

# Nødprevensjon eller abort? En longitudinell studie av unge kvinner

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Bruken av postkoital prevensjon (nødprevensjon, angrepiller) har økt – uten at dette synes å ha gitt reduserte abortrater. Én mulig forklaring kan være at det er ulike grupper kvinner som bruker nødprevensjon og som tar abort.

**Materiale og metode.** Et representativt utvalg kvinner (N = 768) ble fulgt fra de var 15 til de var 27 år. Data ble innhentet gjennom surveyundersøkelser om nødprevensjon og indusert abort, samt om sosiodemografiske forhold, familie-kjennetegn og individuelle forhold knyttet til blant annet skole, utdanning, atferdsproblemer, bruk av rusmidler og depresjon, dvs. forhold som tidligere er rapportert å gi risiko for abort.

**Resultater.** Kvinner som bruker nødprevensjon, rekrutteres oftere enn forventet fra familier der foreldrene har høy utdanning (OR 2,0; 95 % KI 1,3–2,9), men har ellers ingen kjennetegn som skiller dem fra andre kvinner i den vanlige befolkningen. De som tar abort, har derimot risikofaktorer som depresjon (OR 3,2; 95 % KI 1,7–6,0) og et venniljø med atferdsproblemer (OR 2,5; 95 % KI 1,3–4,8), og de har sjeldnere enn vanlig utdanning på universitets- og høyskolenivå (OR 0,2; 95 % KI 0,1–0,7).

**Fortolkning.** Nødprevensjon ser ut til å brukes av andre enn dem som har høyest risiko for abort. I det abortforebyggende arbeidet bør man vurdere å intensivere innsatsen for å la nødprevensjon bli en praktisk mulighet for denne gruppen, i tillegg til tradisjonelle prevensjonsmidler.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Willy Pedersen

willy.pedersen@sosiologi.uio.no

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Universitetet i Oslo

0317 Oslo

og

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd

og aldring (NOVA)

Postkoital antikonsepsjon (nødprevensjon, angrepille) er kommet i bruk i mange land i de senere år og antas å være egnet til å forhindre uønskede graviditeter og abort (1). I Norge kom slik prevensjon reseptfritt i handelen fra 2000 (2), men det har ikke vært noe fall i abortratene etter dette (3). Ifølge en britisk studie hadde det ingen effekt på abortratene da nødprevensjon ble introdusert i enkelte engelske byer (4). En svensk intervjuundersøkelse med intensiv informasjon til høyrisikogrupper om slik prevensjon tyder heller ikke på særlig effekt på abortratene (5). En annen svensk studie viste parallell økning i bruken av nødprevensjon og forekomst av usikker sex over den siste femårsperioden. Forfatterne stilte spørsmålet om tilgangen på slik prevensjon hadde senket terskelen for å ha ubeskyttet sex (6). Nødprevensjon synes å ha blitt et viktig tilskudd til tradisjonell prevensjon i de fleste land, men den forventede effekten på abortratene er uteblitt.

Abort er en vanlig erfaring for norske kvinner. Basert på dagens abortrater vil det bli gjennomført rundt 470 aborter hos 1 000 kvinner dersom vi følger dem til de er 50 år. Høyeste rater finner vi i aldersklassen 20–24 år (3). I Norge er forskningen på hvem som er i risiko for abort overraskende mangelfull. Basert på internasjonale studier kan man forvente at en rekke forhold spiller inn når særlig unge kvinner tar abort – slik som foreldrenes sosiale klasse, vanskelige familieforhold under oppveksten, atferdsproblemer, høyt forbruk av alkohol, svake skoleresultater, marginal posisjon i arbeidsmarkedet og depresjon, samt lav alder ved seksuell debut og mange seksualpartnere (7–9). Det finnes få populasjonsbaserte studier av kvinner som bruker nødprevensjon, men en britisk studie avdekket mange av kjennetegnene som gir økt sannsynlighet for abort (10).

Vi ønsket å undersøke om kvinner som bruker nødprevensjon har fellestrekk med dem som tar abort. Vi brukte et representativt utvalg kvinner som ble fulgt fra tenårene og gjennom 20-årene. Vi tok for oss perioden etter 2000, da nødprevensjon kom fritt

i handelen i Norge, og sammenliknet de to gruppene. Studien er basert på Ung i Norge longitudinell, som er beskrevet mer inngående tidligere (11).

## Materiale og metode

Den første datainnsamlingen (T1) foregikk i 1992. Deltakerne var elever ved 67 skoler og var trukket ut slik at de var representative for den norske populasjonen av skoleungdommer. Responsraten var 97%. Vi valgte ut dem som gikk i 7. klasse i ungdomsskolen eller 1. klasse i videregående skole for ny oppfølging i 1994 (T2). Fordi studien var planlagt med bare to datainnsamlinger, måtte vi innhente nytt samtykke for en tredje oppfølging, og 90% gav oss dette. Disse fikk tilsendt et spørreskjema per post i 1999 (T3) og ett til i 2005 (T4). I 1999 fikk vi en respons på 84%, i 2005 var responsen på 82%. Over de fire datainnsamlingene er det et akkumulert frafall på drøyt 30%.

En logistisk regresjonsanalyse viste at følgende variabler fra 1992 predikerte frafall i løpet av de tre senere oppfølgingene: kjønn (mann), svake skolekarakterer, bosted i by og antakelsen om et manuelt yrke ved 40 års alder. I de analysene vi her rapporterer, har vi med de yngste kvinnene, de som var 12–15 år i 1992. Dette utgjør 968 personer. I 1994 (T2) var deres gjennomsnittsalder 15 år (standardavvik 0,6 år), i 1999 (T3) var den 20 år og i 2005 (T4) 27 år. Vi brukte informasjon fra 1994 og 1999 for å predikere abort og bruk av nødprevensjon i perioden 2000–05.

## Variabler

**Abort, nødprevensjon.** Vi spurte kvinnene om de noen gang hadde tatt (provosert) abort. I tillegg spurte vi om hvor mange aborter de hadde tatt og om hvor gamle de var ved første og siste abort. Vi spurte vide-

## Hovedbudskap

- Bruken av nødprevensjon har økt, men dette ser ikke ut til å ha gitt lavere abortrater
- Kvinnene som bruker nødprevensjon, er ikke de som har høyest risiko for å ta abort
- Tiltak som kan øke bruken av nødprevensjon blant kvinner med risikofaktorer for abort, bør vurderes

re: «Har du noen gang tatt angrepille?» De som svarte bekreftende, ble spurt om hvor mange ganger dette hadde skjedd samt når det skjedde første gang.

**Sosiodemografi.** Landet ble delt opp i fem regioner for bosted (Østlandet, Vestlandet, Sørlandet, Trøndelag og Nord-Norge). I tillegg ble det klassifisert ut fra urbanitetsgrad: Oslo, andre større byer, mindre byer, tettsteder, spredtbygde strøk. Vi spurte om foreldrenes utdanning og yrke. Dette ble kodet til fem sosialklasser: høyere administrativ, mellomlag, lavere funksjonærer, arbeidere, primærnæringer. Vi vet at grupper med tilknytning i mellomlagene ofte har den mest målrettede helseatferden, vi laget derfor to dummyvariabler med henholdsvis mor og far med mellomlagsbakgrunn. Vi spurte også om mor og far var arbeidsløse eller trygdede og om de fikk sosialhjelp.

**Familieforhold.** Vi spurte om skilsmisse hos foreldrene og om samlivsbrudd ved samboerskap. For å kartlegge grad av tilsyn brukte vi et instrument utviklet av Olweus (12) med spørsmål knyttet til foreldrenes normer i oppdragelsen og kunnskap om barnas venner og deres gjøremål («Kjenner de vennene dine?») og «Vet de hvor du er i helgene?»). Vi spurte videre: «Vil du si at din far (mor) har hatt alkoholproblemer?» Vi stilte også en rekke spørsmål om bestevennenes bruk av rusmidler og om hvorvidt noen av dem var straffet.

**Individuelle kjennetegn.** I 1999 (T3) ble respondentene spurt om de hadde sluttført noen videregående utdanning (ja/nei). I tillegg ble de spurt om ulike inntektskilder, og de som svarte sosialhjelp, arbeidsløshetsstrygd eller uføretrygd, ble kategorisert til «utenfor arbeidsmarkedet». Depressive Mood Inventory ble brukt i 1994 (T2) og 1999 (T3) (13). Eksempler på utsagn det ble tatt stilling til: «Følt håpløshet med tanke på fremtiden», «Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert» (Cronbachs alfa 0,82). Atferdsproblemer ble målt både i 1994 (T2) og i 1999 (T3) ved hjelp av 15 spørsmål knyttet til kriteriene for atferdsforstyrrelse i DSM-III-R (14). I tillegg spurte vi om alkoholberuselse og daglig røyking. Til slutt ble alle de ti individuelle risikofaktorene (tab 1) summert til én global risikoindeks med verdier fra 0 til 10.

#### Statistikk

Den avhengige variabelen har tre verdier og ble kodet slik: 0: ikke nødprevensjon/ abort, 1: nødprevensjon, 2: abort. Forskjeller mellom gruppene ble undersøkt med khikvadrattest. Gjennomsnittsforskjeller mellom gruppene på det globale risikomålet ble testet med enveisvariansanalyse. For longitudinelt å predikere de ulike utfallene brukte vi multivariat multinomisk logistisk regresjonsanalyse. Alle forklaringsvariablene ble målt i 1994 (T2) og i 1999 (T3). I den endelige modellen tok vi med de variablene som var signifikante ( $p < 0,05$ ) i ett av utfallene. Vi rapporterer oddsratioer (OR) for hvert av

**Tabell 1** Sammenhengen mellom kjennetegn målt ved 15 og 20 års alder og senere bruk av nødprevensjon eller abort. Signifikansnivå estimert ved hjelp av khikvadrattest

	Ikke nødprevensjon/abort	Nødprevensjon	Abort	P-verdi
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	
Far fra mellomlag	182 (31)	61 (48)	20 (36)	0,002
Far alkoholproblemer	63 (11)	7 (6)	8 (14)	0,10
Svakt foreldretilsyn	197 (34)	52 (41)	30 (54)	0,007
Vennemiljø med atferdsvansker	67 (12)	15 (12)	16 (29)	0,001
Ikke sluttført videregående skole	115 (20)	20 (16)	17 (30)	0,07
Utdanning på universitets- og høyskolenivå	159 (27)	37 (29)	4 (7)	0,003
Depresjon ved 15 års alder	77 (13)	19 (15)	16 (29)	0,008
Depresjon ved 20 års alder	64 (11)	20 (16)	18 (32)	0,001
Atferdsvansker ved 15 års alder	98 (17)	26 (20)	19 (34)	0,006
Atferdsvansker ved 20 års alder	40 (7)	10 (8)	9 (16)	0,05
Daglig røyking	159 (27)	28 (22)	22 (39)	0,05
Klart beruset mer enn ti ganger	45 (8)	9 (7)	10 (18)	0,03
Fire eller flere seksualpartnere siste år	49 (8)	13 (10)	12 (21)	0,007

**Tabell 2** Sannsynligheten for henholdsvis bruk av nødprevensjon og abort ved justert multinomisk logistisk regresjonsanalyse av 768 kvinner. Gruppen som ikke hadde brukt nødprevensjon eller tatt abort, er referansekategori for utfallsvariabelen

	Ikke nødprevensjon/abort	Nødprevensjon	Abort
	Oddsratio	Oddsratio (95% KI)	Oddsratio (95% KI)
Far fra mellomlag	1,0	2,0 (1,3–2,9)	1,3 (0,7–2,3)
Far alkoholproblemer	1,0	0,5 (0,2–1,0)	1,0 (0,4–2,2)
Vennemiljø med atferdsvansker	1,0	1,0 (0,6–1,9)	2,5 (1,3–4,8)
Utdanning på universitets- og høyskolenivå	1,0	1,0 (0,7–1,6)	0,2 (0,1–0,7)
Depresjon	1,0	1,6 (0,9–2,7)	3,2 (1,7–6,0)

utfallene «nødprevensjon» og «abort» med 95% konfidensintervall og med verdien 0 (ikke nødprevensjon/abort) som referanse.

Vi gjennomførte også kontrollanalyser hvor vi brukte ordinær logistisk regresjon. Da brukte vi gruppen som ikke hadde tatt abort eller brukt nødprevensjon som referanse. Vi eliminerte først gruppen som hadde tatt abort og predikerte bruk av nødprevensjon. Deretter eliminerte vi gruppen som hadde brukt nødprevensjon og predikerte det å ta abort. Resultatene ble identiske med dem som rapporteres her.

#### Resultater

125 kvinner (16,3%) hadde hatt til sammen 143 aborter i løpet av oppfølgingen. For å validere svarene ble tallene sammenliknet med data fra Statistisk sentralbyrå, hvor abortstatistikken er angitt på aggregert nivå (3). Den observerte raten (186 per 1 000) frem til 27 års alder var 74% av forventet rate. Enten var det en viss underreportering eller så var frafallet noe selektivt. 245 kvinner (33%) hadde brukt nødprevensjon. De første rapporterte om bruk av nødprevensjon i 1995, deretter økte ratene jevnt til 2000, hvoretter økningen flatet ut. Vi sammenlik-

net dem som brukte nødprevensjon ( $n = 151$ , 20%) og dem som tok abort ( $n = 56$ , 7%) fra og med 2000. Det var 23 kvinner som hadde erfaring med begge deler, de ble inkludert i abortgruppen.

Mange i gruppen som senere skulle komme til å ta abort, hadde kjennetegn som svakt foreldretilsyn og et vennemiljø preget av ungdom med atferdsvansker. Mange av kvinnene hadde ikke fullført videregående skole, få av dem hadde begynt på høyere utdanning og de hadde høye rater av depresjon og atferdsvansker målt i 1994 (T2), dvs. midt i tenårene, og i 1999 (T3), dvs. ved 20 års alder (tab 1). Gruppen som skulle komme til å bruke nødprevensjon, hadde ikke slike kjennetegn. Tvert imot var det trekk som peker i en annen retning: De hadde lavere eksponering for alkoholproblemer i hjemmet enn andre, og flere hadde fedre med yrker i mellomlagene (tab 1).

Vi testet også gjennomsnittene for de tre gruppene på det globale risikomålet og fant at gruppen som ikke hadde brukt nødprevensjon eller tatt abort, fikk verdien 2,0 (95% KI 1,9–2,1), og at gruppen som hadde brukt nødprevensjon, hadde samme gjennomsnitt – 2,0 (95% KI 1,8–2,3). Gruppen som hadde

tatt abort, hadde derimot signifikant høyere skår enn de to andre, nemlig 3,5 (95 % KI 2,9–4,0).

En justert multinomisk regresjonsanalyse viste at det å ta abort ble predikert av det å befinne seg i et vennemiljø hvor mange hadde atferdsvansker, av depresjon og av det ikke å ha påbegynt høyere utdanning (tab 2). Disse kjennetegnene predikerte derimot ikke det å bruke nødprevensjon. Snarere var dette, også i den justerte analysen, knyttet til å ha fedre med mellomlagsyrker og til fravær av alkoholproblemer i hjemmet.

## Diskusjon

Studien viser at kvinnene som tar abort og kvinnene som benytter nødprevensjon har ulike kjennetegn. Mange av abortsøkerne har tradisjonelle risikofaktorer knyttet til sosial bakgrunn og livsstil. De som kommer til å benytte seg av nødprevensjon har ikke slike kjennetegn, snarere er det enkelte tegn på at de kommer fra et ressurssterkt sosialt sentrum.

Det er flere sterke sider ved studien. Data settet har høy kvalitet, med god responsrate og lang oppfølgingstid, og vi bruker godt validerte mål for de sentrale variablene. Likevel peker abortratene i utvalget mot en viss underreportering eller et noe selektivt frafall. Utvalget er dessuten lite, slik at de ulike gruppene blir små. Et større utvalg hadde vært ønskelig. Det var dessuten en mindre gruppe som hadde gjort begge erfaringene, slik at gruppene i virkeligheten ikke er så entydig ulike som de kan fremtre som her.

Introduksjonen av nødprevensjon har altså vært knyttet til forventninger om reduserte abortrater, men dette synes ikke å ha skjedd der dette har vært undersøkt. Funnene kan antyde et svar: Abort hos unge kvinner skjer ofte i kjølvannet av en problemfylt oppvekst og vansker i skole og arbeidsliv samt et levesett med atferdsproblemer, de-

presjon og rus. Dette er forhold som kan gi kvinnen redusert kontroll over sin seksualitet. Slike forhold er også dokumentert å gi forhøyet risiko for et konfliktfylt og voldelig samliv og seksuell viktisering (7, 15), noe som i sin tur kan gi økt risiko for uønsket graviditet (16).

Våre data tyder altså på at bruken av nødprevensjon særlig har hatt nedslag i grupper som ikke preges av slike risikofaktorer. Man kan nok tenke seg at bruk av nødprevensjon forhindrer en del aborter, men da skjer nok dette i andre grupper enn blant dem som er mest sårbare for uønskede graviditeter. En rimelig konklusjon må være at arbeidet for å øke tilgjengeligheten til og motivasjonen for bruk av nødprevensjon bør styrkes overfor unge kvinner som har de kjennetegnene som her er dokumentert å gi risiko for abort.

En tidligere studie med data fra mange land, inkludert Norge, kan tyde på at dette kan gjøres gjennom at nødprevensjon inngår som del av et bredere tilbud med ulike typer prevensjon (17). Når nødprevensjon blir en mulighet i en slik sammenheng, synes dette for mange å kunne innebære økt kontroll og myndighet over sin seksualitet og også et mer bevisst forhold til bruk av de tradisjonelle prevensjonsmetodene.

*Studien er støttet av Norges forskningsråd gjennom forskningsprogrammet Helse og samfunn.*

## Litteratur

1. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics* 2005; 116: 1026–35.
2. Nesheim BI. Postkoital antikonsepsjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2737–8.
3. Utførte svangerskapsavbrudd, etter kvinnens alder, 1979–2005. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2007.
4. Girma S, Paton D. Matching estimates of the impact of over-the-counter emergency birth control on teenage pregnancy. *Health Econ* 2006; 15: 1021–32.

5. Larson M, Aneblom G, Eurenus R. Limited impact of an intervention regarding emergency contraceptive pills in Sweden – repeated surveys among abortion applicants. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006; 11: 270–6.
6. Larsson M, Tyden T. Increased sexual risk taking behavior among Swedish female university students: repeated cross-sectional studies. *Acta Obstet Gynecol* 2006; 85: 966–70.
7. Bardone A, Moffitt T, Caspi A et al. Adult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Dev Psychopathol* 1996; 8: 811–21.
8. Moffitt T, E-Risk Study Team. Teenaged mothers in contemporary Britain. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 727–42.
9. Woodward LJ, Fergusson DM. Early conduct problems and later risk of teenage pregnancy in girls. *Dev Psychopathol* 1999; 11: 127–41.
10. Black K, Mercer CH, Johnson AM et al. Socio-demographic and sexual health profile of users of emergency hormonal contraception: data from a British probability sample. *Contraception* 2006; 74: 309–12.
11. Pedersen W, Samuelsen SO, Wichstrøm L. Intercourse debut age: poor resources, problem behavior or romantic appeal? A population-based longitudinal study. *J Sex Res* 2003; 40: 333–46.
12. Olweus D. Prevalence and incidence in the study of antisocial behavior: definitions and measurements. I: Klein M, red. *Cross-national research in self-reported crime and delinquency*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1989: 187–201.
13. Kandel D, Davies M. Epidemiology of depressed mood in adolescents: an empirical study. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1205–12.
14. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. reviderte utg. (DSM-III-R). Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
15. Chesney-Lind M, Shelden RG. *Girls, delinquency and juvenile justice*. Belmont: Wadsworth, 1998.
16. Holmes M, Resnick H, Kilpatrick D et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 320–4.
17. Gainer E, Blum J, Toverud E et al. Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. *Contraception* 2003; 68: 117–24.

*Manuskriptet ble mottatt 2.6. 2007 og godkjent 25.9. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*