

# Er det mulig å få pålitelig kunnskap om psykiske senvirkninger etter provosert abort?

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Psykiske senvirkninger etter provosert abort er stadig tema for debatt, men det vitenskapelige erfaringsgrunnlaget er begrenset og heller ikke entydig. Vi ønsket å kartlegge hvordan et tilfeldig utvalg kvinner stilte seg til forhåndsavtalte oppfølgingsstudier etter provosert abort.

**Materiale og metode.** I løpet av tre måneder fikk alle abortpasientene ved Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssykehus utdelt et spørreskjema. De ble spurt om de ville vært villige til å bli kontaktet skriftlig med spørsmål om eventuelle senvirkninger henholdsvis 1–2 år og 5–10 år etter inngrepet, samt å begrunne standpunktene ved avkrysning av oppgitte svaralternativer.

**Resultater.** Det ble utført 300 aborter ved avdelingen i studieperioden. 227 av kvinnene fikk utdelt spørreskjema, hvorav 181 (80 %) ble inkludert. Av de studerte kvinnene svarte 43 % at de ville akseptert deltakelsen i en spørreundersøkelse om eventuelle senvirkninger etter provosert abort 1–2 år etter inngrepet og 35 % etter 5–10 år.

**Fortolkning.** Det kan se ut til å være vanskelig å studere psykiske senvirkninger etter provosert abort med spørreundersøkelser. Deltakerandelen i langtidsundersøkelser vil, basert på våre resultater, bli for lav og dermed ikke representativ for gruppen som helhet.

**Grete Alræk Iversen**  
grete.alrek.iversen@helse-bergen.no  
Kvinneklivnikken  
Haukeland universitetssykehus

**Mette Løkeland**  
Kvinneklivnikken  
Haukeland universitetssykehus  
og  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Bergen

**Anneli Katrine Fjereide**  
Kvinneklivnikken  
Haukeland universitetssykehus

**Line Bjørge**  
**Ole-Erik Iversen**  
Kvinneklivnikken  
Haukeland universitetssykehus  
og  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Bergen

Lovfestet selvbestemt abort ble innført i Norge i 1978. Årlig utføres det rundt 15 000 provoserte aborter, aborttallene har vært stabile (1). 35–40 % av alle norske kvinner vil begjære provosert abort minst en gang i løpet av livet (2, 3). Fordi slike inngrep foretas hyppig, er det satt inn store ressurser på å overvåke og forebygge uønskede svangerskap. Selv om mange i den offentlige debatten mener mye om senvirkninger hos kvinner som har gjennomgått provosert abort, er det publisert få studier om temaet, og vi har ikke identifisert noen studier om temaets forskbarhet.

Norske studier har konkludert med høy forekomst av psykiske senvirkninger etter provosert abort (4, 5). Tilsvarende funn fremkommer ikke i en amerikansk oversiktsartikkel (6), en amerikanske longitudinell studie (7) eller en dansk kohortstudie (8). Når man korregerer for faktorer som ambivalens i forhold til inngrepet, tidligere psykiatrisk historie og press fra andre, fant man heller ikke i en norsk studie forhøyet forekomst av depresjon etter provosert abort (4).

Provosert abort vekker debatt, både i norsk presse (3, 9–13) og i Tidsskriftet (14–16). Kvinnelige medlemmer av Arbeiderpartiet forsøkte i 2005 å starte en debatt om å utvide grensen for selvbestemt abort til 16 uker (17). Det har aldri vært politisk aktuelt å endre loven med henblikk på selvbestemmelse. En doktoravhandling om kvinners emosjonelle liv etter provosert og sponstan abort (4) fikk betydelig oppmerksomhet

og førte blant annet til et lovforslag om forbud mot medikamentell hjemmeabort (18).

Kunnskapsgrunnlaget om langtidseffekter etter provosert abort er mangelfullt. Derfor er det vanskelig å støtte eller tilbakevise påstander om risiko for psykiske senvirkninger. Store studier er trolig vanskelige å gjennomføre på grunn av eksisterende tabuer og av diskresjonshensyn. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Helse Vest (REK Vest) nektet å godkjenne en intervju-studie der kvinner som hadde gjennomgått provoserte senaborter ved Kvinneklivnikken Haukeland universitetssykehus, skulle kontaktes. Begrunnelsen var at det ble ansett som uetisk å kontakte kvinnene i ettertid når det ikke var avtalt på forhånd.

Vi ønsket å kartlegge om forskning på senvirkninger etter provosert abort kan gjennomføres på et representativt utvalg kvinner ved å kartlegge abortsøkeres holdning til en forhåndsavtalt oppfølgingsstudie. Hensikten var å kartlegge temaets forskbarhet.

## Materiale og metode

I en definert tidsperiode på tre måneder (6.4.–5.7. 2009) fikk alle abortsøkere ved Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssykehus utdelt et spørreskjema (fig 1). De ble først spurt om de ville delta i kartleggingsstudien. Dersom de svarte bekreftende på dette, ble følgende spørsmål stilt:

1. Ville du ha vært villig til å bli kontaktet skriftlig ett til to år etter aborten om det var avtalt på forhånd?
2. Ville du ha vært villig til å bli kontaktet skriftlig fem til ti år etter aborten om det var avtalt på forhånd?

Deltakerne kunne begrunne sitt standpunkt ved å krysse av ved oppgitte svaralternativer eller i fri tekst, og de hadde anledning til å oppgi flere årsaker (tab 1 og 2). Skjemaet ble fylt ut uforpliktende og anonymt mens kvinnene var i avdelingen og ventet på konsulta-

## Hovedbudskap

- Psykiske senvirkninger etter provosert abort diskuteres mye, men det vitenskapelige erfaringsgrunnlaget er begrenset
- Psykiske senvirkninger etter provosert abort er vanskelige å studere adekvat i spørreundersøkelser

sjon. Det fremgikk tydelig av informasjons-skrivet at spørsmålene var hypotetiske og at svarene ikke ville ha konsekvenser for den behandlingen og oppfølgingen kvinnene ville få. Deltakerne returnerte skjemaene anonymt i en egen postkasse i avdelingen. Svarene var dermed ikke kjent i konsultasjonssituasjonen. Denne tilnærmingen var på forhånd diskutert og klarert med REK Vest.

## Resultater

I studieperioden fikk til sammen 300 kvinner utført provosert aborter ved avdelingen. Av ulike logistiske årsaker fikk kun 227 av dem (76 %) utlevert spørreskjema. Vi kan redegjøre for 21 av de 73 kvinnene som ikke fikk utdelt skjema. Språkproblemer ble angitt i 14 tilfeller, døvhet i ett, kvalme i tre og forglemmelse i tre.

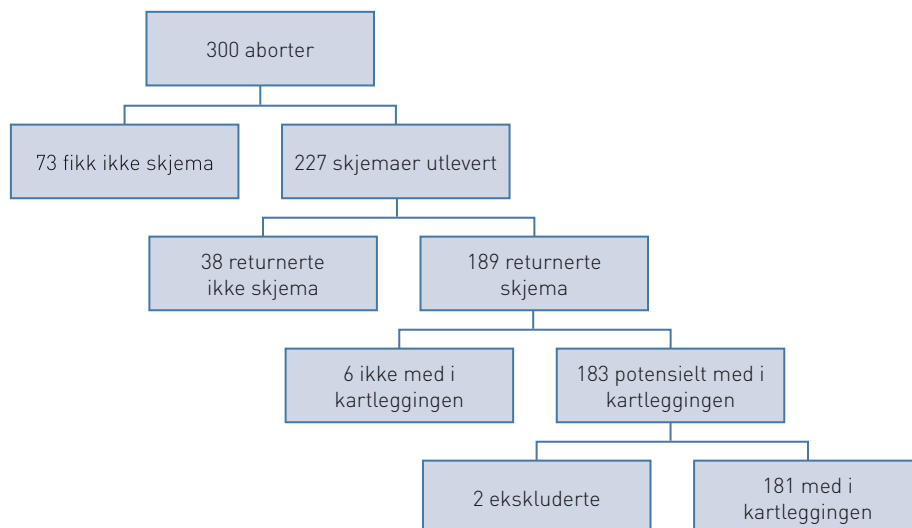
Totalt ble 189 av 227 (83 %) skjemaer returnert. Av dem som returnerte skjemaet, var 183 villige til å delta i kartleggingen, men ikke alle besvarte begge studiespørsmålene. To skjemaer var feilaktig utfylt og ble derfor ekskludert. Svarprosenten angis derfor til 80 %. 77 av 181 (43 %) svarte at de ville vært villige til å bli kontaktet 1–2 år etter aborten, mens de tilsvarende tallene etter 5–10 år var 61 av 173 (35 %) (fig 1). Årsakene kvinnene oppga for svarene sine fremgår av tabell 1 og 2. Det dominerende funnet var at hoveddelen av dem som ikke ønsket å bli kontaktet både etter kort og lang tid, ønsket å glemme hendelsen. Mange oppga flere ulike grunner for sine standpunkter.

## Diskusjon

I denne studien fant vi at under halvparten av dem som svarte, var villige til å delta i en hypotetisk oppfølgingsstudie 1–2 år etter en abort og rundt en tredel etter 5–10 år. Blant dem som svarte at de ikke ønsket å bli kontaktet i ettertid, var ønsket om å glemme aborten dominerende.

Vi antar at enkelte svarte ja til å bli kontaktet i ettertid fordi problemstillingen var rent hypotetisk og at flere ville falt fra undersøkelsen over tid. Videre må vi kunne anta at størstedelen av de 38 kvinnene som fikk utdelt skjema, men som ikke returnerte det, trolig heller ikke ville ha deltatt i en eventuell spørreundersøkelse. Vi har grunn til å anta at disse kvinnene i utgangspunktet var negative til deltakelse i spørreundersøkelser. Derfor må vi regne med at den faktiske deltakerandelen ville blitt enda lavere enn den vi fant i kartleggingsundersøkelsen, spesielt etter lang tid. De fleste som ikke ville vært med i en oppfølgingsstudie, ønsket å glemme aborten. Vi antar derfor at en detaljert spørreundersøkelse neppe vil kunne gi representative og generaliserbare resultater.

Broen og medarbeidere hadde i sine studier av 80 kvinner med provosert abort og 40 kvinner med spontan abort en deltakerandel på henholdsvis 46 % og 50 % (4), altså en noe høyere andel enn i vår studie. Alle som hadde fått utført provosert abort, ble personlig kon-



**Figur 1** Oversikt over pasientflyten i kartleggingsstudien. Det ble utført 300 aborter i studieperioden, 77 kvinner svarte ja til å delta i en hypotetisk oppfølgingsstudie etter 1–2 år og 61 etter 5–10 år

**Tabell 1** Deltakernes oppgitte begrunnelse for å si ja til å bli kontaktet skriftlig i en hypotetisk oppfølgingsstudie etter provosert abort. De kunne velge mellom flere alternativer eller skrive i fri tekst. Mange hadde oppgitt flere ulike begrunnelser for sine valg

	Etter 1–2 år (n = 77)	Etter 5–10 år (n = 61)
Ønsker å bidra til at man får mer kunnskap	60	48
Vil gjerne vite mer selv	22	20
Synes det er bra at man gjør slike studier	44	40
Annet	0	1

**Tabell 2** Deltakernes oppgitte begrunnelse for å si nei til å bli kontaktet skriftlig i en hypotetisk oppfølgingsstudie etter provosert abort. De kunne velge mellom flere alternativer eller skrive i fri tekst. Mange hadde oppgitt flere ulike begrunnelser for sine valg

	Etter 1–2 år (n = 104)	Etter 5–10 år (n = 112)
Vil helst bare glemme hele aborten	65	68
Er redd andre skal få vite noe	17	16
Det er privat, jeg vil ikke snakke med andre	32	30
Trenger ikke vite noe om andre	6	5
Det vil da være for lenge siden	–	15
Annet	5	3

taktet av sykepleier mens de ennå var på sykehuset. De ulike sykepleierne hadde inkluderingssjanser varierende fra 30 % til 52 %. Dette viser at egenskaper ved den enkelte kontaktperson kan være avgjørende for hvor høy deltakelse en studie får. I en eventuell studie av abortpasienter med betraktelig flere deltakere, vil en slik rekrutteringsmetode være ressurskrevende og neppe gjennomførbare.

Pedersen har gjennomført en populasjonsbasert longitudinell studie i Norge, der kvinnene han studerte ble kontaktet fire ganger i løper av 13 år (5). Responsraten var høy, hele 82 %, etter 13 år. De kvinnene som rapporterte å ha gjennomgått provosert abort

da de var mellom 21 og 26 år, skåret signifikant høyere på depresjonsmarkører enn kvinner som ikke hadde gjennomgått provosert abort. Dette funnet var også signifikant etter justering for depresjon rapportert tidligere i studien og ulike sosioøkonomiske forhold. Imidlertid fant han ikke høyere forekomst av depresjon ved 27 års alder blant kvinner som gjennomgikk abort i tenårene. I studien til Pedersen ble det ikke sett på årsakene til at kvinnene valgte abort. Hadde kvinnene i de forskjellige aldersgruppene ulike begrunnelser for sine valg og ulik livssituasjon? Kan det være at slike forhold ligger til grunn for funnene?

Broen har i en av sine studier sett på den ne problemstillingen og fant blant annet at press fra partner om å velge abort er en sterk prediktor for psykiske vansker etter aborten (4). Longitudinelle studier av kvinner som har gjennomført provosert abort, ville kunne gi opplysninger om årsakene til abortvalget, om ulike sosioøkonomiske forhold og om eventuelle senvirkninger.

Munk-Olsen og medarbeidere har i sin kohortstudie fra Danmark koblet data fra svangerskaps- og abortregistre med opplysninger om konsultasjoner og innleggelse i det psykiatriske helsevesen (8). De fant ingen signifikant økning av kontakt med det psykiatriske helsevesen etter den første provoserte aborten sammenliknet med før aborten. Imidlertid fant de en signifikant økning i kontakt med det psykiatriske helsevesen for kvinner etter første fødsel sammenliknet med før fødselen. Videre fant de at kvinnene som begjærte abort hadde hyppigere kontakt med det psykiatriske helsevesen enn kvinnene som fødte sitt første barn. Oppfølgingstiden var 12 måneder, til sammenlikning fulgte Pedersen sin gruppe over atskillig lengre tid (5). Oppfølgingstiden i den danske studien kan ha vært for kort til å fange opp eventuelle psykiske senvirkninger. Imidlertid fant Broen en forhøyet forekomst av depresjon allerede etter seks måneder (4). Den danske studien omfatter ikke vansker kvinnene har mestret alene eller fått hjelp til av allmennlegen. Likevel støtter ikke studien hypotesen om at provosert abort gir psykiske senvirkninger. Statistikk om fødsler og aborter i Norge er avpersonifisert og kan derfor ikke kobles til andre registre. Tilsvarende kohortstudie for norske forhold er derfor ikke mulig.

Vi fant at relativt få kvinner ønsker å delta i langtidsundersøkelser om eventuelle senvirkninger etter abort. Vi anser det derfor som lite hensiktsmessig å benytte oss av denne metoden for å søke viten om eventuelle senvirkninger etter provosert abort. Vi må også se på annen forskning på området i dette lyset. Spørsmålet blir om de inkluderte kvinnene i tidligere studier er representative for gruppen som helhet?

Styrken ved vår studie var den relativt høye deltakerandelen av dem som ble invitert med i studien og at svært få måtte ekskluderes. Den største svakheten var at ikke alle abortsøkerne fikk utdelt spørreskjema. Vår intensjon var at alle abortsøkerne skulle få tilbud om inklusjon. Vi kan redegjøre for mindre enn en tredel av dem som ikke fikk utdelt skjemaet, inkludert en relativt stor gruppe med antatte språkproblemer. Skjemaet var kun utarbeidet på en målform (nynorsk). Det er derfor mulig at vi hadde fått inkludert flere kvinner om skjemaet var oversatt til bokmål og andre språk. Vi har grunn til å anta at årsaken til at en gruppe kvinner ikke fikk skjema, skyldes ren forglemmelse. Imidlertid har vi ingen grunn til å anta at denne gruppen var selektert. Man kan derfor anta at de som deltok, var en ikke-

selektert gruppe, mulig med unntak av etnisk tilhørighet, på grunn av antatte språkproblemer. Vi vil i all hovedsak regne våre deltakere som et tverrsnitt av populasjonen fordi de var konsekutivt inkludert og vår avdeling er den eneste i et veldefinert geografisk område som utfører provoserte aborter. Det er liten grunn til å tro at resultatene av kartleggingen ville vært vesentlig annerledes om vi hadde klart å invitere en høyere andel av kvinnene med i studien. Vi anser dermed at populasjonen var representativ og godt kartlagt i studieperioden.

I Norge eksisterer det ikke noe systematisk tilbud om oppfølging etter gjennomgått provosert abort. Vi vet heller ikke om det er et behov for et slikt tilbud. De fleste kvinnene vi studerte, ville legge hendelsen bak seg. Dette betyr ikke at de ikke har behov for ettersamtaler. Det hadde vært interessant å kartlegge abortsøkernes holdninger til oppfølging etter inngrepet, blant annet for å vurdere behovet for et slikt tilbud. Dersom en slik kartlegging avdekket interesse for ettersamtaler, kunne man ha benyttet slike systematiske ettersamtaler til kartlegging av eventuelle senvirkninger og mestringsstrategier.

Det ser altså ut til at det er vanskelig å studere eventuelle psykiske senvirkninger etter provosert abort på en adekvat måte med spørreundersøkelser. Den relativt lave deltakerviljen til oppfølgingsstudier vi fant, indikerer at slike studier vanskelig kan gi generaliserbare resultater. Mer forskning på området er ønskelig, men hvilke metoder som bør benyttes, er fremdeles uavklart. Det betyr at dagens tilgjengelige kunnskap fortsatt er begrenset og med liten individuell prediktiv verdi. Som følge av dette oppfordrer vi til ydmykhet og nøkternhet i den fortsatte debatten om eventuelle langtidseffekter, en debatt som helt sikkert vil leve videre.

#### **Grete Alræk Iversen (f. 1972)**

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hun arbeider ved Seksjon for generell gynekologi ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### **Mette Løkeland (f. 1971)**

er spesialist i fødselshjelp- og kvinnesykdommer. Hun er stipendiat ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen med forskningstema «Medikamentell abort» og er nettredaktør for Norsk gynekologisk forening.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### **Anneli Katrine Fjereide (f. 1979)**

er avdelingssykepleier ved Gynekologisk poliklinikk ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### **Line Bjørge (f. 1966)**

er dr.med. fra Universitetet i Bergen og University of Helsinki og MBA fra ESSEC, Paris og Mannheim Business School, og er spesialist fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hun arbeider som seksjonsoverlege for Seksjon for gynekologisk kreft, Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen. Sammen med Ole-Erik Iversen har hun vært en viktig drivkraft bak implementering av medisinsk abort i Norge og administrerte selv den første tablett med mifepriston («abortpillen») som ble gitt her til lands 28.4. 1998.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### **Ole-Erik Iversen (f. 1945)**

er overlege ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus og professor I ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen. Han var med på å introdusere Medikamentell svangerskapsavbrudd («abortpillen») i Norge ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus i 1998).

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### **Litteratur**

1. Folkehelseinstituttet. Abortstatistikk 2010. [www.fhi.no](http://www.fhi.no) [17.4.2012].
2. Norsk gynekologisk forening. Veileder i generell gynekologi. [www.legeforeningen.no/ngf](http://www.legeforeningen.no/ngf) [17.4.2012].
3. Pedersen W. «Hvor mange har tatt abort, blant kvinnene som er her?» Morgenbladet 4.7.2008.
4. Broen AN. Women's emotional life after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study in Norway. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2006.
5. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scand J Public Health* 2008; 36: 424–8.
6. American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2008. [www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf](http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf) [17.4.2012]
7. Warren JT, Harvey SM, Henderson JT. Do depression and low self-esteem follow abortion among adolescents? Evidence from a national study. *Perspect Sex Reprod Health* 2010; 42: 230–5.
8. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med* 2011; 364: 332–9.
9. Aavitsland P. Mytene om abort. *Aftenposten* 16.7.2008.
10. Mjaaland M. «Er forresten skyldfølelse det verste man kan oppleve?» Morgenbladet 11.7.2008.
11. Hokland J. Påtrengende virkelighet. Morgenbladet 8.8.2008.
12. Saugstad OD. Den nye abortdebatten. Morgenbladet 8.8.2008.
13. Nortvedt P. Et genuint moralsk dilemma. Morgenbladet 15.8.2008.
14. Aavitsland P. Å telle aborter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1727.
15. Sundby J. Abortpillen – en medisin for kvinners valg. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 808.
16. Petersen RB. Abortpillen og valgmuligheter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1682.
17. Litland J. Ap-topper sier nei til abort-utvidelse. *Dagsavisen* 15.3.2005.
18. Bedre situasjonen for vanskeligstilte gravide. Dokument nr. 8: 11 [2007–2008], Innst. S. nr. 156 [2007–2008] [www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=38213](http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=38213) [10.5.2012].

Mottatt 27.4. 2011, første revisjon innsendt 11.11. 2011, godkjent 26.4. 2012. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.