



Færre vert gravide

KRONIKK

ANNE KJERSTI DALTVEIT

E-post: anne.daltveit@uib.no

Anne Kjersti Daltveit er ph.d., professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, og forskar ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling ved Folkehelseinstituttet. Ho har særleg erfaring med analysar og forskning på data frå Medisinsk fødselsregister.

Forfattern har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

METTE LØKELAND-STAI

Mette Løkeland-Stai er ph.d., overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling ved Folkehelseinstituttet med fagleg ansvar for Abortregisteret, og gynekolog ved Dagkirurgisk senter ved Betanien sykehus.

Forfattern har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

KRISTINE MARIE STANGENES

Kristine Marie Stangenes er overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling ved Folkehelseinstituttet, og ph.d.-stipendiat og barnelege ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland universitetssjukehus.

Forfattern har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

RUPALI RAJENDA AKERKAR

Rupali Rajenda Akerkar er ph.d., statistikar og seniorrådgjevar ved Avdeling for helseregister ved Folkehelseinstituttet.

Forfattern har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

OLAUG MARGRETE ASKELAND

Olaug Margrete Askeland er statistikar og seniorrådgjevar ved Avdeling for helseregister ved Folkehelseinstituttet. Ho har særleg erfaring med analysar frå Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret.

Forfattern har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

PÉTUR BENEDIKT JÚLÍUSSON

Pétur Benedikt Júlíusson er avdelingsdirektør ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling ved Folkehelseinstituttet, overlege ved Barne- og ungdomsklinikken ved Haukeland universitetssjukehus, og professor ved Klinisk institutt 2 ved Universitetet i Bergen.

Forfattern har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikar.

Reproduksjon og reproduktiv helse representerer verdiar som er viktige for den enkelte, og som har stor betydning for samfunnet både i samtida og i framtida. Kva seier tilgjengelege data om trendar i talet på svangerskap hos norske kvinner?

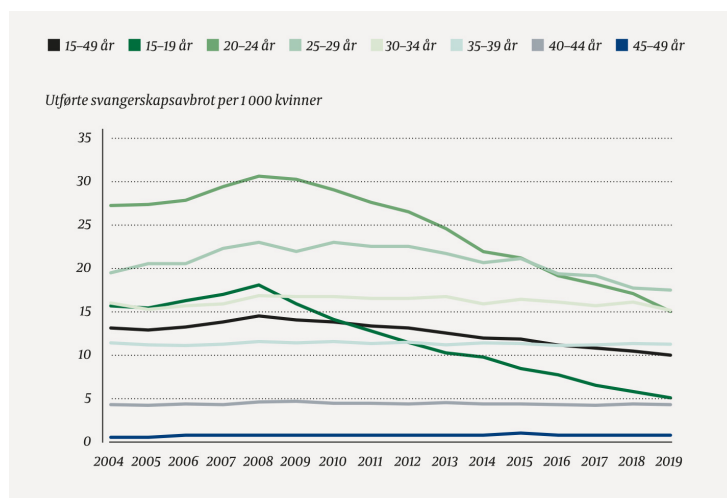
Offisielle tal på fruktbarheit, som baserer seg på levandefødde, har i Noreg gått ned kvart år

sidan 2009 og var i 2019 lågare enn nokon gong. Talet på provoserte abortar saman med talet på levandefødde gir eit meir fullstendig bilde av reproduksjonen, og viser same fallande trend i denne perioden. Årsakene til redusert reproduksjon synest å vere samansette.

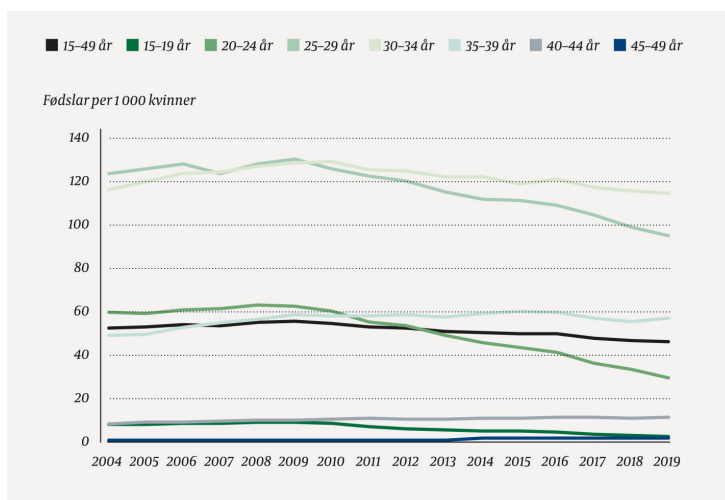
Offisielle tal på fruktbarheit vert utarbeidde av Statistisk sentralbyrå og er baserte på talet på levandefødde i forhold til talet på kvinner i reproduktiv alder (15–49 år). Samla fruktbarheitstal er eit hypotetisk tal for kor mange levandefødde kvar kvinne gjennomsnittleg kjem til å føde, under føresetnad av at mønsteret varer ved gjennom kvinnene sin fruktbare periode (1). Mellom 2002 og 2009 steig samla fruktbarheitstal jamt frå 1,75 til 1,98. Ein må heilt tilbake til 1975 før ein finn like høg fruktbarheit som i 2009 (1). Deretter gjekk talet ned år for år til 1,53 i 2019, som er det lågaste som nokon gong er registrert i Noreg. I ein statistikk som strekkjer seg over meir enn 40 år, er det altså ikkje meir enn 9 år mellom topp og botn. Kva har skjedd?

Det er verdt å merke seg at samla fruktbarheitstal vil gå ned i periodar med ein aukande tendens til at kvinner utset barnefødselar, og gå opp i periodar med ein aukande tendens til at kvinner er yngre når dei føder. Talet kan difor endre seg over tid utan at det endelege barnetalet i kvinna sitt livsløp i endrar seg.

Vi viser til tal frå Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret som samla sett representerer vitale svangerskap: provoserte abortar, levandefødde og dødfødde. Figur 1 og 2 er henta frå «Rapport om svangerskapsavbrot» frå Folkehelseinstituttet (2). Eit hovudresultat er at mellom 2009 og 2019 gjekk talet på provoserte abortar (figur 1) og fødselar (figur 2) ned med høvesvis 69 % og 76 % for kvinner under 20 år, 51 % og 53 % for kvinner i alderen 20–24 år, og 22 % og 27 % for kvinner i alderen 25–29 år. Samla nedgang for alle aldersgrupper var 31 % for abortar og 19 % for fødselar. Dei sterke trendane i dei yngste gruppene har ført til at abortraten no er høgast for kvinner mellom 25 og 29 år, og fødselsraten høgast for kvinner mellom 30 og 34 år.



Figur 1 Utførte svangerskapsavbrot per 1 000 kvinner etter kvinna sin alder i perioden 2004–19. Kjelde: Abortregisteret.



Figur 2 Fødsler per 1 000 kvinner etter kvinne sin alder i perioden 2004–19. Kjelde: Medisinsk fødselsregister.

Endringane i figur 2 vert også spegla av i gjennomsnittleg alder ved fødsel (alle fødsler), som var nesten uendra mellom 2004 og 2009 (høvesvis 30,1 år og 30,2 år) for deretter å stige til 31,3 år i 2019 (3). Denne trenden var endå sterkare for gjennomsnittleg alder ved første fødsel, som heldt seg uendra på 28,0 år frå 2004 til 2009 for deretter å stige til 29,7 år i 2019.

Årsaker til trendar i abort og fertilitet

Meir bruk av effektiv prevensjon har truleg bidrege til nedgangen i aborttala. Tal frå Reseptregisteret (4) viser at bruken av reseptbelagd prevensjon i den aktuelle perioden auka i alle aldersgrupper. Bruken av langtidsprevensjon har gått opp, samtidig som bruken av nødprevensjon har gått ned. Effektiv prevensjon vil ha som hovudønskemål å redusere aborttala. Men sidan ein del av dei uplanlagde svangerskapa vert fullførte (5), kan meir effektiv prevensjon også bidra til at fødselstala går ned.

Endringar i fertilitet kan vere knytte til økonomi og deltaking i arbeidslivet. I ein studie om fertilitet i fleire vestlege land før og etter finanskrisa rundt 2008, fann ein at redusert fertilitet etter finanskrisa hadde samanheng med arbeidsløyse både i land med låg fertilitet (Sør-Europa) og i land med høg fertilitet (Nord-Europa og USA) (6). Resultata samsvarar med norske data (7) som viser to trendar i endringar i fertiliteten: ein nedgang i sjansen for førstefødsel og ein nedgang i talet på kvinner som får sitt tredje barn. Medan nedgangen i sjansen for førstefødsel var knytt til kvinna si deltaking i arbeidslivet, arbeidserfaring og arbeidsløyse i kommunen, var nedgangen i tredjefødsler ein langvarig trend som i mindre grad var knytt til deltaking i arbeidslivet. I rapporten «Mellom arbeidsliv og familieliv» er også menn si rolle undersøkt (8). Analysar baserte på registerdata viste at for både menn og kvinner var inntekt viktig for å få eit første barn, men mindre viktig for overgang til eit tredje barn. Arbeidstid hadde størst betydning for kvinner, og sjansen for både første og tredje barn auka ved deltidsarbeid.

For enkelte utdanningsgrupper kan jobbsikkerheit vere avgjerande for når kvinnene velger å få barn

I studien av trendar i Europa og USA (6) fann ein at ikkje berre klassiske økonomiske indikatorar, men også indikatorar for det som kan omtalast som «opplevd økonomisk usikkerheit», viste ein samanheng med fertilitet – uavhengig av arbeidsløyse. Når norske kvinner og menn vart spurde om kva for faktorar som er viktige for avgjerda om å få barn, var det å ha fast jobb viktigare enn å vere ferdig med utdanning og å ha god økonomi (8). Desse svara varierte lite med kjønn og alder.

Tradisjonelt har det å utsette barnefødsler vore knytt til at kvinner ønsker å utdanne seg. I ein studie frå Oslo i 1960-åra fann ein at kvinner som kunne utsette å få første barn, på lang sikt hadde meir stabile parforhold og betre sosioøkonomisk utkomme (9). At

gjennomsnittsalderen for første fødsel fortset å auke, kan tyde på at mange kvinner velger å vente med å få barn til dei også har etablert seg i arbeidslivet. For enkelte utdanningsgrupper kan dermed jobbsikkerheit vere avgjerande for når kvinnene velger å få barn. I ein norsk studie vart det dokumentert store forskjellar mellom ulike utdanningsgrupper i sjansen for å få sitt første barn innan ein viss alder, og vidare at desse forskjellane var større etter 2010 enn før (7). I perioden 2010–15 var sjansen for at kvinner med utdanning innan media og kommunikasjon skulle få sitt første barn innan dei fylte 25 eller 33 år, berre høvesvis 26 % og 57 % av sjansen for at kvinner med pedagogisk utdanning skulle få det.

Familiepolitikk

Dei nordiske landa er kjende for å ha ein god familiepolitikk. Dette får saman med generelt god økonomi ofte æra for at ein har klart å halde oppe ein relativt høg fertilitet samanlikna med til dømes land i Sør-Europa. Eit ankepunkt mot velferdsordningane har rett nok vore at dei gir sterke økonomiske insentiv til å vente med å få barn til ein er ferdig med utdanning og har fått lønt arbeid.

God familiepolitikk kan imidlertid konkurrere med mekanismer som dreg i motsett retning. Innan økonomisk teori vert det hevda at i eit moderne samfunn der utdanning er viktig, vil foreldre vere oppmuntra til å bruke meir tid og ressursar på kvart enkelt barn for at barnet skal få dei nødvendige ferdigheitene som samfunnet krev (10). Dermed kan det vere at auka velstand og auka krav til utdanning gir insentiv til å få færre barn. Nedgangen i tredjefødsjar som dei norske studiane viser til (7, 8), kan nettopp vere eit utslag av at preferansane for barnetal har endra seg på bakgrunn av blant anna slike mekanismer.

Mor sin alder og barnefødsjar

Det er ønskeleg at kvinner får barn i ein periode av livet der den medisinske risikoen for mor og barn er låg. Risikoen for komplikasjonar under svangerskapet og under fødselen aukar med kvinna sin alder. Dette er knytt til auka risiko for overvekt og kroniske sjukdommar etter kvart som kvinna vert eldre, men òg til alder i seg sjølv. Vidare minkar sjansen for å verte gravid med alderen, noko som aukar behovet for assistert befruktning for kvinner som ønsker barn. Nokon av desse kvinnene vil verte verande ufrivillig barnlause fordi behandlinga for infertilitet ikkje vil vere vellukka. Om ein berre tek utgangspunkt i slike medisinske vurderingar, vil den «biologiske idealalderen» for å føde vere i byrjinga av tjuåra.

Det kan vere at auka velstand og auka krav til utdanning gir insentiv til å få færre barn

Sjølv om det er viktig å vere klar over risikoen ved aukande alder (11), bør ein samtidig gi den enkelte tryggleik for at det går bra for dei fleste eldre førstegangsfødande (12). Vidare kan mange av kvinnene som i våre dagar velger å få barn i høg alder, vere kvinner med normal evne til å føde barn og utan kjende risikofaktorar for komplikasjonar (13). Dermed kan det vere at gjennomsnittstal frå tidlegare studiar overvurderer risikoen for desse kvinnene.

Om dagens trendar berre representerer ei utsetting av svangerskap blant kvinner under 30 år eller om dei også vil innebere at denne generasjonen av kvinner får færre barn, vil framtida vise. Førebygging av uønska svangerskap og abort handlar ikkje berre om tilgang til prevensjon, men òg om tilrettelegging for at unge kvinner som vert uplanlagt gravide, kan velge å fullføre svangerskapet. Det medisinske fagmiljøet si rolle er å fremje sunne og balanserte haldningar i den offentlege debatten og i kommunikasjonen med dei som søker råd i helsevesenet, uavhengig av vala til den enkelte.

LITTERATUR:

1. SSB statistikkbank <https://www.ssb.no/statbank/table/04232/> Lest 5.11.2019.
2. Løkeland M, Heiberg-Andersen R, Akerkar R et al. Rapport om svangerskapsavbrot 2019. Rapport nr. 1-2020. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2020. <https://www.fhi.no/contentassets/94b2do61d7af44d39c931b27b0315075/rapport-om-svangerskaps-avbrot-2019.pdf> Lest 5.11.2019.
3. Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> Lest 25.6.2020.
4. Sakshaug S. (red), Legemiddelforbruket i Norge 2013–2017. Legemiddelstatistikk 2018:1. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/legemiddelforbruket-i-norge-2013-2017.pdf> Lest 5.11.2019.
5. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A et al. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1136–40. [PubMed][CrossRef]
6. Comolli CL. The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: Structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demogr Res* 2017; 36: 1549–600. [CrossRef]
7. Dommermuth L, Lappegård T. Nedgangen i fruktbarhet fra 2010. Rapport 2017/12. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2017. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/307281?_ts=15be7159110 Lest 5.11.2019.
8. Cools S, Strøm M. Mellom arbeidsliv og familieliv: Hvilken betydning har arbeidsmarkedssituasjonen for om menn og kvinner velger å få barn? Rapport 2018/13. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, 2018. <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/handle/11250/2560419> Lest 5.11.2019.
9. Mølland E. Benefits from delay? The effect of abortion availability on young women and their children. *Labour Econ* 2016; 43: 6–28. [CrossRef]
10. Becker GS. Nobel Lecture: The economic way of looking at behavior] *Polit Econ* 1993; 101: 385–409. [CrossRef]
11. Herstad L, Klungsøyr K, Skjaerven R et al. Maternal age and emergency operative deliveries at term: a population-based registry study among low-risk primiparous women. *BJOG* 2015; 122: 1642–51. [PubMed][CrossRef]
12. Herstad L. Maternell alder og risiko for operativ fødsel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 2210. [PubMed][CrossRef]
13. Eskild A. Biology, economy and reproduction. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86: 1284–5. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 13. august 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0725

Mottatt 11.11.2019, første revisjon innsendt 16.1.2020, godkjent 24.2.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no