

Lisbeth B. Knudsen

Om relationen mellem provokeret abort og familiedannelse

Spørgsmål om provokeret abort behandles i dag ofte inden for en ren medicinsk forståelsesramme, mens interessen inden for demografi og samfundsvidenskab forekommer betydeligt mere afdæmpet, end det var tilfældet i den tidlige liberaliseringsperiode. Men når man betragter karakteristika ved de kvinder, der får abort, og sammenligner udviklingen i en række europæiske lande, er der ingen tvivl om, at eksistensen af en mulighed for at få afbrudt et uønsket svangerskab medvirker til at gøre familiedannelse til en valgmulighed. Det er ud fra denne synsvinkel, at relationen mellem provokeret abort og familiedannelse behandles i artiklen.

Emnets for denne artikel er udviklingen i provokeret abort, med hovedvægt på Danmark og på perioden siden begyndelsen af 1970'erne, set i relation til forandringerne i familiemønsteret i samme periode. Indledende problematiseres de ændrede temaer i abortdiskussionen samt den legale baggrund for abortlovene i Danmark såvel som i Europa. Det internationale perspektiv inddrages igen afsluttende, idet sammenhængen mellem provokeret abort og familiedannelse belyses på nationalt niveau for en række udvalgte lande.

Som udgangspunkt betragtes provokeret abort som en demografisk adfærd, der hænger sammen med og har konsekvenser for både familiedannelse, fertilitetsudvikling og for befolkningens vækst. *Familiedannelse* forstås demografisk som den situation, hvor et par får deres (første) barn sammen, og er altså ikke det samme som etablering af et parforhold eller indgåelse af ægteskab.

I international litteratur behandles abortproblematikken i dag ofte som et selvstændigt fænomen, meget ofte relateret til etiske diskussioner om livets begyndelse og om reproduktionsteknologiens muligheder og grænser. Spørgsmålet om provokeret abort synes at være blevet defineret ind i den etiske og medicinske begrebsverden, mens de overordnede samfundsmæssige og kvindepolitiske sammenhænge kun bringes på bane, når der tales om lande, der undergår store forandringer i det politiske og legale system, som det f.eks. er set i Østeuropa inden for det seneste tiår. Relationen mellem muligheden for provokeret abort og familie-, fertilitets- og befolkningsudviklingen var derimod i fokus i årene op til legaliseringen af svangerskabsafbrydelse i Europa (specielt 1960'erne og 1970'erne).

Svangerskabsafbrydelse - eller en eller anden form for børnebegrensning -

har formentlig altid fundet sted (Christmas-Møller 1984:177); det nye er den effektivitet, hvormed det er blevet muligt at fravælge børn, både fordi der er mulighed for provokeret abort og fordi der samtidig findes alment accepterede og tilgængelige præventionsmidler, som effektivt kan forhindre en graviditet. Det har betydning for familiedannelsen på flere måder: For det første har kvinder og par fået et redskab til at udsætte tidspunktet for det første barns fødsel; for det andet et middel til at planlægge afstanden mellem familiens børn og endelig, for det tredje, en mulighed for at sætte punktum for børnefødslerne, når familien har fået den ønskede størrelse.

Desuden betyder muligheden for provokeret abort, at en kvinde, hvis hun er blevet uplanlagt og uønsket gravid, ikke tvinges ind i et fælles forældreskab med en mand, som hun ikke ønsker at danne familie med, eller som måske ikke er hendes faste partner. For den mandlige part stiller det sig lidt anderledes, idet det i Danmark er kvinden alene, der formelt både anmoder om og har retten til at træffe beslutningen om svangerskabsafbrydelse.

Temaer i abortdiskussionen

I dag er provokeret abort lovlig i langt de fleste europæiske lande, dog med en stærk variation mht. de kriterier efter hvilke et svangerskab kan blive afbrudt legalt (Henshaw 1994). Omkring legaliseringerne i 1960'erne og 1970'erne afspejlede både den politiske diskussion og den videnskabelige litteratur en bekymring for, hvad en lettere adgang til provokeret abort ville betyde for fødselstallet og for befolkningens størrelse (se f.eks. Tietze & Bongarts 1976; Tietze 1975; Omran 1976). Et andet aspekt, der indgik i diskussionerne, var om og hvordan en generel abortmulighed ville påvirke befolkningens seksualadfærd; om frigørel-

sen for følgerne, for angsten for graviditet og barn, ville fremme en promiskuøs adfærd i befolkningen (Elgán 1994).

Dette illustreres bl.a. af, at de dagældende restriktive (eller direkte forbuds-) love mht. annoncering og salg af præventionsmidler blev ophævet parallelt med den mere liberale adgang til abort. I Danmark blev en sådan lov først ophævet i 1967, og selvom der ikke var sket retsfulgelse i en årrække, så havde selve eksistensen af loven formentlig en begrænsende effekt på salg og anvendelse af præventionsmidler (Wielandt & Knudsen 1997).

Den øgede åbenhed om præventionsmidler og lempelserne af abortmuligheden signalerede tilsammen en politisk accept af den børnebegrensning, som store dele af befolkningen havde praktiseret i årevis (Rasmussen 1983). Desuden hang denne åbenhed, i det mindste i nogle lande, sammen med en stigende accept af før- såvel som ikke-ægteskabeligt seksuelt samvær, bl.a. i forbindelse med de nye „papirløse“ familieformer, der var under udvikling, først og fremmest i de Skandinaviske lande (Hoem & Rennermalm 1985; Kaysen Petersen 1985). De forbedrede muligheder for at undgå uplanlagte graviditeter og uønskede børnefødsler var derfor vigtige redskaber for kvinder - og par - til at bestemme, hvornår (og om) de fik børn.

Den stærke fertilitetsnedgang, som fandt sted i de første 30 år af det 20. århundrede, hvor der ikke fandtes så effektive præventionsmidler som i dag, blev effektueret ved hjælp af bl.a. afholdende perioder, brug af knap så effektive præventionsmidler (såsom udskylning og kondomer fremstillet af dyretarme) samt et ikke ubetydeligt antal illegalt provokerede aborter (Hertoft 1993; Knudsen 1998; Omran 1976; Ryg Olsen 1993). Det skal dog også tages i betragtning, at en ikke ubetydelig del af befolkningen ikke

Lisbeth B. Knudsen
Mag.scient.soc.
Forskningslektor
ved Demografisk
Forskningscenter,
Syddansk
Universitet,
Odense Universitet.
E-post:
lbk@demfo.sdu.dk

havde praktiske og økonomiske muligheder for at etablere egen husholdning og familie.

Omfanget af illegale aborter kendtes naturligvis ikke, men der var mange hospitalsindlæggelser af kvinder med lidelser, der højst sandsynligt var følger efter illegale aborter, udført af ukyndige personer og måske under uhygiejniske forhold. Det gjorde det ønskværdigt med en mere liberal adgang til provokeret abort, så det kunne sikres, at indgrebene foregik på en sundhedsmæssigt forsvarlig måde¹. Endelig blev hensynet til de allerede fødte børn også inddraget i debatten (Knudsen og Wielandt 1995).

I denne periode faldt argumenterne for lettere adgang til provokeret abort og brug af præventionsmidler i to hovedgrupper: De *medicinske* argumenter, der fokuserede både på følger efter illegale aborter og på de alvorlige helbredsproblemer blandt udslidte kvinder med hårdt arbejde og mange børn (se f.eks. Reintoft 1998; Ryg Olsen 1993), og en anden gruppe af argumenter, der var mere sociale af karakter. Ud fra den *sociale* argumentation var den eneste måde at undgå en sådan nedslidning af kvinder at tilbyde en mulighed for sikker svangerskabsafbrydelse i de tilfælde, hvor præ-

vention havde svigtet, måske ikke var blevet brugt eller ikke havde været tilgængelig. Samtidig tog de sociale argumenter udgangspunkt i den negative betydning for familien og dermed for de allerede fødte børn, hvis kvinden fik endnu et barn (*Betænkning nr 820*). „Ønskebørn skaber gode hjem“, hed det i Danmark (Knudsen & Wielandt 1995).

En tredje gruppe argumenter blev fremført af *kvindebevægelsen*: Kravet om reproduktiv valgfrihed, som det ville blive formuleret i dag, men som dengang ofte blev formuleret som et krav om, at kvinden burde kunne bestemme over egen krop - dette krav blev fremført som en nødvendighed, hvis kvinden skulle kunne agere i samfundet på lige fod med mænd.

De tidligste liberaliseringer af abortlovene fandt sted i 1950'erne i Sovjetunionen og Østeuropa, med baggrund i både helbreds- og ligestillingsmæssige hensyn (Heitlinger 1987). Fra Vesteuropa blev situationen i disse lande betragtet med misundelse af kvindegrupper, og abortrejser fra lande med restriktiv abortlovgivning til Østeuropa var ikke ualmindelige, f.eks. fra Danmark til Polen. Ikke desto mindre kan man, set i bakspejlet, sætte spørgsmålstegn ved, hvorvidt der var tale om en reproduktiv frihed og et frit valg i disse lande, når der ikke var lettilgængelige og sikre præventionsmidler til rådighed - og når der måske heller ikke altid var sociale og økonomiske praktiske rammer til at huse endnu et barn, hvis det var det, kvinden eller parret ønskede.

Lige som danske kvinder dengang rejste til bl.a. Polen, findes også i dag en såkaldt "abortturisme": Kvinder krydser landegrænser for at få abort et sted, hvor indgrebsmuligheden er mindre restriktiv end i deres hjemland; f.eks. rejser mange kvinder fra Irland til England (*Abortions in the new Europe 1994*).

I nogle lande skete senere uvarslede stramninger af abortlovene som led i en pro-natalistisk politik. Et af de steder, hvor der er set fatale konsekvenser af en stramning, er Rumænien, hvor det pludselige forbud mod provokeret abort i 1966 bl.a. medførte en rekordhøj mødredødelighed (fra 8,6 pr. 10.000 levendefødte i 1966 til næsten 15 i 1984), idet de illegale aborter var årsag til 86% af disse dødsfald (Henry 1990). I det hele taget er det især i Østeuropa, at der har været foretaget drastiske ændringer af adgangen til provokeret abort ud fra en diskussion af befolkningspolitiske spørgsmål (i *Abortions in the new Europe 1994* gennemgås eksempler herpå).

Som nævnt var en gruppe af argumenter *imod liberalisering* af abortlovene i Vesteuropa forankret i seksualmoraliske overvejelser om, hvorvidt den lette adgang til svangerskabsafbrydelse ville fremme en umoralisk og promiskuøs adfærd. Denne bekymring knyttede sig i lige så høj grad til samtidige lettere adgang til præventionsmidler.

En anden gruppe argumenter imod abort var forankret i religiøse overvejelser og tog udgangspunkt i fostrets behov for beskyttelse, og i at det ikke kunne tillades at slå det ufødte barn ihjel.

Nutidig abortdiskussion

Jeg vil i dette afsnit trække linierne fra de nævnte emner op til den aktuelle diskussion, men ikke i detaljer diskutere alle de nye problemstillinger, der er kommet til bl.a. som konsekvens af den teknologiske udvikling².

I Danmark er abortdiskussionen bluset op igen gennem den sidste del af 1990'erne lige som i andre lande i Europa. Men den har ændret karakter, og der er sket to væsentlige forskydninger i forhold til tidligere.

For det første er det bemærkelsesværdigt, at den tidligere argumentation for

fri abort og for adgang til præventionsmidler var to aspekter af samme sag, som handlede om at give befolkningen mulighed for at undgå uønskede graviditeter og dermed illegale aborter. Provokeret abort og præventionsanvendelse blev begge betragtet som *værdifulde alternativer* over for den illegale abort. I modsætning hertil handler de nyere politiske, etiske og faglige diskussioner, også inden for familieplanlægning, om at bruge prævention *for at undgå* de provokerede aborter, selvom de udføres på en fuld legal og helbredsmæssig forsvarlig måde. Kampagner fokuserer på præventionsanvendelse som et middel til at undgå provokeret abort (f.eks. i den „Handlingsplan til nedbringelse af antallet af aborter“, som Sundhedsministeriet har udsendt i oktober 1999). Den provokerede abort, der tidligere var et positivt alternativ til den illegale abort, skal altså i dag forebygges og helst undgås.

Således gives præventionsanvendelse i dag klart en højere prioritet end provokeret abort, når det handler om børnebegrænsning, selvom begge er legale muligheder i Danmark.

Desuden kan man finde en del af den samme tankegang i argumenterne for nye, reproduktive teknikker. Som argument for en genetisk undersøgelse af in-vitro befrugtede æg, som skal sikre, at kun sunde æg - eller rettere kun æg uden de sygdomme, man ser efter - anbringes i livmoderen, fremhæves det, at den ny teknik vil være en stor fordel for kvinden, fordi hun så *ikke skal gennemgå en abort*, hvis man senere finder ud af, at fostret er sygt! Der er iboende modsætninger i den form for argumentation, for hvis abortmodstanden begrundes med at “livet begynder ved befrugtningen” (som det f.eks. fastholdes af Det Ethiske Råd i Danmark), må et in-vitro befrugtet æg, der ikke sættes op i livmoderen, også repræsentere liv, lige så vel som et foster

gør (Knudsen og Wielandt 1995:72-74).

For det andet er omdrejningspunktet i debatten ikke længere kvinders sundhed eller hele familiens velfærd. Derimod ses provokeret abort i højere grad som et indgreb, der dræber et (potentielt) barn og derfor som sådan bør undgås. Derved har de to sæt argumenter fra liberaliseringsperioden - at kvinden har ret til at vælge og til at bestemme over sin krop og spørgsmålet om beskyttelsen af fostrets liv - byttet plads i diskussionen. Hvis den aktuelle diskussion i Danmark ender med, at et foster får status som en juridisk person, vil fostret også blive tildelt rettigheder, hvilket ikke er tilfældet i dag. Det kan f.eks. have som konsekvens, at sundheds- eller socialvæsenet vil kunne foretage tvangsbehandling eller tilbageholdelse af gravide, hvis det skønnes, at de ellers ville kunne skade fostret med deres adfærd, f.eks. hvis de har et alkohol- eller narkotikamisbrug (Olofsson 1999).

Den opblussende abortdiskussion indeholder nye etiske dimensioner, der formentlig hænger sammen med bl.a. de færre børn pr. kvinde, de planlagte fødsler af højt værdsatte ønskebørn og den hastige udbredelse af f.eks. prænatal diagnostik og kunstig befrugtning. Desuden har ultralydsundersøgelserne i graviditeten visualiseret fostret, der kan ses (som et menneske) på et meget tidligt tidspunkt af graviditeten; et forhold, der uden tvivl influerer på diskussionerne af fostrets juridiske stilling (Knudsen & Wielandt 1996; Tjørnhøj Thomsen 1999).

Love om provokeret abort i Europa

I de europæiske lande skete liberaliseringen af abortlovgivningen med forskellig hastighed. I dag ses en bred variation både med hensyn til de kriterier, efter hvilke abort kan bevilges og med hensyn til længden af den periode, i hvilken de har

været gældende. Tegnet med en bred pensel er der to betydningsfulde perioder mht. legaliteten af abortindgreb i Europa: Først 1960'erne og 1970'erne med de gradvise liberaliseringer af lovene (i en del østeuropæiske lande skete dette endnu tidligere) og dernæst ændringer i kolvandet på murens fald i 1989, hvor de politiske konstellationer, der efterfulgte de socialistiske styre, medførte mange voldsomme både sociale og juridiske ændringer i 1990'erne, som bl.a. betød en del stramninger af nationale abortlove (*Progress Postponed* 1993).

I de Nordiske lande vedtoges de første selvstændige love om svangerskabsafbrydelse i slutningen af 1930'erne. Hermed blev abortindgreb afkriminaliseret og flyttet fra straffeloven (Rasmussen 1983). Det blev nu muligt at få en legal provokeret abort, hvis der var risiko for kvindens liv eller helbred, hvis hun var blevet gravid efter voldtægt eller hvis der var en risiko for, at fostret led af en alvorlig sygdom eller en misdannelse. Disse tidlige regler svarer stort set til de regler, der i dag findes i lande med restriktiv abortmulighed. Lovene i Norden blev gradvis liberaliserede indtil begyndelsen af 1970'erne, hvor de love om fri abort, som stort set stadig er gældende, blev vedtaget i Danmark (1973), Norge (1975) og Sverige (1974). Begrænsningen af den fri abortmulighed er svangerskabslængden: I Danmark og Norge er grænsen ved 12 fuldendte uger (regnet fra første dag i sidste menstruationsperiode), mens den i Sverige er 18 fuldendte uger. I alle landene er senere svangerskabsafbrydelse mulig efter en speciel tilladelse, hvilket hovedsagelig finder sted efter en prænatal diagnose af en alvorlig misdannelse eller kromosomafvigelse hos fostret, og ikke forekommer særlig hyppigt.

I Finland var reglerne stadig en smule mere restriktive: En lov fra 1970 gav ret til provokeret abort inden udgangen af

16. graviditetsuge, eller hvis kvinden var enten meget ung (<17 år), gammel (41+) eller havde mindst 4 hjemmeboende børn. En revision i 1979 flyttede grænsen til udgangen af 12. uge, med dispensationsmuligheder op til udgangen af 20. uge.

Det er ikke kun i Norden, at der er fri abort. I Holland (siden 1984), i Frankrig (siden 1979) og i Italien (siden 1978) er det også muligt at få abort inden for de første tre måneder af graviditeten. I England og Wales fastlægger loven fra 1967 en senere grænse (uge 24). Lovene i Grækenland, Portugal og Spanien, som er nyere (fra henholdsvis 1986, 1984 og 1985), er mere restriktive, idet abort alene kan foretages på grund af prænatalt diagnosticeret sygdom eller misdannelse hos fostret, i tilfælde af voldtægt eller hvor kvindens helbred er truet.

I nogle af de lande, hvor der er restriktive regler, har man over en årrække omgået problematikken ved uofficielt at lukke øjnene for en ret udbredt abortpraksis, endda udført af læger og sygeplejersker. Det var f.eks. tilfældet i Portugal, selv mens abort var totalt forbudt (indtil 1984). Denne praksis kan ses som et kompromis mellem en religiøs (katolsk) og moralsk modstand og en politisk accept af befolkningens ønsker om og behov for fødselskontrol. Kompromiser mellem moral, jura og praksis kan også ses i Belgien, Tyskland og Østrig (*Abortion in the new Europe* 1994).

I Tyskland har situationen været kompleks. Ved genforeningen i 1991 havde de to tysklænder vidt forskellige abortlove: I Øst en liberal lov tilbage fra 1950'erne og i Vest en ret begrænset abortadgang. Efter aftale trådte en ny abortlov i kraft i januar 1993, som skulle udgøre et kompromis mellem de to regelsæt. Men den ny lov har betydet en forværring af kvinders muligheder: Kvinden kan få abort, men forinden skal hun have rådgivning

på et autoriseret rådgivningssted. Denne rådgivning er obligatorisk, men forpligtelsen til rådgivningen er lagt hos *kvinden* som modtager, og da man i nogle Länder har givet rådgivningsautorisationen til kirken, som derefter nægter at yde rådgivningen og udfylde en attest, der i princippet giver ret til svangerskabsafbrydelse, har kvinden reelt ingen mulighed for at opnå sin legale ret (Klein-Schonfeld 1994).

Abortlovgivningen har i nogle lande, specielt i Østeuropa, været brugt som et instrument til at påvirke befolkningsudviklingen. Ungarn, der havde fået en liberal lov allerede i 1956, reagerede på en stærkt faldende fertilitet ved at begrænse abortmuligheden i 1973 (*Abortion in the new Europe* 1994). I Sverige reagerede man stik modsat på en næsten lige så lav fertilitet i 1960'erne: Der blev indført forbedringer for børnefamilier, og den i gangværende abort-liberalisering blev ikke standset (Hoem & Hoem 1996).

I Rumænien blev den accepterede, hyppigt anvendte og meget liberale lov fra 1957 pludselig strammet som led i Ceausescus pro-natalistiske politik. Fra 1966 blev det kun kvinder over 45 år, kvinder med mindst 4 børn eller kvinder, hvis liv ville blive truet af graviditet eller fødsel, der kunne få abort. I 1973 blev adgangen lettet lidt, idet aldersgrænsen blev nedsat til 40. Men i 1985 blev reglerne strammet igen: Kvinder skulle nu være 45 eller have mindst 5 børn under 18. Desuden blev salg af præventionsmidler forbudt ved lov (Baban & David 1994). Konsekvensen har vi senere fået dokumenteret: Både ulykkelige, misrøgtede børnehjembørn og den tidligere omtalte meget høje hyppighed af mødredødsfald blandt de kvinder, der opsøgte illegale, sundhedsfarlige abortmuligheder.

Selvom der således kan konstateres visse fællestræk mellem grupper af lande, viser der sig også altid nationale sær-

præg betinget af de historiske, politiske og religiøse forhold i landene. Polen oplevede således en stramning af abortloven efter kommunismens fald, da katolske politiske grupperinger kom til magten, hvilket har medført en stor social ulighed, idet de velstillede kvinder, der kan betale, kan få udført aborterne på det „sorte marked“ mod betaling til de samme læger, som ikke må eller som nægter at udføre aborterne på de offentlige sygehuse.

Outshoorn (1996) har, ud fra oplysningerne i Blayo (1991) og *Abortion in the new Europe* (1994), opstillet det skema, der er gengivet i Tabel 1. Skemaet viser abortlovgivningens status i Vesteuropa i midten af 1990'erne, karakteriseret efter hvilke kriterier, der ligger til grund for en tilladelse til abort (Jeg har tilføjet enkelte lande i forhold til Outshoorn). Der findes en „svangerskabsuge-model“, hvor graviditetslængden er afgørende for, om kvinden selv kan bestemme, en „indikations-model“ med brede eller snævre indikationer, samt den situation hvor der slet ingen legal mulighed er for abort.

Tidligere undersøgelser i Danmark

Selvom vi i Danmark har mange og relativt pålidelige oplysninger om de kvinder, der får provokeret abort, set i forhold til mange andre lande, vil man ofte føle, at man mangler oplysninger, der er relevante for analysen, når man prøver at analysere abortudviklingen alene ud fra den offentliggjorte statistik.

Det er Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik, der har stået for en årlig offentliggjort statistik om abortudviklingen, baseret på Sundhedsstyrelsens Register over legalt provokerede aborter. Det, der kan beskrives løbende, er f.eks. kvindernes alder, hvor mange børn de har i forvejen og de amtskommunale forskelle (Sundhedsstyrelsen, Befolknin-

Tabel 1. Karakteristika ved abortlovgivning i Vesteuropa i midt-1990'erne

Svangerskabslængdemodel (op til 12 uger)	Indikationsmodel		Illegal
	(Brede)	(Snævre)	
Ostrig	England	Polen	Irland
Belgien	Finland	Portugal	
Bulgarien	Frankrig		
Tjekkiske og Slovakiske-republik	Ungarn		
Danmark	Italien		
Tyskland	Schweitz		
Grækenland			
Holland			
Norge			
Sverige (op til 18 uger)			
Tidl. USSR (op til levedygtighed)			

gens bevægelser) samt selvfølgelig de medicinske væsentlige variabler, såsom hvor langt henne i graviditeten kvinden var, hvilken metode der er brugt ved indgrebet, om der optrådte komplikationer og om der blev foretaget sterilisation i forbindelse med aborten. For abortindgreb efter uge 12 indeholder Sundhedsstyrelsens statistik også oplysning om den lovparagraf, efter hvilken aborten er bevilget.

Derimod er det ikke muligt at belyse kvindernes familie-, uddannelses- eller erhvervmæssige situation ud fra den løbende statistik. Når man vil vide mere om dette, må man derfor ty til forskningsprojekter, der er baseret enten på interview eller på registerdata, hvor oplysningerne i abortregistret er koblet med oplys-

ninger i andre registre. Civilstandsoplysningen (om kvinden er gift, ugift, fraskilt etc.) findes i registret, men i løbet af 1980'erne voksede andelen af uoplyste på denne variabel ret kraftigt, især fordi tre større sygehuse nægtede at spørge kvinderne om de var gift; man fandt, at det kunne krænke kvinderne i denne situation (Sundhedsstyrelsen 1986). Samtidig betyder de papirløse parforhold, at civilstandsoplysningen i sin traditionelle form har mistet værdi som demografisk interessant variabel, selv om kvindens familieforhold stadig spiller en rolle ved abortbeslutningen.

Imidlertid er der i Danmark ikke foretaget særligt mange interviewundersøgelser, i det mindste ikke når vi er interesseret i et nationalt niveau. Der er løbende

publiceret mindre undersøgelser, ofte baseret på oplysninger om patienter på en bestemt sygehusafdeling over en afgrænset periode. Selvom disse undersøgelser beskriver demografiske og sociale forhold blandt de aborterende kvinder (Andreasen 1989), og måske deres egne begrundelser for at vælge abort (Hansen et al. 1992), er det ofte yderst tvivlsomt, hvorvidt resultaterne kan betragtes som repræsentative for hele landet i den pågældende periode (se f.eks. kommentaren i Knudsen (1997b) til Andreasen m.fl. 1996).

Der er kun foretaget få større, repræsentative undersøgelser i Danmark. For det første Niels Kr. Rasmussens undersøgelse af fødende, af aborterende samt af et udsnit af baggrundsbefolkningen i optageområdet til Herlev Sygehus (Rasmussen 1983). Selvom denne undersøgelse er omkring 20 år gammel, er der ikke senere fund, der er gået imod dens hovedresultater, og derfor, men også delvis i mangel på andre, nyere undersøgelser, anvendes hovedresultaterne herfra stadig, når der diskuteres forebyggelse af provokerede aborter.

Fra omtrent samme periode er den undersøgelse, som Foreningen for Familieplanlægning gennemførte af "Gravide kvinders familieplanlægningsmønster" (1980), hvor man især fokuserede på, om præventionen svigtede. Det var bl.a. som resultat af denne undersøgelse, at de såkaldte "skum-præparater" mistede deres popularitet som præventionsmiddel, fordi undersøgelsen underbyggede foreningens mistanker om, at der forekom en del graviditeter og efterfølgende svangerskabsafbrydelser ved anvendelse af netop dette middel.

En betydelig nyere undersøgelse er Ole Bertelsens interviewundersøgelse af fødende og aborterende kvinder fra 1993 (Bertelsen 1994). Denne undersøgelse bekræfter stort set de tidligere resultater:

bl.a. at der er større andel under uddannelse eller med ustabil parforhold, yngre som ældre, blandt kvinder, der vælger abort, end blandt kvinder, der føder. Og ca. halvdelen af de aborterende oplyste at være blevet gravide efter svigt af præventionsmiddel. Men desværre er besvarelsesprocenten blandt de aborterende (som fik udleveret skema på sygehuset og skulle udfylde det hjemme og senere indsende det til Socialforskningsinstituttet) kun omkring 50%, hvorved resultaterne mister en del af deres signifikans og repræsentativitet.

Udviklingen i aborthyppigheden i Danmark i 1973 – 1996

Når man vil følge abortudviklingen, må der anvendes relative mål. Som regel bruges abortkvotienter³, der, i lighed med fertilitetskvotienter, udtrykkes i forhold til antallet af kvinder (pr. 1.000). En gennemgang af de forskellige mål og tolkningen af dem kan findes i Knudsen & Wielandt (1995).

Antallet af legalt provokerede aborter steg i årene efter abortloven blev vedtaget: I 1975 toppede aborttallet med 27.884, svarende til en abortkvotient på knap 23,7 pr. 1000 kvinder i fertil alder (15-49 år). Siden da er både det absolutte antal aborter og abortkvotienten stort set faldet konstant. I 1996, som er det seneste år, for hvilket der foreligger tal, blev der foretaget 18.135 abortindgreb, svarende til 14,1 pr. 1.000 (Danmarks Statistik: *Befolkningens bevægelser 1999*). Det absolutte antal provokerede aborter og den generelle abortkvotient (antal provokerede aborter pr. 1.000 kvinder, 15-49 år) i Danmark for udvalgte år siden 1973 fremgår af Tabel 2.

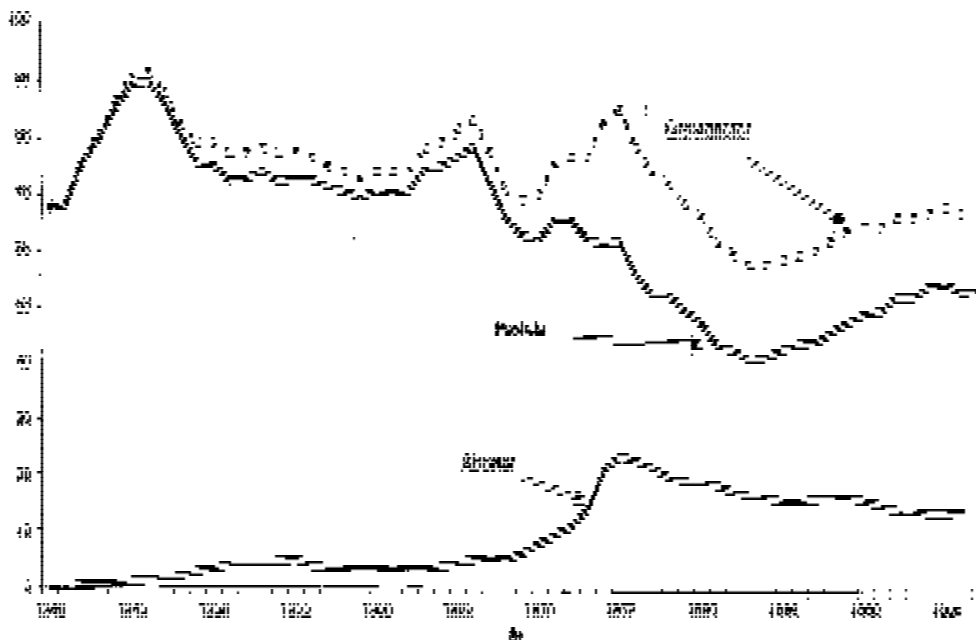
Beslutningen om at afbryde en graviditet med en provokeret abort eller at få et barn hænger sammen med kvindens (og parrets) aktuelle situation, bl.a. om de allerede *har etableret* familie, dvs. har

Tabel 2. Absolut antal provokerede aborter samt udvalgte mål. Danmark 1974-1996, udvalgte år.

År	Antal	Pr. 1,000 kv 15-49 år		Samlet kvotient		Abortandel (%)
		abort	fødsler	abort	fertilitet	
1974	24868	21,2	60,9	707	1897	25,8
1975	27884	23,7	61,3	786	1919	28,8
1980	23334	19,1	46,8	632	1546	30,1
1985	19919	15,6	42,2	529	1447	26,9
1990	20589	15,7	48,5	547	1668	24,4
1995	17720	13,7	53,8	479	1807	20,8
1996	18135	14,2	52,4	495	1747	21,7

Kilde: Danmarks Statistik: Befolkningens bevægelser 1997 (1999)

Figur 1. Aborter, fødsler, samt graviditeter pr. 1000 kvinder i alderen 15-49 år. Danmark 1940-1997.



Kilde: Danmarks Statistik: Befolkningens bevægelser, forskellige år.

mindst ét barn i forvejen, eller om de ønsker og har praktiske og økonomiske muligheder for at etablere familie. På samfundsniveau må abortudviklingen derfor forstås i sammenhæng med mønstret i familiedannelse og også i relation til fertilitetsudviklingen.

Da den fri abort blev gennemført (i 1973), havde fertilitetskvotienten (antal levendefødte pr. 1.000 kvinder, 15-49 år) været faldende fra 78,0 i 1966 til 61,6 i 1973; - et fald, som først vendte i 1983, efter at kvotienten var blevet næsten halveret - til 40,3. Det var også omkring midt-1980'erne, at aborthyppigheden fandt et niveau, som har været mere eller mindre konstant siden da, jf. Figur 1, hvor der ud over de to kurver også er indtegnet "graviditetskvotienten", der her omfatter summen af fødsler og provokerede aborter. Det fremgår tydeligt af figuren, at abort- og fertilitetsudviklingen ikke er komplementære - op til 1983 faldt begge, og siden har abortkvotienten som nævnt været næsten stabil, mens fertilitetskvotienten har været stigende. Kurverne kan tolkes således, at en stadig stigende andel af graviditeterne er blevet påbegyndt med henblik på at få et barn, og at der kun i en mindre andel er tale om, at valget mellem abort og barn træffes, når kvinden er blevet gravid.

Det generelle fald tyder, i lighed med andre kilder, også på en udbredt præventionsanvendelse, mens vi ikke har megen viden om eventuelle ændringer i hyppigheden af den seksuelle aktivitet - en faktor, som også påvirker graviditets "risikoen" (Helweg-Larsen 1998). Faldet fra 1975 har fundet sted i alle aldersgrupper dog stærkest blandt de ældste kvinder (over 35), for hvem abortkvotienten er mere end halveret. Blandt de 20-24 årige, som i dag har det højeste abortniveau, er faldet først sat ind de senere år - men har så været ret stærkt: Alene fra 1990 til 1994 ses et fald på omkring 20%.

De relativt høje abortkvotienter blandt de yngre kvinder skal ses i sammenhæng med den stadige stigende gennemsnitsalder ved første barns fødsel (ca. 28 år i 1996) samt det forhold, at der fra 1974 til slutningen af 1980'erne var en stigning i andel af de abortsøgende, der ikke havde noget barn i forvejen fra ca. 33% til ca. 50% (Knudsen 1997a). Der er altså sket det, at mens de sociale intentioner i årene op til abortloven især rettedes mod kvinder med flere børn - altså store familier - så er muligheden for provokeret abort i dag i højere grad blevet et middel til at effektivisere familieplanlægningen ved at *udskyde* fødslen af det første barn og dermed etableringen af en familie med børn.

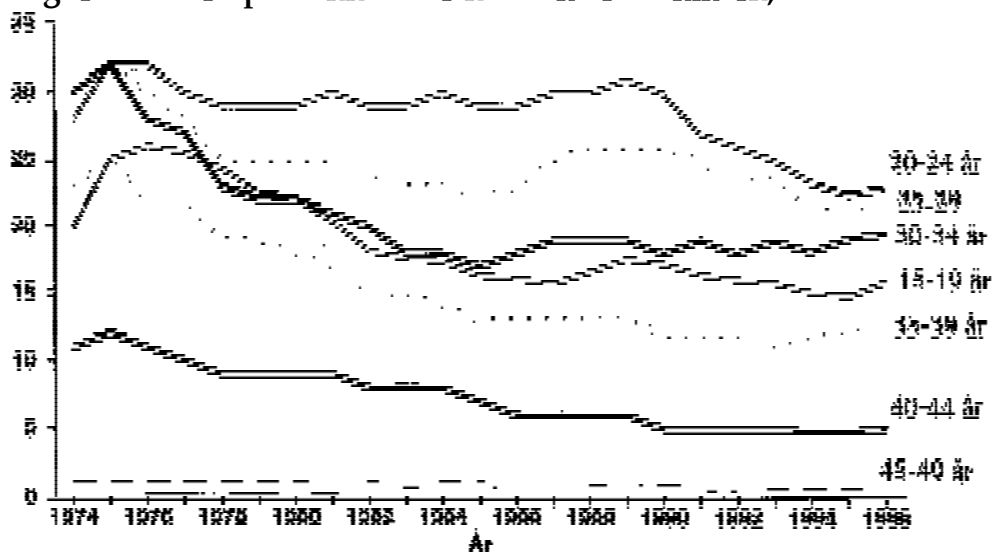
Andelen uden børn er størst blandt de yngre abortsøgende, men selv blandt kvinder over 25, der får abort, har der været en stigende andel uden børn. I 1994 var det således ca. 60% af de aborterende 25-29 årige kvinder i Københavns kommune, der ikke havde noget barn i forvejen (Knudsen 1996).

Muligheden for provokeret abort er dog også en hjælp til at planlægge afstanden mellem børnefødslerne. I forbindelse med abortstatistikken for 1995 blev der foretaget en sammenligning med oplysningerne i Sundhedsstyrelsens medicinske fødselsregister. Denne opgørelse viste, at 2.000 af de 17.720 kvinder, der havde fået abort i 1995, havde født i 1994 (11%) og hvis man også inddrager 1993, drejede det sig om 21% i alt (Sundhedsstyrelsen 1997). Det er ikke siden undersøgt, om disse kvinder siden har fået endnu et barn, men under alle omstændigheder har de ikke ønsket at få et barn, så tæt på deres tidligere fødsel.

Abort og familiedannelse

En mulighed for helt fri, selvbestemt abort (inden for den første del af graviditeten) eller en lov med meget brede indikatio-

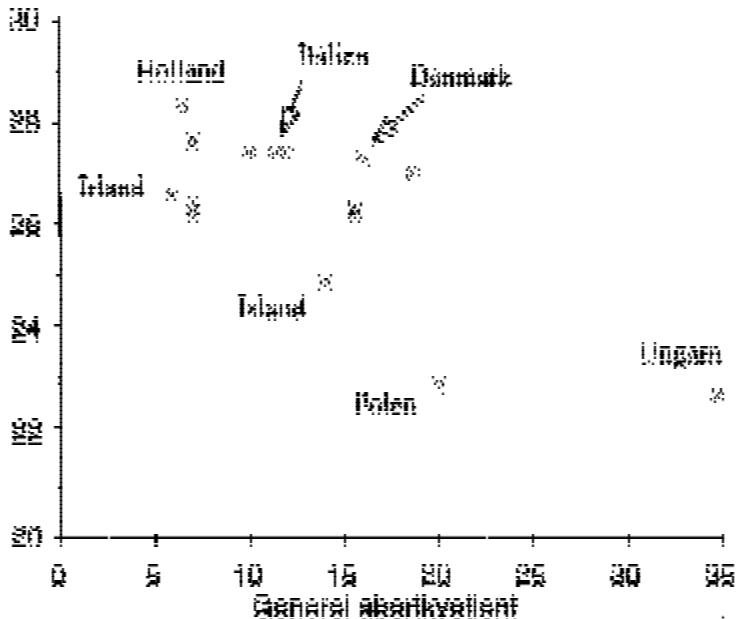
Figur 2. Aldersspecifikke abortkvotienter. Danmark, 1974-1996.



Kilde: Danmarks Statistik: Befolkningens bevægelser, forskellige år.

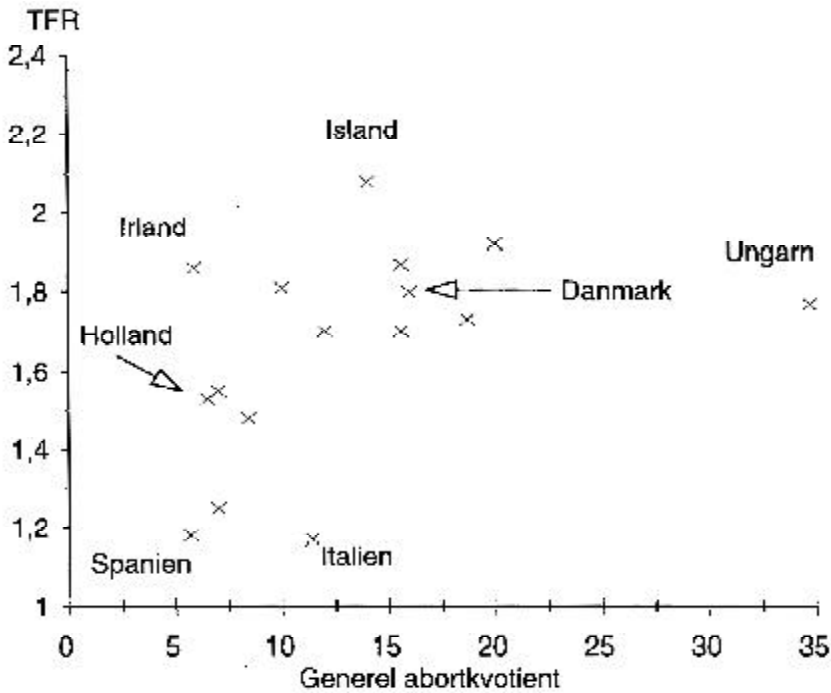
Figur 3. Relationen mellem generel abortkvotient og den gennemsnitlige mødrealdre ved fødsel af det første barn. Udvalgte europæiske lande i midten af 1990'erne.

Mer sider
v. 1. barn



Kilde: Henshaw SK, Singh S, Haas T (1999) og Recent Demographic Trends 1994 (1995).

Figur 4. Relationen mellem den generelle abortkvotient og samlet fertilitet (TFR) 1995/1996 eller nærmest mulige år.



Kilde: Henshaw SK, Singh S, Haas T (1999) og Recent Demographic Trends 1994 (1995).

ner, spiller en betydningsfuld rolle for familiedannelsesprocessen, idet moderskab (og forældreskab) bliver resultatet af et tilvalg. Abortmuligheden er således med til at øge befolkningens valgmuligheder med hensyn til om og hvornår de vil etablere familie.

Også tilgængeligheden af gode præventionsmidler øger denne valgmulighed, men abortmuligheden er tillige en løsningsmulighed, hvis en kvinde er blevet gravid på trods af brug af præventionsmiddel. I den situation vil graviditeten ud over at være uplanlagt, højst sandsynligt også være uønsket, da kvinden eller parret aktivt har forsøgt at undgå graviditet ved at anvende et svangerskabsforebyggende middel. Sådanne uplanlagte graviditeter ("unintended pregnancies") forekommer dog.

Det er helt i tråd med dette, at man må forvente provokerede aborter selv i befolkninger, hvor der er en udstrakt brug af sikre præventionsmidler, fordi netop en befolkning, som er vant til en bevidst fertilitetskontrol, ikke vil være tilbøjelig til at acceptere at få børn efter uplanlagte graviditeter (Kulczycki, Potts & Rosenfeld 1996). Forfatterne mener også, at man, netop på grund af den udstrakte præventionsanvendelse, ikke vil se de højeste aborthyppigheder i disse befolkninger.

I figurerne 3 og 4 er optegnet sammenhængen mellem hyppigheden af provokeret abort (pr. 1.000 kvinder, 15-49 år) og henholdsvis den gennemsnitlige alder ved første barns fødsel og den samlede fertilitet, som angiver fertilitetsniveauet i det pågældende år. Figurerne om-

fatter en række europæiske lande, hvoraf enkelte er markeret på figuren.

Forst og fremmest fremgår det, at en del lande med høj alder ved første barns fødsel samtidig har en lav abortkvotient (Figur 3). Der er altså en relativt sen familiedannelse. Derefter er der en gruppe lande med en gennemsnitlig første-fødselsalder på omkring 26 år, hvor abortkvotienten ligger på mellem 5 og 10 pr. 1000 kvinder. Placeringen af Ungarn er bemærkelsesværdig, idet en høj abortkvotient (35) optræder sammen med en alder ved første fødsel, der er lige så lav som i Danmark i begyndelsen af 1970'erne, hvor det var almindeligt at etablere familie i en ung alder.

Sammenhængen mellem den generelle abortkvotient og den samlede fertilitet, som fremgår af Figur 4, underbygger de tidligere antagelser: I lande med let adgang til provokeret abort (f.eks. Holland) er der både lav abortkvotient og lav samlet fertilitet, mens Ungarn igen falder ud for sig selv.

Samlet underbygger figureerne, at det ikke er adgangen til provokeret abort, der muliggør et lavt fertilitetsniveau, og at en sen familiedannelse (med barn) ikke hænger sammen med høj abortkvotient. Igen med forbehold for den manglende viden om den seksuelle aktivitet, tyder dette på en udstrakt anvendelse af effektive præventionsmidler. Ungarns afvigende placering på begge figurer underbygger dette, idet den lave alder ved første barns fødsel, et relativt højt fertilitetsniveau samtidig med en meget høj abortkvotient, hænger sammen med en begrænset brug af (og formentlig en begrænset tilgængelighed af) billige og effektive præventionsmidler. Samtidig illustrerer det den vanskelige omstilling af befolkningen fra udelukkende at have adgang til provokeret abort „som prævention“ til at skulle anvende andre metoder.

Forstår man provokeret abort som et

blandt andre midler til at kontrollere fertiliteten kan udviklingen af provokeret abort ses som et aspekt af en livsplanlægning, der også omfatter familiedannelse og reproduktion. Bevidstheden om, at det er fuldstændigt muligt at fravælge børn gennem præventionsanvendelse eller/og svangerskabsafbrydelse, gør børnefødslerne til en valgmulighed, der ofte underlægges rationelle overvejelser. Det er derfor også muligt at leve seksuelt aktivt, at etablere samboende parforhold eller at indgå ægteskab, uden at dette relateres til børnefødsel og forsorgelse, hvilket er en historisk nyskabelse. Også ud fra et andet perspektiv kan familien opfattes som et tilvalg, idet familien som sådan ikke er nødvendig af forsørgelsesmæssige årsager i et samfund som det danske, hvor kvinder er erhvervsaktive, og hvor love og rettigheder rettes mod individer, ikke familien som institution (Dencik 1996).

I Danmark, hvor abortkvotienten er højest blandt yngre kvinder, og en vigtig begrundelse for valg af abort er, at parforholdet er ustabil; hvor omkring 2/3 af gravide teenagere får provokeret abort, og hvor næsten halvdelen af de abortsøgende kvinder ikke har noget barn i forvejen, understøttes opfattelsen af, at abortmuligheden er en hjælp til at udskyde familiens etablering – når familien forstås som en enhed, bestående af én eller to forældre med barn eller børn.

Der er som nævnt meget få nyere interviewundersøgelser af holdninger og ønsker i relation til familiemønster og børn i Danmark, herunder også vedrørende den provokerede abort, hvilket vanskeliggør en vurdering af omfanget af planlagte og ønskede graviditeter, men forskellige mindre undersøgelser tyder på, at hovedparten af graviditeterne er planlagte.

Niels Kr. Rasmussens undersøgelse (1983) viste, at nogle af de uplanlagte

graviditeter alligevel blev gennemført og ligeledes, at nogle af de planlagte graviditeter blev afbrudt med provokeret abort. Kvinderne havde altså før graviditeten en beslutning om, hvorvidt de ønskede at få barn, men det var ikke altid, at denne beslutning blev ført ud i livet: Der er forhold under graviditeten, der kan ændre kvindens beslutning. Ellen Ryg Olsen (1993) opererer ligeledes med kategorierne planlagt/uplanlagt og ønsket/uønsket og skelner desuden mellem graviditeten og barnet. En graviditet kan i denne sammenhæng godt være planlagt, men når graviditeten er indtruffet, finder kvinden – eller parret – ud af, at barnet faktisk er uønsket, hvorefter der vælges abort.

Der er ingen tvivl om, at planlægningen af fødsler og familiedannelse - i takt med at den kan effektueres bedre - er blevet mere udbredt, men også at der er tale om en kompleks sammenhæng mellem provokeret abort, fødsler og familiedannelse.

Noter:

1. Oplysningerne om disse hospitaliserede kvinder blev også brugt til at estimere omfanget af illegale aborter. I Knudsen (1998) gennemgås nogle af de dengang offentliggjorte beregninger med henblik på at opnå et skøn over den samlede udvikling af afbrudte svangerskaber.
2. En redegørelse for og diskussion af en række af de nyere problemstillinger kan findes i bogen *Abort i 25 år* (1998), som blev udgivet for at markere 25-året for abortlovens ikrafttræden i 1973 i Danmark.
3. Den generelle abortkoefficient beregnes ud fra hele det fertile aldersinterval (15-49 år), mens de aldersspecifikke abortkoefficienter beregnes i forhold til antal kvinder i en bestemt aldersgruppe, f.eks. 5-års aldersgrupper. Desuden opsummeres de aldersspecifikke abortkoefficienter til en samlet abortkoefficient, der tilnærmelsesvis angiver, hvormange abortindgreb 1.000 kvinder vil opleve gennem den fertile alder, hvis abortkoefficienterne ikke ændres. Endelig kan de provokerede

aborter udtrykkes som andel af graviditeter, der i denne sammenhæng beregnes som summen af aborter og fødsler, hvor fødslerne er forskudt et halvt år, for at omfatte samme konceptionsperiode som de graviditeter, der ender med provokeret abort.

Litteratur

- Abort i 25 år* 1998: B. Petersson, L.B. Knudsen & K. Helweg-Larsen (red). København: L & R Fakta.
- Abortions in the new Europe. A comparative Handbook* 1994: B. Rolston & E. Eggert (eds). London: Greenwood Press.
- Andreasen, E. 1989: Fødsler, aborter og ekstrauterine graviditeter i Fyns Amt i perioden 1974-1986. *Ugeskrift for Læger*;151 (6):384-7.
- Andreasen, S. m.fl.: Provokerede aborter sat i relation til brug af præventionsmidler. *Ugeskrift for Læger* 1996;158:5928-32.
- Baban, A. & H.P. David 1994: *Voices of Romanian Women: Perception of Sexuality, Reproductive Behavior, and Partner Relations During the Ceausescu Era*. Bethesda: Transnational Family Research Institute.
- Befolkningens bevægelser* 1997, 1999 (og tidligere udgaver): København: Danmarks Statistik.
- Bertelsen, O. 1994: *Abort eller fødsel*. København: Socialforskningsinstituttet
- Betænkning nr 820 om En undersøgelse, der kan belyse visse virkninger af fri abort*. København: Justitsministeriet 1977.
- Blayo, C. 1991: Conceptions, Avortements, Naissances dans les différents pays d'Europe. Paper, the *European Population Conference, Paris 1991*.
- Christmas-Møller, I. 1984: Prævention, abort, graviditet og fødsel i 1700- og 1800-tallet. I *Kvinden som patient. Sygelligørelse af kvinder i en teknificeret lægeverden*. Redigeret af Marianne Kastrup, Birgit Petersson og Karin Helweg-Larsen. København: Lind-

- hardt og Ringhof. s. 175-212.
- David, H.P.: Background. Romania ends compulsory childbearing. *Entre Nous* 1990; nr.14:9-10.
- Dencik, L. 1996: Familien i velfærdsstatens forvandlede proces. *Dansk Sociologi* 1996;7:55-82.
- Foreningen for familieplanlægning 1980: Gravide kvinders familieplanlægningsmønstre. Rapport om en interviewundersøgelse med særlig vægt på, hvor præventionen svigter. København.
- Elgán, E. 1994: *Genus och politik*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Heitlinger, A. 1987: *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. Macmillan Press 1987.
- Helweg-Larsen, K. 1998: Hvordan kan nedgangen i aborttallet også tolkes? I: B. Petersson, L.B. Knudsen, K. Helweg-Larsen (red). *Abort i 25 år*. København: L & R Fakta. (s.163-7).
- Henshaw, S.K. 1994: Recent Trends in the Legal Status of Induced Abortion. *Journal of Public Health Policy*. Summer.
- Henshaw, S.K., S. Singh & T. Haas 1999: The incidence of Abortion Worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999; Supplement: s. 30-38.
- Hertoft, P. 1993: *Det er måske en galskab*. København: Hans Reitzel.
- Hoem, J.M. & B. Rennermalm 1985: Modern Family Initiation in Sweden: Experience of women born between 1936 and 1960. *European Journal of Population* 1985; 81-112.
- Hoem, B. & J.M. Hoem 1996: Sweden's family policies and roller-coaster fertility. *Journal of Population Problems*, Tokyo.
- Kaysen Petersen, O. 1985: Register-Based Family and Household Statistics. *Scand Pop Studies* 1985;7:74-87.
- Klein-Schonfeld, S. 1994: Germany. I: *Abortions in the new Europe*. B. Rolston & A. Eggert (eds). London: Greenwood Press, 1994.
- Knudsen, L.B. 1998: Abort i de seneste 100 år. I: B. Petersson, L.B. Knudsen & K. Helweg-Larsen (red). *Abort i 25 år*. København: L & R Fakta.
- Knudsen, L.B. 1996: Abortkvotienten i Danmark - geografiske forskelle. I: *Færre uønskede graviditeter*. Rapport fra en inspirations- og idékonference om nedbringelse af uønskede graviditeter, Januar 1996. Sundhedsstyrelsen 1996.
- Knudsen, L.B. 1997a: Induced abortions in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; Suppl. 164;76:54-59.
- Knudsen, L.B. 1997b: Provokerede aborter i relation til brug af præventionsmidler. *Ugeskrift for Læger* 1997;159(7):966-8.
- Knudsen, L.B. & H. Wielandt 1995: *På vej mod abort*. København: Frydenlund Grafisk.
- Knudsen LB & H. Wielandt 1996: *På vej mod ønskebarnet*. København: Frydenlund Grafisk.
- Kulczycki, A., M. Potts & A. Rosenfield 1996: Abortion and fertility regulation. *Lancet* 1996;347:1663-68.
- Olofsson, M. 1999: Prænaltalt omsorgssvigt - det ufødte barns rettigheder. Foredrag på Danske Kvindelige Lægers Forenings kursus om *Det ufødte barns rettigheder og moderens ret til at råde over egen krop*. Gentofte, 17. april 1999.
- Omran, A.R. 1976: Legalizing Abortion: Impact on Natality Transition in Various Social & Developmental Settings. In: *Liberalization of Abortion Laws: Implications*. A.Z. Omran (red). University of Carolina: Carolina Population Center.
- Outshoorn, J. 1996: The Stability of Compromise. I: *Abortions Politics*. M. Githens & D. McBride Stetson (red.). New York: Routledge.

- Progress Postponed: Abortion in Europe in the 1990s*. International Planned Parenthood Federation, Europe Region. 1993.
- Rasmussen, N.K. 1983: *Abort - et valg?* Copenhagen: Institut for Social Medicin.
- Recent Demographic Trends 1994*: Strassbourg: Council of Europe 1995.
- Reintoft, H. 1998: Så sødt som i gamle dage. I: B. Petersson, L.B. Knudsen, K. Helweg-Larsen (red). *Abort i 25 år*. København: L & R Fakta. s. 36-44.
- Ryg Olsen, E. 1993: *Kvindens valg*. Herning: Systime.
- Sundhedsministeriet 1999: Handlingsplan til nedbringelse af antallet af aborter.
- Sundhedsstyrelsen 1986: Statistik om prævention og aborter 1985 (1984). Vitalstatistik I:17:1986 Sundhedsstyrelsen 1986 - og senere årgange.
- Tietze, C. 1975: The Effect of Legalization of Abortions on Populations Growth and Public Health. *Family Planning Perspectives* 1975;7:123-7.
- Tietze, C. & J. Bongarts 1976: The Demographic Effect of Induced Abortion. *Obstetrical and Gynecologic Survey* 1976;31:699-709.
- Tjørnhøj-Thomsen, T. 1998: *Tilblivelseshistorier. Barnløshed, slægtskab og forplantningsteknologi i Danmark*. Ph.d. afhandling. Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Wielandt, H. & L.B. Knudsen 1997: Birth control. Some experiences from Denmark. *Contraception* 1997;55:301-6.