes jo ikke, det var så pænt gjort. Vi havde kun kendt hinanden i en måned, så han kan jo altså ikke ligesom min cyklus. Det kan jeg jo. Og jeg vidste, det var et dårligt tidspunkt. ... Han trak sig tilbage, og så fortsatte han lidt bagefter, og det var jeg ikke klar over. Sådan noget med at have ryggen til og sådan noget. Bagefter, så sagde jeg, 'Nå, jamen jeg glæder mig også til at få børn.' Og så blev han sådan lidt, 'Jamen vi skal da ikke have børn. Vi kan da ikke få børn sådan.' Jo, det kan vi faktisk godt!«

Flere af kvinderne følte, at det blev vanskeligt at bruge kondom, fordi deres partner mere eller mindre tydeligt udtrykte modvilje imod det. Det gjaldt særligt i nye eller mere uforpligtende forhold, hvor beskyttelsen blev forhandlet i situationen. F.eks. fortalte Birgitte (36 år) hvordan hun blev gravid med en fyr, hun havde mødt i byen en aften:

»Faktisk sagde han til mig, at han havde kondomer i pungen. Men han sagde også, 'Det er jo ikke rart', hvor jeg så sagde til ham, at så syntes jeg, hvis det ikke er rart at skulle til at afbryde det hele for at få et kondom på, så kan jeg acceptere det, hvis du trækker dig ud inden. Han hoppede faktisk ud, men nåede det ikke lige inden. Så tænkte jeg, 'Åh herregud, det sker ikke for dig'. Men det gjorde det altså.«

Nina havde brugt pessar i kombination med kondom i mange år og havde haft skiftende partnere. Hun sagde:

»Indimellem tror jeg nok desværre, jeg måske har ladet mig føre lidt med. Der er mange mænd, der ikke synes, det er særligt sjovt at bruge kondom, og jeg kan egentlig også bedre lide det uden. Det er sådan lidt uromantisk at skulle stoppe op og komme sådan én på, ikke. Så jeg synes, det har været meget meget svært at være den, der ligesom har presset på, hvis jeg har mærket modviljen fra den anden side. Det kan godt ærgre mig lidt, men der har jeg ikke været stærk nok eller viljefast, der har jeg føjet ham. Jeg lader mig meget nemt rive med på den bølge. Jeg har også kendt nogen, der har været meget firkantede og været meget sikre på, at det skulle man bruge. Så er det enormt rart, for så styrer han det. Der er nogen, der

er meget, meget ansvarsbevidste. Virkelig tjekkede. Og det er jo et eller andet sted utroligt rart at møde en, der er ansvarsfuld. For det er jo lidt det, det handler om i bund og grund – både ansvaret for én selv og den, man er sammen med.»

Nogle af kvinderne talte om, at de mente at kunne mærke en forandring i forhold til tidligere, at det i dag er vanskeligere at få mænd til at acceptere at bruge kondom. Som Julie sagde:

»Jeg synes, kondomer er alle tiders. Der er ikke noget svineri eller noget som helst. Men jeg synes, fyrene er meget dårlige til at bruge kondom. Da jeg var yngre, der var der ikke så meget at diskutere. Man behøvede heller ikke sige det tit og ofte, altså. Hvor man nu.. Jeg har ikke noget imod at tage nogen med hjem og have sådan et engangs-. Men jeg er ret sikker på, at hvis vi skal noget som helst, så skal vi bruge kondom. Men jeg synes, man skal sige det mere nu, end man skulle, dengang jeg var yngre.»

Flere af kvinderne forklarede den tilsyneladende stigende modvillighed blandt mænd mod at bruge kondom med, at offentlige medier i dag ikke fokuserer nær så meget på faren for HIV/AIDS, som de gjorde for nogle år siden. Da Lisbeths kæreste gik fra hende, og hun for første gang i tretten år havde forskellige »løse« seksuelle forhold, fandt hun det slående, hvor meget sværere det tilsyneladende var blevet for mænd at bruge kondomer:

»Faktisk blev jeg overrasket. Rigtig tit så har de ikke selv nogen kondomer, eller også så ved de nærmest ikke, hvordan man bruger dem. Det har faktisk overrasket mig utroligt meget. Dengang jeg var de der 17-18 år, der var der jo så meget med HIV og sådan noget, så der vidste alle ligesom, hvordan man bruger kondomer, og alle havde kondomer med til alting. Men sådan er det ikke mere. Mændene har ikke kondom med, når de går i byen, og så synes de alligevel godt, at de kan gå med nogle piger hjem. For eksempel, for et stykke tid siden havde jeg mødt en meget sød ung mand i byen, og så kom han med mig hjem. Og så udviklede det sig, og så havde jeg jo de her kondomer. Han havde ikke nogen, men det havde jeg så. Men så kunne han nærmest ikke finde ud af at tage dem på. Og så var jeg sådan lidt, jamen har du ikke brugt kondomer før, hvad gør du ellers, når du går i seng med en pige? Ja, jo, han brugte kondom, men det var bare, det virkede bare, som om han havde så svært ved at skulle have det på.»

Nadia fortalte, at de eneste fyre, hun har mødt, som har vist ansvarsfølelse, er dem, der tidligere har oplevet ved et uheld at gøre en kvinde gravid:

»De har gjort en gravid, hun har beholdt det, og så har hun nakket dem så meget, at de passer på nu. Fordi det bare ikke skal ske igen. De har en datter på måske to år, som de ser en gang hver fjortende dag, men alligevel er de ikke helt far, for de er ikke med til at opdrage pigen. Så det skal bare ikke ske igen.»

Flere andre af de kvinder, der havde haft skiftende partnere, bemærkede

ligesom Nadia, at det særligt er mænd, der tidligere har været involveret i uønskede graviditeter, der udviser seksuelt ansvar. Kort sagt kan kondombrug altså nogle gange, hvor partneren er modvillig eller ikke tager medansvar, kræve en vis viljekraft eller forhandlingsevne af kvinden. Det kan imidlertid også være vanskeligt for den mandlige partner at undgå en uønsket graviditet, hvis ikke kvinden samarbejder og kommunikerer. Som Dorthe sagde:

»Det er jo et voldsomt stort våben, du har som kvinde, ikke. Og der er også nogen, der bruger det våben. Til at holde på en kæreste eller fange en gut, de gerne vil have. At lave et barn på en mand, ikke? Jeg synes, det simpelthen er sådan en grim ting at gøre. Jeg har en veninde, der har gjort det. Hvor jeg måtte sige til hende, det har du bare ikke gjort. Jo, sagde hun så, det har jeg. Hun ville godt holde på manden, ikke?«

Marianne fortalte, hvordan hendes kæreste, i den situation, hvor hun blev gravid, troede, at »det gik«:

»Altså, det er ligesom mig, der skal holde styr på det, og ikke ham. Han forsøger måske at holde styr på det, men det kan han ikke lige altid. Jeg tror ovenikøbet, at han spurgte mig undervejs, 'går dette her', hvor jeg bare sagde, ja, ja, det går.«

Susans mand havde det meget dårligt med, at hun fik to aborter indenfor et år – og hun mener, det hang sammen med, at han følte, han burde have forhindret graviditeterne i at opstå:

»Ved at beskytte sig mere kunne han have forhindret, at vi skulle have disse her aborter. Det irriterede ham. Han kunne ikke finde ud af, hvornår cyklussen passede med, at han ikke skulle... Det er noget, jeg har holdt styr på, så det var nok mere pinligt for ham, at han ikke kunne finde ud af de ting. Han er en stor mand på 130 kilo, så det er jo svært, når man ikke lige har styr på tingene.«

Samlet set peger interviewene i retning af, at i såvel etablerede som i mere løse forhold ender forebyggelsen af graviditet ofte med at være et kvindeanliggende. Dette hænger sammen med flere forskellige ting: at mandlige præventionsformer stort set er begrænset til kondomet; at nogle mænd undviger fra ansvaret; og, at det er kvinder, der bliver gravide og derfor i en del tilfælde foretrækker selv at have ansvaret for forebyggelsen. Som Dorthe sagde:

»Så er man mere sikker på, at man ikke havner i uføre.«

Interviewene peger også i retning af, at det særligt i nye eller mere uforpligtende forhold kan være vanskeligt for kvinden at insistere på brug af kondomer, som ellers ville beskytte mod seksuelt overførbare sygdomme såvel som graviditet.

Sammenfatning

Generelt var prævention i langt de fleste tilfælde noget kvinden talte med sin partner om. Samtidig havde langt hovedparten af kvinderne dog den opfattelse, at de fleste mænd forventede at forebyggelse af graviditet var noget, kvinden tog sig af. I den forbindelse var der enkelte af indvandrerkvinderne, der fortalte, at deres mand i perioder havde forbudt dem at bruge prævention. Dette kom til udtryk i både spørgeskemaundersøgelsen og i den kvalitative undersøgelse. Når en mand ikke ønskede, at hans kone skulle bruge prævention, begrundede han det enten med, at han ønskede at få et barn (mere), eller med, at han var bange for at prævention havde en negativ påvirkning af kvindens helbred og fertilitet. Samtidig ønskede han ofte ikke selv at bruge kondom. Nødvendigheden af, at også manden tager ansvar for forebyggelse af graviditet, bliver særligt udtalt, når kondom eller afbrudt samleje anvendes som beskyttelse. Mens nogle mænd direkte modsætter sig brug af kondom, er der tilsyneladende mange andre mænd, der i princippet accepterer kondomet – men i situationen alligevel har svært ved at bruge det. Det sidste gælder både blandt indvandrere og etniske danskere. Vellykket kondombrug forudsætter, ligesom brug af sikre perioder/afbrudt samleje, at den mandlige partner tager medansvar og samarbejder – og det er ikke altid tilfældet. Yderligere forskning kunne se på mænds erfaringer og perspektiver på beskyttelse mod uønskede graviditeter, og særligt brug af kondomer.

9. Hvordan opstår uønsket graviditet

»Jeg tænkte, nej, det kan simpelthen ikke lade sig gøre. Egentlig ved man jo godt, at det kan lade sig gøre, men det troede jeg virkelig ikke.«

Karen (26 år)

Når livet »roder«, øges risikoen for uønsket graviditet betragteligt. Mange former for prævention forudsætter, at brugeren er aktivt involveret: Menneskelig viden, motivation og handling spiller en væsentlig rolle for, om forebyggelsen af graviditet lykkes eller ej, hvad enten der bruges p-piller og kondomer eller sikre perioder og afbrudt samleje. Det er lettere for kvinder, der lever rolige, stabile og regelmæssige hverdagsliv at huske den daglige p-pille, end det er for kvinder, hvis liv er præget af uro og omskiftelighed. Risikoen for at blive uønsket gravid bliver større i situationer, hvor det daglige liv er bragt ud af fatning – enten i positiv forstand som ved forelskelse eller i negativ forstand som ved oplevelse af ensomhed, tab og svigt.

Generelt er anvendelse af prævention for at undgå graviditet bredt accepteret i Danmark. I henhold til den offentliggjorte statistik over det årlige salg af præventionsmidler var ca. to-tredje dele af kvinderne i Danmark i den fertile alder beskyttet mod graviditet op gennem 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne (Sundhedsstyrelsen 1997). Et europæisk studie, der blev gennemført i 1991-1993, angav endvidere, at 77% af kvinder bosiddende i Danmark, der var fertile og seksuelt aktive, anvendte prævention. 24% anvendte kondom, andre 24% spiral, 21% anvendte p-piller, 15% var steriliseret (enten dem selv eller deres mandlige partner) og 15% anvendte andre metoder, såsom pessar, kalendermetode og afbrudt samleje (Spinelli et al. 2000).

Danske undersøgelser har vist, at ca. halvdelen af de kvinder, der får foretaget provokeret abort, har anvendt prævention, men er blevet gravide, enten fordi de ikke har anvendt metoden korrekt, eller fordi de har oplevet præventionssvigt i forbindelse med metoden (Bertelsen 1994; Rasch 2002). Hvis man går ud fra, at al prævention anvendes optimalt af brugerne, har beregninger vist, at antallet af graviditeter, der ville opstå på grund af teknisk svigt i præventionen, i løbet af et år vil svare til omkring halvdelen af de graviditeter, der bliver afbrudt ved provokeret abort (Osler 1991). I denne beregning blev det taget for givet, at alle kvinder, der oplever præventionssvigt, vil vælge abort, men det er langt fra tilfældet. En nyere dansk undersøgelse viser, at 52% af de kvinder, der havde oplevet præventionssvigt, valgte at få graviditeten afbrudt. I 13%

af tilfældene endte graviditeten som spontan abort eller som en graviditet uden for livmoderen, mens kvinden i de resterende 36% af tilfældene valgte at gennemføre graviditeten (Rasch 2002).

Andre danske undersøgelser har vist, at en del uønskede graviditeter er blevet til, fordi parret slet ikke brugte prævention under det samleje, hvor graviditeten opstod (f.eks. Sidenius et al. 1983; Andreasen et al. 1996; Rasch et al. 2002). For at forstå, hvorfor kvinder og par undlader at bruge prævention, selvom de ikke ønsker at blive forældre, er det nødvendigt at se på de konkrete seksuelle situationer, hvor uønskede graviditeter bliver til og på de begrænsninger og motiver, der kan ligge i sådanne situationer. Og det er nødvendigt at se på den bredere livskontekst, uønskede graviditeter opstår indenfor – ikke mindst kvindens tidligere erfaringer med præventionsbrug. Desuden er det væsentligt at være opmærksom på, at hvis kvinder ikke har en regulær begrundelse for, hvorfor de undlod at bruge prævention i en given situation, er det måske blandt andet fordi, det kan være vanskeligt at sætte enkle og entydige ord på de komplekse følelser og relationer, seksuelle forhold indebærer. Forskning på dette felt kræver således en vis åbenhed og forståelse for den ambivalens, seksualitet og reproduktion ofte er forbundet med – en ambivalens, der endnu er stærkt underbelyst forskningsmæssigt (Wikman et al. 1992; Hansen et al. 1996).

Hvis man har haft samleje uden at bruge prævention, eller hvis præventionen har svigtet, kan man forebygge graviditet ved at anvende nødprævention (også kaldet fortrydelsespillen), som er en forholdsvis ny form for prævention, der blev introduceret i Danmark i slutningen af 1990'erne. Behandlingen forårsager ikke en abort, men forhindrer ægget i at sætte sig fast i livmoderslimhinden. Pillerne skal tages senest 72 timer efter samlejet og reducerer risikoen for graviditet med ca. 85%, hvis pillerne tages korrekt (www.abortnet.dk). Der blev i 1999 solgt omkring 30.000 nødpræventionspakninger, hvilket er beregnet at svare til omkring 1.500 forebyggede svangerskaber (Petersen & Poulsen 2001). Det er dog ikke altid, at nødprævention virker efter hensigten, og selvom om metoden anvendes korrekt, er der stadig nogle kvinder, der bliver gravide og står overfor valget om, hvorvidt de vil gennemføre graviditeten eller få den afbrudt.

Uplanlagt graviditet og præventionssvigt

Hele 90% af kvinderne i spørgeskemaundersøgelsen, der valgte abort, var blevet uplanlagt gravide. For de svangre kvinder var det 18%. Knap halvdelen af de abortsøgende kvinder angav at være blevet gravide på trods af brug af prævention, mens det tilsvarende kun var knap en fjerdedel blandt de svangre kvinder, der berettede at være blevet gravide på trods af, at de havde anvendt prævention.

Især kondomet var forbundet med præventionssvigt blandt kvinder, der valgte abort. 27% af disse kvinder angav at have anvendt kondom ved det samleje, hvor de blev gravide. Tilsvarende var det kun 8% af de svangre kvinder med

uplanlagt graviditet, der havde anvendt kondom. P-piller var også forbundet med præventionsvigt både blandt kvinder, der valgte abort (15%) og blandt svangre kvinder (11%). Blandt kvinder, der var blevet gravide på trods af, at de havde anvendt p-piller, angav 41%, at de havde taget deres p-pille uden forglemmelse, 28%, at de havde glemt at tage en enkelt p-pille og 32%, at de havde glemt to eller flere piller. Præventionsvigt var forbundet med en øget tilbøjelighed til at vælge abort, og kvinder, der var blevet gravide på trods af brug af kondom, havde en knapt fem gange øget tilbøjelighed til at vælge provokeret i sammenligning med kvinder, der ikke havde anvendt nogen prævention. Tilsvarende var kvinder, der angav at have oplevet præventionsvigt i forbindelse med brug af p-piller, dobbelt så tilbøjelige til at vælge abort.

Præventionsvigt i forbindelse med kondombrug var, når fokus rettes mod etnisk baggrund, hyppigst forekommende blandt aborterende kvinder med dansk, vestlig, afrikansk eller asiatisk baggrund: 27 - 37% af kvinderne angav, at de var blevet gravide på trods af, at de havde anvendt kondom. Tallene var endnu lavere blandt kvinder fra tidligere Østlande (13%) og Mellemøsten/Nordafrika (17%). Blandt kvinder med dansk, anden vestlig, afrikansk eller asiatisk baggrund var der en signifikant sammenhæng mellem brugen af kondom og valget af abort: Disse kvinder havde 5-7 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort i forhold til kvinder, der ikke angav at have brugt prævention.

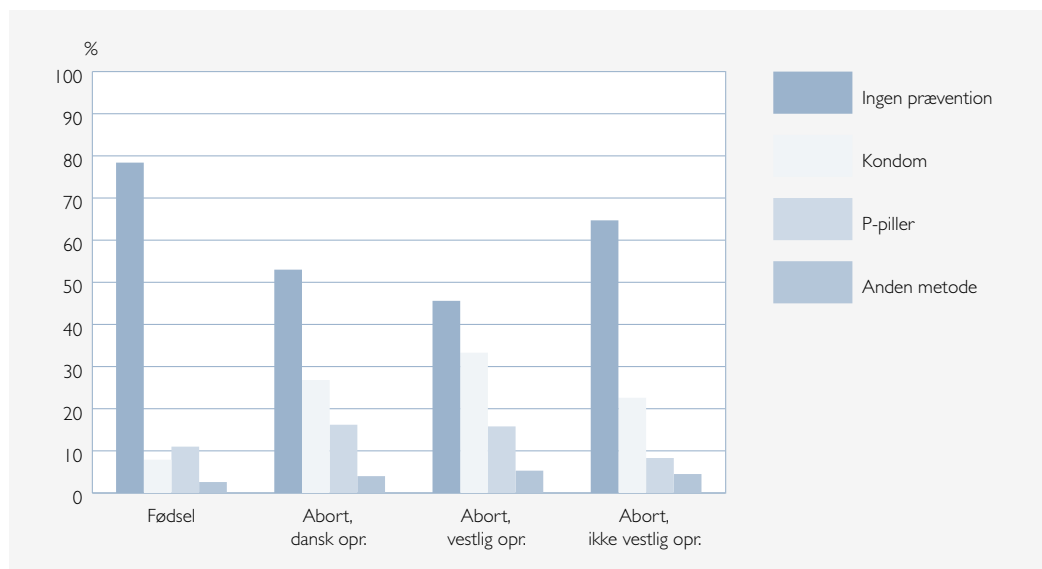
Tabel 9.1. Præventionsbrug blandt kvinder, der var uplanlagt gravide blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. Fødsel
	Antal	%	Antal	%	OR (95%CI)
Ingen prævention	640	54,0	178	78,4	1,00
Kondom	315	26,6	18	7,9	4,87 (2,94-8,05)
Piller	182	15,4	25	11,0	2,03 (1,29-3,18)
Pessar	9	0,8	1	0,4	2,50 (0,32-19,9)
Spiral	22	1,9	2	0,9	3,06 (0,71-13,1)
Anden metode	17	1,4	3	1,3	1,58 (0,46-5,44)

Hvad angår p-piller angav 16% af både kvinder med dansk baggrund og kvinder med anden vestlig baggrund, at de havde anvendt p-piller i forbindelse med det samleje, hvor de var blevet gravide. Forholdsvis færre aborterende kvinder fra tidligere Østlande, Mellemøsten/Nordafrika, Afrika og Asien (6 -11%) angav at have brugt p-piller, da de blev gravide. Kvinder med dansk baggrund, og kvinder med anden vestlig baggrund, der havde oplevet præventionsvigt i forbindelse med p-pillebrug var dobbelt så tilbøjelige til at vælge abort som kvinder, der ikke havde anvendt p-piller. Blandt kvinder fra ikke-vestlige lande var der

ikke nogen signifikant sammenhæng mellem valget af abort og forekomst af præventionsvigt i forbindelse med p-pillebrug.

Figur 9.1 Præventionsbrug blandt kvinder, der var uplanlagt gravide, som valgte abort og blandt kvinder, som valgte at føde, efter oprindelse



I den kvalitative interviewundersøgelse var kun én af de 40 deltagere blevet gravid efter eget ønske. Det var karakteristisk for næsten alle de øvrige kvinder, at de *vidste*, de kunne blive gravide, at de *ikke ønskede* at blive gravide, og at de havde en eller anden form for strategi for, hvordan en uønsket graviditet kunne undgås.

Kun fire af kvinderne i den kvalitative undersøgelse (én etnisk dansk og tre indvandrerkvinder) var blevet gravide som følge af rent tekniske præventionsvigt: Én var blevet gravid, fordi et kondom var sprunget og tre var blevet gravide til trods for, at de havde anvendt spiral. I forhold til spørgeskemaundersøgelsen, hvor kun få kvinder angav at have spiral, er det et usædvanligt tal. I den kvalitative undersøgelse opstod langt de fleste graviditeter fordi parret enten ikke brugte nogen form for beskyttelse, eller fordi kvinden havde glemt at tage sine p-piller. Tre af kvinderne var blevet gravide i forbindelse med amning eller kort efter en tidligere abort; 13 i forbindelse med brug af sikre perioder/ afbrudt samleje; ni glemte kondomet; syv glemte deres p-piller; og fire tænkte ikke på prævention. At så mange af kvinderne – 28 ud af 40 eller 70% – er blevet gravide, fordi de slet ingen beskyttelse brugte, er bemærkelsesværdigt i lyset af, at de fleste tidligere undersøgelser samt spørgeskemadelen i denne undersøgelse har vist, at ca. 50% af abortsøgende kvinder er blevet gravide på trods af at de har anvendt prævention. Det bør erindres, at kvinderne til den kvalitative undersøgelse ikke er udvalgt repræsentativt, men det kan ikke

udelukkes, at denne forskel i forskningsresultater skyldes, at validiteten er højere i kvalitative end i kvantitative studier, når forskningsemnet som her er personligt og sensitivt. Som en af de interviewede, Dorthe (36 år), sagde:

»Uanset hvor gammel man er, om man er 15 eller 44, så er det noget med, at når en fremmed læge begynder at spørge én om, hvordan det kan være, at det går galt – så krummer man tæer i sine sko, ikke. Fordi det er meget personligt. Det kan godt virke lidt fordømmende på én, fordi man måske selv har det skidt med det. Et eller andet sted ved man godt, at puba, det er ikke så godt, vel.«

For – uden fordømmelse – at forstå, hvordan det går til, når kvinders strategier for at undgå graviditet mislykkes, må man se på den enkeltes viden, motivation og handlinger, men også på de *livsomstændigheder*, motivationer og handlinger er indlejret i. Som det vil fremgå af det følgende, er kvinders sociale vilkår på afgørende vis med til at forme betingelserne for den enkeltes forebyggelse af graviditet – og dermed chancerne for, at forebyggelsen lykkes.

Når man håber, man ikke bliver gravid: Sikre perioder og afbrudt samleje

Mange kvinder benytter sig på et eller andet tidspunkt i løbet af deres reproduktive liv af »sikre perioder« i forsøget på at beskytte sig mod graviditet. I mange tidligere studier af hvordan uønskede graviditeter opstår, angiver en del af de abortsøgende kvinder, at de er blevet gravide, fordi de »ikke brugte prævention« (f.eks. Bertelsen 1994; Andreasen et al. 1996; Rasch et al. 2002). Den kvalitative undersøgelse viser imidlertid, at også kvinder, der ikke bruger moderne prævention som p-piller eller spiral, forsøger at beskytte sig mod at blive uønsket gravide – og at sikre perioder/afbrudt samleje ofte spiller en væsentlig rolle i den forbindelse. Sikre perioder, kombineret med at man bruger beskyttelse på de dage i sin cyklus, man anser for »risikable« praktiseredes af mange af kvinderne i den kvalitative undersøgelse, såvel kvinder med dansk baggrund som indvandrerkvinder. Nogle brugte sikre perioder som deres faste præventionsform i en årrække. Andre stode på sikre perioder i en overgang fra én form for prævention til en anden; i en pause fra p-piller eller spiral; efter en fødsel eller en abort; eller i starten af et nyt forhold, hvor de endnu ikke havde besluttet, hvilken form for prævention, de ville bruge. Sikre perioder blev med andre ord ofte brugt i forbindelse med forskellige former for »skift« i livet – enten skift af præventionsform eller af kærlighedspartner.

Mange blev gravide i et nyt forhold, hvor de endnu ikke havde besluttet sig for, hvilken præventionsform, de ville bruge, og hvor de samtidig var meget forelskede i deres partner. Blandt de interviewede i den kvalitative undersøgelse blev sikre perioder særligt ofte kombineret med brug af kondom, mens nogle kombinerede sikre perioder med pessar, afbrudt samleje eller afholdenhed. Undersøgelsen peger i retning af, at barrieremetoder sjældent bruges helt konsekvent. Mange par bruger dem tilsyneladende kun, når de antager, at en

graviditet kan opstå – det vil sige i de perioder af den kvindelige cyklus, der antages at være »usikre«. Hvis man vil forstå, hvordan barrieremetoder bruges - eller ikke bruges - er det derfor væsentligt at opnå mere indsigt i brugen af sikre perioder/afbrudt samleje. Et eksempel på brugen af sikre perioder til at forebygge graviditet er Sara (25 år), som er studerende og bor på Frederiksberg:

Sara har tidligere brugt p-piller. Men hun tog meget på i vægt af dem og valgte efter nogle år at få et pessar i stedet. Hun får menstruation næsten på klokkeslæt og har i flere år brugt sikre perioder i kombination med kondom eller pessar med held, uden at blive gravid. For at være helt sikker, regner hun fem dage inden og fem dage efter ægløsning for risikable perioder. Men da hun fik en ny kæreste, gik det galt.

»Vi havde misforstået hinanden, så han kom til at komme oppe i mig en af de første gange, vi var sammen.«

Sara tog på apoteket og købte nødprævention. Men hendes system blev derefter »mærkeligt« og hun var ikke sikker på, hvornår hun næste gang havde ægløsning.

»Så tror jeg, det var fire-fem dage efter jeg havde haft nogle ægløsningslignende smerter, at da fik han lov at komme oppe i mig. Så jeg tror, det er der, det er gået galt. Nu stoler jeg ikke på noget som helst. Jeg har været dum nok til at stole på det, og det har jeg slået mig selv oven i hovedet over mange gange siden.«

Flere af kvinderne blev som Sara gravide, fordi de troede, deres ægløsning fandt sted på et andet tidspunkt, end den faktisk gjorde. F.eks. fortalte Annette (32 år):

»Vi brugte sikre perioder, og jeg regnede med, at jeg var sikker i perioden efter min ægløsning. Jeg tror nok, det er der, det er sket – hvor jeg egentlig troede, jeg havde haft ægløsning, men ikke havde.«

Et par af kvinderne i undersøgelsen var blevet gravide kort tid efter en abort eller en fødsel. Asma (37 år), f.eks., kom til Danmark fra Marokko som 30-årig og er i dag mor til tre børn. Hun troede ikke, hun kunne blive gravid, så længe hun ammede – indtil hun efter sit tredje barns fødsel erfarede, at det kunne hun. Karen fra Esbjerg blev gravid to måneder efter sin første fødsel. Det havde taget hende syv år at blive gravid første gang, så hun troede ikke, hun uden videre kunne blive gravid igen. En væsentlig forskel mellem Asma og Karen var dog, at Karen egentlig godt vidste, hun godt kunne blive gravid – hun troede bare ikke rigtigt på det. Asma derimod, var overbevist om, at hun ikke kunne blive gravid:

Asma: »Jeg brugte ikke noget prævention, fordi jeg ammede mit barn. Jeg havde ikke nogen menstruation i den periode, og jeg havde hørt, at når kvinder ammer og der ikke er nogen menstruation, så er det næsten umuligt at blive gravid.«

Interviewer: -Hvor havde du hørt det fra?

Asma: »Det var min fætter, der havde fortalt det. Han er læge i Marokko, og da jeg

fik mit første barn, gav han mig alle de oplysninger om amning og om, hvad der sker med min krop«.

Karen: »Det er bare så utroligt, det skete efter at vi havde været sammen én eneste gang.«

Interviewer: -Tænkte du overhovedet ikke på, at du kunne blive gravid?

Karen: »Nej, det gjorde jeg virkelig ikke. De havde selvfølgelig gjort os opmærksomme på det ude på sygehuset, da vi var til det udskrivningsmøde. At nu skulle vi jo huske at... Men det er jo nok, fordi jeg tænkte, nej, det kan simpelthen ikke lade sig gøre. Egentlig ved man jo godt, at det kan lade sig gøre, men det troede jeg virkelig ikke.«

En væsentlig og gennemgående forskel mellem kvinder med dansk baggrund og indvandrerkvinderne var, at kvinder med dansk baggrund generelt »godt vidste«, at brug af sikre perioder/afbrudt samleje indebærer en stor risiko for graviditet – mens mange af indvandrerkvinderne troede, de var beskyttede, når de undgik de »usikre« perioder, eller hvis manden trak sig ud. Feks. fortalte Rayanah, oprindeligt fra Yemen, hvordan hendes mand antydede, hun måtte have været utro, da hun blev gravid, efter de havde brugt afbrudt samleje som beskyttelse:

»Jeg forstår stadigvæk ikke, hvordan jeg kunne blive gravid, når han trak sig ud? Min mand sagde, 'Jeg er helt sikker. Du kan ikke blive gravid, så hvordan er du blevet gravid?' Jeg sagde, 'Det er ikke mit problem, jeg kender ingen anden mand.' Han kunne godt se, at jeg ikke kendte andre, jeg gik ikke ud, jeg var altid bare hjemme, så hvordan skulle jeg [blive gravid med en anden mand]?«

Vera, der er født i Polen, men opvokset i Danmark, var også forundret over, hvordan det var gået til, at hun blev gravid i forbindelse med brug af sikre perioder. Hun var holdt op med at bruge p-piller i en periode, hvor hun følte sig deprimeret og ikke havde fået taget sig sammen til at købe en ny pakke, og hun og hendes kæreste havde i stedet til hensigt at bruge kondom:

»Vi gik i seng sammen lige inden, jeg skulle have min menstruation. Så tænkte jeg, nej, det bliver jeg ikke gravid af. Men det gjorde jeg så. Det var derfor, jeg ikke tog fortrydelsespiller, for jeg troede ikke, jeg kunne blive gravid.«

I modsætning hertil vidste f.eks. Stine (34 år) fra Brønshøj og hendes mand godt, at de tog en chance, da de satsede på afbrudt samleje som beskyttelse mod graviditet. Stine ammede stadig deres yngste barn og ville vente med at begynde på p-piller, til hun var færdig med at amme. Indtil da var det deres intention at bruge kondom – men, som Stine forklarede:

»Det gik så godt, det var så godt. Bagefter blev man lidt gal på sig selv og hinanden, for hvorfor stoppede vi ikke, og hvorfor huskede vi ikke lige hinanden på det. Men der var så dejligt stille i huset, og børnene sov. 'Åh, vi skynder os lige', du ved. 'Vi trækker bare lige hurtigt ud' – og så lige pludselig er det for sent. Så står man i det og så bagefter bander man sig selv langt væk. Man ved jo godt, hvad man kan risikere.«

Også Nina (34 år) vidste, hvad hun kunne risikere. Hun har fået tre aborter, og er hver gang blevet gravid i forbindelse med brug af »sikre« perioder. Nina vil ikke have spiral, fordi hendes menstruationsblødninger i forvejen er meget stærke, og hormonelle metoder bryder hun sig ikke om. Så hendes foretrukne præventionsmidler har altid været pessars og kondom – men:

»Vi brugte ikke kondom den dag, jeg blev gravid. I forhold til min cyklus, så er det absurd, at jeg blev gravid. Han trak sig ud, og det var ikke nogen farlig periode. Men det kan jeg jo ikke bruge til noget. Der er så stor forskel på, hvornår man er frugtbar i virkeligheden. Jeg kan ikke bare kigge i et skema og så tælle dage, for jeg har åbenbart meget tidlig ægløsning. De tre gange, hvor det er smuttet for mig, da har jeg hver gang næsten stadig haft menstruation. Det burde ikke kunne lade sig gøre, hvis du slår op i en bog, men nu er det ikke alle kvinder, man kan sætte ind i en bog, vel. Jeg har selvfølgelig kigget lidt [i bøger], fordi jeg har tænkt, at der er et eller andet, jeg har misforstået. Når jeg slår op i bøgerne, er det også usandsynligt, det er det jo, ikke. Men risikoen er der, selvom den er meget lille. Det er lidt urealistisk på en eller anden måde, men det er så sket der, det ved jeg. Det er bare enormt ufornuftigt af os, det er sådan noget, som folkeskolelærerne står og snakker om i 7. klasse. Så det er lidt svie til egen røv, kan man sige. Jeg kan ikke undskylde det, men bare sige, nej, hvor er det uheldigt. Der er par omkring mig, som kæmper i fem år for at få børn, og det her er virkeligt uheldigt, men vi har ikke været fornuftige. Det ikke at bruge noget ... uanset, at han trækker sig ud, så brugte vi ikke noget. Og hvis det skal være sikkert, så skal det på, ikke. Sådan er det, og det ved man.«

Kvinder som Stine og Nina – og deres mænd – er godt klar over, at de tager en chance, når de vælger afbrudt samleje eller sikre perioder som beskyttelse mod graviditet. De har, som det fremgår af Ninas overvejelser, modtaget seksualundervisning i skolen og har også selv læst bøger om graviditet og den kvindelige cyklus. De træffer med andre ord et relativt informeret valg, hvor de i den seksuelle situation sætter passionen og samværet med den anden højere end ønsket om at undgå graviditet. Et sådant informeret valg var mange af indvandrerkvinderne imidlertid ikke i stand til at træffe, fordi de ikke besad den nødvendige viden om, hvordan og hvornår man bliver gravid. Som Vera sagde:

»Der er et eller andet med, at du bliver mere gravid i en bestemt uge, end du gør i en anden og sådan noget. Jeg ved egentlig ikke, hvornår det er, man bliver mest gravid, og hvornår man kan blive gravid.«

Mange vidste ikke, hvornår i cyklus kvinden lettest bliver gravid, og en del mente, det er perioden i midten af cyklus, der er den mest sikre:

Asma: »Det var min mands beslutning, at vi skulle bruge sikre perioder. Han vidste, hvornår det var sikkert og usikkert, han regnede efter menstruationen og skrev det ind på kalenderen.«

Interviewer: -Hvilke dage er så usikre og hvilke er sikre?

Asma: »Efter menstruationsperioden er der syv eller måske ti dage, hvor kvinden kan blive gravid. I midten af måneden er den sikre periode. Og så før næste menstruation er det også usikkert, og man kan blive gravid.«

En del af kvinderne fortalte, at de blev gravide, fordi de slet ikke brugte nogen form for beskyttelse i den »usikre« periode – selvom de egentlig havde tænkt sig at bruge enten kondom eller afbrudt samleje. De følgende to beretninger er eksempler på situationer, hvor graviditeten opstod, fordi parret slet ikke beskyttede sig:

Maja (26 år), som er sygeplejerske, har taget p-piller i syv år. Hun syntes, hendes krop trængte til noget frihed, så hun besluttede at holde en pause fra p-pillerne. Hun følte sig oppustet og utilpas af dem, og fik også noget svamp. Hun fik en ny kæreste, men havde stadig ikke lyst til at bruge p-piller, så de brugte kondom eller sikre perioder i kombination med afbrudt samleje. Maja synes ikke godt om at bruge kondom, man kan ikke mærke hinanden lige så godt, og det bliver ikke så spontant, når man skal afbryde midt i det hele. Så de har brugt sikre perioder, hvor hun regner ca. 14 dage i midten af cyklus for usikre, her må kæresten »hoppe af«. Det var deres egen skyld, at hun blev gravid, siger Maja. Hun ved præcist, hvornår det skete, nemlig en aften, de mødtes efter at have været væk fra hinanden en tid:

»Vi var jo helt dårlige, når vi var væk fra hinanden, og når vi endelig sås, var det bare så fantastisk. Så glemmer man tid og sted og alt muligt, så er man ligeglad.«

Maja vidste godt, at det var lige midt i den usikre periode, men alligevel beskyttede de sig ikke.

»Vi talte lige om det i går, hvorfor vi var så sløede med det. Når man tænker på, hvor meget man skal gå igennem bagefter. Hvor grueligt meget man skal gå igennem, og hvor hæsligt det har været. Det ved man selvfølgelig ikke, når man ikke har prøvet det før, men man ved jo godt, at det ikke er sjovt.«

Maja selv tænker, hun måske et eller andet sted ønskede at blive gravid, mens hendes kæreste hævder, at han bare ikke tænkte over det. Men som Maja siger:

»Nå nej, det har han så ikke tænkt over, men altså, man ved jo, at uanset hvilket tidspunkt på perioden, så er det usikkert at gøre det sådan her, ikke. Så det er sådan lidt, hvorfor fanden tænker man ikke lidt mere?«

Shahla (25 år) er født og opvokset i Iran og har boet i Danmark fra hun var 16 år. For to år siden blev hun gift med sin nuværende mand og for et år siden fik hun p-piller. Men hun kunne ikke tåle dem, hun fik kvalme, blev træt og doven og tog ti kilo på. Hun stoppede så med p-pillerne og gik over til sikre perioder i stedet. Kondomer bryder hverken hun eller hendes mand sig om, og hun har aldrig hørt om hverken pesser eller spiral. Som ung i Iran fik man ingen

seksualundervisning. I Danmark har hun talt med sin læge og med veninder om prævention, men de har kun talt om kondomer og p-piller. Når Shahla beregner de usikre perioder, regner hun ca. en uge i midten af cyklus for usikker, resten af tiden som sikker. Da hun blev gravid, vidste hun godt, at det var et risikabelt tidspunkt.

»Det var et dårligt tidspunkt. Men det var fordi, det skete lige pludselig. Ugen før jeg blev gravid, havde jeg sagt til ham, at det var okay, han kunne bare, du ved. Da vi var sammen, sagde jeg ikke noget, så han vidste det ikke. Bagefter gik jeg ud og vaskede mig, og så troede jeg ikke, jeg var blevet gravid. Altså slet ikke.«

Som de ovenstående eksempler antyder, opstår en del uønskede graviditeter tilsyneladende i situationer, hvor erotikken og trangen til samvær med partneren fylder så meget, at ønsket om at undgå graviditet bliver trængt i baggrunden. Hvor man, som flere af kvinderne nævnte, bare satser og håber på, det går. Hvor kvinden eller parret måske nok har en strategi for, hvordan de vil undgå graviditet, men hvor øjeblikkets lyst til den anden tager magten fra viljen til at beskytte sig – eller måske, som Maja antyder, ligefrem skaber en trang til at få et barn sammen. Dette var også Nadia inde på:

»Jeg tror inderst inde, så har vi alle sammen som kvinder, når vi er forelsket i en fyr, så har vi et ønske om at blive gravid med ham, inderst inde, uden at vi ved det.«

For mange af indvandrerkvindernes vedkommende var satsningen på, at det går, dog også ofte kombineret med en manglende viden om, hvordan man bliver gravid: Shahla, f.eks., troede rent faktisk, at hun beskyttede sig mod graviditet ved at vaske sig efter samlejet. Tilsvarende fortalte Selma (24 år) – som er mor til to, født og opvokset i Danmark, og hvis forældre kommer fra Tyrkiet – at hun er blevet uplanlagt gravid fire gange:

»Vi har aldrig brugt prævention. Men jeg har fået at vide, at hvis man rejser sig op, lige efter man har været sammen, og går ud og vasker sig, så bliver man ikke gravid. Så det har vi brugt som prævention. Jeg er blevet gravid fire gange, hvor det ikke var planlagt. Hver gang troede jeg, jeg blev gravid, fordi jeg var doven og blev liggende i stedet for at gå ud og vaske mig.«

Der er med andre ord mange ting på spil, når kvinder bliver gravide til trods for, at de forsøger at bruge sikre perioder og afbrudt samleje som beskyttelse: der sker »uheld«, som når kvinden tror, en »usikker« periode er »sikker«, eller når parret ikke får kommunikeret indbyrdes om, om en periode er »sikker« eller ej; der er erotikkens kraft og øjeblikkets passion; men der er også, for indvandrerkvindernes vedkommende, meget store behov for bedre viden og information om reproduktiv fysiologi, graviditet og prævention.

Når kondomet ikke bliver brugt

Tidligere undersøgelser har vist, at mange uønskede graviditeter opstår i forbindelse med brug af kondom (f.eks. Kristiansen et al. 1991; Bertelsen 1994; Andreasen et al. 1996; Rasch 2002; Rasch et al. 2002). I et studie udført af Andreasen et al. (1996) af 831 abortsøgende kvinder var 40% blevet gravide i forbindelse med brug af kondom og hos Rasch et al. (2002) var det 36% af kvinderne. En lignende sammenhæng blev fundet i spørgeskemadelen af dette studie, hvor 27% af de kvinder, der valgte abort, angav, at de havde anvendt kondom i forbindelse med det samleje, hvor graviditeten opstod.

Men hvad der egentlig går galt, når et par »glemmer« kondomet eller ikke får brugt det konsekvent, er sjældent belyst. De fleste af de interviewede i den kvalitative undersøgelse havde brugt kondom i kortere eller længere perioder, og for nogle var det den foretrukne præventionsform. Det var imidlertid også en præventionsform, der ofte var forbundet med uønsket graviditet: Ni af kvinderne var blevet gravide, fordi kondomet ikke kom på. En enkelt af de interviewede havde oplevet, at kondomet sprang – men for langt de flestes vedkommende opstod graviditeten, fordi kondomet ikke blev brugt. Det var særligt de danske kvinder, der havde haft til hensigt at bruge kondom, mens indvandrerkvinderne oftere blev uønsket gravide i forbindelse med brug af sikre perioder/afbrudt samleje. Mange af kvinderne følte, at kondomet er besværligt, virker afbrydende, spolerer spontaniteten, føles som en skillevæg, osv. Særligt Marianne gjorde sig overvejelser over, hvad det er, der gør det så vanskeligt at bruge kondom, selvom man ved, man risikerer at blive gravid, hvis man ikke bruger det.

Marianne (37 år), som er grafisk designer, har altid brugt kondom som prævention. Hun bryder sig ikke om tanken om p-piller, hun kan ikke lide måden, de forrykker kroppens egne systemer. Spiralen har hun hørt så meget dårligt om, at hun ikke har lyst til at bruge den. Marianne har haft skiftende forhold, og hun har syntes, det fungerede fint med kondomerne, selvom hun har været igennem tre uønskede graviditeter og aborter. Som hun siger, det er dejligt spontant med kondomer, og man behøver ikke hele tiden gå og gøre sin krop parat til sex:

»Hvis dette her forhold slutter i morgen, jamen så lægger man bare kondomerne til side til næste gang, man har brug for dem.«

Da Marianne blev gravid, skete det, som hun siger, »i kampens hede«. Men det var ikke en egentlig forglemmelse:

»Det var fordi, det passede bare ikke lige ind, vel. Det var så skønt, at man ikke lige kunne bekymre sig om det. Det var bare for intenst eller for, hvad ved jeg... et eller andet, som har gjort, at det glemte man. Eller ikke glemte...«

Hvad det er, der nogle gange gør det vanskeligt at få kondomet på, indkredser Marianne til:

»Det er selvfølgelig afbrydelsen, det der lille brud, som man gør alt for at komme udenom. Fordi det pludselig bliver enormt praktisk midt i noget, der absolut ikke er praktisk. At man pludselig bliver fornuftig midt i noget, som ikke har noget med fornuft at gøre, at det pludselig handler om virkelighed, det gør det jo ikke på andre planer, vel. Den der sådan lidt prosaiske virkelighed, den mere jordnære virkelighed. ... I min bevidsthed dyrker man ikke sex for at få børn. Man dyrker sex, fordi man elsker et andet menneske og har lyst til at elske med det menneske. Så derfor er det jo en helt anden dagsorden. Det er et udtryk for kærlighed, og det er det, man gerne vil vise, og det er det, man gerne vil opleve sammen med den anden person. Og midt i det, som er skønt og smukt og begærligt og alt muligt andet, så pludselig skal man tænke, nå, gud nej, vi må ikke få børn. Der kommer pludselig noget negativt ind: vi må ikke få børn. Nå, hvorfor er det, vi egentlig ikke må få børn, vi elsker jo hinanden. Der kommer måske en lille konflikt ind der, lige i et glimt af et sekund, ikke? Fordi det at få et barn stadigvæk er indbegrebet af kærlighed. Så pludselig, midt i alt det der kærlighed, man ligger og roder rundt med, eller står eller hvor man nu end er, pludselig kommer der sådan en negativ ting ind midt i noget, som bare er positivt, ikke.«

En spænding, der bliver ødelagt, en kærlighed, der ikke bliver bekræftet – kondomet opleves af Marianne og mange andre kvinder i studiet som en negation; som noget, der potentielt underminerer den umiddelbare lyst og glæde ved hinanden, som seksualiteten ellers indebærer. Kondomet bringer, som Marianne siger, én tilbage til den prosaiske virkelighed, det bryder den magi, som erotikken ellers kan indeholde og minder én om den praktiske hverdag og dens begrænsninger. Derfor gælder det for kondomet som for sikre perioder/afbrudt samleje, at det er en præventionsform, der kan have så store omkostninger i form af tabt spænding, lyst, magi, intensitet, at man hellere – i selve den seksuelle situation – løber risikoen for en uønsket graviditet. Som ved sikre perioder/afbrudt samleje var kvinderne og deres partnere udmærket klar over, at de løber en risiko, når kondomet ikke bliver brugt, og alle fortrød bagefter, at de havde ladet sig rive med. Mange var stærkt kritiske overfor sig selv og klandrede sig selv for den »ansvarsløshed« og det »sløseri«, der førte til den uønskede graviditet. Som Sara, der bebrejdede sig selv, at hun ikke havde »tænkt sig lidt bedre om«:

»Jeg har været dum nok til at tage chancen. Det er virkelig noget, jeg har slået mig selv oveni hovedet over mange gange, når jeg er blevet rigtig gal, for jeg føler, det er 100% min skyld. Det er mig, der har styret det og fortalt ham, hvornår vi skulle bruge prævention og hvornår vi ikke skulle. Så det har jeg været gal over. Hvordan jeg kunne lade det ske. Nu bliver jeg fuldstændig panisk, han skal slet ikke op i mig uden prævention. Det har været psykisk hårdt at skulle tage denne her beslutning. Og det kunne være undgået.«

Det er dog ikke altid, som i de ovenstående eksempler, intense og positive følelser af kærlighed, lyst og forelskelse, der får kvinder til at overgive sig til det erotiske møde med deres partner, frem for at tænke på at beskytte sig. I en del af kvindernes fortællinger var »uovervej« sex, hvor man ikke tænker på prævention, forbundet med turbulente og ofte negative livsomstændigheder. Asma, f.eks., var tidligere blevet uønsket gravid med sin mand ved en lejlighed, hvor han kom hjem igen til hende, efter at de havde besluttet at blive skilt og havde underskrevet papirerne:

»Så kom han og fortrød og boede igen hos os. I de tre dage, han var hjemme, dyrkede vi kun sex én gang, og da blev jeg gravid. Jeg troede ikke, jeg ville blive gravid, for vi dyrkede kun sex én gang. Nogle gange tænker man sig ikke om. Vi havde ikke set hinanden i en lang periode, og så kom han hjem, og vi skulle igen bo sammen og fortsætte vores ægteskab. Så tænker man ikke på prævention.«

På samme måde blev Lisbeth (32 år) gravid, efter at hendes kæreste Michael, som hun havde boet sammen med i otte år, havde brudt med hende. Lisbeth havde for nylig mistet begge sine forældre, og hendes sociale netværk var ikke særligt omfattende, fordi hun og Michael først for nylig var vendt hjem til Danmark efter at have boet i udlandet sammen i mange år. Lisbeth følte sig derfor meget alene, da Michael gik fra hende. Kort efter bruddet var de sammen en nat uden at skænke prævention en tanke:

»Vi havde begge to været i byen, men hver for sig. Michael ringede og spurgte, hvor jeg var henne, og så var jeg ikke så langt væk. Jeg var på Vega, det er ikke så langt fra, hvor han bor. Og så spurgte han, om jeg ikke kom derhjem. Og det gjorde jeg så, og så gik vi i seng med hinanden, og så var det ligesom bare det... Jeg kan huske, at næste dag tænkte jeg, at det var ikke særlig godt.«

Et par af kvinderne nævnte, at alkohol havde spillet en rolle – både mere generelt, når de tog chancer seksuelt, og i forbindelse med den uønskede graviditets opståen. Nadia, f.eks., sagde:

»Når jeg er stiv, så kan jeg ikke komme hjem alene. Så ender det altid med sex. Man bliver så kærlig og styret af sine lyster... man oplever, at man har mødt den eneste ene, og hvis han går, så ser man ham aldrig igen. Så vil man jo gerne hjem sammen og vågne op sammen, og så ender det jo med, at man har sex. Fordi man er fuld, og man er lidt ensom.«

Nadia fortalte også om, hvordan hun tidligere var blevet gravid under et seksuelt overgreb, der fandt sted, mens hun var beruset:

»De tre uønskede graviditeter, jeg har været ude for, har været mens jeg var stiv... Jeg var til en sommerfest på højskolen, hvor vi blev rimeligt berusede. Der var en fyr, der blev ved med at forfølge mig, og jeg blev ved med at skubbe ham væk. Jeg blev så beruset, at jeg sad og sov på en stol. Det hele var så tåget, og jeg var helt bedøvet. Så

var der en stemme, der sagde, 'skal jeg ikke følge dig ind på dit værelse'. Så blev jeg fulgt ind på værelset, og så var det ham. Så lå han bare pludselig ovenpå mig. Jeg var så fuld, at det bare skete.»

Nadia fortalte om, hvordan det altid har været svært for hende at sige nej til de fyre, der ville i seng med hende. Hun forklarer det selv med, at hun aldrig har været ønsket af sine forældre. Hendes mor blev tvangsgift og ønskede ikke at få et barn, da hun blev gravid med Nadia:

»Hvis du ved, du er ønsket og elsket, så har du styrke og selvtillid. Du kommer ikke i den situation, hvor du bare samler et eller andet fremmed op for at få opmærksomhed, for du har fået den som barn. Jeg har ikke været ønsket af mine forældre, og det har haft betydning for mit voksenliv. Det har betydet, at jeg har søgt kærlighed på den forkerte måde. Jeg har stræbt efter noget kærlighed fra mænd, som jeg aldrig har fået, og det har bare udviklet sig til seksuelle forhold, hvor jeg ikke har kunnet sige nej til de fyre, der ville i seng med mig.«

Når kvinder tager seksuelle chancer, udspringer deres handlinger ofte, som vi har set, af en lidenskab, der har rod i forelskelse og kærlighed. I nogle tilfælde, som for Nadia, Lisbeth og Asma, er det dog snarere følelser af ensomhed og oplevelser af ustabile og ulige sociale relationer, der får kvinder til at »satse« seksuelt. I disse tilfælde satser kvinderne ikke bare på, at »det går« og de ikke bliver gravide – de satser også på igennem det erotiske møde at nå deres partner og at (gen)etablere et socialt fællesskab og en følelsesmæssig samhørighed, der kan bryde den ensomhed, de til daglig oplever. Det er således både kvinder, der er så heldige at opleve en lykkelig og gengældt forelskelse, der tager seksuelle chancer og dermed udsætter sig selv for uønskede graviditeter – og det er kvinder, der er ensomme, søgende og følelsesmæssigt ude af balance.

Når livet og tilværelsen er bragt ud af fatning – enten i positiv forstand som i forelskelse eller i negativ forstand som ved oplevelser af ensomhed og svigt – øges således sandsynligheden for, at kvinder, der stoler på metoder som sikre perioder og afbrudt samleje, kommer til at opleve en uønsket graviditet.

Når p-pillerne glemmes

Tidligere forskning har vist, at en del uønskede graviditeter opstår i forbindelse med brug af p-piller (f.eks. Kristiansen et al. 1991, Bertelsen 1994, Andreasen et al. 1996, Rasch 2002, Rasch et al. 2002). F.eks. angiver Rasch et al. (2002), at 11% af de abortsøgende kvinder i studiet var blevet gravide i forbindelse med brug af p-piller, og hos Andreasen et al. er tallet 18%. Tilsvarende angav 15% i denne spørgeskemaundersøgelse at være blevet gravide trods brug af p-piller. Det var dog også et markant fund, at 2/3 af disse kvinder ikke havde anvendt metoden korrekt og således havde glemt at tage pillerne hver dag. Som det var tilfældet i forhold til kondombrug, er de nærmere omstændigheder, når p-pillebrugere bliver uønsket gravide, dog sjældent belyst: Hvad er det egentlig, der

går galt, når det ikke lykkes for kvinder at forebygge en graviditet ved at tage p-piller? Den kvalitative undersøgelse peger i retning af, at det for mange kvinder er vanskeligt at huske at tage en p-pille hver dag – og at det er særligt svært for kvinder, hvis hverdagsliv også volder dem vanskeligheder.

En stor del af kvinderne i den kvalitative interviewundersøgelse var blevet gravide, fordi de havde glemt at tage deres p-piller. Mange fortalte, at de fandt det vanskeligt at huske at tage en p-pille hver dag. F.eks. sagde Faadumo (23 år), der kom til Odense fra Somalia for seks år siden og nu er enlig mor til tre små piger:

»Jeg synes, det er svært at huske at tage dem. Jeg har så travlt med børnene, om morgenen har jeg travlt, om aftenen er jeg træt, så jeg har ikke tid nok og glemmer det ofte.«

Eller Caroline (29 år):

»Jeg er ikke god til at tage p-piller. Jeg kan simpelthen ikke huske at tage sådan en pille, jeg er umulig med sådan noget. Jeg er ikke en, der gør de samme ting hver morgen. Jeg tror, man bare skal være en type, der gør ting på de samme måder, og det er jeg ikke. Jeg glemmer dem hele tiden. Den første måned var det helt kaos. Jeg tror, i denne omgang har jeg kun glemt dem to gange, hvor jeg så tog dem dagen efter. Det er ikke som min veninde Vibeke. Hun læser jura og du ved. Hun ville aldrig nogensinde parkere ulovligt. Hun ville aldrig overtræde sit madbudget. Hun ville aldrig pludselig tage en weekend ud at rejse. Hun lever et helt andet liv i rytme, hvor hun gør de samme ting hver dag, på den samme tid, og hun ville selvfølgelig heller aldrig glemme sin p-pille. Hun ville aldrig blive en lille smule for fuld. Hun har altid kontrollen, hun mister den aldrig. Det gør jeg indimellem.«

En del af de interviewede, blandt såvel kvinder med dansk baggrund som indvandrerkvinderne, troede ikke, det gjorde noget, hvis man glemte at tage p-pillerne et par dage. F.eks. troede Rayanah fra Yemen, som har boet i Danmark i tolv år, at hvis bare hun ikke havde sex på de dage, hvor hun havde glemt at tage pillerne, kunne hun ikke blive gravid:

»Det er svært at huske dem, for jeg er ikke vant til det. Lægen sagde, jeg skulle tage dem på samme tid hver dag, men det glemmer jeg tit. Jeg skulle tage dem kl. 8 om aftenen, men nogle gange tager jeg dem kl. 11 eller 12. Jeg har også glemt dem i to dage, men jeg blev ikke gravid, fordi vi ikke havde været sammen i de to dage.«

Flere af kvinderne med dansk baggrund sagde, at de havde taget p-piller i mange år og derfor antog, at det ikke gjorde noget, om de glemte et par stykker nu og da – fordi virkningen af pillerne stadigvæk måtte være i kroppen. Et eksempel er Britt (19 år), som er studerende og bor på Amager:

»Jeg havde bare glemt at tage dem i to dage. Jeg er flere gange før kommet til at

glemme en eller to piller. Jeg har taget p-piller, siden jeg var 15 år, så jeg tænkte, at det kan der vel ikke ske noget ved. Jeg regnede med, at nu havde jeg dem i kroppen, for jeg har taget dem i næsten fem år. På to dage, det troede jeg ikke kunne lade sig gøre.»

Flere andre kvinder nævnte som Britt, at deres personlige erfaring fortæller dem, at der ikke sker noget ved, at man glemmer et par piller ind imellem. F.eks.

Bodil (32 år) fra Esbjerg:

»Jeg var på arbejde i weekenden, så det glippede med p-pillerne. Det var sket nogle gange før, at jeg havde glemt dem i længere tid, og så var det alligevel gået. Men pludselig denne ene gang her...«.

Flere af kvinderne blev gravide i forbindelse med, at de holdt en »p-pille pause«. Det er imidlertid ikke kun manglende viden om p-pillers virkemåde og effektivitet, der spiller ind, når kvinder bliver uønsket gravide i forbindelse med p-pille brug. Det fremgår tydeligt af materialet, at det er særligt vanskeligt at huske p-pillen i situationer, hvor den sædvanlige hverdagsrytme bliver brudt, eller hvor det daglige liv opleves som krævende og belastende. Britt, f.eks., havde for nylig fået sin første faste kæreste og tilbragte nu meget tid hos ham. Hun vidste derfor ikke altid på forhånd, hvor hun ville komme til at sove om natten:

»Grunden til, at det også blev lidt halvt om halvt var, at halvdelen af mine ting lå her og halvdelen af mine ting lå hos min kæreste. Så begyndte jeg at flytte mine toileting, fordi hvis jeg sov hos min kæreste og ikke lige fik dem taget med – så er det jo der, man kommer ud af rytmen allerede.«

Eller som Vera sagde:

»Hvis man har været i byen, får man dem ikke taget om morgenen, fordi man sover til klokken to-tre stykker, ikke. Og om aftenen, så glemmer man at tage dem, inden man tager i byen igen. Så det er sådan nogle dage, man glemmer det.«

De følgende to eksempler illustrerer, hvordan et velordnet, forudsigeligt liv gør det lettere at huske p-pillen end et ustabil og socialt belastet dagligliv:

Karen (26 år) bor sammen med sin mand og deres seks måneder gamle tvillinger i et ældre parcelhus i Vestjylland. Hus og have er velholdt og præget af ryddelig orden. Karen og manden har været kærestes, siden Karen var 15 år, og hun har aldrig haft seksuelle forhold til andre end ham. På sin mors initiativ fik Karen p-piller, da hun var 16. Hun har altid haft et godt forhold til sin mor og har kunnet tale med hende om alt vedrørende kæresteforhold, prævention og seksualitet. De blev gift og flyttede sammen, da hun var 18 år. Deres ægteskab er godt og stabilt, og de har et stort socialt netværk bestående af familie og venner, som bor lige i nærheden. P-pillerne har Karen brugt uden problemer, indtil de besluttede, de gerne ville have børn. Efter tvillingernes fødsel blev Karen gravid

igen næsten med det samme, inden hun havde nået at komme i gang med p-pillerne. De følte ikke, de kunne magte endnu et lille barn, og var enige om at vælge abort. I dag bruger Karen igen p-piller og er meget tilfreds med dem. Hun har ingen problemer overhovedet med at huske at tage dem:

»Jeg synes, det er nemt. Jeg har dem liggende på håndvasken på toilettet og tager dem på samme tid om aftenen, når jeg børster tænder, inden vi går i seng ved halv elleve tiden. Lige så snart jeg lægger min tandbørste og skylker min mund, så tager jeg den. Så det er nemt.«

Susan (29 år) bor i et lille rækkehus midt i Esbjerg sammen med sine tre døtre på otte, fire og tre år. Hun har for nylig brudt med sin kæreste, som hun har boet sammen med i de seneste år og som er far til hendes to yngste døtre. Susan er kontorassistent og arbejder i et vikariat, der er ved at løbe ud. Derefter regner hun med at komme til at gå arbejdsløs, for det er svært at finde arbejde som kontorassistent. Susan har haft en vanskelig opvækst: hendes forældre blev skilt, da hun var to år, og hun og hendes søskende kom i familiepleje, indtil hun var tolv år. Hendes mor er alkoholiker og har flere gange forsøgt at begå selvmord; som barn har Susan oplevet at finde hende med opskårne håndled. Hun har aldrig talt med sin mor om prævention, for den slags var tabu i familien. I det hele taget har hun ikke haft noget godt forhold til sin mor, og hendes mor har altid fortalt hende, at hun ikke duer til noget. I dag er moderen ret syg pga. rygerlunger og ringer ofte om aftenen og natten – nogle gange for at bede om hjælp, andre gange for at overfuse Susan. Susans far er senil-dement og vil ikke have noget med sine børn at gøre. Hendes storesøster er alene med tre børn, og hendes lillebror er narkoman og har en søn på otte år, som nu er kommet i familiepleje. Susan føler, hun burde tage sig af drengen, men magter det ikke. Hun har nok i sine egne tre piger, som hun forsøger at give en bedre barndom, end hun selv har haft. Susan har fået to aborter indenfor det seneste år. Begge gange blev hun gravid, fordi hun glemte at tage p-pillerne. Hun betegner sig selv som »småglemsom« og fortæller, at hun altid har haft svært ved at huske at tage sine p-piller:

»Jeg glemte dem altid, ikke også. Jeg har egentlig ikke følt, jeg har haft nogen længere perioder, hvor jeg har husket dem. Så brugte vi kondomer indimellem, men det blev tit noget ustabilt noget... Når jeg er så glemsom i forvejen, kan det ikke gå, når jeg også skal kigge på kalenderen. Jeg kan ikke huske den ene dag fra den anden nogle gange.«

Susan har nu besluttet sig for at blive steriliseret, for hun er overbevist om, at hun ikke vil have flere børn.

Hvor Karen lever et liv med faste rutiner og stabile sociale forhold, er Susans dagligdag præget af turbulente og belastende sociale relationer. Det er tydeligt lettere for Karen end for Susan at huske den daglige p-pille – Karens dage er rolige og forudsigelige, og p-pillen indgår som et uproblematisk led i den

daglige rutine. Susans hverdagsliv, derimod, er præget af stress og belastede forhold til familien, som henvender sig til hende på forskellig vis med krav og forventninger, som hun har svært ved at honorere. I denne sammenhæng er det ikke mærkeligt, at hun føler, hun bliver »ustabil« og »småglemsom« – hun har mange andre ting at tænke på til daglig end at huske sin p-pille, og hendes liv er ikke struktureret omkring en fast og rolig hverdagsrytme, som p-pillen kan indgå i. Dette gjaldt også for mange af indvandrerkvinderne, hvis liv ofte var præget af forskellige former for stress og bekymringer (se f.eks. Yasmins historie i Prolog II og Glorias historie i Prolog III).

Nødprævention

Tolv procent af de kvinder, der valgte abort efter en uplanlagt graviditet, angav i spørgeskemaet, at de havde anvendt nødprævention efter det ubeskyttede samleje. Det var kun tilfældet for 3% af de svangre kvinder. Langt hovedparten af kvinderne, henholdsvis 100% blandt svangre og 64% blandt kvinder, der valgte abort, havde indtaget de første to tabletter indenfor 24 timer efter det samleje, hvor de mente de blev gravide og kun 4% af kvinderne havde indtaget tabletterne senere end 72 timer efter. Kvinder, der havde anvendt nødprævention var fem gange mere tilbøjelige til at vælge abort end de kvinder, der ikke havde anvendt nødprævention.

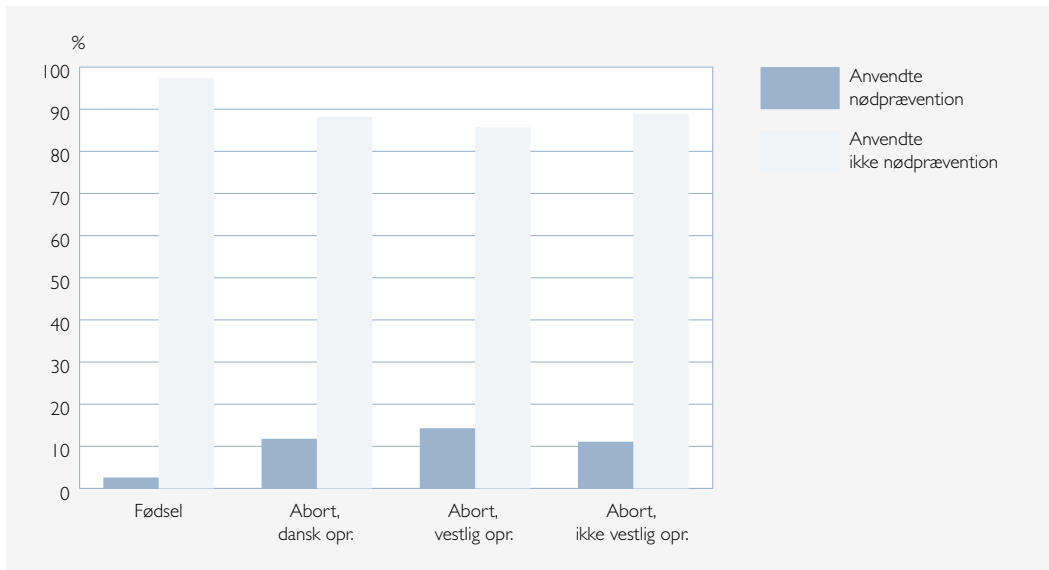
Tablet 9.2. Brug af nødprævention blandt kvinder med uplanlagt graviditet blandt kvinder, der valgte abort, og kvinder, der valgte at føde

	Abort		Fødsel		Abort vs. Fødsel OR (95% CI)
	Antal	%	Antal	%	
Ja	145	11,9	6	2,6	5,07 (2,21-11,6)
Nej	1.077	88,1	226	97,4	1,00

Nødprævention var, når fokus blev lagt på etnisk oprindelse, mest udbredt blandt kvinder med afrikansk baggrund og brugt af 26%, mod 11-14% blandt kvinder med henholdsvis dansk, anden vestlig og mellemøstlig baggrund. Derimod var brugen af nødprævention mindre udtalt blandt kvinder fra tidligere Østlande (6%) og Asien (9%). Ved sammenligning med kvinder, der ikke havde brugt nødprævention, viste kvinder med dansk, anden vestlig, nordafrikansk/ mellemøstlig og afrikansk baggrund, der havde anvendt nødprævention, 5-13 gange øget tilbøjelighed til at vælge abort. Denne sammenhæng eksisterede ikke blandt kvinder fra det tidligere Østeuropa og fra Asien.

Mange af de interviewede i den kvalitative del af studiet kunne have undgået graviditet, hvis de havde benyttet nødprævention. En del vidste ret præcist, ved hvilken lejlighed den uønskede graviditet var opstået – men kun to, Julie og

Figur 9.2 Brug af nødprævention blandt kvinder, der var uplanlagt gravide, som valgte abort og blandt kvinder, som valgte at føde, efter oprindelse



Marianne, havde faktisk brugt nødprævention; begge uden held. Marianne tog pillerne for sent, mens de for Julie bare ikke virkede:

»Jeg tog fortrydelsespiller, men det virkede ikke. Min læge sagde senere, at de fortrydelsespiller, man får uden recept, ikke er særlig effektive. Så det vil være meget smart at gå til lægen, hvis man nu ved, det er rigtig skidt.«

Vera har tidligere taget nødprævention og vil ikke gøre det igen:

»Jeg har gjort det én gang. Det nægter jeg at gøre igen. Aldrig nogensinde. Jeg kastede ekstremt meget op, i de der 24 timer lå jeg ude på toilettet. Jeg havde det elendigt. Så det gider jeg ikke prøve igen.«

Nogle af indvandrerkvinderne benyttede ikke nødprævention af den enkle årsag, at de slet ikke kendte til dets eksistens. Generelt vidste de fleste af kvinderne dog godt, at nødprævention eksisterer. Dorte, f.eks., nævnte, at hun var glad for, at nødprævention nu fås i håndkøb:

»Du behøver ikke længere have fat i lægevagten. Jeg tror, det, der afskrækkede mange fra nødprævention var, at de skulle have fat i lægevagten, og lægevagten indimellem stillede nogle lidt uheldige spørgsmål, ikke. 'Hvornår er det sket og hvorfor er det sket'. Det er sådan lidt, kan du ikke bare skrive denne her recept, for hvad rager det egentlig dig. Det, at du kan købe det i håndkøb nu har hjulpet meget. Der er mange, der føler, det ikke længere er pinligt, fordi man skal ringe til lægevagten. Nu går du

bare ned og siger det på apoteket, ikke. Det var sådan en lettelse for mig. Nu kan jeg bare dalre ned på apoteket og sige nå ja, okay.»

Men selvom man i teorien ved, at nødprævention findes, er det ikke givet, at det indgår i ens praktiske handleberedskab. Som Stine sagde:

»Fortrydelsespillen var slet ikke i min tanke den dag. Senere har vi talt om det. Jeg ved ikke, om man kan ringe til vagtlægen eller hvad. Jeg kender kun til det fra tv, og fordi jeg havde en kollega, der brugte det. Og jeg kan huske, hun så absolut ikke anbefalede det. Hun fik det dårligt med stærke menstruationsmerter, fordi man fremprovokerer en menstruation. Men pillen var bare ikke i mine tanker. Jo oftere man hører om den, jo bedre vil man måske huske den.«

Der var forskellige årsager til, at de kvinder, som godt kendte til eksistensen af nødprævention, alligevel ikke brugte det. Mange troede ikke for alvor, at de var blevet gravide. Det gjaldt f.eks. Shahla:

»Jeg troede ikke, at jeg var gravid. Jeg tænkte bare på det i to sekunder, hvad så med... nej, det tror jeg ikke. Og så efter to-tre uger, så fandt jeg ud af det. For så begyndte jeg at have det dårligt.«

Lene (38 år) blev gravid en af de første gange, hun var sammen med sin nye kæreste. Hun havde købt p-piller, da hun og hendes kæreste mødte hinanden, men var endnu ikke kommet i gang med at tage dem. Da hendes menstruationer var meget uregelmæssige, vidste hun ikke helt, om tidspunktet var »sikkert« eller ej:

»Under elskoven tænkte jeg simpelthen slet ikke på, at jeg kunne blive gravid. Forinden havde jeg tænkt, at vi burde passe på, men i situationen tænkte jeg ikke på det. Jeg har altid syntes, det er uansvarligt ikke at beskytte sig, og vi kunne jo også godt have gjort det. Bagefter tænkte jeg på, at jeg kunne være blevet gravid, men jeg tænkte, 'nej, jeg bliver ikke gravid.' Så nødprævention tænkte jeg slet ikke på.«

Nogle af kvinderne følte sig ikke i stand til at tage en så hurtig beslutning, som brug af nødprævention forudsætter. Alma, oprindeligt fra Bosnien, sagde:

»Kondomet sprang, og så blev jeg gravid. Men jeg tog ikke fortrydelsespiller, for jeg skulle have tid til at tage beslutningen, skulle jeg føde et barn eller ej. Det ville bare være en alt for hurtig beslutning at tage fortrydelsespiller. Og jeg var heller ikke sikker på, at jeg var gravid.«

Marianne forklarede, hvordan valget af abort for hende ikke var »klokkeren beslutning« fra starten af, men en beslutning, der krævede tid og overvejelse og involverede meget sammensatte følelser:

»Jeg har brugt nødprævention nogle gange i mit liv. Men denne her gang, ja, der tog jeg også nødprævention, men jeg gjorde det simpelthen for sent. Det gik først op

for mig sådan to, tre dage efter. Jeg tænkte, hov, Gud, nødprævention, jeg kunne måske prøve at tage nødprævention. Men det var for sent, og efter de 72 timer var overskredet. Jesper spurgte faktisk bagefter, hvorfor jeg havde været så lang tid om at reagere. Og jeg tror, det var den der konflikt – selvom min første følelse var ‘åh nej, idiot’, så ligger der jo også et eller andet dilemma i det. At man faktisk bliver gravid med en mand, man holder meget, meget af, og som man har en eller anden idé om, at man meget meget gerne vil have nogle børn med. Så der var noget, der stoppede den rationelle tankegang, kan man sige. Altså, der var noget, som måske lige var en lille drøm der, ikke. Og som man så først vågner op af nogle dage efter og tænker, nå nej, det går sgu ikke, det går ikke. Så hvis jeg skal forklare, hvorfor jeg var så lang tid om at reagere, så tror jeg, det var sådan noget. Mmmm hvor er han skøn og mmmm og så, åh nej. Forstår du, hvad jeg mener? Selvom vi kun havde kendt hinanden i de der fem måneder, så ligger der stadig et meget stort ønske hos mig om at få børn og netop få børn med den mand. Det vil jeg meget gerne. Og derfor så er der sådan en konflikt der. Så er aborten del af en konflikt, ikke. Det er ikke en klokkeren beslutning fra starten af, hvis du forstår, hvad jeg mener.»

Med andre ord, nødprævention kan være svært at bruge, hvis man stadig befinder sig i den »lille drøm«, som kærlighedsmødet – og det barn, der kunne komme ud af det – er. Brug af nødprævention forudsætter, at man med det samme ved, at man kan være blevet gravid, og at man er helt sikker på, at det ønsker man ikke at blive. Som vi har set, er der imidlertid for mange kvinder en betydelig ambivalens involveret såvel i oplevelsen af en uønsket graviditet som i valget af abort. Der ligger ofte nogle eksistentielle overvejelser og valgsituationer bag et abortønske (Knudsen 1997b) – overvejelser, som kan gøre det vanskeligt at træffe den hurtige beslutning, brug af nødprævention forudsætter.

Når graviditeten bliver til i en »illegitim« seksuel relation

Enkelte af indvandrerkvinderne valgte at få abort, fordi graviditeten var blevet til i en illegitim seksuel relation. For Vera (18 år), som er født i Polen og har katolsk baggrund, indgik en række overvejelser i hendes valg af abort. Én af dem var, at hendes familie ville betragte et evt. barn som en »horeunge«, fordi hun og hendes kæreste ikke er gift:

»Jeg tror ikke, jeg ville kunne klare det [at få et barn]. De fleste har forældre, der bakker dem op og hjælper dem. Men min mor, hun ville sige, at hun ikke gider hjælpe med at opdrage en horeunge. Det tror jeg, hun vil. Dybt seriøst.»

To af de indvandrerkvinder, der havde islamisk baggrund, Asma (37 år) og Rayanah (31 år), var blevet skilt i Danmark, men fortalte, at deres ægteskab stadig blev regnet som gyldigt ifølge islamisk lov. Dermed burde de i princippet afholde sig fra seksuelle relationer med andre end den mand, de i Danmark var skilt fra. De havde imidlertid begge haft forhold til en anden mand – hvad der ifølge kvinderne svarer til utroskab i islamisk lovgivning og tradition. Da det var i forholdet til den nye mand, at de var blevet gravide, var det socialt og moralsk

umuligt for dem at få barnet. Det er Rayanah (31 år) et eksempel på:

Rayanah, der oprindeligt er fra Yemen og mor til tre blev skilt for nogle år siden, og hendes eksmand, som er far til hendes tre børn, bor nu i Marokko og er gift igen. Rayanah fortæller, at hun blev skilt, fordi hun ikke elskede sin mand. Det var hendes familie, der havde arrangeret deres ægteskab – de er fætter og kusine – men Rayanah havde aldrig brudt sig om ham. Han var meget grov og meget nærig, siger hun, og han slog deres børn. En dag slog han dem så voldsomt, at hun ringede efter politiet, som kom og hentede ham. Hendes nabo hjalp hende til at få kontakt til Kvindehjemmet, hvor hun flyttede ind. Da hendes mand lovede bod og bedring, flyttede hun hjem igen, men snart var han igen som før, og de endte til sidst med at blive skilt. Men ifølge islamisk lov er de stadig gift, fortæller Rayanah:

»Jeg er ikke skilt. Jeg er kun skilt på dansk papir, men jeg er stadigvæk gift i islamisk kultur.«

Det betyder, at hun ikke længere kan tage hjem til Yemen på besøg med sine børn. Gør hun det, vil hendes mand vide det med det samme, og så risikerer hun, at han kommer og tvinger hende til at være sammen med sig igen. Rayanah har søgt om dansk statsborgerskab, og før hun får det, tør hun ikke besøge sin familie i Yemen. For nylig mødte Rayanah en mand, hun forelskede sig i, og som forelskede sig i hende. Men de holder deres forhold hemmeligt, fordi alle, de kender, ville fordømme det: kæresten er gift og har børn med en anden kvinde, ligesom Rayanah i princippet stadig er gift. Men Rayanah har valgt at være ligeglad med, hvad andre mener:

»Hvorfor skal jeg vente på min mand? Han er gift igen, han bor ikke sammen med os, han er rejst til et andet land, hvordan skulle jeg stadigvæk være gift med ham? Jeg har været alene hele mit liv. Det er første gang i hele mit liv, at jeg er forelsket, så nu vil jeg leve mit liv. Jeg er forelsket, og jeg vil gerne have denne her mand. Jeg er ligeglad med alt. Vi elsker hinanden.«

Rayanah har ikke engang fortalt sine nærmeste veninder om forholdet, for hun er sikker på, de vil sladre om hende og fordømme hende. Om sit valg af abort siger Rayanah:

»Jeg havde ingen anden løsning. Jeg kan ikke få børn med ham. Vi er ikke gift, så det er svært. Jeg er muslim, så jeg må ikke blive gravid, uden at vi er gift. Derfor kunne jeg ikke beholde det. Hvad skulle jeg sige til min familie – hvem er han, hvor kommer den dreng eller pige fra? Det var det største problem for mig. Han sagde til mig, 'Behold babyen, vi kan blive gift senere'. Men det ville jeg ikke. Hvad skal jeg sige til min familie, når de opdager, jeg er gravid? Jeg er nødt til at være gift, før jeg bliver gravid.«

For kvinder som Rayanah og Asma, der var blevet gravide med én mand, mens

de ifølge islamisk lov var gift med en anden, var aborten ikke et egentligt valg – det ville have været næsten umuligt for dem at gøre andet end at afbryde graviditeten, hvis de ville bevare deres sociale anseelse. Havde de valgt at få barnet, ville de ikke blot have været meget alene med det, fordi barnets far ville være forpligtet i forhold til sin eksisterende familie, men de ville også have mødt fordømmelse fra deres sociale omgivelser.

Sammenfatning

I spørgeskemaundersøgelsen, hvor kvinderne blev spurgt om, hvorvidt de havde anvendt prævention i forbindelse med den aktuelle graviditet, viste resultaterne, at næsten halvdelen af de kvinder, der valgte abort, havde oplevet præventionssvigt, mens knap en fjerdedel blandt de svangre kvinder, der var blevet uplanlagt gravide, havde anvendt prævention. Dette er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, der har vist, at præventionssvigt synes at være en udbredt årsag til, at kvinder bliver uønsket gravide. Designet i spørgeskemaundersøgelsen gjorde det ikke muligt at opnå valid information omkring bagvedliggende mekanismer, der kunne have forårsaget præventionssvigt. Her tænkes specielt på, om metoden var anvendt kontinuerligt og korrekt. Den kvalitative del af undersøgelsen gik mere i dybden med dette emne.

Blandt de interviewede i det kvalitative studie var det kun sjældent tekniske præventionssvigt, der lå bag de uønskede graviditeter. Graviditeterne skyldtes i reglen enten, at kvinden havde glemt at tage sine p-piller, eller at parret ikke havde brugt nogen prævention under det samleje, hvor graviditeten opstod. De fleste af de interviewede i den kvalitative undersøgelse havde brugt kondom i kortere eller længere perioder, og for nogle var det den foretrukne præventionsform. Det var imidlertid også en præventionsform, der ofte var forbundet med uønskede graviditeter: ni af kvinderne var blevet gravide, fordi kondomet ikke kom på. En enkelt af de interviewede havde oplevet, at kondomet sprang – men for langt de flestes vedkommende opstod graviditeten, fordi kondomet ikke blev brugt. I spørgeskemaundersøgelsen var det specielt kvinder med dansk eller med anden vestlig baggrund, der angav at have oplevet præventionssvigt i forbindelse med kondomet. Dette fund blev underbygget i den kvalitative undersøgelse, hvor det særligt var de danske kvinder, der havde haft til hensigt at bruge kondom, mens indvandrerkvinderne oftere blev uønsket gravide i forbindelse med brug af sikre perioder/afbrudt samleje.

En del af de kvinder, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, angav at de var blevet gravide på trods af, at de havde anvendt p-piller, men blandt disse kvinder angav 2/3, at der havde været nogle enkelte forglemmelser. Dette fund blev underbygget i den kvalitative undersøgelse, som gik mere i dybden med årsager til p-pille-svigt. Her pegede resultaterne i retning af, at det for mange kvinder volder vanskeligheder at huske at tage en p-pille hver dag – og at det er særligt svært for kvinder, hvis hverdagsliv også volder dem vanskeligheder. En stor del af kvinderne i den kvalitative interviewundersøgelse var således blevet gravide,

fordi de havde glemt at tage deres p-piller, og mange fortalte, at de fandt det vanskeligt at huske at tage en p-pille hver dag. Et andet markant fund var, at en del af de interviewede, såvel blandt kvinder med dansk baggrund som indvandrerkvinderne, ikke troede det gjorde noget, hvis man glemte at tage p-pillerne et par dage.

Mange af de uønskede graviditeter kunne have været undgået, hvis kvinderne havde benyttet nødprævention. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser da også, at der var en del kvinder, der havde forsøgt dette men uden held - på trods af, at de fleste havde anvendt pillerne korrekt. Hovedparten af kvinderne havde dog ikke forsøgt at forebygge en uønsket graviditet med nødprævention. Ifølge den kvalitative undersøgelse var en af årsagerne til dette, at mange kvinder ikke for alvor troede, at de var blevet gravide. Nogle af indvandrerkvinderne benyttede ikke nødprævention af den enkle årsag, at de slet ikke kendte til dens eksistens, men generelt vidste de fleste af kvinderne dog godt, at nødprævention eksisterer.

Resultaterne fra den kvalitative undersøgelse pegede klart i retning af, at der er forbindelse mellem det at blive uønsket gravid og kvindens personlige situation og hverdagsliv. Det er således lettere for kvinder, der lever rolige, stabile og regelmæssige hverdagsliv at huske den daglige p-pille, end det er for kvinder, hvis liv er præget af uro og omskiftelighed. Undersøgelsen viser også, at risikoen for at blive uønsket gravid er større i situationer, hvor det daglige liv er bragt ud af fatning – enten i positiv forstand som ved forelskelse eller i negativ forstand som ved oplevelse af ensomhed, tab og svigt. Kvinder, der stoler på samlejeafhængige metoder som sikre perioder, afbrudt samleje og kondom, oplever en øget risiko for at blive uønsket gravid i perioder eller momenter af deres liv, hvor de er følelsesmæssigt og socialt ude af balance. Samlet viser undersøgelsen således en tendens til, at det generelt er vanskeligere for socialt sårbare kvinder at beskytte sig mod uønsket graviditet, end det er for kvinder, der er mere socialt privilegerede.

Undersøgelsen viser samtidig, at det er vanskeligere for indvandrerkvinder end for kvinder med dansk baggrund at beskytte sig mod uønskede graviditeter. En meget karakteristisk gennemgående forskel mellem kvinder med dansk baggrund og indvandrerkvinderne var, at kvinder med dansk baggrund var fuldt informerede om, hvordan man bliver gravid, og hvordan man kan undgå at blive det. Kvinder med dansk baggrund og deres partnere træffer oftest et relativt velinformeret valg, når de tager seksuelle chancer – et valg, der som ovenfor beskrevet er formet af den sociale situation, det finder sted i, men også et valg, der er baseret på en grundviden om, hvilken risiko man løber. Indvandrerkvinderne, derimod, savner ofte helt basal viden om reproduktiv fysiologi, graviditet, prævention, osv. og har derfor langt vanskeligere ved at beskytte sig mod uønskede graviditeter, end andre kvinder i Danmark. I denne forbindelse er der brug for yderligere forskning, særligt omkring den præventionsvejledning, indvandrerkvinder modtager i det danske sundhedsvæsen, og hvordan den kunne forbedres for forskellige grupper af indvandrerkvinder.

10. Valget af abort

»Det er så underligt at få at vide, du er gravid. Det er så underligt, når det ikke er planlagt. Det er jo lykken, hvis det er planlagt. Men når det ikke er planlagt, er det et helvede. Der er ikke noget at gøre. Altså det er enten eller. Enten beholder du det eller får det fjernet. Enten eller, der er ikke noget alternativ. Der er ikke noget tredje valg.«

Nadia (27 år)

Som det er fremgået af de foregående kapitler øger social sårbarhed risikoen for uønsket graviditet: Det er lettere at tage forholdsregler mod at blive gravid, hvis man lever et roligt og stabilt hverdagsliv i et etableret parforhold end hvis ens liv er præget af uro, omskiftelighed og social belastning. Dette kapitel vil vise, at social sårbarhed også gør det vanskeligere for kvinden at beslutte sig for at gennemføre en graviditet, hun ikke havde planlagt, hvis hun mangler de sociale ressourcer, der skal til for at klare at få et barn.

En uplanlagt graviditet udløser ofte ambivalens hos kvinden, der skal beslutte, om hun vil gennemføre graviditeten. Specielt de kvinder, der vælger abort, ser ofte på situationen med blandede følelser. Det er dog langt fra alle uplanlagte graviditeter, der ender med en abort. Et tidligere studie af kvinder, der var gravide i 4.-20. graviditetsuge, viste, at 38% af graviditeterne var uplanlagte, men alligevel valgte 75% af disse kvinder at gennemføre deres graviditet (Rasch et al. 2001). Af de kvinder, der vælger af få foretaget en provokeret abort, føler mange bagefter, at det har været en psykisk belastning. I et nyere dansk studie mente 32 ud af 61 kvinder, der havde fået foretaget abort, at de havde truffet beslutningen i en psykisk belastet situation. Derudover angav 17 ud af de 61 kvinder, at de havde skyldfølelse efter aborten. Denne psykiske belastning og skyldfølelse er tilsyneladende ikke et vedvarende problem, idet kvinderne i undersøgelsen også angav, at de havde fået det psykisk bedre, efter indgrebet var blevet foretaget (Schleiss et al. 1997). Der er intet belæg for at abort på længere sigt medfører alvorlige psykiske problemer. Dette er blevet belyst i en dansk registerundersøgelse, der ikke fandt nogen sammenhæng mellem provokeret abort og risikoen for efterfølgende indlæggelse på psykiatrisk hospitalsafdeling (Christiansen et al. 2003). En finsk registerbaseret undersøgelse har fundet en

øget forekomst af selvmord (1987-1994) blandt kvinder, der har gennemgået en provokeret abort i forhold til kvinder, der havde født. Men dette hang sammen med, at allerede inden aborten havde kvinderne psykiske problemer, og dette var blandt årsagerne til, at de fik afbrudt deres svangerskab (Gissler et al. 1996).

Ønsker man at nedsætte antallet af aborter kan man, udover at udbrede kendskabet til og brugen af prævention, sikre sig, at kvinder, der er blevet uønsket gravide, i højere grad bliver oplyst om den støtte, det er muligt at opnå, hvis de vælger at gennemføre graviditeten. I 2000 vedtog Folketinget en lov om tilbud om støttesamtaler (Civilretsdirektoratet 2000) for at styrke denne indsats. Lægen skal vejlede kvinden om muligheden for støttesamtaler før og efter abortindgrebet i forbindelse med den vejledning, der allerede i dag foretages af lægen om indgrebets beskaffenhed mv. Formålet med den forudgående støttesamtale er at give kvinden den nødvendige støtte til selv at træffe sin beslutning om, hvorvidt hun ønsker abort eller at gennemføre svangerskabet. Støttesamtalen må således ikke presse kvinden i retning af hverken at gennemføre eller afbryde svangerskabet.

Begrundelserne

Næsten halvdelen (44%) af de kvinder, der valgte abort, angav i spørgeskema undersøgelsen, at de havde været i tvivl om deres valg. De fleste af kvinderne angav flere forskellige begrundelser for valget af abort, fordi det sjældent var en enkeltstående faktor, der var udslagsgivende for deres valg, men derimod et samspil af forskellige omstændigheder. I Tabel 10.1 er begrundelserne for kvindernes valg opgjort i forhold til deres baggrund. De hyppigst nævnte begrundelser var, at de ikke havde råd til at få barn lige nu (30%), at de var for unge til at få barn (23%), at de allerede havde det antal børn de ønskede (23%), at et barn lige nu var uforeneligt med deres uddannelse (21%) eller erhvervsarbejde (18%), at de følte deres parforhold var ustabil (19%), eller at de ikke havde nogen fast partner (16%).

Som det fremgår af tabellen er mangelen på en fast partner en oftere valgt begrundelse hos kvinder med dansk og anden vestlig baggrund end blandt kvinder med ikke-vestlig baggrund. En anden forskel ses i kategorien »Sociale situation for ustabil«. Den vælges mest af kvinder med ikke-vestlig baggrund (32%) og mindst af kvinder med anden vestlig baggrund (13%). Dette forhold kunne måske skyldes, at blandt kvinder fra ikke-vestlige lande, der valgte abort, boede 10% på asylcenter og kun 66% havde permanent opholdstilladelse. Endelig synes ikke-danske kvinder at have sværere ved at forene et barn med en uddannelse end danske kvinder.

Tabel 10.1. Kvindernes begrundelse for valget af abort

	Dansk opr.		Anden vestlig opr.		Ikke-vestlig opr.		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
For ung til at få barn	257	23,2	14	23,3	36	20,5	307	22,8
For gammel til at få barn	109	9,8	7	11,7	16	9,1	132	9,8
Ingen fast partner	188	17,0	13	21,7	18	10,2	219	16,3
Ustabilt parforhold	207	18,7	15	25,0	32	18,2	254	18,9
Sociale situation for ustabil	240	21,7	8	13,3	57	32,4	305	22,7
Barn svært at foreneligt med erhvervsarbejde	196	17,7	11	18,3	30	17,0	237	17,6
Barn svært foreneligt med uddannelse	225	20,3	16	26,7	40	22,7	281	20,9
Har ikke råd til at få et barn lige nu	327	29,5	19	31,7	54	30,7	400	29,8
Ønsker større afstand mellem mine børn	93	8,4	3	5,0	15	8,5	111	8,3
Har det ønskede antal børn	255	23,0	10	16,7	38	21,6	303	22,5
Resultat fra prænatal diagnostik	3	0,3	0	0,0	2	1,1	5	0,4
Har ikke helbred til at få barn lige nu	66	6,0	5	8,3	20	11,4	91	6,8
Angst for at føde	37	3,3	6	9,8	11	6,3	54	4,0
Blev gravid ved seksuelt overgreb	4	0,4	1	1,7	2	1,1	7	0,5

Når der ikke er noget tredje valg

Nogle beslutninger i livet er hårdere end andre – fordi de er endegyldige og fordi der ingen bløde mellemveje findes. Beslutningen om at få en provokeret abort er en af den slags beslutninger. Der findes kun to valgmuligheder: At gennemføre graviditeten eller ikke at gennemføre graviditeten. For mange af de interviewede var valget af abort meget vanskeligt, og flere, særligt blandt indvandrerkvindene, græd under interviewet, når de talte om de forhold i deres liv, der havde fået dem til at vælge at få en abort fremfor et barn. For mange var hele forløbet omkring aborten præget af et væld af stærke og ofte meget ambivalente følelser. Glæde, ængstelse, ærgrelse og angst i forbindelse med graviditeten, og lettelse, tomhed, tab og sorg i forbindelse med aborten. Flere af kvinderne reflekterede over, hvor barsk valget af abort er.

Nogle af kvinderne vidste fra det øjeblik, de fandt ud af, de var gravide, at de ville have en abort. Det gjaldt f.eks. Birgitte (36 år), som var skilt, mor til fire, og var blevet gravid med en mand, hun ikke længere havde noget forhold til:

»Jeg tog hen til lægen med en urinprøve. Og så kom hun og sagde, den var positiv. Det eneste, jeg kan huske, jeg sagde, det var åh nej. Jeg tror endda, jeg bandede lidt. Så sagde jeg, jeg skal bare ikke have den. Jeg vidste det med det samme, altså. Jeg sagde bare til dem, jeg skal have tid til en abort, ganske enkelt. Der var ikke noget at tænke over. Der var slet ingen tvivl overhovedet. Min første tanke var simpelthen, jeg skal bare have en abort.«

Ofte var beslutningen dog ikke så enkel. For mange af kvinderne var graviditeten vævet sammen med et forhold til en mand, de var forelskede i; med drømme og forestillinger om, hvordan det ville være at blive mor; eller med ønsker om, at deres børn skulle have søskende. De fleste udtrykte meget ambivalente følelser omkring både graviditet og abort, og nogle bestemte sig frem og tilbage, før de endte med at vælge abort. Ninas historie illustrerer følelserne af ambivalens og den komplekse beslutningsproces, flere af kvinderne gennemgik, inden de til sidst besluttede sig for at afbryde graviditeten.

Nina (34 år), er mor til Alexander på syv år. Siden hun og Alexanders far for nogle år siden gik fra hinanden, har hun haft skiftende partnere. Da hun blev gravid, var det med en ny kæreste, hun var meget glad for og følte sig meget tæt på »hjertermæssigt«. Alligevel reagerede hun med meget blandede følelser, da hun opdagede, hun var gravid. På den ene side blev hun glad og tænkte, hvorfor ikke? Hvad der måtte være af praktiske problemer, fordi lejligheden var for lille, skulle nok løse sig. Dertil kom, at hendes fars død for nylig fik det til at gå op for hende, hvor meget det betyder at have søskende. Graviditeten ville betyde, at Alexander ikke skulle forblive enebarn.

Men Nina havde også sine tvivl. Hele det seneste år havde været meget hårdt for hende, dels på grund af faderens død, dels fordi der havde været mange konflikter og problemer på hendes arbejde. Det gjorde, at hun ikke følte sig så dynamisk og stærk som ellers.

Nina fik gentagne blærebetændelser, og det viste sig, at hun havde *ureaplasma*, en almindeligt forekommende infektion. Lægen sagde, det var ganske harmløst og ikke kunne skade fosteret. Nina og hendes kæreste læste på nettet, at det måske godt kunne være skadeligt – og det satte en tvivl i gang. Nina blev pludselig opmærksom på, hvor mange risici en graviditet kan involvere, særligt i hendes alder:

»Jeg er 34, så jeg ville have været 35, inden jeg fik dette her barn. Det er ikke som for ti år siden. Der er forskel på, om man er 24 eller 34 med hensyn til risici ved at få et barn. Jeg blev enormt ked af det, for jeg kunne mærke, at jeg begyndte at tvivle på mig selv. Hvad nu hvis vores forhold ikke holdt, hvad nu hvis der var et eller andet

galt med barnet, og så stod jeg bare der helt alene hængt op. Min søn er alene hængt op på mig. Så billedet vendte lige pludselig til, at jeg faktisk ikke turde gennemføre dette her alene, fordi jeg ikke vidste, om jeg havde back up fra ham [kæresten]. Jeg har ansvaret for en lille dreng endnu, så lige pludselig fik jeg den der følelse, 'uh, magter jeg dette her? Jeg turde simpelthen ikke. Den rosenrøde sky blev punkteret, fordi selvom jeg kunne sige til mig selv, at det kan godt være, lægen har ret i, at det ikke betyder noget, så kan barnet jo fejle alt muligt andet. Der er en risiko. Den tanke kunne jeg slet ikke overskue. Jeg var ikke stærk nok psykisk til at turde gøre det. Hvis jeg ikke havde haft et barn i forvejen, havde jeg nok gjort det. Så havde jeg nok taget chancen. Men fordi jeg har Alexander, så tænkte jeg, nej. Men jeg var meget ked af det og havde det rigtig, rigtig dårligt og svingede meget frem og tilbage, men endte hver gang i den der – nej, jeg turde simpelthen ikke. Jeg følte mig simpelthen ikke stærk nok. Det er meget sjældent, at jeg har det sådan, men det havde jeg der».

Ninas fortælling illustrerer flere ting. Den opridses først og fremmest de mange og ambivalente følelser, en uønsket graviditet kan involvere – lysten til at få et barn, forelskelsen i en kæreste, følelsen af ansvar for et barn, man i forvejen har, angsten for, at der er noget galt med det nye barn. Den illustrerer også, hvordan en beslutningsproces ofte ikke er en enkel, lineær proces, men kan bestå i en svingen frem og tilbage, der strækker sig over dage eller uger (se også Holmgren & Uddenberg 1993, Husfeldt et al. 1995). Endelig illustrerer den, hvorledes beslutningen om abort er indlejret i og uadskillelig fra kvindens livssituation i øvrigt og fra de sociale relationer, der har betydning for hende. I Ninas tilfælde spillede særligt hendes fars død og de konflikter, hun havde oplevet på sin arbejdsplads ind – men det gjorde også hendes glæde over endelig at have mødt en kærlighedspartner, hun følte sig tæt på og i forståelse med. Det var dog Ninas følelser af sårbarhed og skrøbelighed, der til sidst fik hende til at vælge abort.

De af kvinderne, der havde børn i forvejen, sammenlignede ofte deres følelser i forbindelse med den uønskede graviditet med de følelser, de havde haft under tidligere graviditeter – hvad enten de havde været planlagte eller ej. Marianne (37 år):

»Selvfølgelig er man jo i tvivl. Jeg synes, han er en usædvanlig skøn mand. Jeg vil gerne have børn med ham, det føltes meget, meget rigtigt. Jeg delte det med meget få, det var et udtryk for, at jeg var meget i tvivl. Jeg følte mig meget svag i min beslutning. Der skulle ikke meget til at rykke den, så et forkert ord fra en eller anden ville sikkert få mig til at ændre retning. Sidst jeg skulle have abort, var jeg slet ikke i tvivl. Så er det lettere at diskutere med andre. Men denne gang var det meget følsomt. Jeg havde lyst til at få et barn med ham. Fordi det vil komme ud af noget, som er stor, stor kærlighed, ikke. Det gør jo så, at man reagerer..., at det der vegelsind ligger der. Indtil man får bugt med det og tænker rationelt. Fordi en abort er jo, det er jo noget forfærdeligt rationelt noget. Det er det. I sidste ende er det jo, at man vælger noget fra, fordi man er fornuftig. Altså man tænker. Det er noget fornuft, der får én til at [vælge abort]. Beslutningen og sådan 'OK, hvad gør vi' – det bliver jo altså pludselig meget rationelt. Så det går fra den der følelsesladede beslutning og

følelsesladede proces over til noget, som er meget rationelt. Så bliver det sådan meget handlekraftigt og meget sådan skemalagt, ikke. Det er det rationelle, der tager over.»

Flere andre af kvinderne fortalte om, hvordan de med overlæg søgte at gøre hele abortprocessen til noget rent rationelt og praktisk, for dermed at holde sig ambivalensen og de komplicerede følelser fra livet. F.eks. fortalte Caroline (29 år) om, hvordan hun og hendes mand hjalp hinanden med at holde fast i deres beslutning om at afbryde graviditeten og ikke tænke over, at den også kunne være blevet til et barn:

»Jeg tror, vi slog følelserne fra og gjorde det til en enormt praktisk ting og lod være med at tænke. Vi tog beslutningen ret hurtigt, og så gik jeg ret lang tid og ventede på at komme ind. Der gik næsten en måned, før jeg fik tid. Da var det sådan en meget praktisk ting. Vi sad ikke og snakkede om en lille baby og sådan. Vi gjorde det ikke til en person. Vi var enige om, at nu har vi taget den beslutning, og så var der et par gange, hvor én af os – nej, sådan er det bare ikke. Nu har vi gjort det, og sådan er det. Du ved, jeg havde det enormt dårligt [under graviditeten], det havde jeg også med Clara og Daniel. 'Måske var det en lille pige', man havde det sådan. Men nej, nu har vi taget beslutningen, og så er det det.»

Når først beslutningen var taget, fandt mange af kvinderne ventetiden inden selve indgrebet meget hård. Særligt dem, der havde været meget i tvivl, fandt det følelsesmæssigt belastende at være gravid og samtidig vide, at man ikke skulle have et barn. De fysiske tegn på graviditet, i form af kvalme, træthed, osv., var for mange en konstant og ubehagelig påmindelse om, at de bar på noget, der stadig kunne nå at blive til et barn. Som Annette (32 år) beskrev det:

»Da jeg havde været hos min læge, havde jeg ønsket om, kan det ikke bare være i morgen, at jeg får den besked fra sygehuset. At man skal gå de der 14 dage, inden man kan komme til... De kunne godt indkalde én efter et par dage, så man ikke skal gå og være gravid i 14 dage. Jeg var rigtig gravid og havde meget kvalme, så jeg var bevidst om det hele tiden. Jeg synes, det er længe, man går med det, når først beslutningen er taget.»

Mange af kvinderne traf således valget af abort efter at have tænkt »fornuftigt« og »rationelt« og gjort op med sig selv, at de ikke magtede at få et barn lige nu, til trods for, at noget i dem ønskede at gennemføre graviditeten. Valget af abort var dog også for langt de fleste en social proces – et valg, de traf i samråd og samvær med andre og særligt med deres partner.

Moralske og religiøse overvejelser

For mange af kvinderne gjorde de etiske dimensioner ved valget mellem abort og fødsel beslutningen særligt vanskelig. Mange havde dybe moralske skruple over at skulle afslutte noget, der var begyndelsen til et liv – særligt fordi det var et potentielt liv, de selv havde været med til at starte og derfor følte ansvar for. Stort set alle kvinderne følte, at abort er moralsk forkert – men alligevel trods alt

det bedste valg, de kunne træffe i den situation, de befandt sig i. Som Annette (32 år) sagde:

»Jeg har aldrig nogensinde troet, at jeg skulle have en abort. Aldrig. Jeg har altid været meget imod det. Jeg har ikke noget imod, at andre kvinder får det, men det skulle ikke ske for mig. Det dér med, at man fjerner noget, man selv har været skyld i at lave.«

Tilsvarende sagde Jytte (36 år):

»Jeg har altid ment, at hvis det er gået galt, så man også tage konsekvensen af det. Sådan noget sløser man ikke med. Der må jeg nok sige, at jeg har fået en anden opfattelse i dag. Jeg har fået en meget større forståelse for dem, der får lavet en abort. At få lavet en abort er ikke noget, man bare lige gør. Der ligger i hvert fald nogle overvejelser bag, har jeg fundet ud af.«

Forholdet til det væsen, der kunne være blevet et barn, var et tema, næsten alle kvinderne talte meget om og havde tænkt meget over. De følgende citater er blot enkelte eksempler på kvindernes moralske overvejelser og refleksioner:

»Det var en dårlig oplevelse, jeg har det stadigvæk meget dårligt. Man bliver meget ked af det. Jeg har ikke kunnet læse, siden jeg fandt ud af, at jeg var gravid, intet har jeg lavet. Jeg sidder bare og kigger på mine lektier, jeg kan ikke koncentrere mig, jeg tænker på noget andet. Jeg tænker på, hvordan det kunne ske, hvorfor jeg ikke passede på, og sådan noget. Jeg har haft meget dårlig samvittighed. For det var synd for barnet.«

(Shahla, 25 år)

»Det er jo ikke bare et stykke tøj, du smider ud. Uanset hvor lidt levedygtigt, det er, på det tidspunkt, hvor du går ind og fjerner det, så er det starten til et menneske. Sådan er det, ikke. Det er ikke bare et eller andet celle halloj, celledeling. Det er starten til et menneske. På en eller anden måde synes jeg, at det er jo virkeligt alvorligt altså. Jeg er ikke specielt religiøs eller noget, det er ikke sådan noget, der går ind og farver mig. Men et eller andet sted tænker jeg, at det kunne have været et menneske, ikke? Altså jeg går ind på en eller anden måde og leger lidt med livet. Jeg går ind og manipulerer med noget, som en lille flig af mig synes er uetisk. Men jeg kunne ikke for alt i verden drømme om at synes, at abort skal afskaffes. Jeg synes, det er meget vigtigt, at vi har fri abort. Men jeg reagerer meget voldsomt, når nogen taler kritisk om nogen, der vælger abort. Eller insinuerer, at det måske er en eller anden form for præventionsmiddel. De fleste, tror jeg, har det meget svært med det. Jeg tror, det er en meget, meget lille gruppe, der er fuldstændig kolde omkring det.«

(Nina, 34 år)

Særligt blandt indvandrerkvinderne var der en udbredt opfattelse af fosteret som et barn – og dermed af aborten som et drab. Det var især de kvinder, der opfattede sig selv som religiøse – enten som kristne, som buddhister eller som

muslimer – der talte om abort som drabet af et barn. Som flere af kvinderne med islamisk baggrund fortalte, opfattes abort i islam som noget meget forbudt og forkert – *haram* – netop fordi det opfattes som drabet af et barn. Med 37-årige Asmas ord:

»Det svarer til, at man dræbte en person. Det er en synd. Vi siger, det er en synd.«

Også Vera (18 år), der har katolsk baggrund, talte om aborten som en form for barnedrab:

»Jeg synes, det er forkert at gøre det, for det er jo på en måde at dræbe et barn. Selvom det ikke er et barn. Sådan har jeg det lidt.«

Uanset religiøs baggrund var kvinderne dog enige om, at selvom abort er moralsk og religiøst forkert, er det endnu mere forkert at få et barn, man ikke er i stand til at tage sig godt nok af. Som Vera sagde:

»Jeg synes, det ville være endnu mere forkert at beholde det barn, hvis jeg ikke kunne give det det liv, jeg gerne ville kunne give det.«

Eller som Fatima (32 år) sagde:

»Abort er forbudt ifølge islam. Men hvis jeg får ti børn, hvordan skal jeg så opdrage dem? Det er det vigtigste. Hvad sker der med de børn? Hvordan skal man tage sig af dem? Eller moderens liv, hendes helbred. For det er også rigtig hårdt og svært at føde et barn.«

Når kvinderne fortalte om deres bevæggrunde for at vælge at få abort, spillede »hensynet til barnet« en vigtig rolle. Men samtidig betegnede en del af kvinderne også deres valg som et »egoistisk« valg. Som Astrid (32 år) sagde:

»Jeg syntes, jeg var en kæmpeegoist. Det var virkelig svært for mig at erkende, at jeg simpelthen ikke magter at være alene med et spædbarn mere.

[Interviewer: Hvori ligger egoismen?]

Det egoistiske er noget med ikke at ville igennem de to første år, der er de værste, når man har børn. Jeg havde ikke lyst til det, ikke lyst til at være på overfor et nyt lille barn, som jeg skulle være alene med, samtidig med, at jeg havde de to. Det er måske utilstrækkelighedsfølelsen.

[Interviewer: Så egoismen er i forhold til barnet?]

Ja. Det var faktisk det, jeg var ked af.«

Involvering af andre i beslutningen

Skønt mange af kvinderne følte, at valget af abort i sidste instans er et »ensomt valg« – forstået som, at det kun er dem selv, der kan træffe det – fandt beslutningen langt overvejende sted inden for rammerne af større sociale

fællesskaber. Enten i forhold til de konkrete fællesskaber, som hverdagen består af – parforholdet, familien, vennerne, osv. – eller i forhold til imaginære sociale fællesskaber, som fællesskabet med det barn, der kunne være kommet ud af graviditeten.

For de fleste kvinder i spørgeskemaundersøgelsen (67%) var kvindens partner den første, hun havde talt med, da hun skulle træffe beslutningen om, hvorvidt hun skulle få en abort. Der var også en del, der betroede sig til en ven/veninde eller til deres mor. Der var dog 4%, der ikke havde talt deres beslutning igennem med nogen som helst. I godt halvdelen af tilfældene var beslutningen om abort en fælles beslutning kvinden og hendes partner i mellem, mens kvinden i 6% af tilfældene følte, at det var partnerens beslutning. I 44% af tilfældene angav hun, at det var hendes egen suveræne beslutning. Langt hovedparten af kvinderne (80%) følte, at valget af abort var en beslutning de havde taget uden at føle pres fra nogen steder. Blandt de kvinder, der havde følt et udefra kommende pres til at få foretaget en abort, angav 66%, at presset var kommet fra deres partner.

Selvom mange i den kvalitative del af studiet havde delt abortoplevelsen med nære veninder eller familie, var det dog også for størstedelen af disse kvinder særligt deres partner, de diskuterede valget af abort med. Generelt gjaldt det, at de af kvinderne, der følte, de havde et godt forhold til deres mand eller kæreste, også talte indgående med ham om graviditeten og aborten. Sara (25 år), f.eks., var blevet gravid i et relativt nyt forhold og følte, at hun og hendes kæreste blev bragt meget tættere på hinanden på grund af aborten:

»Der er nogle følelser, der er blevet stærke, fordi vi har skabt et liv sammen. Det er meget hurtigere end i andre forhold gået op for mig, hvor meget troskab betyder. Det at man kan stole på hinanden. Jeg har også hurtigere fundet ud af, at jeg elsker ham, end jeg har i andre forhold. Vi har åbnet os for hinanden meget hurtigt på grund af dette her. Han tør fortælle mig, hvad han virkelig føler. Og han tør være der for mig. Det har han jo sagt hele tiden, at han vil være der 100% for mig. Og han har været med hele vejen igennem, sad og ventede på mig oppe på hospitalet og har været der, når jeg skulle trostes. Der er et specielt bånd imellem os efter dette her. Det føler vi.«

Nogle par traf som Sara og hendes kæreste valget af abort i fællesskab og enighed. Men mange af kvinderne fortalte også, at de først havde talt valget mellem abort og barn grundigt igennem med deres mand/kæreste – hvorefter han lagde beslutningen over til dem. Hvor nogle af de interviewede opfattede dette som ganske rimeligt, eftersom det er kvinden, der lægger krop til graviditet og fødsel, følte andre, at deres partner dermed skubbede ansvaret fra sig. Som Maja (26 år) sagde:

»Egentlig syntes jeg, det var uretfærdigt, at det var mig, der sad med den sidste beslutning, den endelige. Jeg sagde, jeg er da glad for, at du vil støtte mig i hvad det end bliver, men det er på en måde da også lidt fejt, at du bare skubber det over på mig. For så skal jeg stå med det hele helt alene. Det syntes jeg var rigtig hårdt.«

For en del mænd var det dog tilsyneladende følelsesmæssigt vanskeligt at forholde sig til aborten. Flere, særligt blandt indvandrerkvinderne, nævnte, at deres mand havde kendskab til aborten, men ikke ønskede at tale om den. F.eks. sagde Shahla (25 år):

»Jeg har heller ikke snakket så meget om det med min mand. Han ved det godt, men jeg har ikke snakket så meget med ham om det, for han er faktisk imod sådan nogle ting. Han har ikke sagt noget. Jeg tog beslutningen, og så sagde han okay.«

Skønt de fleste af kvinderne talte med deres mand/kæreste om valget af abort, var der også nogle, der traf valget uden at inddrage deres partner. Det var særligt de kvinder, der enten var blevet gravide i et uforpligtende elsker-forhold, eller hvis forhold var gået i stykker, der traf beslutningen uden at involvere deres partner. Et eksempel er Bodil (32 år), som blev gravid efter at hun og hendes kæreste havde brudt med hinanden:

»Jeg fortalte ham det, men det var min beslutning 100%. Jeg spurgte ham ikke til råds. Han kom med sin mening om det og syntes, vi skulle have et barn til, også selvom vi ikke boede sammen. Det kan han jo sagtens sige. Men det var jo godt nok, at han gav sin mening til kende.«

Flere andre af kvinderne tog beslutningen om abort uden at inddrage deres partner – oftest enten fordi de følte, de allerede var blevet svigtet af ham én gang, eller fordi de ikke følte sig sikre på, at han virkelig ville være der, hvis de fik et barn. Astrid (32 år) talte af erfaring, da hun sagde:

»Der tror jeg nok, at jeg synes, at der må pigerne sige, 'Kan jeg klare dette her barn alene'. Selvom det ikke er udgangspunktet, når man beslutter sig for det. Men risikoen er der jo altid, og den har i hvert fald været der for mig flere gange.«

Man kan således sige, at måden, beslutningen om abort blev taget på i et parforhold, ofte reflekterede forholdets karakter: de kvinder, som i forvejen havde et godt forhold til deres partner, traf oftest beslutningen sammen med ham – mens de kvinder, der følte sig alene i deres forhold, eller hvis forhold var gået i stykker, ofte traf beslutningen om abort udenom deres partner. De af kvinderne, der fandt beslutningen meget svær, traf ofte valget af abort alene, stort set uden at tale med andre om det. De følte, at det kun ville forvirre dem yderligere at skulle høre på andres meninger om, hvad de skulle gøre. Som Astrid (32 år) sagde:

»Der er jo nogle veninder, der har reageret ved at sige, 'hvorforsagde du ikke noget'. Men jeg havde ikke lyst til at sige det. Jeg havde brug for at kæmpe denne kamp selv. Jeg havde brug for virkelig at mærke efter.«

Generelt var kvinderne meget varsomme med, hvem de fortalte om aborten. De

følte selv, at det er moralsk problematisk at få en abort, og var derfor bange for at blive fordømt for det af andre. Jytte (36 år), f.eks., forklarede, at problemet måske mest var, at hun selv i bund og grund var så dybt ked af den handling, hun havde udført:

»Vi har slet ikke snakket med andre end hinanden om aborten. Der er ikke nogen, der ved det, hverken mine forældre eller søskende. Det er måske også, fordi jeg har det så dårligt med det. Jeg synes, det er noget skidt at få lavet. Det bryder jeg mig bestemt ikke om, og Jens har det på samme måde. Fysisk var det jo ikke noget problem, men psykisk havde vi det skidt. Fordi det var en handling, jeg egentlig havde gjort imod min vilje, selvom det selvfølgelig var mig, der havde valgt. Følelsesmæssigt synes jeg, det var meget meget svært. Det var svært, fordi når man snakkede med nogen, og de sagde, 'Hvordan har I det, hvordan går det', sagde man, 'Jamen, vi har det da godt og det går skide godt'. Og det gjorde det faktisk ikke. Indeni havde jeg det bare så dårligt med det.«

Men skønt de fleste af kvinderne var bange for at møde fordømmelse fra andre, var der ikke én, der fortalte, at hun reelt havde oplevet at blive fordømt eller kritiseret for hverken den uønskede graviditet eller sit valg af abort. Tværtimod havde alle mødt støtte og opbakning hos dem, de havde betroet sig til. Susan (29 år), f.eks., fortalte, hvordan en veninde havde bakket op om hendes valg:

»Min veninde, hun siger så det der med, 'Jamen, hvis du havde fået én mere, så havde du sgu gået i hundene', ikke også. Hvor hun siger, det er ikke pinligt at få en abort. Det er mere, at hvis jeg nu havde valgt at få dette her lille barn mere, ikke, så havde hun virkelig følt, jeg var et røvhul overfor pigerne. For det havde de ikke brug for.«

Mange af kvinderne fortalte også, at det havde betydet meget, at de følte, de blev mødt med accept og forståelse på hospitalet, da de skulle have aborten. Som Susan sagde:

»Det betyder meget, hvordan man har det på det sygehus. Og jeg synes bestemt ikke, jeg er blevet ubehøvet behandlet. Jeg har ikke følt, jeg er blevet kigget ned på, hvis man kan sige det sådan. De to gange, jeg har været inde, har jeg følt, at jeg er blevet taget godt imod og er blevet behandlet godt, og jeg har fået den oplysning, jeg skulle have. Jamen, så føler man ikke det der pinlige over det, det gør man ikke. Hvis man nu var blevet set ned på, så havde man det nok også mere dårligt med at gøre det.«

Marianne (37 år) sammenlignede den behandling, hun fik på hospitalet nu, med en abortoplevelse, hun havde haft som meget ung for ca. 20 år siden:

»De var enormt søde på hospitalet. Jeg syntes, det var et meget behageligt sted. Jeg følte mig meget godt taget imod. Jeg havde meget dårlige minder fra sidst, jeg fik en abort. Det var noget helt andet, og jeg følte mig virkelig anklaget. Der var en oversygeplejerske, som gav én dårlig samvittighed og fik én til at føle sig som en tøjte.«

Men sådan nogle oplevelser havde jeg ikke her. De var også enormt søde til, at man ikke skulle være tapper, og de ville give lige så meget smertestillende, som man havde brug for. De var meget søde til at ville skåne mig så meget som muligt.»

Sammenfatning

Beslutningen om at få en provokeret abort var for mange kvinder en vanskelig beslutning. I spørgeskemadelen angav således næsten halvdelen af de kvinder, der valgte abort, at de havde været i tvivl om valget. Den kvalitative del af studiet viste også, at der var stor forskel på selve beslutningsprocessen, således vidste nogle af kvinderne med det samme, at de ville have en abort, mens andre var meget i tvivl og fandt beslutningen tung og svær.

Ifølge oplysningerne fra spørgeskemaundersøgelsen var der mange forskellige faktorer, der havde indflydelse på kvindernes valg, men især angav kvinderne, at deres beslutning var blevet påvirket af, at de enten ikke havde nogen fast partner eller levede i et ustabil parforhold. Blandt kvinder fra ikke-vestlige kulturer var det fremherskende, at mange begrundede deres valg af abort med, at de fandt deres sociale situation for ustabil til at få barn lige nu, hvilket muligvis afspejlede at ca. en tredjedel af kvinderne fra ikke-vestlige lande endnu ikke havde fået permanent opholdstilladelse. For de fleste af kvinderne, der deltog i den kvalitative undersøgelse, lå der meget forskellige og sammenflettede motiver til grund for deres valg af abort, snarere end én enkelt og klar bevæggrund. Det drejede sig således ofte om et samspil af sociale, praktiske og økonomiske forhold. En del fandt, at andre ting i livet var det vigtigste for dem lige nu – som at nyde et nyt kærlighedsforhold - eller graviditeten harmonerede ikke med arbejdsliv eller uddannelse. Alder blev også nævnt som begrundelse, oftest fordi kvinderne følte sig for unge til at få børn nu. Væsentligt var dog, at langt de fleste af kvinderne tog beslutningen om abort, fordi de af en eller anden grund ikke følte, de magtede at få et nyt barn lige nu. De følte ikke, de havde de personlige og sociale ressourcer, der skal til, for at give et barn et liv, der er godt nok. Det var således overvejelser, der viser, at kvinder, der vælger at få abort, tager moderskab meget alvorligt. For dem er et barn ikke bare noget, man får, og så ser man, hvordan det går.

Mange af kvinderne havde dybe moralske skrupler over at skulle afslutte noget, der var begyndelsen til et liv. Men selvom stort set alle kvinderne følte, at valget af abort var moralsk forkert, var de også afklarede med, at det alligevel trods alt var det bedste valg, de kunne træffe i den situation, de befandt sig i.

Langt hovedparten af kvinderne i spørgeskemaundersøgelsen havde haft nogen at snakke deres beslutning igennem med. Skønt mange af kvinderne følte, at valget af abort i sidste instans er et »ensomt valg« – forstået på den måde, at kun de selv kan træffe det – tyder fundene fra både spørgeskemaundersøgelsen og den kvalitative undersøgelse på, at beslutningen oftest finder sted inden

for rammerne af større sociale fællesskaber. I de fleste tilfælde var kvindens partner den første hun havde snakket med, da hun skulle træffe beslutningen om, hvorvidt hun skulle have abort. Der var også en del, der betroede sig til en ven/veninde eller til deres mor. Skønt de fleste af kvinderne talte med deres mand/kæreste om valget af abort, var der også nogle, der traf valget uden at inddrage deres partner. Dette gjaldt specielt kvinder, der var blevet gravide i et uforpligtende elsker-forhold, eller kvinder hvis forhold var gået i stykker.

For en del mænd var det dog tilsyneladende følelsesmæssigt vanskeligt at forholde sig til aborten. Flere, særligt blandt indvandrerkvinderne, nævnte, at deres mand havde kendskab til aborten, men ikke ønskede at tale om den.

II. Provokeret abort og social sårbarhed

»Hvem får abort? Det gør kvinder i alle sociale lag«, skrev Ole Bertelsen for ti år siden (1994: 10). Meget tyder på, at denne observation holder endnu i dag. Men resultaterne fra det nærværende studie viser også med stor tydelighed, at nogle kvinder befinder sig i en livssituation, hvor de er mere socialt sårbare end andre kvinder – og dermed mere udsat for at komme til at opleve en uønsket graviditet og en provokeret abort. Denne sårbarhed kan ofte, men ikke altid, begrebsliggøres ved hjælp af konventionelle socio-demografiske kategorier som alder, civilstand, beskæftigelse, uddannelse, etnicitet, etc. Problemet med sådanne kategorier er bl.a., at de indebærer en tendens til at gøre menneskers livssituation mindre bevægelig og foranderlig, end den er i det levede liv. Som det er fremgået af de foregående kapitler, er abortsøgende kvinders sociale sårbarhed ikke nødvendigvis langvarig og statisk, men kan også være af mere momentan karakter og knyttet til øjeblikkelige livsproblemer og – vanskeligheder.

Langt fra alle graviditeter og børnefødsler er fuldt ud ønskede og planlagte. I de fleste kvinders erfaringsverden er begrebet en »planlagt graviditet« meget flertydigt (se f.eks. Bachrach & Newcomer 1999, Barret & Wellings 2002) – og mange børn bliver først til »ønskebørn« langt henne i graviditeten. Et studie udført af Rasch et al. (2002) blandt gravide kvinder i Danmark viste, at 9% af kvinderne havde oplevet præventionsvigt og i ca. halvdelen af tilfældene valgte kvinden at gennemføre graviditeten, til trods for, at den ikke oprindeligt var planlagt. Det er imidlertid ikke alle kvinder, der har overskud til at gennemføre en graviditet, der opstår på et tidspunkt, hvor den ikke er fuldt ud planlagt og ønsket. Påfaldende mange af kvinderne i den kvalitative del af dette studie var blevet uønsket gravide på et tidspunkt i deres liv, hvor de følte sig »nede«, hvor de følte, de manglede ressourcer og ikke havde de kræfter, deres hverdag krævede. For nogle af kvinderne var følelsen af at »løbe i modvind« midlertidig; en vanskelig periode i et ellers godt liv. Men for bemærkelsesværdigt mange var den tilsyneladende mere permanent. Mange havde tilsyneladende »løbet i modvind« i det meste af deres liv. Gloria i prolog III er et eksempel på, hvordan forskellige former for social sårbarhed ofte er vævet sammen i den enkeltes tilværelse – og også hænger nært sammen med oplevelsen af en provokeret abort. En skrøbelig tilknytning til arbejdsmarkedet, ustabile og skiftende parforhold, helbredsproblemer, svage sociale netværk, dårlig økonomi – er forhold, der virker sammen og forstærker hinanden, og øger risikoen for, at kvinden kommer til at opleve en uønsket graviditet og en provokeret abort.

Dette antyder, at abortproblematikken handler om andet og mere end prævention eller økonomisk støtte til børnefamilier. Den handler også om de sociale og samfundsmæssige mekanismer, der på systematisk vis sætter nogle mennesker i livssituationer, der er præget af sårbarhed og afmagt. Abortproblematikken handler også om, at økonomiske og sociale ressourcer

er ulige fordelt i Danmark i dag – og at nogle kvinder har væsentligt færre ressourcer end andre til rådighed i håndteringen af de livsproblemer, de måtte møde. Når indvandrerkvinder fra ikke-vestlige lande får flere aborter end kvinder med dansk baggrund, kan det således tages som udtryk for, at de er mere sårbare socialt end de fleste kvinder med dansk baggrund. De er mere marginaliserede og har dermed ikke den samme adgang til information og vejledning om prævention, og ofte har de ikke de sociale ressourcer, der skal til for at magte et nyt barn. Det er dog samtidig vigtigt at være opmærksom på, at indvandrerkvinder hverken er en éntydig kategori eller en kategori for sig – men at mange indvandrerkvinder, som vi her har dokumenteret, i vidt omfang deler vilkår med andre socialt sårbare kvinder i Danmark i dag.

Tidligere dansk forskning indikerer, at socialt svage kvinder har en større risiko for at måtte gennemgå en eller flere aborter end mere privilegerede kvinder. En undersøgelse udført af Wohler og Møller-Larsen (1978) viste, at ca. 50% af abortsøgende kvinder levede under sociale forhold, hvor omsorgen for et nyt barn enten ville indebære en akut social belastning af kvinden eller en yderligere belastning af en i forvejen belastet kvinde. Undersøgelsen viste også, at abortsøgende kvinder havde mere usikre samlivsformer og mere usikre erhvervsstillinger end gravide kvinder. Niels Kr. Rasmussen (1983) fandt, at 40% af abortsøgende kvinder valgte abort, fordi de følte, de manglede »personlige ressourcer«. I en særanalyse af de sociale forhold hos abortsøgende kvinder, som var gift eller samlevende, under 35 år, og havde færre end to børn, fandt Rasmussen (ibid.), at aborthyppigheden stiger med faldende indkomst, at de kvinder, der er mindst etablerede på arbejdsmarkedet – de arbejdsløse og de uddannelsessøgende – har en relativt høj aborthyppighed, at der er flere abortindgreb blandt kvinder med relativt korte parforhold, og at kvinder, hvis boliger er overbefolkede, har en højere abortratio. Rasmussen konkluderer, at valget af abort sker under hensyntagen til de objektive muligheder for at have børn. Ole Bertelsen (1994) dokumenterede ligeledes større arbejdsløshed blandt abortsøgende end fødende kvinder. Han fandt også, at fødende kvinder oftere end abortsøgende var funktionærer eller tjenestemænd, og dermed placeret i en ret sikker position på arbejdsmarkedet. Rasch et al. (2002) dokumenterer, at blandt abortsøgende kvinder i alderen 20-39 år, som var gift/samlevende og havde færre end to børn, var der betydeligt flere kvinder uden en videregående uddannelse, der valgte abort, end blandt de kvinder, der havde en videregående uddannelse. Ligeledes var kvinder i sidstnævnte undersøgelse med en månedlig indkomst under 5.000 kr. og arbejdsløse kvinder mere tilbøjelige til at vælge abort end kvinder med en højere indtægt og kvinder, der var i arbejde.

Såfremt dårlig økonomi, kortvarig uddannelse, skrøbelig tilknytning til arbejdsmarkedet og skiftende parforhold kan tages som indikationer på en vis social sårbarhed, er sammenhængene mellem provokeret abort og social sårbarhed således allerede dokumenteret i dansk abortforskning. Den eksisterende forskning indikerer, at abortsøgende kvinder ofte er mindre veletablerede end fødende kvinder, i deres parforhold såvel som på

arbejdsmarkedet. Det er med andre ord ofte kvinder, hvis liv er præget af en vis omskiftelighed og skrøbelighed, der får abort. Disse sammenhænge mellem provokeret abort og social sårbarhed har dog hidtil modtaget relativt begrænset eksplícit opmærksomhed i dansk forskning. Den hidtidige forskning har oftest fokuseret mere snævert på, hvilken form for præventionsbrug, der er gået forud for en provokeret abort, eller på, hvilke demografiske variable, valget af abort er forbundet med. De livssituationer og livssammenhænge, som kvinders subjektive erfaringer og valg i forhold til seksualitet og reproduktion bliver til igennem, har hidtil modtaget langt mindre forskningsmæssig opmærksomhed. Særligt de sociale og kulturelle dynamikker, som skaber sammenhænge mellem kvinders sociale situation og deres valg af abort, er i markant grad underbelyst i den eksisterende forskning.

Med det nærværende studie håber vi at have bidraget til større indsigt i nogle af disse mere kvalitative sociale dynamikker og sammenhænge. Resultaterne indikerer, at det er vigtigt i fremtidige forsknings- og forebyggelsesaktiviteter at holde sig for øje, at kvinder, der er socialt udsatte eller har momentane sociale problemer, i særlig udstrakt grad har behov for omhyggelig præventionsvejledning. Ligeledes er det væsentligt at holde sig for øje, at abortproblematikken også handler om velfærdssamfundets skyggesider; om de følelser af ensomhed og eneansvar for børn og familie, der præger mange abortsøgende kvinders hverdag. Når kvinder vælger abort fremfor fødsel, er det oftere følelser af social afmagt og isolation, der ligger til grund, end det er økonomiske og materielle problemer. I Danmark i dag tvivler de færreste på deres muligheder for at overleve og klare sig rent økonomisk – men mange abortsøgende kvinder føler sig tilsyneladende meget alene om deres (potentielle) forældreskab. Endelig handler abortspørgsmålet også om, hvordan samfundets goder og privilegier er fordelt. Det handler om, at nogle danske kvinder i højere grad end andre føler, de mestrer deres liv, og har ressourcerne til at skabe sig en tilværelse, der er i overensstemmelse med deres egne ønsker – ikke mindst hvad angår parforhold, familieliv og børnefødsler. Vil man nedbringe antallet af aborter i Danmark, er det således væsentligt at tænke længere end til prævention og familieliv i mere snæver forstand. Det er nødvendigt også at overveje, hvordan man bedst styrker de mennesker, der i dag er samfundets svageste og mest sårbare.

12. Opsummering

Såvel antallet af provokerede aborter som abortraten har været jævnt faldende siden 1975. Da det i 2000 var blevet påvist, at der forekom relativt flere aborter blandt indvandrerkvinder end blandt andre kvinder i Danmark, bestilte og finansierede Sundhedsstyrelsen denne undersøgelse for at få belyst årsagerne til de højere abortrater blandt kvinder med indvandrerbaggrund. Sundhedsstyrelsen ønskede at anvende den ny viden til bedre at kunne målrette den forebyggende indsats mod kvinder, der er specielt udsatte for at komme i en situation, hvor de må få foretaget en provokeret abort.

Udgangspunktet for dette studie var seks specifikke mål, der er blevet belyst ved hjælp af en metode-triangulering: En kombination af registerundersøgelse, hospitalsbaseret spørgeskemaundersøgelse og en kvalitativ interviewundersøgelse. I dette kapitel opsummeres resultaterne.

Det første mål var via registerdata at analysere abortudviklingen i Danmark fra 1981 til og med 2001 for at belyse, hvordan kvindens familieforhold, herunder antallet af børn og karakteristika ved partneren, uddannelse og erhvervsarbejde har påvirket valget af provokeret abort gennem tidsperioden.

Resultaterne fra registerundersøgelsen viser et stadigt fald i andelen af kvinder, der fik abort, i alle de aldersgrupper (15-34 år), der følges. I overensstemmelse med den officielle statistik var andelen af kvinder, der fik abort, højest blandt kvinder i 20'erne.

Det andet mål var via registerdata at analysere abortudviklingen blandt indvandrerkvinder (indvandrere samt efterkommere) i Danmark fra 1981 til og med 2001 med henblik dels på en selvstændig analyse af, hvordan disse kvinders familieforhold, herunder antallet af børn og karakteristika ved partneren, uddannelse og erhvervsarbejde har påvirket valget af provokeret abort gennem tidsperioden og dels på en sammenligning med de tilsvarende sammenhænge for kvinder med dansk baggrund.

Resultaterne fra registerundersøgelsen viste overraskende, at generelt var faldet blandt indvandrerkvinderne stærkere end det fald, der ses blandt de danske kvinder. Men samtidig dokumenterer registerundersøgelsen en højere abortandel blandt visse grupper af indvandrerkvinder, især blandt kvinder med ikke-vestlig oprindelse, end blandt kvinder med dansk oprindelse. Endvidere dokumenteres, at i de sidste par år havde de yngste efterkommere et abortniveau på linje med de danske kvinders, mens de ældre lå højere. Da gruppen af efterkommere stadig er ret lille, er det dog svært at sige noget med sikkerhed om udviklingen i gruppen. Familiemæssigt var der for de helt unge tendenser i retning af, at en højere andel af de kvinder, der var blevet tidligt gift eller var samboende og af dem, der havde fået barn tidligt, fik abort. Det gjaldt for både danskere og indvandrere, dog med

den bemærkning, at der relativt var meget færre indvandrere og efterkommerne, der var samboende, mens papirløst samliv er meget hyppigere end ægteskab blandt de unge danskere.

Det tredje mål var at belyse, hvorledes familiemæssig baggrund, social baggrund, sociale netværk, viden om og adfærd med hensyn til prævention, tidligere graviditeter og graviditetsudfald har indflydelse på valget af provokeret abort blandt kvinder med dansk oprindelse og indvandrerkvinder.

Kvinder, der ikke levede i fast parforhold, var langt mere tilbøjelige til at vælge abort end kvinder, der levede i et fast parforhold. Blandt kvinder, der levede i faste parforhold var der en klar association mellem, hvordan de oplevede kvaliteten og stabiliteten af deres parforhold og det at vælge abort. Denne sammenhæng var mere udtalt blandt indvandrerkvinderne.

Valget af abort var fremtrædende blandt socialt udsatte kvinder. Således forekom valget af abort hyppigere blandt kvinder, der var arbejdsløse eller ikke havde nogen faglig uddannelse samt blandt kvinder, der havde en lav indkomst. Denne sammenhæng var mere udtalt blandt indvandrerkvinder. Samtidig var indvandrerkvinderne i studiet også ofte mere socialt udsatte og sårbare, blandt andet fordi de i mange tilfælde havde et spinkelt socialt netværk. Det er nærliggende at antage at denne udsathed ikke udelukkende har betydning i forbindelse med en øget forekomst af provokeret abort, men også har betydning i forbindelse med andre af livets forhold.

Resultaterne i den kvalitative undersøgelse viser meget tydeligt, at abortproblematikken ikke kan betragtes i isolation fra andre sociale og politiske felter. Særligt enlige forsørgeres sociale vilkår er af afgørende betydning i forhold til valget mellem abort og fødsel. Politik-områder såsom arbejdsmarkedspolitik, boligpolitik, socialpolitik har direkte konsekvenser for kvinders mulighed for og lyst til at blive mødre. Det er vigtigt at være opmærksom på, at sociale og økonomiske politikker, der forringer vilkårene for de svagest stillede i samfundet, også skaber en øget sårbarhed, der er medvirkende til både at øge risikoen for, at uønsket graviditet opstår, og risikoen for, at kvinden ikke magter at gennemføre svangerskabet.

For indvandrerkvinderne i særdeleshed gælder det, at de ofte oplever en social isolation, som gør det vanskeligt at klare et moderskab i situationer, hvor familien er under pres - ikke mindst i forbindelse børns med sygdom. Det er vigtigt at overveje, hvordan denne sociale isolation kan brydes. Det kunne være ved hjælp af kvindegrupper i boligområderne, ved hjælp af realistiske krav til deltagelse i danskundervisning og øget tilbud om job aktivering.

Det fjerde mål var at belyse motiver for valg af provokeret abort, bevæggrunde for evt. ikke at have anvendt prævention, samt årsager til eventuelt præventionssvigt.

Kvinder, der valgte abort var ofte blevet gravide pga. inkonsekvent eller manglende præventionsbrug. Således opstod mange af graviditeterne, fordi kvinden havde glemt at tage sine p-piller, eller fordi parret ikke havde brugt nogen prævention under det samleje, hvor kvinden blev gravid. Hovedparten af de kvinder der var blevet gravide på trods af, at de havde anvendt p-piller angav at have glemt en enkelt eller to piller i den cyklus, hvor graviditeten opstod. Mange af kvinderne fandt det vanskeligt at huske at tage en p-pille hver dag – et fund, der var specielt udtalt blandt socialt sårbare kvinder. Samtidig mente en del af kvinderne, at risikoen for at blive gravid var begrænset, selvom man glemte at tage sine p-piller et par dage.

Kvinder, der mente prævention var forbundet med bivirkninger og kvinder, der havde oplevet problemer i forbindelse med præventionsanvendelse, var mere tilbøjelige end andre til at vælge abort. Denne sammenhæng var mest fremherskende blandt indvandrerkvinderne. Særligt det at skulle indtage hormoner gennem længere tid virkede afskrækkende på en del af kvinderne. Mange af indvandrerkvinderne angav, at de var bange for, at p-piller kunne være kræftfremkaldende eller nedsætte deres fertilitet på længere sigt.

Langt hovedparten af partnerne var ifølge kvinderne positivt indstillet overfor præventionsbrug. Blandt indvandrerkvinderne var der dog en forholdsvis større andel, der angav, at deres partner var imod prævention, og abort forekom oftere blandt disse kvinder end blandt kvinder, hvis partner var positiv overfor prævention.

Det femte mål var at analysere om valget af provokeret abort blandt indvandrerkvinder adskiller sig fra valget af provokeret abort blandt kvinder med dansk baggrund, herunder om der var forskelle i de bagvedliggende årsager til uønsket graviditet.

I skarp kontrast til kvinder med dansk baggrund, der følte sig velinformeret om prævention, var behovet for viden og vejledning markant blandt indvandrerkvinder, især blandt kvinder, der var kommet til Danmark for relativt nyligt. Disse kvinder manglede basal viden om kroppens fysiologi og om, hvordan man bedst muligt undgår at blive uønsket gravid. Samtidig var indvandrerkvinderne ofte i tvivl om, hvor de kunne henvende sig for at få oplysning om seksuelle og reproduktive forhold.

Undersøgelsens resultater peger i retning af, at det danske sundhedssystem primært er indrettet til kvinder med dansk baggrund, som har omfattende viden om prævention og reproduktiv fysiologi. Denne basale viden besidder indvandrerkvinder ikke altid. Sundhedspersonale, særligt egen læge, men også sundhedspersonale på hospitalet, hvor aborten udføres, antager tilsyneladende ofte, at indvandrerkvinder har samme grundviden som kvinder med dansk baggrund, og tager ikke altid de særlige hensyn i form af mere tid, mere omfattende præventionsvejledning, der er brug for. Hvis indvandrerkvinder, som

ikke har de samme forudsætninger som kvinder med dansk baggrund, skal have samme muligheder for at beskytte sig mod uønsket graviditet, skal der sættes ind med grundigere oplysning og vejledning til dem hos egen læge såvel som andre steder i sundhedsvæsenet.

Det sjette mål var at pege på tiltag, der kan føre til nedsættelse af aborttallet blandt indvandrerkvinder.

Udover vejledning hos egen læge, som er det sted, de fleste kvinder i studiet forventer og ønsker at blive vejledt om prævention, kan man overveje andre måder at nå indvandrerkvinder med oplysning om prævention, seksualitet, graviditet osv. En nærliggende løsning vil være etablering af mindre præventionsklinikker, der er specielt målrettet mod indvandrerkvinder og som dermed tilgodeser disse kvinders behov for mere detaljeret oplysning og vejledning om seksuelt og reproduktiv sundhed. En strategisk fornuftig placering af sådanne klinikker ville være i områder, hvor man erfaringsmæssigt ved, at der bor mange indvandrere. Samtidig er det særligt vigtigt at få kontakt til de kvinder, der er nyankomne til Danmark – hvilket man kunne overveje at gøre via socialforvaltningen. I forbindelse med deres første kontakt med de sociale myndigheder kan kvinderne bliver orienteret om, hvor de kan henvende sig for at få helbredsoplysninger generelt og mere specifikt oplysninger om seksuel og reproduktiv sundhed.

Også efterkommerkvinder i studiet manglede basal viden om prævention og reproduktiv fysiologi. Disse kvinder har tilsyneladende ikke fået det ud af seksualundervisningen i skolen, som de burde. Det ville måske fungere bedre, hvis man adskilte piger og drenge, når der leveres seksualundervisning i folkeskolen, i hvert fald de steder, hvor der er mange børn med indvandrerbaggrund i klassen.

Samtidig bør det i højere grad erkendes, at der skal to til at forebygge en graviditet. Derfor bør man også forsøge at inddrage mænd i præventionsrådgivningen. Det gælder ikke mindst for mænd med indvandrerbaggrund, som i nogle tilfælde er forbeholdne overfor moderne prævention.

Selv om hovedparten af kvinderne var tilfredse med den præventionsoplysning, de fik hos deres egen læge, gav mange dog udtryk for, at lægen opfattede p-piller som værende den absolut bedste form for prævention. Nogle følte, at de kun havde fået sporadisk information om andre præventionsformer. Samtidig angav en del af kvinderne, at konsultationen hos egen læge blev udført under et vist tidspres, hvilket gjorde det vanskeligt for lægen at nå at rådgive om samtlige præventionsformer og for kvinderne at forstå lægens budskab. Sidstnævnte var specielt udtalt blandt indvandrerkvinderne.

Der er behov for mere balanceret præventionsinformation fra praktiserende

lægers side. Der er tilsyneladende en tendens til, at p-piller promoveres af egen læge - på bekostning af andre metoder, der måske for den enkelte kvinde ville være mere egnede i forhold til hendes behov. Præventionsrådgivningen bør indeholde bedre oplysning om de "nye" præventionsformer, som p-ring, p-plaster, p-stav, således at de kvinder, der ikke er begejstrede for p-pillen, har bedre mulighed for at finde alternativer. Man bør ligeledes overveje at afsætte ekstra tid til konsultation i de tilfælde, hvor man må forvente, at kvinden har behov for uddybende rådgivning.

En del af de uønskede graviditeter, der endte med provokeret abort, kunne have været undgået, hvis kvinderne havde anvendt nødprævention. Mere intensiv oplysning om nødprævention, hvorledes pillerne virker, hvordan de skal tages, og hvor man kan købe dem, vil kunne være med til at øge brugen af nødprævention og dermed nedsætte antallet af provokerede aborter. Endelig kan man arbejde bevidst på at udbrede kendskabet til de støttesamtaler, Folketinget vedtog en lov om i 2000.

13. Referencer

- A** Andersen TF, Madsen M, Jørgensen J, Mellemkjær L, Olsen JH. (1999). The Danish National Hospital Register. A valuable source of data for modern health sciences. Danish Medical Bulletin 1999;46(3):263-8
- Andreasen EE, Hindsø K, Andersen B (1996). Provokerede aborter sat i relation til brugen af præventive midler. Ugeskrift for Læger 1996;158 (40): 5928-5932
- B** Bachrach CA, Newcomer S (1999). Intended pregnancies and unintended pregnancies: Distinct categories or opposite ends of a continuum? Family Planning Perspectives 1999; 31 (5): 251-252
- Barret G, Wellings K (2002). What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. Social Science & Medicine 2002; 55 (4): 545-557
- Befolkningens bevægelser 2002 (2003). København: Danmarks Statistik (og andre årgange)
- Bertelsen O (1994). Abort eller fødsel. København: Socialforskningsinstituttet
- Bertelsen O (1981). Det faldende fødselstal. København: Socialforskningsinstituttet
- Bertelsen O (1980). Den unge fammille i 1970'erne. København: Socialforskningsinstituttet
- C** Carneiro IG (2003). A Home of their Own: Leaving Parental Home in Denmark and Brazil. Ph.d. afhandling. Syddansk Universitet, Odense
- Carneiro IG, Knudsen LB (2001). Fertility and Family Survey in Countries in the ECE Region - Country Report - Denmark. Comparable FFS data. United Nations Economic Commission for Europe and United Nations Population Fund
- Christiansen CC, Schmidt G, Christoffersen MN (2003). Provokeret abort - undersøgelse af baggrund og virkningsmekanismer. København: Socialforskningsinstituttet
- Christoffersen H (1991). De unge på boligmarkedet. København: Amternes og kommunernes Forskningsinstitut
- Civilretsdirektoratet (2000). Cirkulæreskrivelse pr. 21. april 2000 til samtlige amtskommuner, Københavns og Frederiksberg kommuner, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Amtsrådsforeningen om støttesamtaler før og efter svangerskabsafbrydelse

- D** Danmarks Statistik (1997). Fertilitetsudviklingen i Danmark fra 1980 til 1993. København: Danmarks Statistik
- David HP, Morgall JM, Osler M, Rasmussen NK, Jensen B (1990). United States and Denmark: Different Approaches to Health Care and Family Planning. *Studies in Family Planning* 1990; 21 (1): 1-18
- E** Eskild A, Helgadóttir LB, Jerve F, Qvigstad E, Stray-Pedersen S, Løset Å (2002). Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 2002;122 (14):1355-7
- F** Forebyggelsessekretariatet (2000). Ung 99 – en seksuel profil: Viden, holdninger, sex og AIDS. Forebyggelsessekretariatet, Frederiksberg Hospital
- Frejka T, Calot G (2001). Cohort reproductive pattern in the Nordic countries. *Demographic Research* 2001; 5 (5): 126-86
- G** Gammeltoft T (2002). Seeking trust and transcendence: sexual risk-taking among Vietnamese youth. *Social Science and Medicine* 2002;55:483-496
- Gammeltoft T (2003). Intimiteten. Forholdet til den anden. I: Hastrup K (red.). *Ind i Verden. En Grundbog i Antropologisk Metode*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 273-295
- Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J (1996). Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *British Medical Journal* 1996; 313:1431-4
- Görman U (2000). Religion, sexualitet och abort. I: Gustafsson B, Helmius G, Lennerhed L, Persson E (red.). *Erfarenheter och egna val. En bok om abort*. Stockholm: Gothia
- H** Hansen SK, Birkebæk JS, Husfeldt C, Munck CB, Nøddebo M, Petersson BH (1996). Abortsøgendes præventionsbrug og årsager til valg af abort. *Ugeskrift for Læger* 1996; 158 (41): 5773-5776
- Holmgren, Holmgren, K & Uddenberg, N (1993). „Ambivalence during Early Pregnancy among Expectant Mothers.“ *Gynecol Obstet Invest* 36: 15-20.
- Husfeldt C, Hansen SK, Lyngberg A, Nøddebo M, Petterson B (1995). Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 74: 813-817
- I** Ingelhammar E, Möller A, Svanberg B, Törnbohm M, Lilja H, Hamberger L (1994). The use of contraceptive methods among women seeking a legal abortion. *Contraception* 1994; 50: 143-152

Ingerslev O (2000). Sundhedsforhold blandt indvandrere: I: Mogensen GV & Matthiessen PC (red). Integration i Danmark omkring årtusindskiftet Århus: Aarhus Universitetsforlag, s. 230-232

K

Knudsen LB (1998a). Abort i de seneste 100 år. I: Petersson B, Knudsen LB, Helweg-Larsen K (red) Abort i 25 år. København: L&R Fakta s. 13-20

Knudsen LB (1998b). Abort i tal - en vurdering af udviklingen. Ugeskrift for Læger 1998;160:6253-7

Knudsen LB (1998d). Abort som en nødvendighed i det moderne samfund. I: Petersson B, Knudsen LB, Helweg-Larsen K (red). Abort i 25 år. København: L&R Fakta s. 168-174

Knudsen LB (2000). Amtskommunale forskelle i abortudviklingen i Danmark. Ugeskrift for Læger 2000;162:2041-2045

Knudsen LB (1998c). The Danish Fertility Database. Danish Medical Bulletin 1998;45:221-5

Knudsen LB (1993). Fertility Trends in Denmark in the 1980s. A Register Based Socio-demographic Analysis of Fertility Trends. København: Danmarks Statistik

Knudsen LB (1997a). Induced abortions in Denmark. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; Suppl. 164;76:54-59

Knudsen LB (1997b). Provokerede aborter sat i relation til brugen af præventive midler. Ugeskrift for Læger 1997;159: (7): 966-967

Knudsen LB (2002). Statistik om abort. I: Rådgivningshåndbogen. København: Komiteen for Sundhedsoplysningen og Foreningen Sex og Samfund. 2002, s. 40-47

Knudsen LB, Gissler M (2003). The Divergent Rates of Induced Abortion among Young Women in Finland and Denmark. Yearbook of Population Research in Finland 2003; 39: 227-44

Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, Hedberg C, Ollendorff U, Sundström K, Totlandsdal K, Vilhjálmsdóttir S (2003). Induced Abortion in the Nordic Countries: special emphasis on young women. Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica 2003; 82 (3): 257-68

Knudsen LB, Murphy MJ (1999). Registers as data source in studies of reproductive behaviour. Demografisk Forskningscenter. Odense: Research Report 12

Knudsen LB, Wielandt H (1995). På vej mod abort. København: Frydenlund 1995

Krebs L, Johansen AM, Helweg-Larsen K (1997). Registrering af provokerede aborter i 1994. En sammenligning af data fra Abortregistret og Landspatientregistret. Ugeskrift for Læger 159(11):1607-11

Kristiansen A, Falck Larsen J, Thorup E (1991). Abortus provocatus. Begrundelser og kontraceptionsvaner. Ugeskr Læger 1991;153 (25): 1798-1801

Kulczycki A, Potts M, Rosenfeld A (1996). Abortion and fertility regulation. Lancet 1996; 347:1663-8. Lov nr. 350 af 13. juni 1973 om svangerskabsafbrydelse. Lovbekendtgørelse nr. 762 af 11. september 2002

M

Manderson L; Liamputtong P (red.) (2002). Coming of Age in South and Southeast Asia: Youth, Courtship and Sexuality. Richmond: Curzon Press

O

Osler, M (1991). Svangerskabsforebyggende metoder og deres effektivitet. Ugeskrift for Læger 1991: 153: 562-65

Osler Mogens, Morgall JM, Jensen B, Osler Merete (1992). Repeat abortion in Denmark. Danish Medical Bulletin 1992; 39 (1): 89-91

P

Pedersen L (1991). Indvandrere og deres efterkommere i Danmark. Statistiske undersøgelser nr. 43. København: Danmarks Statistik

Petersson B (1998). Aborter efter 12. svangerskabsuge. I: Petersson B, Knudsen LB, Helweg-Larsen K (red). Abort i 25 år. København: L&R Fakta. 1998 s. 112-119

Petersen KR, Poulsen EF (2001) Hormonal kontraception med gestagener. Ugeskrift for Læger 163, 4553-4556

R

Rasch V (2002). Contraceptive Failure – Results from a study conducted among women with accepted and unaccepted pregnancies in Denmark. Contraception 2002;66 (2):109-116

Rasch V (2000). Different aspects of women's reproductive choices -Results from a study conducted among women with wanted and unwanted pregnancies i Denmark and Tanzania. PhD thesis, Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, 2000

Rasch V, Knudsen LB, Wielandt H. (2001). Pregnancy planning and acceptance among Danish pregnant women. Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavia 2001; 80(11):1030-5

Rasch V, Wielandt H, Knudsen LB (2002). Living-conditions, contraceptive use and the choice of induced abortion among pregnant women in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002; 30: 293-299

Rasmussen B (1990-92). *Seksuel adfærd blandt unge*. Bd. 1-3. Frederiksberg: Aids-sekretariatet

Rasmussen NK (1983a). Abort – et valg. Fødsler, fødselsbegrænsning og svangerskabsafbrydelse. Baggrund og årsager til udviklingen i aborttallet. København: FADLs forlag

Rasmussen NK (1983b). Hvem vælger at få et svangerskab afbrudt? *Månedsskrift for praktisk lægegering* 1983 (oktober)

Rubow C (2003). *Samtalen*. Interviewet som deltagerobservation. I: Kirsten Hastrup (red.), *Ind i Verden*. En Grundbog i Antropologisk Metode. København: Hans Reitzels Forlag, s. 227-245

S

Sidenius K, Rasmussen NK, Boesen EM, Pedersen H (1983). Abortsøgende kvinders kontraceptionsvaner. *Ugeskrift for Læger* 1983;145: 3721-3724

Schleiss L, Mygind KA, Borre RV, & Petersson BH (1997). Psykiske følger af provokeret abort.. *Ugeskrift for .Læger* 1997;59: 3603-3606

Singh S, Bankole A and Haas T, Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives*,1998, 24(3):117-127 & 152

Spinelli A, Talamanca IF, Lauria L (2000). Patterns of contraceptive use in 5 European countries. *European Study Group on Infertility and Subfecundity*. *Am.J.Public Health* 2000;90(9):1403-8

Sundhedsministeriet (1999). *Handlingsplan for nedbringelse af antallet af provokerede aborter*. København: Sundhedsministeriet

Sundhedsstyrelsen (1986). *Statistik om prævention og aborter 1985 (1984)*. *Vitalstatistik I:17:1986*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (1989). *Statistik om prævention og aborter 1988*. *Vitalstatistik I:25:1989*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (1993). *Statistik om prævention og aborter 1991 og 1992*. *Vitalstatistik I:36:1993*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (1997). *Statistik om prævention og aborter 1994 og 1995*. *Sundhedsstatistik 1997:1*. København: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2003a). Legalt provokerede aborter 2001. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2003:1

Sundhedsstyrelsen (2003b). Legalt provokerede aborter 2002, (foreløbig opgørelse). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2003;7

Sundhedsstyrelsen (2004). Befolkningens holdning, viden og adfærd i forhold til seksualitet, seksygdomme og hiv. Hovedrapport. Udarbejdet af TNS Gallup for Sundhedsstyrelsen. www.sst.dk, set marts 2004

T Törnbohm M, Ingelhammar E, Lilja H, Möller V, Svanberg B (1994). Evaluation of stated motives for legal abortion. J. Psychosom. Obstet. Gynecol 1994; 15: 27-33

U Ussing J (1979). Om abort. København: Socialforskningsinstituttet
Varedeklaration (2004). Varedeklaration: Indvandrere og efterkommere
www.dst.dk, set marts 2004

V Vestermark V, Petersen FV, Asping UI (1990). [Reasons for choosing legal abortion]. Ugeskrift for Læger 1990; 152: 2306-2309

W WHO (2000). Improving Access to Quality Care in Family Planning. Geneva: WHO/RHR

Wikman M, Jacobsson L, von Schoultz B (1992). Attitudes toward reproduction in a nonpatient population. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 121-126

Wohlert M, Møller-Larsen F (1978). Sociale forholds betydning for valg af abortus provocatus. En socialmedicinsk undersøgelse af 531 abortsøgende og 285 gravide kontroller. Ugeskrift for Læger 1978; 140 (30): 1835-41

Om forfatterne

Tine Gammeltoft, mag.art. og ph.d., er lektor ved Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Hun er regionalt specialiseret i Sydøstasien, særligt Vietnam, hvor hun har udført flere længerevarende antropologiske feltarbejder. Tematisk arbejder hun med reproduktiv sundhed, seksualitet, køn, familie, udvikling og menneskerettigheder, og hun har publiceret en række artikler og bøger om disse emner. Hun har i flere år været medlem af Foreningen Sex og Samfunds bestyrelse og har haft en række andre tillidsposter, bl.a. medlemskab af Udenrigsministerets tænketank for HIV/AIDS.

Lisbeth B. Knudsen, mag. scient. soc., er lektor ved Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet. Hun har tidligere arbejdet i Sundhedsstyrelsen med ansvar for bl.a. abortregistret og abortstatistikken og i Danmarks Statistiks kontor for Forskningservice, hvor hun etablerede Fertilitetsdatabasen. Siden har hun været forskningslektor ved Demografisk Forskningscenter, Syddansk Universitet i Odense, hvor hun var beskæftiget ved fertilitetsstudierne. Hun har forsket i forskellige aspekter af reproduktionsudviklingen, primært baseret på registerdata og har publiceret resultaterne i danske og internationale tidsskriftsartikler, bøger og antologier samt undervist og holdt foredrag om reproduktionsforhold. Hun er formand for Dansk Demografisk Forening og medlem af repræsentantskabet for Sex og Samfund.

Vibeke Rasch, læge og ph.d, er lektor på afdeling for International Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Hun har gennem flere år arbejdet indenfor for faget reproduktiv sundhed. Hendes ph.d. afhandling fokuserede på tilvalg/fravalg af graviditet, mere specifikt graviditetsplanlægning og accept af graviditet, valg af provokeret abort og dets association med socioøkonomiske forhold. Hun har endvidere kendskab til præventions og abortproblematikken i andre kulturer. Dette sidstnævnte kendskab, der primært stammer fra feltarbejde i Østafrika, har resulteret i flere publikationer, der fokuserer på dels årsager til valg af provokeret abort, bevæggrunde for ikke at anvende prævention, samt effekt af præventionsrådgivning. Disse publikationer er baseret på både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Derudover har hun gennem flere år været tilknyttet Mødrehjælpens præventionsprojekt i Odense, hvor hun har rådgivet unge om prævention.

Bilag

Tablet 1. Sammenhæng mellem fødeår og alder de enkelte kalenderår (1. januar)

Alderen i tabellen er pr. 1.1. i det kalenderår, der står i forspalten.

Eksempelvis er alle fra kohorten 1962 fyldt 17 år ved udgangen af 1979 og derfor er de 17 pr. 1.1.1980

Fødeår														
Kalenderår	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	
1.1. 1980	19	18	17	16	15	14	13	12						
1.1. 1981	20	19	18	17	16	15	14	13	12					
1982	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12				
1983	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12			
1984	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12		
1985	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	
1986	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	
1987	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	
1988	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	
1989	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	
1990	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	
1991	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	
1992	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	
1993	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	
1994	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	
1995	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	
1996	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	
1997	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	
1998	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	
1999	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	
2000	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	
1.1.2001	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	

Tabellen illustrerer hvilke år, forskellige fødselsår kan følges i registerdatasættet.

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
	12													
	13	12												
	14	13	12											
	15	14	13	12										
	16	15	14	13	12									
	17	16	15	14	13	12								
	18	17	16	15	14	13	12							
	19	18	17	16	15	14	13	12						
	20	19	18	17	16	15	14	13	12					
	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12				
	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12			
	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12		
	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	
	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12
	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13
	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14

Tabel 2. Oversigt over de enkelte landes placering i grupper i registerundersøgelsen
 Lande, der ikke er markeret med vestligt land, er et ikke-vestligt land

	IELANDG1	Landenavn	IELANDG2	IELANDG3
Danmark				
	10	DANMARK	Danmark	Danmark
	10	KONGELIG	Danmark	Danmark
	15	GRØNLAND	Danmark	Danmark
	20	UOPLYST FÆRØERNE	Danmark	Danmark
	20	FÆRØERNE	Danmark	Danmark
EU-lande				
	30	FINLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	LUXEMBOURG	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	NORDIRLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	NORDIRLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	SVERIGE	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	BELGIEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	FRANKRIG	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	GRÆKENLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	NEDERLANDENE	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	IRLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	ITALIEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	PORTUGAL	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	SPANIEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	STORBRIANNIEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	TYSKLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	30	ØSTRIG	Mere udv. lande	Vestligt land
Europa - Mindre udviklede lande				
	35	CYPERN	Mindre udv. lande	Vestligt land
	35	TYRKIET	Mindre udv. lande	
	35	ARMENIEN	Mindre udv. lande	
	35	ASERBAJDSJAN	Mindre udv. lande	
	35	USBEKISTAN	Mindre udv. lande	
	35	KASAKHSTAN	Mindre udv. lande	
	35	TURKMENISTAN	Mindre udv. lande	
	35	KIRGISISTAN	Mindre udv. lande	
	35	TADSIKISTAN	Mindre udv. lande	
	35	GEORGIEN	Mindre udv. lande	

Øvrige Europa				
	40	ISLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	ISLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	LIECHTENSTEIN	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	MONACO	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	NORGE	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	ANDORRA	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	TJEKKOSLOVAKIET	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	MALTA	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	POLEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	SAN MARINO	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	SCHWEIZ	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	UNGARN	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	VATIKANSTATEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	TYSKE DEMOKR.REP.	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	ESTLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	LETLAND	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	LITAUEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	SLOVENIEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	TJEKKIET	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	SLOVAKIET	Mere udv. lande	Vestligt land
	40	UOPLYST EUROPA	Mere udv. lande	
	40	ALBANIEN	Mere udv. lande	
	40	BULGARIEN	Mere udv. lande	
	40	UOPLYST EUROPA	Mere udv. lande	
	40	UOPLYST EUROPA	Mere udv. lande	
	40	SERBIEN-MONTENEGRO	Mere udv. lande	
	40	JUGOSLAVIEN	Mere udv. lande	
	40	RUMÆNIEN	Mere udv. lande	
	40	SOVJETUNIONEN	Mere udv. lande	
	40	UOPLYST EUROPA	Mere udv. lande	
	40	EUROPA	Mere udv. lande	
	40	RUSLAND	Mere udv. lande	
	40	UKRAINE	Mere udv. lande	
	40	HVIDERUSLAND	Mere udv. lande	
	40	MOLDOVA	Mere udv. lande	
	40	KROATIEN	Mere udv. lande	
	40	BOSNIEN-HERCEGOVINA	Mere udv. lande	
	40	MAKEDONIEN,TIDL.JUG.	Mere udv. lande	
	40	JUGOSLAVIEN,FORB.REP	Mere udv. lande	

Afrika				
	45	ALGERIET	Mindre udv. lande	
	45	ANGOLA	Mindre udv. lande	
	45	BOTSWANA	Mindre udv. lande	
	45	BURUNDI	Mindre udv. lande	
	45	ETHIOPIEN	Mindre udv. lande	
	45	COMORERNE	Mindre udv. lande	
	45	ERITREA	Mindre udv. lande	
	45	GAMBIA	Mindre udv. lande	
	45	GHANA	Mindre udv. lande	
	45	ÆKVATORIALGUINEA	Mindre udv. lande	
	45	GUINEA-BISSAU	Mindre udv. lande	
	45	GUINEA	Mindre udv. lande	
	45	KAPVERDE	Mindre udv. lande	
	45	KENYA	Mindre udv. lande	
	45	LESOTHO	Mindre udv. lande	
	45	LIBERIA	Mindre udv. lande	
	45	LIBYEN	Mindre udv. lande	
	45	MOZAMBIQUE	Mindre udv. lande	
	45	MADAGASCAR	Mindre udv. lande	
	45	MALI	Mindre udv. lande	
	45	MAROKKO	Mindre udv. lande	
	45	MAURITIUS	Mindre udv. lande	
	45	NIGERIA	Mindre udv. lande	
	45	NAMIBIA	Mindre udv. lande	
	45	ST HELENA	Mindre udv. lande	
	45	SIERRE LEONE	Mindre udv. lande	
	45	SP BESIDD I AFRIKA	Mindre udv. lande	
	45	SUDAN	Mindre udv. lande	
	45	SWAZILAND	Mindre udv. lande	
	45	SYDAFRIKA	Mindre udv. lande	
	45	SYDVESTAFRIKA	Mindre udv. lande	
	45	TANZANIA	Mindre udv. lande	
	45	TUNESIEN	Mindre udv. lande	
	45	UGANDA	Mindre udv. lande	
	45	ÆGYPTEN	Mindre udv. lande	
	45	CENTR.AFRIKANSKE REP	Mindre udv. lande	
	45	CAMEROUN	Mindre udv. lande	
	45	ZAIRE	Mindre udv. lande	

Afrika				
	45	CONGO	Mindre udv. lande	
	45	BENIN	Mindre udv. lande	
	45	ELFENBENSKYSTEN	Mindre udv. lande	
	45	GABON	Mindre udv. lande	
	45	MAURETANIEN	Mindre udv. lande	
	45	NIGER	Mindre udv. lande	
	45	REUNION	Mindre udv. lande	
	45	RWANDA	Mindre udv. lande	
	45	SENEGAL	Mindre udv. lande	
	45	SOMALIA	Mindre udv. lande	
	45	UOPLYST AFRIKA	Mindre udv. lande	
	45	TCHAD	Mindre udv. lande	
	45	TOGO	Mindre udv. lande	
	45	BURKINA FASO(ØVREV)	Mindre udv. lande	
	45	ZIMBABWE	Mindre udv. lande	
	45	ZAMBIA	Mindre udv. lande	
	45	MALAWI	Mindre udv. lande	
	45	SEYCHELLERNE	Mindre udv. lande	
	45	AFRIKA	Mindre udv. lande	
	45	DJIBOUTI	Mindre udv. lande	
	45	SAO TOME OG PRINCIPE	Mindre udv. lande	
Nordamerika				
	50	CANADA	Mere udv. lande	Vestligt land
	50	USA	Mere udv. lande	Vestligt land
	50	NORDAMERIKA	Mere udv. lande	Vestligt land
	50	UOPLYST NORDAMERIKA	Mere udv. lande	Vestligt land
Syd- og Mellemamerika				
	55	ARUBA	Mindre udv. lande	
	55	ARGENTINA	Mindre udv. lande	
	55	BAHAMA-ØERNE	Mindre udv. lande	
	55	BOLIVIA	Mindre udv. lande	
	55	BARBADOS	Mindre udv. lande	
	55	BRASILIEN	Mindre udv. lande	
	55	BERMUDA	Mindre udv. lande	
	55	GUYANA	Mindre udv. lande	
	55	ANTIGUA OG BARBUDA	Mindre udv. lande	
	55	NAURU	Mindre udv. lande	
	55	ST.VINCENT OG GRENAD	Mindre udv. lande	

Syd- og Mellemamerika				
	55	CHILE	Mindre udv. lande	
	55	COLOMBIA	Mindre udv. lande	
	55	UOPLYST SYD&MELLEMAM	Mindre udv. lande	
	55	COSTA RICA	Mindre udv. lande	
	55	CUBA	Mindre udv. lande	
	55	CURACAO	Mindre udv. lande	
	55	DOMINIKANSKE REP.	Mindre udv. lande	
	55	ECUADOR	Mindre udv. lande	
	55	FRV IND U NÆRM ANG	Mindre udv. lande	
	55	GUATEMALA	Mindre udv. lande	
	55	GRENADA	Mindre udv. lande	
	55	HAITI	Mindre udv. lande	
	55	SURINAM	Mindre udv. lande	
	55	DOMINICA	Mindre udv. lande	
	55	HOLLV IND U NÆRM AN	Mindre udv. lande	
	55	ST. LUCIA	Mindre udv. lande	
	55	HONDURAS	Mindre udv. lande	
	55	JAMAICA	Mindre udv. lande	
	55	MARTINIQUE	Mindre udv. lande	
	55	MEXICO	Mindre udv. lande	
	55	NICARAGUA	Mindre udv. lande	
	55	PANAMA	Mindre udv. lande	
	55	PARAGUAY	Mindre udv. lande	
	55	PERU	Mindre udv. lande	
	55	UOPLYST SYD&MELLEMAM	Mindre udv. lande	
	55	EL SALVADOR	Mindre udv. lande	
	55	TRINIDAD OG TOBAGO	Mindre udv. lande	
	55	URUGUAY	Mindre udv. lande	
	55	VENEZUELA	Mindre udv. lande	
	55	BRITV IND U NÆRM AN	Mindre udv. lande	
	55	VESTINDISKE ØER	Mindre udv. lande	
	55	SYD- OG MELLEAMERIKA	Mindre udv. lande	
	55	BELIZE	Mindre udv. lande	
	55	PUERTO RICO	Mindre udv. lande	
	55	GUADELOUPE	Mindre udv. lande	
	55	FRANSK GUYANA	Mindre udv. lande	
	55	FALKLANDSØERNE	Mindre udv. lande	
	55	ST.CHRISTOPHER NEVIS	Mindre udv. lande	

Japan				
	60	JAPAN	Mere udv. lande	
Øvrige Asien				
	65	YEMEN	Mindre udv. lande	
	65	FOREN.ARAB.EMIRATER	Mindre udv. lande	
	65	AFGHANISTAN	Mindre udv. lande	
	65	BAHRAIN	Mindre udv. lande	
	65	BHUTAN	Mindre udv. lande	
	65	BANGLADESH	Mindre udv. lande	
	65	BRUNEI	Mindre udv. lande	
	65	MYAMAR (BURMA)	Mindre udv. lande	
	65	CAMBODJA	Mindre udv. lande	
	65	SRI LANKA	Mindre udv. lande	
	65	TAIWAN	Mindre udv. lande	
	65	HONGKONG	Mindre udv. lande	
	65	INDIEN	Mindre udv. lande	
	65	INDONESIEN	Mindre udv. lande	
	65	IRAK	Mindre udv. lande	
	65	IRAN	Mindre udv. lande	
	65	ISRAEL	Mindre udv. lande	
	65	JORDAN	Mindre udv. lande	
	65	KINA,FOLKEREP.	Mindre udv. lande	
	65	KUWAIT	Mindre udv. lande	
	65	LAOS	Mindre udv. lande	
	65	LIBANON	Mindre udv. lande	
	65	MALDIVERNE	Mindre udv. lande	
	65	MALAYSIA	Mindre udv. lande	
	65	MONGOLIET	Mindre udv. lande	
	65	OMAN	Mindre udv. lande	
	65	NEPAL	Mindre udv. lande	
	65	NORDKOREA	Mindre udv. lande	
	65	VIETNAM	Mindre udv. lande	
	65	UOPLYST ASIEN	Mindre udv. lande	
	65	PAKISTAN	Mindre udv. lande	
	65	PALÆSTINA	Mindre udv. lande	
	65	FILIPPINERNE	Mindre udv. lande	
	65	UOPLYST ASIEN	Mindre udv. lande	
	65	SAUDI-ARABIEN	Mindre udv. lande	
	65	SIKKIM	Mindre udv. lande	

Øvrige Asien				
	65	SINGAPORE	Mindre udv. lande	
	65	SYDKOREA	Mindre udv. lande	
	65	SYRIEN	Mindre udv. lande	
	65	MELLEMØSTEN	Mindre udv. lande	
	65	VIETNAM	Mindre udv. lande	
	65	THAILAND	Mindre udv. lande	
	65	TRUCIAL OMAN	Mindre udv. lande	
	65	YEMEN,ARAB.REP.	Mindre udv. lande	
	65	QATAR	Mindre udv. lande	
	65	INDOKINA	Mindre udv. lande	
	65	ASIEN	Mindre udv. lande	
	65	DUBAI	Mindre udv. lande	
	65	MACAU	Mindre udv. lande	
	65	ABU DHABI	Mindre udv. lande	
Australien, New Zealand				
	70	AUSTRALIEN	Mere udv. lande	Vestligt land
	70	NEW ZEALAND	Mere udv. lande	Vestligt land
Øvrige Oceanien				
	75	MARSHALL-ØERNE	Mindre udv. lande	
	75	TUVALU	Mindre udv. lande	
	75	KIRIBATI	Mindre udv. lande	
	75	VANUATU	Mindre udv. lande	
	75	TONGA	Mindre udv. lande	
	75	FR BESIDD I STIL HAV	Mindre udv. lande	
	75	FIJI	Mindre udv. lande	
	75	COOK ØERNE	Mindre udv. lande	
	75	SAMOA	Mindre udv. lande	
	75	ØST TIMOR	Mindre udv. lande	
	75	PAPUA NY GUINEA	Mindre udv. lande	
	75	ØER I STILLEHAVET	Mindre udv. lande	
	75	SALOMONØERNE	Mindre udv. lande	
Statsløse				
	80	STATSLØS	Mindre udv. lande	

Der er ikke noget at gøre. Altså det er enten eller. Enten beholder du det eller får det fjernet. Enten eller, der er ikke noget alternativ. Der er ikke noget tredje valg.

Nadia, 27 år

Såvel antallet af provokerede aborter som abortraten har været jævnt faldende siden 1975. Da det i 2000 blev påvist, at der forekom relativt flere aborter blandt indvandrerkvinder end blandt andre kvinder i Danmark, bestilte og finansierede Sundhedsstyrelsen denne undersøgelse for at få belyst årsagerne hertil.

Undersøgelsen er lavet af lægen Vibeke Rasch, sociologen Lisbeth B. Knudsen og antropologen Tine Gammeltoft.

Det er den første danske undersøgelse der kombinerer en registerbaseret undersøgelse, en spørgeskemaundersøgelse af abortsøgende og svangre kvinder og en kvalitativ undersøgelse på basis af dybdegående interviews med abortsøgende kvinder. Denne metodetriangulering giver en mere detaljeret belysning af abortproblematikken og de årsager og metoder, der ligger bag valget af abort, end hidtil set.

Blandt undersøgelsens resultater kan nævnes:

- At faldet i andelen af indvandrerkvinder, der fik provokeret abort, generelt var stærkere end det fald, der har kunnet ses blandt de danske kvinder. Men visse grupper af indvandrerkvinder har højere abortandel.
- At valget af abort var fremtrædende blandt socialt udsatte kvinder.
- At det danske sundhedssystem primært synes indrettet til kvinder med dansk baggrund, som har omfattende viden om prævention og reproduktiv fysiologi. Denne basale viden besidder indvandrerkvinder ikke altid.

Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk
www.sst.dk