



Forekomsten af provokerede aborter blandt piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser: Et dansk registerstudie

Studiet er udarbejdet af:

Helena Pilar Daigaard, *Studienummer: 20146829*

Karoline Bruun Winde, *Studienummer: 20146920*

Vejleder: Christina Mohr Jensen

Kursus: Kandidatspeciale

Studium: Psykologi

Semester: 10. semester

Samlet antal anslag: 269.491 svarende til 112,3 normalsider

Aalborg Universitet

Kroghstræde 3, Aalborg Øst

31. maj 2019

Abstract

On the basis of previous literature which indicated that individuals with either Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder or ADHD show increased risky sexual behavior compared to controls, the aim of this study was to investigate the prevalence of induced abortions among Danish girls diagnosed with ADHD and/or Conduct Disorder compared to a non-affected community control group from the same birth cohort. To investigate this, all Danish girls born between 1990 and 1996 and diagnosed with ADHD and/or Conduct Disorder based on the ICD-10 criteria in the age between 5 and 15 were matched by year of birth and sex to a random sample of participants without ADHD and Conduct Disorder using Danish national registers. All groups were followed at least until the age of 18. The Cox proportional hazard models were applied to estimate the risk of having an induced abortion if diagnosed with ADHD, Conduct Disorder or comorbid ADHD and Conduct Disorder before and after adjusting for other risk factors; other comorbid disorders, parental income and urbanization.

Descriptive statistics revealed that the ADHD cohort was followed up at a mean of 20.1 (SD = 1.8) years; the Conduct Disorder cohort at a mean of 21.0 (SD = 1.9) years; the comorbid ADHD and Conduct Disorder cohort at a mean of 20.1 (SD = 1.8) years; and the control cohort at a mean of 19.7 (SD = 1.9) years. Based on $n = 871$ individuals with ADHD, $n = 103$ (11.8 %) have had at least one induced abortion; based on $n = 749$ individuals with Conduct Disorder, $n = 142$ (19 %) have had at least one induced abortion; based on $n = 280$ individuals with comorbid ADHD and Conduct Disorder, $n = 56$ (20 %) have had at least one induced abortion; and based on $n = 6166$ individuals in the control cohort, $n = 309$ (5 %) have had at least one induced abortion. The ADHD cohort had a mean age of 17.3 (SD = 2.3) at the first abortion; the Conduct Disorder cohort had a mean age of 17.7 (SD = 2.1); the comorbid ADHD and Conduct Disorder cohort had a mean age of 17.0 (SD = 2.1); and the control cohort had a mean age of 18.4 (SD = 2.2). Furthermore, the results from the Cox regression showed that both ADHD (HR = 2.78; 95 % CI = 2.22 – 3.48; $p < 0.001$), Conduct Disorder (HR = 3.89; 95 % CI = 3.19 – 4.75; $p < 0.001$) and comorbid ADHD and Conduct Disorder (HR = 4.98; 95 % CI = 3.74 – 6.62; $p < 0.001$) were significantly associated with increased risk of having an induced abortion. Subsequent to the adjustment for various risk factors, ADHD (HR = 2.92; 95 % CI = 2.28 – 3.75; $p < 0.001$), Conduct Disorder (HR = 3.52; 95 % CI = 2.84 – 4.37; $p < 0.001$) and comorbid ADHD and Conduct Disorder (HR = 5.05; 95 % CI = 3.70 – 6.90; $p < 0.001$).

Low and middle parental incomes were also significantly associated with the risk of induced abortion while comorbidity with substance use disorder, major depression and personality disorder showed a tendency towards this. The discussion of the results suggested that the association between having either ADHD, Conduct Disorder or comorbid ADHD and Conduct Disorder and having an induced abortion can be due to different cognitive disabilities such as inattention, impulsivity and problems with working memory. It is further suggested that the increased risk of having either Conduct Disorder or comorbid ADHD and Conduct Disorder compared to having ADHD can, among other things, be explained by the fact that girls with Conduct Disorder are having more difficulties with judging the risk of their behavior compared to girls with ADHD. Finally, the impact of other risk factors was discussed, and we argue that, when trying to prevent pregnancies and induced abortions, a particular focus should be addressed to parental income, which is seen as a proxy for socioeconomic status.

All things considered, the results indicate that individuals with either ADHD, Conduct Disorder or comorbid ADHD and Conduct Disorder have an increased risk of having an induced abortion compared to their controls after adjusting for other risk factors. Individuals with comorbid ADHD and Conduct Disorder have the biggest risk, followed by Conduct Disorder and ADHD respectively. The results also indicate that low and middle parental incomes increase the risk of having an induced abortion.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	1
1.1 PROBLEMFORMULERING.....	2
1.1.1 Afgrænsning.....	3
1.1.2 Begrebsafklaring	4
1.1.2.1 Prævalens.....	4
1.1.2.2 Provokeret abort	4
1.1.2.3 ADHD.....	4
1.1.2.4 Adfærdsforstyrrelse	4
1.1.2.5 Baggrundsbefolkningen.....	5
1.1.2.6 Risikofaktorer	5
1.2 STUDIETS STRUKTUR.....	5
2. STUDIETS TEORETISKE FUNDAMENT	6
2.1 DIAGNOSESYSTEMER.....	6
2.2 ADHD.....	7
2.2.1 Diagnostik.....	7
2.2.2 Ætiologi	9
2.2.3 Prævalens	9
2.2.4 Komorbiditet.....	10
2.2.5 ADHD hos piger	10
2.2.6 Kognitive vanskeligheder ved ADHD.....	11
2.2.6.1 Opmærksomhedsforstyrrelser.....	11
2.2.6.2 Impulsivitet.....	12
2.2.6.3 Vanskeligheder med arbejdshukommelsen	14
2.2.6.4 Vanskeligheder med opgaver om beslutningstagning og vurdering af risici	14
2.2.6.5 Vanskeligheder med planlægning	15
2.2.7 Prognose.....	15
2.3 ADFÆRDSFORSTYRRELSER.....	16
2.3.1 Diagnostik.....	17
2.3.2 Ætiologi	19
2.3.3 Prævalens	20
2.3.4 Komorbiditet.....	20
2.3.5 Adfærdsforstyrrelser hos piger.....	21
2.3.6 Kognitive vanskeligheder ved adfærdsforstyrrelser	22
2.3.6.1 Opmærksomhedsforstyrrelser.....	22
2.3.6.2 Impulsivitet.....	23

2.3.6.3 Vanskeligheder med arbejdshukommelsen	23
2.3.6.4 Vanskeligheder med opgaver om beslutningstagning og vurdering af risici	24
2.3.6.5 Vanskeligheder med planlægning	24
2.3.7 Prognose.....	25
2.4 HISTORISK OVERBLIK OVER BEGREBET PROVOKERET ABORT.....	25
2.4.1 Outcome: provokeret abort	26
2.4.1.1 SKS-koder	27
2.5 RISIKOFAKTORER FOR AT FÅ FORETAGET EN PROVOKERET ABORT	29
2.5.1 Individuelle risikofaktorer	29
2.5.1.1 Kvindens alder ved graviditeten som risikofaktor.....	30
2.5.1.2 Graviditetens timing som risikofaktor.....	30
2.5.1.3 Kvindens psykiske helbred som risikofaktor.....	31
2.5.1.4 Kvindens fysiske helbred som risikofaktor	31
2.5.2 Relationelle risikofaktorer.....	32
2.5.2.1 Kvindens civilstand som risikofaktor	32
2.5.2.2 Kvindens relation til barnets far samt familie og venner som risikofaktor	32
2.5.3 Socioøkonomiske risikofaktorer	33
2.5.3.1 Kvindens økonomiske situation som risikofaktor	33
2.5.3.2 Kvindens arbejdssituation som risikofaktor	34
2.6 KONSEKVENSERNE AF EN PROVOKERET ABORT	35
2.6.1 Fysiske konsekvenser af en provokeret abort	35
2.6.2 Psykiske konsekvenser af en provokeret abort	37
2.6.3 Stigmatisering.....	40
2.7 SEKSUEL RISIKOADFÆRD BLANDT PERSONER MED ADHD ELLER ADFÆRDSFORSTYRRELSER	43
2.7.1 Resultater fra det systematiske litteratur review	44
2.7.1.1 Seksuel debut.....	44
2.7.1.2 Antal seksuelle partnere.....	45
2.7.1.3 Manglende brug af prævention.....	45
2.7.1.4 Seksuelt overførte sygdomme	46
2.7.1.5 Provokeret abort	46
2.7.1.6 Begrænsninger ved de inkluderede studier.....	49
2.7.2 Opsummering på resultaterne fra det systematiske review	50
3. METODE	51
3.1 KVANTITATIV FORSKNING.....	51
3.1.1 Epidemiologi og dens anvendelse.....	52
3.1.1.1 Hypotesetest.....	52
3.2 KOHORTESTUDIE	53

3.3 HVAD ER ET REGISTERSTUDIE?.....	54
3.3.1 De nationale sundhedsregistre i Danmark.....	55
3.3.1.1 Indførelsen af CPR-nummeret.....	55
3.3.1.2 Studiets anvendte registre.....	55
3.3.2 Dataindsamling	56
3.3.3 Hvilke data er vi interesserede i?	57
3.3.3.1 Population: Den eksponerede gruppe.....	57
3.3.3.2 Kontrolgruppen: Den ikke eksponerede gruppe.....	58
3.3.3.3 Outcome: Provokeret abort.....	59
3.3.3.4 Andre mulige risikofaktorer	59
3.4 DEN ANVENDTE STATISTISKE TEST OG METODE	60
3.4.1 Statistiske tests og beregninger	62
3.4.1.1 Uafhængig t-test	62
3.4.1.2 χ^2 uafhængighedstest	62
3.4.1.3 Hazard ratio	63
3.4.1.4 At teste for signifikans.....	64
3.5 UNDERSØGELSENS RELIABILITET, VALIDITET OG GENERALISERBARHED	65
3.5.1 Reliabilitet	65
3.5.2 Validitet	66
3.5.3 Generaliserbarhed.....	67
3.6 ETIK	67
4. RESULTATER.....	68
4.1 KARAKTERISTIKA FOR DE INKLUDEREDE DELTAGERE.....	69
4.2 PROVOKERET ABORT	72
4.3 RISIKOEN FOR AT FÅ EN PROVOKERET ABORT	72
4.3.1 Komorbide tilstande og urbanisering som risikofaktorer	74
4.3.2 Forældrenes indkomst som risikofaktor	74
5. DISKUSSION	75
5.1 ABORT HOS PIGER MED ADHD	76
5.1.1 Mulige forklaringer på resultaterne for ADHD	79
5.2 ABORT HOS PIGER MED ADFÆRDSFORSTYRRELSE	82
5.2.1 Mulige forklaringer på resultaterne for adfærdsforstyrrelser	84
5.3 SAMMENLIGNING AF ADHD OG ADFÆRDSFORSTYRRELSE	85
5.4 KOMORBIDITET IMELLEM ADHD OG ADFÆRDSFORSTYRRELSE.....	87
5.5 INDFLYDELSE AF ANDRE RISIKOFAKTORER	89
5.5.1 Komorbide tilstande	89

5.5.2 Forældres indkomst.....	93
5.5.3 Urbanisering.....	97
5.6 FOREBYGGENDE OG OPFØLGENDE TILTAG I FORBINDELSE MED EN ABORT	98
5.6.1 Forebyggende tiltag.....	98
5.6.2 Opfølgende tiltag.....	102
5.7 KRITISKE REFLEKSIONER OVER STUDIETS RESULTATER OG METODE	105
5.7.1 Kritisk refleksion over resultater.....	105
5.7.2 Begrænsninger ved vores definition af abort	107
5.7.3 Begrænsninger ved vores studie.....	108
5.7.3.1 Fordele og ulemper ved registerstudiet	108
5.7.3.2 Kontrol af andre risikofaktorer	110
5.7.3.3 Kunne vi have valgt en anden metode?	111
6. KONKLUSION	112
7. PERSPEKTIVERING	115
8. REFERENCER	117
8.1 INTERNETKILDER.....	131

1. Indledning

Gennem de seneste ti år har antallet af børn og unge med psykiske lidelser været støt stigende, og blot mellem 2012 og 2016 er antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien steget med 25 % (Psykiatrifonden, 2018). Herunder er det særligt de adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen (F90.X), hvoriblandt man finder diagnosen ADHD særligt fremtrædende (Danske Regioner, 2016). Selvom problematikker relateret til ADHD fylder meget i medierne og i det danske samfund generelt, så er det altså langt fra den eneste psykiske lidelse, man ser hos børn og unge (Danske Regioner, 2016; Psykiatrifonden, 2018). Indenfor kategorien adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen (F90.X) finder man også diagnosen adfærdsforstyrrelse. Hvor ADHD særligt er karakteriseret ved hyperaktiv, impulsiv og uopmærksom adfærd, er adfærdsforstyrrelser dog i højere grad karakteriseret ved aggressiv og normbrydende adfærd (WHO, 2018).

Karakteristikaene for de to ovennævnte diagnoser er i tidligere forskning fundet at være sammenhængende med forskellige former for risikoadfærd som bl.a. rygning, stof- og alkoholmisbrug samt seksuel risikoadfærd (Schoenfelder & Kollins, 2016; Bladon, Vizard, French & Tranah, 2005; Boonmann et al., 2015; Choi, Kim, Kim & Kim, 2017). Sidstnævnte risikoadfærd fylder dog væsentligt mindre i psykiatrien end de andre, om end denne kan have lige så store konsekvenser for den unges fysiske og psykiske helbred (Region Nordjylland, Psykiatrien, 2018). Derfor ønskede vi på forrige semester at sætte fokus på seksuel risikoadfærd blandt personer med ADHD og personer med adfærdsforstyrrelser gennem et systematisk review. Reviewet viste først og fremmest, at personer med ADHD og personer med adfærdsforstyrrelser generelt har en tendens til at udvise en højere grad af seksuel risikoadfærd sammenlignet med personer uden de to diagnoser (Daigaard & Winde, unpub.). Herunder undersøgte vi bl.a. forekomsten af provokerede aborter, som kunne ses som konsekvensen af forudgående seksuel risikoadfærd i form af fx mange seksuelle partnere, tidlig seksuel debut og manglende brug af prævention. Provokeret abort viste sig at være det eneste område, hvori vi kunne inkludere et dansk studie, som, ligesom størstedelen af de andre inkluderede studier omkring provokeret abort, viste, at kvinder med ADHD har en tendens til at få foretaget flere provokerede aborter end kvinder uden ADHD (Bro et al., 2015; van Ditzhuijzen, ten Have, de Graaf, van Nijnatten & Vollebergh, 2013; van Ditzhuijzen, ten Have, de Graaf, van Nijnatten & Vollebergh, 2014; Mota, Burnett & Sareen, 2010). Selvom der allerede findes det ene danske studie omkring provokeret abort blandt kvinder med ADHD, finder vi det stadig meget relevant

at undersøge området nærmere. Dette fordi, vi vurderer, der er behov for flere resultater og fordi, vi ønsker at kunne sammenligne resultaterne for piger med ADHD med resultater for piger med adfærdsforstyrrelser, da de synes at kunne have nogle af de samme vanskeligheder. Derudover undersøgte studiet af Bro et al. (2015) kun problemstillingen ift. gravide kvinder, og deres fund kan således kun fortælle noget om denne lidt snævre population, hvor vi ønsker at kunne sige noget mere generelt om piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser.

Da størstedelen af den inkluderede forskning finder, at der er en sammenhæng mellem det at have ADHD eller en adfærdsforstyrrelse og seksuel risikoadfærd, mener vi, at det vil være væsentligt at bidrage med flere danske forskningsresultater på området, hvilket er en af grundene til, at vi gerne vil lave dette studie. Vi anser det desuden for at være en relevant psykologisk problemstilling, da man i forskning har fundet, at provokerede aborter kan være sammenhængende med en række både fysiske og psykiske eftervirkninger (Niinimäki et al., 2009; Charles, Polis, Shridhara & Blum, 2008). Men hvor stor er forekomsten af provokerede aborter egentlig blandt danske piger med ADHD og danske piger med adfærdsforstyrrelser? Har pigerne i disse to grupper øget risiko for at få en abort sammenlignet med alderssvarende piger uden de to diagnoser? Hvor stor en risikofaktor er diagnosen i sig selv? Og har andre faktorer indflydelse på, om pigerne får en abort?

Disse spørgsmål vil vi forsøge at besvare i nærværende studie. Men selvom vi tager udgangspunkt i sidste års review, har vi valgt et lidt andet fokus, hvorfor vi i dette studie ønsker at indsnævre fokuset til primært at omhandle forekomsten af provokerede aborter blandt piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser. Dermed ønsker vi at undersøge, hvorvidt danske piger med ADHD og danske piger med adfærdsforstyrrelser får foretaget flere provokerede aborter sammenlignet med alderssvarende piger uden de to diagnoser.

1.1 Problemformulering

Formålet med dette studie er at undersøge prævalensen af provokerede aborter blandt danske piger med adfærdsforstyrrelser og/eller ADHD sammenlignet med en kontrolgruppe, der er tilfældigt udvalgt fra baggrundsbefolkningen fra samme fødselsårsgange. Med dette ønsker vi at skabe ny viden om, hvorvidt ADHD og adfærdsforstyrrelser er mulige risikofaktorer for at få foretaget en provokeret abort. På baggrund af dette spørges der til følgende:

Hvad er prævalensen af provokerede aborter blandt danske piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser sammenlignet med baggrundsbefolkningen?

Vi ønsker ligeledes at undersøge andre eventuelle risikofaktorer, der også kan have indflydelse på det at få foretaget en abort, hvorfor vi ligeledes ønsker at undersøge følgende:

Har andre risikofaktorer indflydelse på prævalensen af provokerede aborter?

1.1.1 Afgrænsning

Studiet har altså til formål at belyse, hvorvidt der er en højere prævalens af provokerede aborter blandt piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser sammenlignet med alderssvarende piger fra baggrundsbefolkningen. Årsagen til, at vi ønsker at undersøge netop denne gruppe, er, at litteratur har vist (se afsnit 2.7), at de er i højere risiko for at få en abort. Dog findes der ikke meget forskning inden for dette område, særligt ikke med danske data, hvorfor vi ønsker at belyse problemstillingen i Danmark. For at få et bedre sammenligningsgrundlag inddrager vi ligeledes en ikke eksponeret gruppe (kontrolgruppen), som repræsenterer baggrundsbefolkningen, og som er fra samme fødselsår som deltagere i de eksponerede grupper (ADHD, adfærdsforstyrrelser eller komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser). Vi ønsker derudover at afgrænse projektet således, vi fokuserer på piger, der er diagnosticeret inden deres 15. leveår og følges til, de er mindst 18 år. Dermed forsøger vi at sikre os, at diagnosen er stillet, før en eventuel abort finder sted, og samtidigt øges sandsynligheden for, at aborten når at finde sted inden for opfølgningsperioden. Vi ønsker derudover at undersøge, hvorvidt andre risikofaktorer som komorbide tilstande, urbanisering og forældres indkomst kan have indflydelse på, om man ønsker at få foretaget en abort. De er udvalgt, fordi de er fundet til generelt at være risikofaktorer for at få en provokeret abort, uanset om man tilhører den eksponerede eller ikke eksponerede gruppe (se afsnit 2.5).

Projektets problemstilling forsøges besvaret ved hjælp af data fra danske registre og med udgangspunkt i den epidemiologiske metode (Juul, Bech, Dahm & Rytter, 2017). Disse data skal først og fremmest give indblik i forekomsten af provokerede aborter. Derudover anvendes de i statistiske tests til at undersøge forskelle og risikoen for at få en abort i og på tværs af grupperne. Disse resultater vil, sammen med studiets baggrundsviden, afslutningsvist blive brugt til at besvare problemstillingen.

1.1.2 Begrebsafklaring

I dette afsnit vil vi for læsevenlighedens skyld kort gennemgå og definere problemstillingens mest centrale begreber således, forståelse af dem er tydelig gennem studiet. Begreberne vil endvidere blive gennemgået og uddybet i nogle af de kommende afsnit, så vi får en fyldestgørende og dækkende forståelse af begreberne.

1.1.2.1 Prævalens

Prævalensen udtrykker det antal deltagere, der har fået foretaget en abort inden for den undersøgte opfølgingsperiode (Juul et al., 2017).

1.1.2.2 Provokeret abort

Provokeret abort betegnes i dette studie som en abort foretaget grundet en graviditet, der er en konsekvens af seksuel risikoadfærd. Aborten defineres ud fra Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS-koder) (jf. afsnit 2.4.1.1) og inkluderer aborter, der foretages, hvis den gravide af forskellige årsager ikke ønsker at få et barn. I studiet vil betegnelsen abort bruges synonymt med provokeret abort. De steder, der refereres til andre typer af abort, vil der gøres opmærksomt herpå.

1.1.2.3 ADHD

ADHD står for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder og er en neuropsykiatrisk diagnose med forstyrrelser af opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet (Barkley, 2006; Thomsen & Simonsen, 2010). Afhængigt af om der tages udgangspunkt i DSM-5 eller ICD-10 kaldes diagnosen for henholdsvis ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. Til trods for, at dette studie tager udgangspunkt i ICD-10s diagnostiske kriterier F90.X for hyperkinetiske forstyrrelse, vil vi bruge betegnelsen ADHD gennemgående i studiet, da denne betegnelse oftest bruges nationalt såvel som internationalt. Hyperkinetisk forstyrrelse vil dog blive brugt, hvis der refereres specifikt til ICD-10.

1.1.2.4 Adfærdsforstyrrelse

Adfærdsforstyrrelser er generelt karakteriseret ved en gentagende og vedvarende dyssocial, aggressiv og trodsig adfærd, der ikke stemmer overens med sociale forventninger og normer for alderen (WHO, 2018). Studiet tager udgangspunkt i ICD-10s diagnostiske kriterier for F91.X og F92.X og betegnes samlet for adfærdsforstyrrelser. Ved anvendelse af litteratur fra lande, hvor der tages udgangspunkt i DSM, vil betegnelserne Conduct Disorder (CD) og Oppositionel Defiant Disorder (ODD) bruges (se afsnit 2.3).

1.1.2.5 Baggrundsbefolkningen

I studiet ønsker vi at sammenligne de tre eksponerede grupper, ADHD, adfærdsforstyrrelser og komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser, med en ikke eksponeret gruppe, der skal være repræsentativ for baggrundsbefolkningen. Med baggrundsbefolkningen menes der den generelle befolkning, og således tilstræbes fordelingen og karakteristikken af deltagerne i kontrolgruppen at være tilsvarende individer fra den generelle befolkning. Deltagerne i denne gruppe er tilfældigt udvalgt blandt personer med samme køn og fødselsår, men må dog ikke være diagnosticeret med ADHD eller adfærdsforstyrrelser.

1.1.2.6 Risikofaktorer

Risikofaktorer dækker over andre faktorer, der kan være med til at øge risikoen for at få foretaget en provokeret abort (Juul et al., 2017). I dette studie undersøges bl.a. forskellige komorbide diagnoser, urbanisering og forældres indkomst.

1.2 Studiets struktur

Studiet er inddelt i syv dele, der tilsammen vil forsøge at dække og besvare problemstillingen bedst muligt.

Den første del udgøres af en (1) *indledning*, der præsenterer studiets baggrund, problemstilling, afgrænsning samt denne introduktion til studiets opbygning. I anden del introduceres studiets (2) *teoretiske fundament*. Dette består først og fremmest af udvalgt teori omkring ADHD og adfærdsforstyrrelser. Derefter gennemgås begrebet provokeret abort og herunder risikofaktorer og konsekvenser. Derudover gennemgås resultater fra tidligere forskning omkring seksuel risikoadfærd og provokeret abort – blandt piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser. Tredje del (3) *metode*, præsenterer og redegør for studiets metode og design. Herunder vil vi bl.a. gennemgå den epidemiologiske metode samt registerstudiedesignet. Vi vil ligeledes gennemgå dataindsamlingen og centrale statistiske tests og begreber. Derefter følger fjerde del (4) *resultater*. I dette afsnit vil vi rapportere dataindsamlingens fund og resultaterne af de statistiske tests. I forlængelse af dette afsnit kommer femte del (5) *diskussionen*. Her vil vi først forsøge at analysere og diskutere resultaterne fra det fjerde afsnit med særligt fokus på, hvad disse bidrager med af viden ift. vores problemstilling(er). Derefter vil vi diskutere resultaterne på baggrund af bl.a. tidligere forskning samt den generelle teori for at give et mere nuanceret svar på problemstillingen. Vi vil ligeledes redegøre for og diskutere forskellige forebyggende og opfølgende tiltag ift. at få en provokeret abort. Derudover vil vi diskutere og vurdere studiets

design og metode. I det sjette afsnit (6) *konklusionen* vil vi samle op på vores fund og besvare problemstillingen, mens det syvende og sidste afsnit (7) vil indeholde en *perspektivering* omkring forslag til fremtidig forskning.

2. Studiets teoretiske fundament

I dette afsnit vil vi gennemgå studiets teoretiske fundament. Dette består først og fremmest af teori omkring studiets to centrale diagnoser; ADHD og adfærdsforstyrrelser, som gennemgås med fokus på områderne diagnostik, ætiologi, prævalens, komorbiditet, diagnostiske særpræg ved piger, udvalgte kognitive vanskeligheder samt prognose. Derefter gennemgås og defineres studiets outcome; provokeret abort. I forlængelse af dette afsnit vil vi gennemgå generelle risikofaktorer for at få en abort, samt hvilke fysiske såvel som psykiske konsekvenser, aborten kan medføre – herunder bl.a. stigmatisering. Afslutningsvist vil vi gennemgå resultaterne af vores systematiske review fra 9. semester. Disse resultater bidrager med viden omkring seksuel risikoadfærd blandt personer med ADHD og personer med adfærdsforstyrrelser. I reviewet undersøgte vi antal seksuelle partnere, seksuel debut, manglende brug af prævention, seksuel overførte sygdomme samt abort, som vi vil lægge særligt vægt på.

2.1 Diagnosesystemer

På nuværende tidspunkt anvendes primært to diagnosesystemer i verden: 5. udgave af Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) og 10. udgave af International Classification of Diseases (ICD-10), om end sidstnævnte blev udgivet i 11. udgave i 2018 og formentlig vil erstatte 10. udgave i nærmeste fremtid. I dette studie tages der udgangspunkt i ICD-10s klassifikationssystem, da dette er blevet anvendt i det danske sundhedssystem i den periode (1994 – 2014), vi er interesserede i at indsamle data fra.

ICD-10 er skabt af WHO og er en klassifikation af sygdomme og andre helbreds-mæssige tilstande. I dette system grupperes sygdomme fordelt på 22 kapitler med tilhørende hovedgrupper og undergrupper. Hver diagnose har en bogstav-tal-kode, der bruges til registrering. Bogstavet angiver, hvilken gruppe sygdommen tilhører, mens tallene angiver hvilken sygdom, der er tale om samt eventuelle detaljer om denne. De psykiatriske diagnoser tilhører således F-gruppen og inddeles endvidere i ti hovedgrupper fra 00 til 99 (WHO, 1992). ICD-10 er opbygget hierarkisk, hvilket indebærer, at nogle diagnoser fra de lave numre udelukker andre diagnoser fra de højere. På den måde kan man først stille en diagnose fra de høje numre, når man fx har udelukket en organisk sygdom, der kan

have tilsvarende symptomer. Til hver diagnose hører en række psykologiske og adfærdsmæssige træk og symptomer, der kan rangeres fra normale til afvigende. Jo flere af de afvigende træk og symptomer et individ har, desto højere vil sandsynligheden være for, at individet opfylder kriterierne for en bestemt diagnose. Disse træk og symptomer viser sig som regel i en bestemt observerbar adfærd, der skaber en bestemt fænotype, hvorudfra diagnosen kan stilles (WHO, 2018).

2.2 ADHD

I det nedenstående afsnit vil vi gennemgå projektets forståelse af diagnosen ADHD. Efter en redegørelse for diagnostikken gennemgås ætiologien og prævalensen. Efterfølgende vil vi komme ind på de oftest optrædende komorbide diagnoser, samt hvordan ADHD kommer til udtryk hos piger. Derefter vil vi gennemgå nogle af de, for dette studie, væsentligste kognitive vanskeligheder og til sidst kigge på, hvilken betydning diagnosen kan have for individets fremtid.

2.2.1 Diagnostik

Attention Deficiet/Hyperactivity Disorder (ADHD) eller hyperkinetisk forstyrrelse er en neuropsykiatrisk lidelse med forstyrrelser af opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet (Barkley, 2006; Thomsen & Simonsen, 2010). I dette studie tager vi som sagt udgangspunkt i ICD-10, hvor ADHD hører til kategorien *F90 – F98 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen eller adolescens* og er karakteriseret ved følgende kriterier (se skema 1):

ICD-10 diagnosekriterier for F90	
A	Opmærksomhedsforstyrrelse gennem mindst 6 måneder med ≥ 6 af følgende: (1) kan ikke fæstne opmærksomheden ved detaljer, laver skodesløse fejl (2) kan ikke fastholde opmærksomheden ved opgaver eller leg (3) synes ikke at høre hvad der bliver sagt (4) kan ikke følge instrukser eller fuldføre opgaver (5) kan ikke tilrettelægge arbejde eller aktiviteter (6) undgår eller afskyr opgaver som kræver vedholdende opmærksomhed (7) mister blyanter, bøger, legesager eller andre ting, som er nødvendige for at udføre opgaver og aktiviteter (8) lader sig let distrahere af ydre stimuli (9) er glemsom i forbindelse med dagliglivsaktiviteter
B	Hyperaktivitet gennem mindst 6 måneder med ≥ 3 af følgende: (1) uro i hænder eller fødder, sidder uroligt (2) forlader sin plads i klassen eller ved bordet (3) løber, klatrer, farer omkring på utilpasset måde (4) støjende adfærd ved leg, har vanskeligt ved at være stille

(5) excessiv motorisk aktivitet, som ikke lader sig styre	
C	Impulsivitet gennem mindst 6 måneder med ≥ 1 af følgende: (1) svarer før spørgsmål er afsluttet (2) kan ikke vente på at det bliver deres tur (3) afbryder eller maser sig på (4) taler for meget, uden situationsfornemmelse
D	Begyndelsesalder < 7 år
E	Forstyrrelserne optræder i flere forskellige situationer, f.eks. både i skolen og hjemmet såvel som ved klinisk undersøgelse
F	Forstyrrelser forårsager betydelige vanskeligheder eller vanskeliggør sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige funktioner
G	Skyldes ikke affektive lidelser (F30-F39), angsttilstande (F40 – F41) og opfylder ikke kriterierne for F84.-

Skema 1: ICD-10 diagnosekoder for F90 (WHO, 2018, p. 171f)

ADHD er altså karakteriseret ved, at det pågældende barn skal have haft mindst seks symptomer på opmærksomhedsforstyrrelser, mindst tre symptomer på hyperaktivitet og mindst et symptom på impulsivitet gennem mindst seks måneder. Disse karakteristika skal være opstået før det syvende leveår og optræde i mere end én sammenhæng, fx i skolen og i hjemmet. Forstyrrelsen skal endvidere forårsage betydelige vanskeligheder i sociale, skole- og beskæftigelsesmæssige sammenhænge, men udelukkes af affektive lidelser, angst eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser (Hansen, 1999; WHO, 1992).

Udover de overordnede kriterier for ADHD (F90) kan de hyperkinetiske forstyrrelser inddeles i fire diagnoser, som ses oplistet i skema 2. Her gælder det først og fremmest for alle diagnoser, at de overordnede kriterier er opfyldt. For F90.0 *Forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed* gælder derudover, at barnet ikke må opfylde kriterierne for F91 *Adfærdsforstyrrelser*, mens F90.1 *Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse* netop forudsætter, at både kriterierne for F90 og F91 er opfyldt (WHO, 1992).

Diagnosekode	Diagnosenavn
F90	Hyperkinetiske forstyrrelser
F90.0	Forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed
F90.1	Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse
F90.8	Andre hyperkinetiske forstyrrelser
F90.9	Hyperkinetisk forstyrrelse, uspecificeret

Skema 2: Diagnosekoder og -navn for ADHD-underkategorier (WHO, 2018)

2.2.2 Ætiologi

Ift. udviklingen af ADHD synes især genetiske faktorer at spille en væsentlig rolle. Risikoen for, at man udvikler ADHD på et tidspunkt i livet, er ca. 5 %, men denne prævalens stiger med op til otte gange, hvis man har en søskende eller en forælder med ADHD (Biederman, 2005; Polanczyk, Silva, Horta, Biederman & Rohde, 2007; Habekost, 2010). Det er dog svært at fastlægge præcist, hvilke gener, der nedarves, da der er tale om et stort antal af forskellige gener, der hver især bidrager til udviklingen af ADHD (Habekost, 2010). Ud fra tvillingestudier konkluderes det, at op mod 80 % af årsagerne til udviklingen af ADHD kan tilskrives arvelighed (Biederman, 2005; Faraone et al., 2006). Tvillingestudierne viser dog også, at miljømæssige faktorer må spille en væsentlig rolle for udviklingen af ADHD, da enæggede tvillinger på trods af deres identiske genotype udviser langt mindre overensstemmelse end 100 % i deres ADHD-fænotype (Habekost, 2010). De miljømæssige faktorer dækker både over biologiske og psykosociale risikofaktorer. Blandt de biologiske risikofaktorer findes bl.a. moderens indtag af alkohol, stoffer og rygning, lav fødselsvægt, manglende ilt ved fødslen, moderens alder ved graviditet, stress samt udsættelse for kemiske stoffer, og de kan alle øge risikoen for ADHD (Habekost, 2010; Banerjee, Middleton & Faraone, 2007; Froehlich et al., 2011; Mill & Petronis, 2008; Biederman, 2005). Ift. de psykosociale risikofaktorer findes det, at bl.a. forældre med en psykisk sygdom eller kriminel løbebane, lav social klasse eller udsættelse for tidlige emotionelle traumer kan øge risikoen for at udvikle ADHD (Habekost, 2010; Banerjee et al., 2007; Froehlich et al., 2011).

2.2.3 Prævalens

Prævalensen af ADHD i Danmark antages at være mellem 3 og 7 % og er højest blandt børn og unge og lavest hos voksne (Sundhed.dk, 2015b). Antallet af diagnosticerede har desuden været stødt stigende siden 2006, hvor 7.186 børn og unge var diagnosticeret med ADHD, mens dette tal er steget til 25.029 i 2016 (Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, 2017).

På verdensplan har en metaanalyse af Polanczyk et al. (2007), der bestod af 102 studier indeholdende prævalenser fra hele verden, vist, at den samlede prævalens for ADHD er 5,29 % (95 % CI = 5,01 – 5,56). Prævalensen er identificeret ud fra kriterierne i DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-9 og ICD-10. Prævalensen var desuden højere hos drenge end hos piger (2:1) samt højere hos børn end hos voksne (Polanczyk et al., 2007) .

2.2.4 Komorbiditet

Flere studier har undersøgt forekomsten af komorbiditet blandt personer med ADHD. Disse studier viser, at op mod 80 – 90 % af alle børn og unge med ADHD også opfylder kriterierne for mindst én anden diagnose (Kadesjö & Gillberg, 2001; Taurines et al., 2010; Kraut et al., 2013). Fælles for størstedelen af disse studiers fund er, at adfærdsforstyrrelser (ODD og CD) forekommer hyppigst som komorbiditet både i kliniske og epidemiologiske studier. Det antages nemlig, at op mod 60 % af de børn og unge, der har ADHD, også opfylder kriterierne for en adfærdsforstyrrelse (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Jensen & Steinhausen, 2014; Taurines et al., 2010; Spencer, 2006; Kraut et al., 2013). Den næst hyppigste komorbiditet er angstlidelser, som i flere studier er fundet til at optræde hos mellem 10 og 35 % af børn og unge med ADHD (Taurines et al., 2010; Solberg et al., 2018; Spencer, 2006; Jensen & Steinhausen, 2014; Kraut et al., 2013; Biederman et al., 1991). Ligeledes er det fundet, at depression forekommer som komorbiditet hos mellem 10 og 40 % af børn og unge med ADHD (Taurines et al., 2010; Solberg et al., 2018; Spencer, 2006). Derudover er Tics inklusive Tourette Syndrom fundet som komorbiditet hos mellem 20 og 30 % af børn og unge med ADHD, mens OCD optræder hos mellem 8 og 11 % (Taurines et al., 2010; Biederman et al., 1991). ADHD optræder desuden ofte sammen med Autismespektrumsforstyrrelser samt forskellige lidelser forbundet med indlæring og sprog (Taurines et al., 2010; Spencer, 2006; Biederman et al., 1991; Smalley et al., 2007). I forlængelse heraf findes også, at mellem 4 og 13 % af børn og unge med ADHD opfylder kriterierne for mental retardering (Kraut et al., 2013; Kadesjö & Gillberg, 2001; Faber et al., 2010; Ottosen, Petersen, Larsen & Dalsgaard, 2016; Ahuja, Martin, Langley & Thapar, 2013).

I studier er der fundet evidens for, at voksne med ADHD oftere udvikler afhængighed til stoffer og alkohol, mens der også oftere forekommer komorbiditet i form af personlighedsforstyrrelser (Taurines et al., 2010; Solberg et al., 2018).

2.2.5 ADHD hos piger

Drenge bliver i gennemsnit diagnosticeret to til fem gange oftere end piger, hvorfor forholdet mellem diagnosticerede drenge og piger er 3:1 i kliniske populationer i Danmark. Denne forskel menes dog at være væsentligt mindre i befolkningsundersøgelser. Årsagen til denne underdiagnosticering af piger, skyldes muligvis, at symptomerne på ADHD fremtræder anderledes hos piger end hos drenge (Sundhed.dk, 2015b). Dette til trods for, at forskningen har vist, at piger ofte er lige så svækkede, har samme grad af komorbiditet,

ofte har lidt lavere intelligens og klarer sig dårligt i skolen sammenlignet med drenge med ADHD (Barkley, 2006; Gershon, 2002).

Piger lider ligesom drenge af hyperaktivitet, impulsivitet og opmærksomhedsforstyrrelse – dog med sidstnævnte som det mest dominerende symptom. Piger med ADHD taler desuden meget, er ofte følelsesmæssigt ustabile og bliver derfor let kede af det eller vrede. Piger er som regel mindre udadreagerende end drenge, og deres aggressivitet viser sig oftere verbalt frem for fysisk. De har derudover store vanskeligheder med at fungere socialt og har derfor ikke mange venner (Barkley, 2006; Gershon, 2002). Studier viser desuden, at piger med ADHD i større grad lider af internaliseret adfærd, som bl.a. ses ved, at de oftere har komorbiditet i form af angst og depression (Gershon, 2002; Levy, Hay, Bennett & McStephen, 2005; Quinn, 2005; Nøvik et al., 2006).

2.2.6 Kognitive vanskeligheder ved ADHD

ADHD er gennem forskningen fundet sammenhængende med en række kognitive vanskeligheder, som kan forekomme i forskellige grader og variation. I de næste afsnit vil vi forsøge at redegøre for de vanskeligheder, som vi finder relevante for dette studie, og præsentere nogle af de forskningsresultater, der findes herom. De enkelte vanskeligheder er valgt ud fra, at de ofte er forekommende ved ADHD og er fundet til at kunne være sammenhængende med bl.a. seksuel risikoadfærd. På baggrund af dette vurderer vi, at de vil være relevante at overveje, når vi skal undersøge vores hypotese om, hvorvidt forekomsten af provokerede aborter er højere blandt piger med ADHD end piger uden ADHD, fordi provokeret abort kan ses som et muligt resultat af seksuel risikoadfærd.

2.2.6.1 Opmærksomhedsforstyrrelser

Udover, at vanskeligheder med opmærksomheden eller opmærksomhedsforstyrrelser er et af de områder, som ofte sammenstilles med ADHD, er det som nævnt ovenfor i afsnit 2.2.1 også et af symptomerne på ADHD. I en metaanalyse af Huang-Pollock, Karalunas, Tam og Moore (2012) beskæftigede de sig med evnen til vedvarende opmærksomhed hos børn (primært 6 – 12-årige) med ADHD ud fra 47 studier. De inkluderede studier anvendte ”continuous performance tasks” (CPT) og arbejdede ud fra det, de kalder ”CPT paradigmes”. I den forbindelse gik opgaverne ud på, at deltagerne fik præsenteret mange af de targets, de ikke skulle reagere på, mens de fik præsenteret få af de targets, de skulle reagere på (Huang-Pollock et al., 2012).

Ud fra metaanalysen fandt de, at personer med ADHD lavede flere udeladelsesfejl sammenlignet med personer uden ADHD, hvorfor det tyder på, at ADHD havde en stor effekt på på resultaterne af CPT-testene (udeladelsesfejl: $\delta = 1,34$; $SD = 0,28$). I metaanalysen indgik fire til syv studier, der så på resultaterne over tid. Dette skulle ifølge Huang-Pollock et al. (2012) være en bedre måde at måle og undersøge vedvarende opmærksomhed på. Her fandt de en lille til medium effekt af ADHD på resultaterne sammenlignet med kontrolgrupperne uden ADHD (udeladelsesfejl over tid: $\delta = 0,54$; $SD = 0,53$). Huang-Pollock et al. (2012) konkluderede derfor, at børn med ADHD udviste større vanskeligheder med vedvarende opmærksomhed end børn uden ADHD, som ifølge forfatterne bl.a. kunne ses ved, at de lavede flere udeladelsesfejl.

Symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse, målt ud fra lærerrapporteringer, er i et studie af Isaksson et al. (2018) blevet fundet til at være sammenhængende med selvrapporteret seksuel risikoadfærd. Seksuel risikoadfærd blev i studiet undersøgt ud fra spørgsmål om, hvorvidt personerne havde haft ubeskyttet sex, antal seksuelle partnere, sex i påvirket tilstand (alkohol eller stoffer) samt om de havde gjort en partner gravid eller selv var gjort gravide. Symptomer på opmærksomhedsforstyrrelser forblev desuden signifikant sammenhængende med seksuel risikoadfærd efter, der var justeret for socioøkonomisk status, alder, køn, komorbid adfærdsforstyrrelse, misbrug, mål på opfattelse af risiko og forældres opdragelsesstil. I dette studie forsøgte de afslutningsvist at gøre sig overvejelser omkring mulige forklaringer på sammenhængen mellem opmærksomhedsforstyrrelse og seksuel risikoadfærd. Her mente de, at sammenhængen muligvis kunne forklares af vanskeligheder med planlægning og organisering (Isaksson, Stickley, Koposov & Ruchkin, 2018). Vanskeligheder ved planlægning vil vi uddybe nedenfor i afsnit 2.2.6.5.

Opsummerende kan vi altså sige, at vanskeligheder med opmærksomheden eller opmærksomhedsforstyrrelser er fundet til ofte at være sammenhængende med både ADHD og seksuel risikoadfærd, Derfor er det alt i alt et område, som kan være væsentligt for nærværende studie.

2.2.6.2 Impulsivitet

Impulsivitet er et andet område, hvor personer med ADHD ofte oplever vanskeligheder, og dette er ligesom opmærksomhedsproblemer også en del af diagnosekriterierne for ADHD (jf. afsnit 2.2.1). Impulsivitet kan bl.a. beskrives med en person, der handler efter pludselige indskydelser og uden at overveje langtidskonsekvenserne af sine handlinger

(Lassiter, 2009). I et studie af Solanto et al. (2001) finder de, at impulsivitet kan undersøges via to opgavetyper, nemlig opgaver om inhibering og delay-aversion.

Ser vi først på evnen til inhibering, har de i en metaanalyse af Oosterlaan, Logan og Sergeant (1998) undersøgt dette ud fra otte studier. Studierne omhandlede børn (6 – 12-årige) med ADHD med og uden komorbid adfærdsforstyrrelse og undersøgte inhibering ud fra de såkaldte ”stop tasks”. De inkluderede studier angav individernes evne til respons hæmning (inhibering) ud fra det, de kaldte inhibition function slope (IF-slope). Metaanalysen fandt, at børn med ADHD havde problemer med inhibering, og at der var en samlet effektstørrelse af ADHD på $d = 0,94$ (IF-slope), som svarede til en stor effekt, når de blev sammenlignet med børnene i de tilhørende kontrolgrupper (uden psykiske diagnoser eller med lave scorer på rating scales) (Oosterlaan et al., 1998).

I et review af Winstanley, Eagle og Robbins (2006) gennemgås en række studier, der har lavet forskellige tests af impulsivitet hos personer med ADHD. De undersøgte ligeledes evnen til inhibering, men via impulsivitetsfejl i CPT, og fandt også, at personer med ADHD udviste vanskeligheder med inhibering. Derudover fandt en række af studierne også, at personer ADHD også havde vanskeligheder med ”delay-discounting tasks”, hvor de ofte valgte de små men hurtigere udløste belønninger. Dette, mente Winstanley et al. (2006), kunne hænge sammen med, at personerne med ADHD ønsker at undgå forsinkelser og ventetid, fordi det tidligere i forskningen er blevet påvist, at personer med ADHD faktisk er i stand til at vente. Dette fænomen kaldes for delay-aversion og er altså også noget, som personer med ADHD kan have problemer med (Winstanley et al., 2006).

I et studie af Charnigo et al. (2013) fandt de, at impulsiv beslutningstagning var associeret med seksuel risikoadfærd. I studiet målte de impulsiv beslutningstagning hos unge voksne ud fra ”the Decision-Making Style Scale” og undersøgte en række forskellige former for seksuel risikoadfærd bl.a. antal seksuelle partnere og ubeskyttet sex indenfor de seneste 30 dage. De fandt desuden, at associationerne mellem impulsiv beslutningstagning og alle de undersøgte parametre om seksuel risikoadfærd var signifikante både før og efter justering for socioøkonomisk status (Charnigo et al., 2013).

Overordnet tyder det på, at mange personer med ADHD har vanskeligheder på flere forskellige områder indenfor impulsivitet, og at disse vanskeligheder kan føre til seksuel risikoadfærd.

2.2.6.3 Vanskeligheder med arbejdshukommelsen

Arbejdshukommelsen er også et område, hvor personer med ADHD synes at have kognitive vanskeligheder. Det ses fx i metaanalysen af Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson og Tannock (2005), hvori der indgik 26 studier, som undersøgte arbejdshukommelsen via opgaver der involverede spatial og/eller verbal lagring eller manipulation hos 4 – 18-årige børn og unge med ADHD samt en kontrolgruppe med ”normal udvikling”. I metaanalysen fandt de, at ADHD havde en moderat til stor effekt på resultaterne af opgaverne om arbejdshukommelse, hvor de eksempelvis fandt en stor effekt ift. spatial lagring (Standardized Mean Difference = 0,85; 95 % CI = 0,62 – 1,08). De fandt altså, at børn med ADHD generelt udviste større vanskeligheder med arbejdshukommelsen end børnene i kontrolgrupperne (Martinussen et al., 2005).

Arbejdshukommelsen er også fundet til at have en indflydelse på seksuel risikoadfærd, da et studie af Khurana et al. (2012) fandt, at arbejdshukommelse havde en medierende rolle på alderen ved seksuel debut. De fandt således, at de, der klarede sig godt i opgaver om arbejdshukommelse, oftere var i gruppen med senere seksuel debut, mens de der klarede sig dårligere, oftere var i gruppen med tidlig seksuel debut (15 år gammel eller tidligere). Arbejdshukommelsen er altså også et område, hvor personer med ADHD kan udvise vanskeligheder, og disse vanskeligheder har vist sig at kunne være sammenhængende med seksuel risikoadfærd.

2.2.6.4 Vanskeligheder med opgaver om beslutningstagning og vurdering af risici

”The Iowa gambling task” eller lignede opgaver kan bruges til at undersøge personers beslutningstagning og herunder, hvordan et individ vurderer risiko. Vi mener derfor, at dette er et område, der kan være interessant ift. seksuel risikoadfærd. ”The Iowa gambling task” er udviklet til at skulle være en virkelighedsnær test om beslutningstagning, som udover beslutningstagning indeholder dele omkring belønning, straf og usikkerhed omkring, hvorvidt beslutningen vil udløse en belønning eller straf. Testen er udviklet, så den skal minde om dagligdagsbeslutninger, hvor man skal tage beslutninger ud fra intuition og lære af sine fejl. Testen kan således også bruges til at sige noget om, hvorvidt personen er i stand til at udvise adaptive, adfærdsmæssige responser ved at ændre adfærden, hvis reaktionen fx skifter fra belønning til straf (Groen, Gaastra, Lewis-Evans & Tucha, 2013).

I reviewet af Groen et al. (2013) inkluderede de 25 studier, der undersøgte, hvordan personer med ADHD klarede sig på ”gambling tasks” sammenlignet med personer uden

ADHD. De fandt, at der var modstridende resultater på området, da ca. halvdelen af studierne omkring børn og unge fandt, at børn og unge med ADHD løb flere risici i opgaverne end deres tilhørende kontrolgrupper, mens kun en lille del af studierne om voksne med ADHD fandt afvigende risikoadfærd sammenlignet med de respektive kontrolgrupper (Groen et al., 2013).

Der er altså tvetydige resultater på dette område ift. ADHD, hvilket måske skyldes, at det er et område, hvor der er forskel indenfor diagnosen. Det er derfor fortsat et område, der kan være værd at overveje i sammenhæng med seksuel risikoadfærd.

2.2.6.5 Vanskeligheder med planlægning

Det sidste område af kognitive vanskeligheder, som vi vil komme ind på, er omkring planlægning. I en metaanalyse af Patros, Tarle, Alderson, Lea og Arrington (2019) undersøgte de vanskeligheder med planlægning via "Tower task performance" og inkluderede 41 studier. De fandt, at børn under 18 år med ADHD udviste moderate vanskeligheder i opgaverne om planlægning sammenlignet med børn uden ADHD ($g = 0,59$; 95 % CI = $0,48 - 0,71$).

Som vi allerede har været inde på tidligere, menes vanskeligheder med planlægning at kunne være sammenhængende med seksuel risikoadfærd (jf. afsnit 2.2.6.1) (Isaksson et al., 2018). Dette bliver bl.a. bakket op af et studie af Zapolski, Cyders og Smith (2009). De fandt, at manglende evne til planlægning var sammenhængende med seksuel risikoadfærd, som de bl.a. beskrev ud fra manglende brug af prævention og antal seksuelle partnere (Zapolski et al., 2009).

2.2.7 Prognose

Selvom ADHD oftest diagnosticeres i barndommen, vil omkring 15 % stadig opfylde alle kriterier, når de fylder 25 år, mens op til to tredjedele af de diagnosticerede fortsat vil opfylde nogle af kriterierne (Faraone, Biederman & Mick, 2006). Ifølge en stor metaanalyse af Simon, Czobor, Bálint, Mészáros og Bitter (2009) menes den samlede estimerede prævalens blandt voksne at være omkring 2,5 % (95 % CI = $2,1 - 3,1$), mens andre metaanalyser viser prævalenser helt op til 5 % (Willcutt, 2012; Kessler et al., 2006). Hvorvidt, man vil have diagnosen som voksen, afhænger dog bl.a. af, i hvor svær en grad, man har været påvirket som barn, hvilken socioøkonomiske baggrund man har, og hvor godt man er blevet behandlet i psykiatrien og lignende (Kieling & Rohde, 2012).

I takt med at individet bliver ældre ses det ofte, at symptombilledet ændrer sig. Især hyperaktiviteten bliver mindre synlig og manifesterer sig i stedet som en indre uro. Impulsiviteten synes ligeledes at falde med alderen, om end den stadig kan komme til udtryk bl.a. i form af manglende tålmodighed og evner til at blive i forhold og jobs (Davidson, 2008). Uopmærksomheden synes derimod ikke at være betydeligt aftagende og denne viser sig bl.a. stadig ved, at personen har svært ved at løse opgaver, der kræver vedholdende opmærksomhed og organisering (Kieling & Rohde, 2012). Sandsynligheden for at udvikle andre psykiske lidelser er derudover stadig væsentlig højere end blandt unge og voksne uden ADHD – især hvis barnet eller den unge allerede har komorbiditet i form af en adfærdsforstyrrelse. Derudover ses der ofte en tendens til, at voksne med ADHD begynder at ryge tidligere eller starter misbrug af både alkohol og stoffer (Kieling & Rohde, 2012). De komorbide diagnoser er mere eller mindre de samme som ses hos børn, men især nogle mænd med ADHD kan udvikle en dyssocial personlighedsstruktur (Davidson, 2008; Manuzza & Klein, 2000). Det er ligeledes fundet, at personer med ADHD har større tendens til at blive involveret i kriminalitet (Young, Moss, Sedgwick, Fridman & Hodgkins, 2015; Mohr-Jensen, Bisgaard, Boldsen & Steinhausen, 2019).

I takt med alderen og det stigende antal krav oplever unge med ADHD at få det sværere i skolen og have svært ved at skabe og vedholde stabile relationer til jævnaldrende (Kieling & Rohde, 2012). Voksne med ADHD klarer sig dårligere uddannelsesmæssigt, siger oftere op eller bliver oftere fyret på arbejdspladsen sammenlignet med voksne uden ADHD. Dette resulterer i flere tilfælde i, at flere har dårligt selvværd og føler sig usikre og inkompetente (Davidson, 2008; Manuzza & Klein, 2000). Voksne med ADHD synes derudover at have manglende evne til at være i længere romantiske forhold og bliver oftere skilt eller separerede sammenlignet med voksne uden ADHD (Davidson, 2008).

2.3 Adfærdsforstyrrelser

I det nedenstående afsnit vil vi gennemgå projektets forståelse af diagnosen adfærdsforstyrrelse. Efter en redegørelse for diagnostikken gennemgås ætiologien og prævalensen. Efterfølgende vil vi komme ind på de oftest optrædende komorbide diagnoser, samt hvordan adfærdsforstyrrelser kommer til udtryk hos piger. Derefter vil vi gennemgå nogle af de, for dette studie, væsentligste kognitive vanskeligheder. Afslutningsvist vil vi kigge på, hvilken betydning diagnosen kan have for individets fremtid.

I denne opgave defineres diagnosen adfærdsforstyrrelse ud fra ICD-10, og det er således nedenstående beskrivelse, der henvises til, når dette begreb bruges i studiet. Det forekommer dog, at vi afviger fra denne eksakte definition, da en del af forskningen på området er lavet i lande, hvor diagnosesystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bruges. Den primære forskel er, at man i DSM har opdelt adfærdsforstyrrelserne i to hovedgrupper: Conduct Disorder (CD) og Oppositional Defiant Disorder (ODD), og de fremstår således mere adskilte fra hinanden i DSM, end de nødvendigvis gør i ICD-10. Man har til sammenligning i ICD-10 adfærdsforstyrrelser (Conduct Disorder) som overkategori og oppositionel adfærdsforstyrrelse (Oppositional Defiant Disorder) som en underkategori. Generelt er forståelsen af forskellen på ODD og CD dog meget lig hinanden i DSM og ICD, da ODD i begge diagnosesystemer ses som mildere end CD, og at ODD ofte ses hos yngre børn (WHO, 2018; WHO, 1992; American Psychiatric Association, 2013). Det betyder, at når der henvises til forskning lavet ud fra DSM, vil vi også bruge termene CD og ODD.

2.3.1 Diagnostik

Definitionen af adfærdsforstyrrelser tager, som nævnt, udgangspunkt i ICD-10, og her hører adfærdsforstyrrelser, ligesom ADHD, til kategorien *F90 – F98 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen eller adolescens*. Adfærdsforstyrrelser er karakteriseret ved følgende kriterier (se skema 3):

ICD-10 diagnosekriterier for F91	
I	Adfærdsforstyrrelse gennem ≥ 6 måneder, med gentagende og vedvarende adfærd, som krænker andres basale rettigheder eller væsentlige samfundsnormer eller regler, med flere af følgende: (1) raserianfald (2) trættelyst (3) lydighedsnægtelse (4) provokerende adfærd (5) udadprojicerende holdning (6) irritabilitet (7) vredagtighed (8) hævnnergerrighed (9) løgnagtighed (10) slagsmålstilbøjelighed (11) anvendelse af farlige våben (12) natlig udebliven (< 13 år) (13) fysisk grusomhed mod andre (14) grusomhed mod dyr (15) hærværk (16) ildspåsættelse (17) tyveri

	(18) skulken (19) vagabondering (20) røveriforsøg (21) seksuel tvang (22) terrorisering (23) indbrud (11), (13), (15), (16), (20), (21) og (23) behøver kun at være forekommet en enkelt gang
II	Skyldes ikke andre psykiske lidelser eller tilstande (F20.-, F30 – F39, F60.2, F84.-, F90.-) Kan inddeles efter begyndelsesalder: Begynder i barndommen, med mindst ét adfærdsproblem før 10 års alderen Begynder i adolescensen, ingen adfærdsproblemer før 10 års alderen Kan yderligere vurderes med hensyn til: 1. hyperaktivitet 2. emotionelle forstyrrelser 3. sværhedsgrad (a) let: Kun få adfærdsproblemer ud over de krævede og kun til mindre gene for andre (b) moderat: Intermediær mellem let og svær (c) svær: Mange adfærdsproblemer ud over de nødvendige for diagnosen, eller adfærdsproblemerne medfører betydelig skade for andre

Skema 3: ICD-10 diagnosekoder for F91 (WHO, 2018, p. 174f)

Ifølge ICD-10 kan adfærdsforstyrrelser således diagnosticeres hos børn og unge (op til ca. 18 år), og symptomerne skal vare ved over tid (> 6 måneder). Adfærdsforstyrrelser er overordnet karakteriseret ved dyssocial, aggressiv og/eller trodsig adfærd, som tydeligt bryder med sociale forventninger og normer for alderen. Det er derfor vigtigt, at man tager højde for barnets udviklingsniveau, når man skal vurdere, om der forekommer adfærdsforstyrrelser. Adfærdsforstyrrelser adskiller sig fra typiske drengestreger eller oprørstrang i ungdomsårene, og det er derfor vigtigt at skelne disse fra hinanden. I ICD-10 opdeles symptomerne så at sige i to grupper. Den første gruppe af symptomer skal som nævnt vare over længere tid, mens symptomerne i den anden gruppe anses som særligt alvorlige, og de skal derfor kun være forekommet en enkelt gang (punkt (11), (13), (15), (16), (20), (21) og (23) i skema 3). Som det også fremgår i skema 3, gælder det, at diagnosen kun kan stilles, hvis symptomerne ikke skyldes skizofreni, affektive lidelser, dyssocial personlighedsstruktur, gennemgribende udviklingsforstyrrelse eller ADHD (Jørgensen, 1999; WHO, 2018; WHO, 1992).

I ICD-10 opdeler man desuden adfærdsforstyrrelser i en række underkategorier, som kan ses i nedenstående skema 4. Udover de mere specifikke kriterier for hver underkategori, gælder det, at de overordnede kriterier for F91 skal være opfyldt.

Diagnosekode	Diagnosenavn
F91	Adfærdsforstyrrelser
F91.0	Adfærdsforstyrrelse begrænset til familien
F91.1	Usocialiseret adfærdsforstyrrelse
F91.2	Socialiseret adfærdsforstyrrelse
F91.3	Oppositionel adfærdsforstyrrelse
F91.8	Andre adfærdsforstyrrelser
F91.9	Adfærdsforstyrrelser, uspecificeret

Skema 4: Diagnosekoder og -navn for adfærdsforstyrrelses-underkategorier (WHO, 2018)

I vores data ender vi med at inkludere alle personer, der har fået diagnoserne F91.X, og vores forståelse af diagnosen adfærdsforstyrrelse indeholder således alle de ovenfor nævnte underkategorier. Som vi vil komme ind på senere, inddrager vi også de tilfælde, hvor der er komorbiditet med andre psykiatriske sygdomme, og derfor inkluderer vi også personer, som har diagnosen *F92 Blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser*. Dette er således en selvstændig diagnose, men personer med denne diagnose opfylder kriterierne for adfærdsforstyrrelse samtidig med, at de opfylder kriterierne for en emotionel eller affektiv forstyrrelse. I skema 5 kan man se de enkelte underkategorier for F92.

F92 Blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser	
F92.0	Depressiv adfærdsforstyrrelse
F92.8	Andre blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser
F92.9	Blandet adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse, uspecificeret

Skema 5: Diagnosekoder og -navn for underkategorierne til F92 (WHO, 2018)

Ligesom F92 inkluderes også *F90.1 Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse*, som er en diagnose, hvor kriterierne for både symptomer på ADHD og adfærdsforstyrrelser skal være opfyldt.

2.3.2 Ætiologi

Adfærdsforstyrrelsers ætiologi er kompliceret, men ofte vil årsagsforholdene være en kombination af både miljø og biologi/genetik. Den relative betydning imellem de to faktorer er dog ikke afklaret (Jørgensen, 1999; Sundhed.dk, 2016a). Slutske et al. (1997)

finder i deres tvillingestudie, at genetik kan forklare 71 % (95 % CI = 32 – 79 %) af variansen (Slutske et al., 1997). Ud fra klinisk erfaring mener man dog også, at der er tilfælde, hvor adfærdsforstyrrelsen primært ses som følge af miljømæssige påvirkninger, men her mener man, at disse børn tidligere har været præget af tilknytningsforstyrrelser. Der ses generelt en høj korrelation imellem senere udvikling af adfærdsforstyrrelser og et belastet miljø tidligt i livet – herunder forsømmelse som spæd (tilknytningsforstyrrelser) eller udsættelse for aggressive eller seksuelle overgreb (Jørgensen, 1999; Sundhed.dk, 2016a).

Derudover er det at have komorbid ADHD også noget, der kan øge risikoen for at udvikle adfærdsforstyrrelser (Jørgensen, 1999; Sundhed.dk, 2016a; Monuteaux, Faraone, Gross & Biederman, 2007). Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera (2000) påpeger derudover, at ADHD ikke kun er en risikofaktor for at få en adfærdsforstyrrelse, det er også associeret med en tidligere debut med adfærdsforstyrrelse. Tidlig debut med adfærdsforstyrrelse er sammenhængende med mere alvorlige symptomer og øger risikoen for at udvikle dyssocial personlighedsstruktur som voksen (Loeber et al., 2000).

Der ses ligeledes en større forekomst af adfærdsforstyrrelser i byen end på landet. Adfærdsforstyrrelser ses også hyppigere hos personer fra en lavere social klasse end hos personer fra en højere social klasse, og hyppigheden vil i forlængelse heraf i samme storby være højere i bydele præget af fattigdom sammenlignet med mere velstående byområder (Jørgensen, 1999; Sundhed.dk, 2016a).

2.3.3 Prævalens

Prævalensen af adfærdsforstyrrelser antages at være 2 – 5 % i Danmark (Sundhed.dk, 2016a), mens den samlede prævalens på verdensplan er 3,2 % for CD og 3,3 % for ODD (Canino, Polanczyk, Bauermeister, Rohde & Frick, 2010). Sidstnævnte tal er fundet via en metaanalyse af Canino et al. (2010), som er baseret på prævalenser fra hele verden – dog overvejende USA og Europa. Ser man isoleret på unge vil prævalensen være højere, da diagnosen ofte først stilles, efter børnene er over 8 – 10 år (Sundhed.dk, 2016a; Jørgensen, 1999).

2.3.4 Komorbiditet

Hos personer med adfærdsforstyrrelse ses der en høj komorbiditet med andre udviklingsforstyrrelser, herunder især ADHD. Ifølge Jørgensen (1999) har ca. 60 % af alle

børn med adfærdsforstyrrelse også ADHD. I forlængelse af dette viser et studie af Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler (2006) også, at man har signifikant forhøjet risiko for også at have ADHD, når man har CD (OR = 4,9; 95 % CI = 3,7 – 6,5; $p < ,05$). I dette studie, finder de desuden, at i ca. 75 % af tilfældene diagnosticeres ADHD først. ADHD var derfor den hyppigst forekomne komorbiditet i studiet. Desuden fandt de, at misbrug også var en hyppig forekommen komorbiditet (OR = 5,9; 95 % CI = 4,3 – 8,2; $p < ,05$). Modsat ADHD kommer CD før misbruget i 88,5 % af tilfældene (Nock et al., 2006).

Emotionelle og affektive forstyrrelser, herunder især angsttilstande ses også kormorbide med adfærdsforstyrrelse (WHO, 2018; Jørgensen, 1999). I studiet af Nock et al. (2006), som også er nævnt ovenfor, har de undersøgt komorbiditet imellem CD og flere andre psykiatriske diagnoser. Overordnet finder de, at det at have CD er sammenhængende med en øget risiko for at få andre psykiatriske diagnoser, og ved næsten alle diagnoserne er risikoen signifikant øget. De ser i denne sammenhæng også på emotionelle og affektive forstyrrelser, hvorunder der kan nævnes depression (OR = 1,6; 95 % CI = 1,2 – 2,1; $p < ,05$) og angst generelt (herunder panikangst, generaliseret angst, specifikke fobier, socialfobi og agorafobi) (OR = 3,0; 95 % CI = 2,3 – 3,8; $p < ,05$).

2.3.5 Adfærdsforstyrrelser hos piger

I Danmark bliver der diagnosticeret halvt så mange piger som drenge med adfærdsforstyrrelser (Sundhed.dk, 2016a). Dette ændrer dog ikke på, at det fortsat er en problematik, som også berører piger, og derfor er det også vigtigt at have fokus på dem. Man ser mange af de samme risikofaktorer hos piger med adfærdsforstyrrelser, som man gør ved drenge, herunder fx komorbiditet med ADHD, at barnet er vokset op i en ustabil familie, eller at barnet er blevet udsat for fysiske overgreb (Monuteaux et al., 2007; Ilomäki et al., 2006; Biederman et al., 1999). Et område, hvor pigerne adskiller sig fra drengene, er ift. debutalder for adfærdsforstyrrelser. Flere finder, at piger generelt debuterer med adfærdsforstyrrelser senere end drenge. Pigerne debuterer således ofte først i ungdomsårene (Marmorstein & Iacono, 2005; Silverthorn & Frick, 1999).

Piger med adfærdsforstyrrelser har større risiko for at blive arresteret, blive gravid som teenager, have problemer i skolen og at udvikle dyssocial personlighedsstruktur end andre piger (Zoccolillo & Rogers, 1991; Zoccolillo, Pickles, Quinton & Rutter, 1992; Fergusson, Horwood & Ridder, 2005).

2.3.6 Kognitive vanskeligheder ved adfærdsforstyrrelser

Adfærdsforstyrrelser er i forskningen, ligesom vi så det ved ADHD, fundet sammenhængende med en række kognitive vanskeligheder. De vanskeligheder, der ses hos personer med adfærdsforstyrrelser, minder på mange måder om dem, man ser hos ADHD, hvilket også afspejles i nedenstående afsnit. Vi finder det ligeledes relevant at gennemgå forskning om adfærdsforstyrrelser på de områder, som vi har undersøgt ved ADHD, fordi de alle var sammenhængende med seksuel risikoadfærd og derfor er relevante for dette studie (Isaksson et al., 2018; Charnigo et al., 2013; Khurana et al., 2012; Zapolski et al., 2009).

2.3.6.1 Opmærksomhedsforstyrrelser

Vanskeligheder med opmærksomheden er et område, der også kan være sammenhængende med adfærdsforstyrrelser. I et review af Teichner og Golden (2000) undersøgte de forskning omkring neuropsykologiske vanskeligheder hos unge med adfærdsforstyrrelser. De fandt, at forskningen på området var meget mangelfuld, og at der var mange metodiske problemer. De fremhævede i den forbindelse, at mange af studierne ikke diagnosticerede deltagerne med adfærdsforstyrrelser, men blot antog, at hvis man undersøgte ungdomskriminelle, kunne man overføre resultaterne til at gælde for adfærdsforstyrrelser. På trods af det inddragede de dog også disse studier i reviewet (Teichner & Golden, 2000).

Teichner og Golden (2000) konkluderede, at studierne om ungdomskriminelle overordnet fandt, at ungdomskriminelle udviste flere neuropsykologiske vanskeligheder på flere forskellige områder, herunder også vanskeligheder med vedvarende opmærksomhed, sammenlignet med andre unge. Disse studier indikerede derfor, at adfærdsforstyrrelser kunne være sammenhængende med vanskeligheder med vedvarende opmærksomhed. Teichner og Golden (2000) fandt dog et studie, som undersøgte for symptomer på adfærdsforstyrrelser og derudfra dannede en gruppe med adfærdsforstyrrelser, der blev sammenlignet med en kontrolgruppe uden adfærdsforstyrrelser. Dette studie fandt også, at de unge med adfærdsforstyrrelser udviste flere problemer med vedvarende opmærksomhed (undersøgt ud fra "the Wisconsin Card Sorting Task"), hvilket underbyggede resultaterne fra de andre studier. Forskningen tyder altså på, at personer med adfærdsforstyrrelser kan have vanskeligheder med opmærksomheden, da de udviser vanskeligheder med vedvarende opmærksomhed.

2.3.6.2 Impulsivitet

Impulsivitet kan, som nævnt i afsnittet om ADHD, ifølge Solanto et al. (2001) undersøges via to typer af opgaver: inhibering og delay-aversion. I dette afsnit vil fokus være på inhibering, da det er det område, forskningen om adfærdsforstyrrelser primært har drejet sig om. I metaanalysen af Oosterlaan et al. (1998) (jf. afsnit 2.2.6.2) så de ikke kun på studier, der beskæftigede sig med ADHD og inhibering, men også på studier, der undersøgte evnen til inhibering hos børn med adfærdsforstyrrelser. I metaanalysen fandt de, at børn med adfærdsforstyrrelser havde problemer med inhibering. De fandt en samlet effektstørrelse af adfærdsforstyrrelse på $d = 0,56$ (målt ud fra IF-slope), som svarede til en middel effekt, når de blev sammenlignet med børnene i de tilhørende kontrolgrupper (uden psykiske diagnoser eller med lave scorer på rating scales) (Oosterlaan et al., 1998).

I metaanalysen fremhævede de desuden resultaterne af nogle studier, der sammenlignede børn med ADHD og adfærdsforstyrrelser. I denne forbindelse påpegede Oosterlaan et al. (1998), at der umiddelbart var en forskel imellem de to grupper, da de fandt en stor effekt af ADHD og en middel effekt af adfærdsforstyrrelser, men, når forskellen mellem de to effekter blev beregnet, viste den sig at være lille og ikke signifikant. Det tyder altså på, at dette er et område, hvor de to grupper har lignende vanskeligheder, om end der måske er en lille forskel.

2.3.6.3 Vanskeligheder med arbejdshukommelsen

Arbejdshukommelsen er endnu et område, hvor der også kan ses vanskeligheder hos personer med adfærdsforstyrrelse. Dette fandt de bl.a. i et studie af Saarinen, Fontell, Vuontela, Carlson og Aronen (2015), som testede visiospatial arbejdshukommelse hos børn mellem 7 og 12 år. Studiet sammenlignede børn, der var diagnosticerede med CD eller ODD med børn uden historie med somatiske, psykiatriske eller neuropsykiatriske sygdomme og som ikke udviste symptomer på adfærdsproblemer. Ifølge forfatterne kunne antallet af forkerte svar i opgaverne afspejle vanskeligheder med arbejdshukommelsen. De fandt, at antallet af forkerte svar var signifikant højere i alle opgaver vedrørende visiospatial arbejdshukommelse i gruppen med ODD eller CD sammenlignet med antallet af forkerte svar i kontrolgruppen ($F(1, 49) = 9,69, p = 0,003$). Børnene med adfærdsforstyrrelser klarede sig altså dårligere på testen ift. arbejdshukommelse end jævnaldrene i kontrolgruppen (Saarinen et al., 2015).

2.3.6.4 Vanskeligheder med opgaver om beslutningstagning og vurdering af risici

Test af beslutningstagning og evnen til vurdering af risici testet via "The Iowa gambling task" eller lignende opgaver er også blevet brugt hos personer med adfærdsforstyrrelser. I et review af Matthys, Vanderschuren og Schutter (2013) så de på forskellige studier om adfærdsforstyrrelser indenfor det neurobiologiske felt, og de fandt, at en del af studierne beskæftigede sig med denne slags opgaver. Matthys et al. (2013) fandt igennem deres review, at studierne der undersøgte de nævnte tests, generelt fandt, at både personer med CD og ODD udviste vanskeligheder med testen, hvilket kom til udtryk ved, at de løb flere risici i opgaverne end deres tilhørende kontrolgrupper. De fandt også, at personerne med adfærdsforstyrrelser havde problemer med at udvise adaptive, adfærdsmæssige responser, da de havde en tendens til at fortsætte med en adfærd, som tidligere havde udløst belønning, men nu udløste straf (Matthys et al., 2013).

I et studie af Hobson, Scott og Rubia (2011) blev "The Iowa gambling task" anvendt på både personer med symptomer på ADHD og personer med symptomer på adfærdsforstyrrelser sammenlignet med en kontrolgruppe uden de to diagnoser. De fandt, at kun symptomer på adfærdsforstyrrelser var uafhængigt sammenhængende med vanskeligheder i testen, når der blev kontrolleret for komorbid ADHD. Dette gjorde sig altså ikke gældende modsat hos personerne med symptomer på ADHD, når der blev kontrolleret for komorbid adfærdsforstyrrelser (Hobson et al., 2011). Selvom dette er et enkeltstående resultat, og derfor ikke har samme styrke som et review eller en metaanalyse, kan det dog indikere, at dette er et område, hvor de to diagnoser adskiller sig, og hvor personer med adfærdsforstyrrelser måske er mere udfordrede end personer med ADHD.

2.3.6.5 Vanskeligheder med planlægning

Det sidste område af kognitive vanskeligheder, vi ønsker at redegøre for, er vanskeligheder med planlægning. Her kan reviewet af Teichner og Golden (2000), som blev beskrevet ovenfor (jf. afsnit 2.3.6.1), igen anvendes, da en række studier også undersøgte evnen til planlægning. De kom frem til, at studierne om ungdomskriminelle fandt, at denne gruppe udviste flere problemer med planlægning end andre unge, og dermed konkluderede de, at resultaterne indikerede, at personer med adfærdsforstyrrelser kan udvise vanskeligheder med planlægning (Teichner & Golden, 2000).

2.3.7 Prognose

Adfærdsforstyrrelser bliver i høj grad set i sammenhæng med dyssocial personlighedsstruktur, hvilket skyldes at kriterierne for adfærdsforstyrrelser er overlappende med kriterierne for dyssocial personlighedsstruktur (F60.2) (Zoccolillo et al., 1992; Jørgensen, 1999; Olino, Seeley & Lewinsohn, 2010). Ifølge Jørgensen (1999) vil ca. 50 % af dem, som får stillet diagnosen adfærdsforstyrrelse i barndommen eller ungdommen, fortsat have adfærdsmæssige problemer som voksen og således leve op til kriterierne for dyssocial personlighedsstruktur.

Ud over risikoen for at udvikle dyssocial personlighedsstruktur er personer med adfærdsforstyrrelse også i risiko for at opleve andre negative udfald senere i livet. Her kan det bl.a. fremhæves, at de er i risiko for at få et stof- og/eller alkoholmisbrug i ungdomsårene og at begå kriminalitet (Jørgensen, 1999; Nock et al., 2006). Det er også blevet påvist, at adfærdsforstyrrelser er associeret med at gå kortere tid i skole, være lavere uddannet, tjene mindre og være oftere arbejdsløs (Olinio et al., 2010; Fergusson et al., 2005; Fergusson & Horwood, 1998).

2.4 Historisk overblik over begrebet provokeret abort

Efter gennemgang af ADHD og adfærdsforstyrrelser vil vi i dette og de kommende afsnit gennemgå og definere studiets outcome: provokeret abort. Abort nævnes allerede i Danske Lov i 1683, hvormed det gjaldt, at kvinder, der fik deres foster slået ihjel (fosterdrab), altså fik en abort, skulle straffes med halshugning. Der er sidenhen sket en stor udvikling i forståelsen af og holdning til abort, hvilket har resulteret i, at lovgivningen flere gange siden 1683 er blevet ændret og tilpasset de aktuelle samfundsforhold i Danmark. De løbende ændringer kulminerede dog med indførelsen af den frie abort, som blev indført ved lov i 1973.

Med abortloven kunne kvinder nu gøre krav på gratis at få gennemført en provokeret abort inden 12. svangerskabsuge (Rasch, Knudsen & Gammeltoft, 2005). Ønsket om abort skal ifølge loven som udgangspunkt fremsættes af kvinden selv, medmindre hun af den ene eller anden grund er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, eller hvis hun er under 18 år. I disse tilfælde skal ønsket fremsættes af en værge eller forældrene. For kvinder under 18 år gælder det dog, at hvis særlige forhold (fx religiøsitet) er årsag til, at hun ønsker en abort, behøves intet samtykke fra forældre eller værge. I de tilfælde, hvor kvinden under 18 år ønsker at beholde barnet, men forældre eller værge ønsker en

abort, kan aborten som regel ikke gennemføres (Brinkler, 2014). Ved abort før 12. graviditetsuge anvendes typisk en af to typer provokeret abort: medicinsk abort eller kirurgisk abort. Den medicinske abort udføres som regel inden 9. graviditetsuge og fremkaldes ved hjælp af medicin, der får livmoderen til at trække sig sammen og tømmes. Den kirurgiske abort foregår derimod i fuld bedøvelse, hvor livmoderen tømmes ved udsugning og udskrabning. Denne type abort er hurtigere og mindre smertefuld (Sundhed.dk, 2016b). Årsagen til abortgrænsen ved 12. svangerskabsuge var, at risikoen for komplikationer herefter er væsentligt forhøjet. Selvom loven om fri abort gælder for aborter foretaget inden 12. graviditetsuge, er det stadig muligt at få en abort efter 12. svangerskabsuge, en såkaldt senprovokeret abort, hvis særlige forhold taler for dette, og hvis ønsket godkendes af et abortsamaråd. Til disse anvendes den kirurgiske abort frem til uge 15 – 18, mens det senere i graviditeten ofte vil være nødvendigt at fremprovokere en fødselsabort (Brinkler, 2014).

Efter indførelsen af den frie abort steg antallet af aborter til næsten 28.000 i 1975, hvorefter det faldt til omkring 15.000 i 2006, og siden har tallet ligget mere eller mindre stabilt på ca. 16.000 provokerede aborter om året (Sundhedsstyrelsen, 2007). Et af de væsentligste argumenter for indførelsen af den frie abort var, at man ville nedbringe antallet af kvinder, der blev indlagt med alvorlige følger som konsekvens af illegale abortindgreb hos bl.a. ”kloge koner” og kvaksalvere. Derudover ønskede man, sammen med loven, at øge fokus på seksualoplysning og brug af prævention.

Loven fra 1973 gælder stadig i dag, men har gennemgået mindre revisioner, bl.a. i forbindelse med indførelse af støttesamtaler. Ligeledes blev det vedtaget i 2000, at kvinder har ret til at få afbrudt sin graviditet uden angivelse af begrundelse, så længe aborten finder sted inden 12. graviditetsuge (Rasch et al., 2005).

Med udgangspunkt i ovenstående vil vi i det kommende afsnit gennemgå studiets definition og brug af begrebet provokeret abort samt de koder, hvormed aborterne registreres i de nationale sundhedsregistre.

2.4.1 Outcome: provokeret abort

Det outcome, som vi interesserer os for i nærværende studie, er provokeret abort. Det definerer vi som en abort, der udføres på grund af uønsket graviditet. Aborten skal være udført indenfor lovens rammer og inkluderer både medicinske og kirurgiske aborter samt fødsler efter abortprocedurer. Derudover inkluderes aborter, hvor abortproceduren

udføres, hvis det vurderes, at den gravide ikke vil være i stand til at tage vare på et barn. For at snævre outcommet ind til aborter udført på baggrund af uønsket graviditet ekskluderer vi aborter, der udføres på baggrund af misdannelser og sygdom hos fosteret. Vi ekskluderer desuden aborter, der er foretaget på grund af fare for kvindens fysiske helbred, samt hvis graviditeten og dermed aborten skyldes seksuelle overgreb. Mere uddybende kan man sige, at vi er interesseret i at se på aborter, der er udført på grund af, at kvinden har haft seksuel risikoadfærd og således haft ubeskyttet sex, der har ført til en uønsket graviditet og herefter abort. Det har vi forsøgt at nærme os ved ovenstående definition.

2.4.1.1 SKS-koder

På danske sygehuse bruger man et klassifikationssystem som kaldes SKS (Sundhedsvæsenets Klassifikations System). Det er Sundhedsdatastyrelsen som står for det, og det udvikles og opdateres løbende. Det bruges administrativt i sygehusenes patientsystemer og til indberetning til Landspatientregistret. Man har lavet dette samlede klassifikationssystem, for at sikre, at der sker en entydig brug og fortolkning af information. Kodesystemet er sammensat af koder, der bygger på forskellige internationale klassifikationer, herunder WHO's ICD-10 samt den nordiske NCSP i forbindelse med operationsklassifikationer, men der indgår også klassifikationer, som er oprindeligt danske (Sundhedsdatastyrelsen, 2018b).

SKS er opdelt i en række hovedgrupper, som hvert har et bogstav (Sundhedsdatastyrelsen, 2018b). I vores tilfælde er det primært D-gruppen som er interessant, da det handler om klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande, og det er herunder, at de forskellige koder for abortprocedurer ligger, som vi også vil se i de nedenstående afsnit (Sundhedsdatastyrelsen, 2018a). De koder, som indgår i den samme gruppe, vil alle begynde med det bogstav, og derfor ser vi også nedenfor, at koderne starter med D. Derudover er D-gruppen baseret på ICD-10 og fjerner man således D'et fra koderne vil man kunne genkende ICD-10-koderne (Sundhedsdatastyrelsen, 2018a; Sundhedsdatastyrelsen, 2018b).

Inkluderede koder

I skema 6 nedenfor er de SKS-koder, som inkluderes i vores outcome ud fra den ovenstående definition af provokerede aborter, oplistet. Koderne fra skema 6 ekskluderes dog,

hvis der forekommer en af tillægskoderne omkring misdannelser ved fostret, som er op-listet i skema 7.

Diagnosekode	Diagnosebeskrivelse
DO04*	Fremkaldt abort før udgangen af 12. graviditetsuge
DO05*	Fremkaldt abort efter udgangen af 12. graviditetsuge
DO06*	Anden fremkaldt abort med samrådstilladelse
DO088J	Mislykket medicinsk abort
DO088K	Mislykket kirurgisk abort
DO836*	Enkeltfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
DO846*	Flerfoldfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
Evt. kombineret med følgende behandlingskoder	
KLCH*	Kirurgisk abortindgreb (behandlingskode/operationskode)
BKHD*	Medicinsk abort (behandlingskode)

Skema 6: Inkluderede abortkoder

Diagnosekode	Diagnosebeskrivelse
DUM01	Misdannelse bekræftet
DUM03	Mistanke om misdannelse
DQ*	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier

Skema 7: Ekskluderende tillægskoder

Ekskluderede koder

Vi har som nævnt også en række generelle eksklusionskriterier for vores outcome, og disse kan ses i skema 8 nedenfor.

Diagnosekode	Diagnosebeskrivelse
DO03*	Spontan abort
DO051	Provokeret abort efter 12. graviditetsuge med samrådstilladelse ved risiko for for-ringelse af kvindens helbred
DO052	Provokeret abort efter 12. graviditetsuge med samrådstilladelse, når graviditeten skyldes omstændigheder nævnt i straffeloven
DO053	Provokeret abort efter 12. graviditetsuge med samrådstilladelse på grund af arve-lige anlæg hos fosteret
DO054	Provokeret abort efter 12. graviditetsuge med samrådstilladelse på grund af beska-digelse eller sygdom hos fosteret
DO836A	Enkeltfødsel efter abortprocedure uden samrådstilladelse ved fare for kvindens liv eller helbred

DO836B	Enkeltfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse ved risiko for forringelse af kvindens helbred
DO836C	Enkeltfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse, når graviditeten skyldes omstændigheder nævnt i straffeloven
DO836D	Enkeltfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse på grund af arvelige anlæg hos fosteret
DO836E	Enkeltfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse på grund af beskadigelse eller sygdom hos fosteret
DO846A	Flerfoldfødsel efter abortprocedure uden samrådstilladelse ved fare for kvindens liv
DO846B	Flerfoldfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse ved risiko for forringelse af kvindens helbred
DO846C	Flerfoldfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse, når graviditeten skyldes omstændigheder nævnt i straffeloven
DO846D	Flerfoldfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse på grund af arvelige anlæg hos fosteret
DO846E	Flerfoldfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse på grund af beskadigelse eller sygdom hos fosteret

Skema 8: Inkluderede abortkoder

2.5 Risikofaktorer for at få foretaget en provokeret abort

Baseret på eksisterende litteratur vil dette afsnit gennemgå, de i litteraturen, mest fremtrædende, generelle risikofaktorer for at få foretaget en provokeret abort. Resultaterne stammer primært fra europæiske og amerikanske forskningsartikler og afspejler desuden risikofaktorer, der er gældende for unge såvel som ældre kvinder. Der er sjældent kun tale om en enkelt faktor for, hvorfor kvinder ønsker at få foretaget en abort, og i stedet er årsagerne ofte komplekse og indbyrdes relaterede (Biggs, Gould & Foster, 2013; Finer et al., 2005). Overordnet kan faktorerne inddeles i individuelle, relationelle og socioøkonomiske faktorer. Disse kategorier skal dog ikke ses isoleret, men som sammenhængende og ofte kan der argumenteres for, at den samme faktor kan placeres i forskellige kategorier.

2.5.1 Individuelle risikofaktorer

Den første gruppe af risikofaktorer er de individuelle risikofaktorer, som direkte handler om kvinden. Herunder findes faktorer som alder ved graviditet og timing samt kvindens fysiske og psykiske helbred.

2.5.1.1 Kvindens alder ved graviditeten som risikofaktor

En af de første risikofaktorer, vi vil fremhæve, er alder. Herunder fandt flere studier, at kvindens alder er en risikofaktor for at få foretaget en abort, da både det at føle sig for ung eller for gammel til at få et barn kan føre til et ønske om at få en abort (Rasch et al., 2007; Biggs et al., 2013; Rasch, Wielandt & Knudsen, 2002; Bankole, Singh & Haas, 1998; Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett, & Rosenthal, 2009; Finer et al., 2005; Larsson, Aneblom, Odland & Tydén, 2002). Bl.a. fandt et danske studie af Rasch et al. (2007), at prævalensen af kvinder under 19 år, der har fået en provokeret abort, er væsentlig højere end prævalensen af kvinder under 19 år, der har født (OR = 29,6; 95 % CI = 13,4 – 65,5). Et svenske studie af Larsson et al. (2002) fandt ligeledes, at 83,6 % af de 73 piger mellem 14 og 19 år angav, at de følte sig for unge og derfor ønskede en abort. Modsat fandt de også, at 20,5 % af de 195 kvinder over 30 følte sig for gamle til at få børn (Kirkman et al., 2009). Et systematisk review af Kirkman et al. (2009) bestående af 19 studier viste dog, at det at føle sig for ung eller gammel sjældent står alene som eneste årsag til abort, men ofte spiller graviditetens timing også en rolle.

2.5.1.2 Graviditetens timing som risikofaktor

Alderen optræder ofte i sammenhæng med andre faktorer, som alle har at gøre med graviditetens timing. Et studie af Biggs et al. (2013) viste, at timingen har stor betydning for, hvorvidt kvinderne ønsker en graviditet. 36 % af studiets 954 deltagere, der var mellem 15 og 46 år, angav netop denne årsag og uddybede, at de ”ikke var klar”, eller at det ”ikke var det rigtige tidspunkt”. Ligeledes angav 29 % af kvinderne, at deres eksisterende børn var årsagen til, at de ønskede en abort, mens 20 % angav, at et barn ville forstyrre deres fremtidige planer ift. fx uddannelse og job. Dette blev i de fleste tilfælde uddybet med, at det ville kræve for meget at få endnu et barn eller, at de økonomisk ikke kunne forsørge flere børn (Biggs et al., 2013). Finer et al. (2005) fandt tilsvarende, at 32 % af deres 1160 deltagere valgte at få en abort, fordi de havde børn i forvejen. Det danske studie af Rasch et al. (2007), der bestod af 1675 piger og kvinder i alderen 15 – 39 år, fandt i forlængelse af disse fund, at det at have to eller flere børn øgede risikoen for at få foretaget en abort op til syv gange sammenlignet med ikke at have nogle børn (OR = 7,05; 95 % CI = 5,29 – 9,39).

Disse studiefund indikerer altså, at kvindens alder i forbindelse med graviditetens timing ift. fx uddannelse, job og andre børn kan være en eller flere af årsagerne til, at kvinderne får en provokeret abort.

2.5.1.3 Kvindens psykiske helbred som risikofaktor

En anden gruppe af individuelle risikofaktorer omhandler kvindens psykiske helbred. Et studie af Roberts, Avalos, Sinkford & Foster (2012) undersøgte, hvilken indflydelse alkohol, tobak og/eller stoffer har på valget om at få en abort. Kvinderne var minimum 15 år og havde alle søgt om abort. De fandt, at blandt de 956 deltagende kvinder angav 4,8 %, at deres forbrug af alkohol, stoffer og/eller tobak var årsag til, at de ønskede at få en abort, fordi de var bekymrede for barnets helbred. Ligeledes fandt Mota et al. (2010), som blev inkluderet i vores review på 9. semester (se afsnit 2.7), at knap 25 % af de 452 deltagere, der havde fået foretaget en abort, havde et misbrug, hvorimod kun knap 7 % af de 2839 deltagerne, der ikke havde fået foretaget en abort, havde et misbrug.

Studiet viste også, at forekomsten af alle undersøgte psykiske lidelser var højere i gruppen, der havde fået en abort sammenlignet med gruppen af kvinder, der ikke havde fået foretaget en abort. Herunder var bl.a. antallet af kvinder, der havde angst (OR = 1,87; 95 % CI = 1,33 – 2,63) eller depression (OR = 1,91; 95 % CI = 1,43 – 2,54) højt i gruppen af kvinder, der havde fået foretaget en abort, sammenlignet med de kvinder, der ikke havde fået en abort (Mota et al., 2010).

van Ditzhuijzen et al. (2013; 2014), som ligeledes er inkluderet i reviewet fra 9. semester (se afsnit 2.7) fandt lignende resultater. De fandt nemlig, at forekomsten af misbrug blandt deltagerne i abort-gruppen var to gange så stor høj som blandt deltagerne, der ikke havde fået foretaget en abort (OR = 2,16; 95 % CI = 1,58 – 2,95). Derudover var særligt affektive lidelser (OR = 2,30; 95 % CI = 1,78 – 2,98) og angst (OR = 2,31; 95 % CI = 1,79 – 2,99) hyppigt forekommende i gruppen, der havde fået en abort. Studiet fandt desuden, at risikoen for at have en adfærdsforstyrrelse var næsten syv gange så høj blandt deltagerne i abort-gruppen sammenlignet med risikoen for at have en adfærdsforstyrrelse blandt de deltagere, der ikke havde fået en abort (OR = 6,97; 95 % CI = 4,41 – 11,01).

Ud fra disse studier, tyder det altså på, at personer med affektive lidelser, angst, misbrug og adfærdsforstyrrelser oftere får foretaget en provokeret abort end personer uden disse lidelser, hvorfor disse også kan ses som risikofaktorer for at få foretaget en abort.

2.5.1.4 Kvindens fysiske helbred som risikofaktor

Udover de psykiske risikofaktorer finder flere studier, at kvindens fysiske helbred også kan være skyld i, at hun vælger at få foretaget en abort (Larsson et al., 2002; Biggs et al.,

2013; Kirkman et al., 2009; Bankole et al., 1998). Studiet af Biggs et al. (2013) viste, at 6 % af kvinderne fik foretaget en abort på grund af helbredsmaessige årsager. Tilsvarende viste studiet af Larsson et al. (2002), at det fysiske helbred var årsag til at få foretaget en abort i mellem 2,7 % og 11,3 % af tilfældene. Studiet viser dog samtidigt, at jo ældre kvinderne blev, jo større indflydelse havde det fysiske helbred på beslutning, da piger mellem 14 og 19 år kun angav denne årsag i 2,7 % af tilfældene, mens kvinderne over 30 angav årsagen i 11,3 % af tilfældene (Larsson et al., 2002).

Blandt de individuelle risikofaktorer for at få foretaget en provokeret abort er her blevet fremhævet kvindens alder ved graviditet, timingen – herunder antallet af børn i forvejen – kvindens fysiske og psykiske helbred samt et eventuelt misbrug. Disse er alle fremhævet i litteraturen som risikofaktorer for at få foretaget en provokeret abort, men står som tidligere nævnt sjældent alene som eneste faktor.

2.5.2 Relationelle risikofaktorer

Den anden gruppe risikofaktorer er de relationelle risikofaktorer, der indirekte handler om kvinden selv. I denne gruppe skyldes årsagen til en ønsket abort faktorer i bl.a. kvindens civilstand, hendes relation til familie og/eller omgangskreds samt til det kommende barns far.

2.5.2.1 Kvindens civilstand som risikofaktor

Det systematiske review af Kirkman et al. (2009) viste, at alle på nær et af de inkluderede studier rapporterede relationelle risikofaktorer som værende nogle af årsagerne til, at kvinder vælger at få foretaget en abort. Heriblandt er en af de angivne årsager, at kvinden er single og ikke havde lyst til at opfostre et barn alene. Og netop det at være single fandt studiet af Rasch et al. (2007) til at være den stærkeste faktor for at få foretaget en provokeret abort. Ligeledes fandt studiet af Broen, Moum, Bødtker og Ekeberg (2005), at 24 % af de 80 deltagende kvinder i alderen 18 – 45 år angav dette som årsag til aborten. Derudover fandt Finer et al. (2005), at 42 % ud af de 1160 deltagere fra 2004-undersøgelsen angav, at de ønskede at blive gift, før de skulle have børn.

2.5.2.2 Kvindens relation til barnets far samt familie og venner som risikofaktor

Udover kvindens civilstand har flere studier også vist, at kvindens generelle forhold til barnets far spiller en rolle for, om kvinden ønsker at få en abort eller ej (Finer et al., 2005; Larsson et al., 2002; Biggs et al., 2013; Bankole et al., 1998). Herunder fandt Biggs et al.

(2013), at 31 % af deltagerne tillagde årsagen til den ønskede abort, at de havde partnerrelaterede problemer. Disse problemer indebar bl.a., at forholdet var for nyt, manglende støtte eller modvillighed fra faderen og/eller modvillighed fra moderen (Biggs et al, 2013; Kirkman et al., 2009). Broen et al. (2005) fandt i relation til dette, at 29 % af kvinderne angav, at årsagen til aborten bl.a. skyldtes, at faderen ikke ønskede barnet, mens 18 % angav, at forholdet var for nyt og 15 % ønskede ikke, at manden skulle være far til barnet. Biggs et al. (2013) finder desuden, at påvirkninger fra familie og venner også kan være en faktor ift. til at få foretaget en abort. Herunder var det især de yngre kvinder, der var bekymrede for, at et barn ville have negativ indflydelse på familien, fordi de ikke ønskede at blive dømt eller bekymre andre. En mindre del (1,2 % ud af 956) angav ligeledes, at de følte sig pressede af venner og familie til at få en abort.

De relationelle risikofaktorer, som er fremhævet i litteraturen, er altså det at være single, at have partnerrelaterede problemer samt påvirkning fra venner og/eller familie.

2.5.3 Socioøkonomiske risikofaktorer

Den tredje gruppe risikofaktorer er de socioøkonomiske risikofaktorer og denne gruppe indeholder årsager som økonomi, uddannelse og arbejdssituation.

2.5.3.1 Kvindens økonomiske situation som risikofaktor

Netop kvindens økonomiske situation synes at spille en væsentlig rolle og fremhæves i flere studier (Rasch et al., 2007; Biggs et al., 2013; Rasch et al., 2002; Broen et al., 2005; Larsson et al., 2002; Finer et al., 2005). I den forbindelse fandt det systematiske review af Kirkman et al. (2009), at næsten alle 19 inkluderede studier, med undtagelse af et, angav, at finansielle faktorer var årsag til, at kvinderne valgte at få en abort. Heri kan studiet af Larsson et al. (2002) fremhæves, da de fandt, at særligt for unge mellem 14 og 19 år spillede den økonomiske situation en stor rolle og var ofte en af årsagerne til, at de ønskede at få en abort. Tilsvarende fandt studiet af Biggs et al. (2013), at 38 % af deltagere angav, at de ikke var i stand til at kunne forsørge et barn, fordi de bl.a. ikke havde råd til en passende bolig, ikke tjente nok eller generelt var dårligt økonomisk stillede. Heriblandt var det igen især de yngre kvinder, for hvem dette var en risikofaktor (Finer et al., 2005).

Studiet af Rasch et al. (2007) undersøgte derudover, hvorvidt kvinder fra ikke-vestlige lande oftere ønsker abort sammenlignet med kvinder fra vestlige lande. Studiet fandt i den forbindelse, at de førstnævnte kvinder har dobbelt så stor risiko for at få foretaget en

abort sammenlignet med sidstnævnte gruppe. Ved kontrol af faktorer som beskæftigelse, indkomst og alder forsvandt denne forskel, hvorfor studiet konkluderede, at denne sammenhæng er mere et spørgsmål om, at de ikke-vestlige kvinder har lavere SES sammenlignet med de vestlige kvinder, end det er et spørgsmål om kultur. Lignende resultater viste et svensk studie af Helström et al. (2003). De fandt nemlig, at forekomsten af aborter var større blandt de immigrerede kvinder sammenlignet med svenske kvinder og i og med, at deltagerne kom fra 77 forskellige lande, var der ikke noget, der tydede på, at der var en fælles kulturel årsag, der var skyld i forskellen. Resultaterne indikerede derimod, at kultur umiddelbart spiller en mindre rolle end socioøkonomiske faktorer som fx uddannelsesniveau, ledighed og fattigdom.

2.5.3.2 Kvindens arbejdssituation som risikofaktor

Årsagen til de finansielle problemstillinger, hænger for mange til en vis grad sammen med kvindens arbejdssituation. Det er nemlig ligeledes fundet, at kvinder, der er på orlov eller er arbejdsløse, oftere får foretaget abort sammenlignet med kvinder, der har et arbejde (Rasch et al., 2002; Rasch et al., 2007). I studiet af Biggs et al. (2013) fandt de, at 41 % af deltagere angav, at dette var en af årsagerne til, at de ønskede en abort. Larsson et al. (2002) fandt også, de kvinder, der angav dårlig økonomi som værende årsag til, at de valgte at få en abort, ofte havde en kortere uddannelse, var ufaglærte eller studerende, hvorimod dette i mindre grad blev angivet, blandt dem, der havde et arbejde. Foruden, at dårlig økonomi og ledighed synes at være risikofaktorer for at få en provokeret abort, fandt Rasch et al. (2002), at kvinder med lavere uddannelsesniveau oftere vælger at få foretaget en provokeret abort sammenlignet med kvinder, der har en længere uddannelse. Det at have kort eller ingen uddannelse kan hænge sammen med lavere indkomst og altså et lavere økonomisk råderum til at kunne tage vare på et barn. Modsat fandt Biggs et al. (2013) og Finer et al. (2005), at kvinder med højere uddannelsesniveau eller kvinder under uddannelse også vælger at få en abort, fordi et barn vil være en hindring for en igangværende eller fremtidig karriere. For dem er det dog mere et spørgsmål om timing end et spørgsmål om dårlig økonomi.

De fremhævede socioøkonomiske risikofaktorer er altså dårlig økonomi, ledighed og uddannelsesniveau. Noget tyder på, at disse faktorer har så stor indflydelse på kvindens beslutning, at det også overskygger eventuelle kulturelle faktorer. Men uanset om kvinderne angiver individuelle, relationelle eller socioøkonomiske faktorer som værende årsag til, at de ønsker at få foretaget en abort, så tyder det på, at det i høj grad handler om,

at kvinden ønsker at tage ansvaret som mor alvorligt. Og det vil i nogle tilfælde indebære at få foretaget en abort, fordi det vurderes, at ovenstående risikofaktorer kan have for stor indflydelse på barnet (Kirkman et al., 2009; Finer et al., 2005).

2.6 Konsekvenserne af en provokeret abort

Selvom det at få foretaget en abort i flere tilfælde kan være forløsende og være forbundet med en følelse af at gøre det rigtige, så kan det ofte også have negative konsekvenser for kvinden. Disse konsekvenser kan både være fysiske og psykiske, men de kan også indebære en stigmatisering, som yderligere påvirker kvinden i negativ retning. Konsekvensernes sværhedsgrad synes især at hænge sammen med årsagerne til, at kvinden får foretaget aborten (Broen et al., 2004).

2.6.1 Fysiske konsekvenser af en provokeret abort

Med indførelsen af Abortloven i 1973, hvor abort frem til 12. graviditetsuge blev gjort fri og gratis for kvinder over 18 år, antages det, at forekomsten af ulovligt udførte aborter er minimeret. Hvor illegale aborter ofte kunne give komplikationer, fordi de blev udført af personer, uden rette lægelige kvalifikationer og under uhygiejniske forhold, så medfører de legale aborter langt færre komplikationer både på kort og lang sigt. Der vil dog stadig kunne opstå komplikationer ved de legale aborter, da der altid vil være en risiko forbundet med operationer, narkose og eventuelle efterfølgende infektioner (Zhou, Nielsen, Møller & Olsen, 2002; Zhou, Olsen, Nielsen & Sabroe, 2000a).

Et stort dansk registerstudie af Zhou et al. (2002) bestående af 40.395 kvinder i alderen 15 – 44 år, der har fået foretaget en eller flere aborter mellem 1980 og 1994, undersøgte korttidskonsekvenserne (to uger efter abort) ved at få udført en abort. De fandt, at alle kvinder havde en overordnet risiko for komplikationer på 3,4 %. De fandt derudover, at 3,6 % havde minimum en komplikation relateret til aborten, mens 1,8 % havde komplikationer indenfor de første to uger efter aborten, der krævede indlæggelse. Alt i alt var 4,9 % af kvinderne registreret som havende komplikationer, der ikke krævede indlæggelse, der krævede indlæggelse eller begge former for komplikationer. Selvom der overordnet set var få tilfælde af komplikationer, så var de hyppigst fremtrædende; blødninger i varierende grad, underlivsbetændelse, behov for ny udskrabning grundet mislykket abort og perforering af livmoderen. De fandt desuden, at kvinder over 30 år havde færrest, angivne komplikationer, mens kvinder under 20 år havde flest. Kvinder, der var gravide

for første gang, som boede uden for byen og som fik aborten efter 8. graviditetsuge havde ligeledes højere risiko for komplikationer (Zhou et al., 2002).

Et finsk registerstudie af Niinimäki et al. (2009) bestående af 42.619 kvinder, der blev fulgt i 42 dage efter en provokeret abort, undersøgte, hvorvidt forekomsten af komplikationer hang sammen med, om der var udført en medicinsk eller kirurgisk abort. Her fandt de, at sandsynligheden for at få komplikationer efter en medicinsk abort var fire gange så stor som efter en kirurgisk abort (20 % vs. 5,6 %; $p < 0,001$). Her er det især blødninger og mislykkede aborter, der findes som de hyppigst fremtrædende komplikationer. Derudover fandt de, at der var 5,9 % risiko for, at kvinder, der havde fået en medicinsk abort, var nødt til også at få en kirurgisk udskrabning. Dette tal var 1,8 % for kirurgiske aborter. Studiet fandt dog ingen forskelle i risikoen for infektioner, blodpropper og dødelighed. Studiet viste også, at risikoen for at få komplikationer, der kræver en operation, var højere ved kirurgisk abort, selvom risikoen generelt var lav. De fandt desuden, at risikoen for de fleste af komplikationerne øgedes, jo længere kvinden var i graviditeten (Niinimäki et al., 2009).

Andre studier har undersøgt specifikke og langsigtede komplikationer hos kvinder, der har fået foretaget en abort (Zhou et al., 2000a; Zhou, Sørensen & Olsen, 2000b; Zhou, Sørensen & Olsen, 1999; Zhou, Nielsen, Larsen & Olsen, 2001). De studier, vi tager udgangspunkt i herunder, bygger alle på den samme gruppe kvinder, hvori 15.727 havde fået en provokeret abort i første trimester, mens 46.026 kvinder ikke havde fået en provokeret abort. Studiet af Zhou et al. (2001) undersøgte, hvorvidt kvinder, der havde fået en abort, oftere oplevede komplikationer med moderkagen ved en senere graviditet sammenlignet med kvinder, der ikke havde fået en provokeret abort. I den forbindelse fandt de en association mellem provokeret abort i første trimester og retained placenta (hele eller dele af moderkagen bliver siddende fast i livmoderen under fødslen) ved en efterfølgende enkeltfødsel ($OR = 1,17$; 95 % $CI = 1,02 - 1,35$). Associationen øgedes yderligere en smule efter to eller flere aborter ($OR = 1,68$; 95 % $CI = 1,23 - 2,30$). Et andet studie af Zhou et al. (2000a) undersøgte, hvorvidt en provokeret abort i første trimester øgede risikoen for efterfølgende spontane aborter. Her fandt de, at kvinder, der havde fået en provokeret abort, havde 11 % risiko for en spontan abort, mens kvinder i kontrolgruppen havde 9,4 % risiko, hvilket ikke var en statistisk signifikant forskel. Dog fandt de, at kvinder, der havde fået en abort og efterfølgende blev gravide indenfor tre måneder, havde fire gange så stor risiko for at få en spontan abort ($OR = 4,06$; 95 % $CI = 1,98 -$

8,31) (Zhou et al., 2000a). I et tredje studie undersøgte Zhou et al. (2000b), hvorvidt provokerede aborter var med til at øge risikoen for lav fødselsvægt ved efterfølgende graviditet og enkeltfødsel. Studiet fandt en tendens til, at kvinder, der havde fået én tidligere provokeret abort i første trimester, var i højere risiko for at føde et barn med lav fødselsvægt (> 2500 g), hvis hun blev gravid indenfor seks måneder efter aborten (OR = 3,2; 95 % CI = 1,7 – 6,0).

Selvom legale aborter i dag er forbundet med lav helbredsmæssig risiko, så vil en mindre procentdel af de kvinder, der får en abort, opleve komplikationer både på kort og længere sigt. Blandt kortidskonsekvenserne fremtræder særligt komplikationer i form af blødninger i varierende grad, underlivsbetændelse, behov for ny udskrabning grundet mislykket abort og perforering af livmoderen. Langtidskonsekvenserne indebærer derudover bl.a. komplikationer med moderkagen ved efterfølgende graviditeter, spontane aborter i forbindelse med graviditet kort tid efter den provokerede abort samt lav fødselsvægt.

2.6.2 Psykiske konsekvenser af en provokeret abort

Nogle kvinder oplever høj grad af ambivalens, når de skal tage valget om at få en abort. Ambivalensen kan skyldes, at kvinden har et faktisk ønske om at få børn, men fordi timingen er forkert, eller fordi kvinden føler sig presset til at få aborten, vælger hun alligevel at få foretaget den. I disse tilfælde tyder forskning på, at de psykiske konsekvenser ofte er værre, end hvis aborter er foretaget uden denne modvillighed (Broen et al., 2005; Kirkman et al., 2009; Cameron, 2010). Denne ambivalens kommer bl.a. til udtryk gennem kvindens psykiske tilstand op til en eventuel abort. I den forbindelse viste et review af Bradshaw og Slade (2003), at kvinder især oplever høj grad af bekymring op til aborten. Herunder oplevede op imod 45 % høj grad af angst, mens ca. 20 % oplevede høj grad af depression, og jo tættere kvinden kom på aborten, jo højere grad af angst og bekymringer oplevede hun. Reviewet viste desuden, at niveauet af angst, depression og mere generelle bekymringer reduceredes i månederne efter aborten. Efter flere år fandt de angivne studier dog, at kvinder, der havde fået en provokeret abort, ikke havde det værre psykisk end kvinder, der havde født (Bradshaw & Slade, 2003).

Et tidligere nævnt norsk studie af Broen et al. (2005) undersøgte, om der var forskel på, hvor hurtigt og hvordan kvinders mentale sundhed normaliseredes efter henholdsvis en provokeret abort og en spontan abort målt efter ti dage, seks måneder, to år og fem år. De fandt bl.a., at kvinder, der havde fået en provokeret abort, havde et højere niveau af angst

ved alle fire opfølgningsstider sammenlignet med den generelle befolkning. De fandt også, at kvinder, der havde fået en provokeret abort, generelt havde dårligere mental sundhed inden aborten sammenlignet med de kvinder, der fik en spontan abort (Broen et al., 2005). Derudover fandt studiet, at kvinder, der havde fået en provokeret abort, over hele perioden havde en høj grad af undgåelsesadfærd ift. følelser og tanker omkring aborten og samme grad af skyld og skam, hvorimod disse følelser mindskedes for kvinder, der havde haft en spontan abort. Kvinderne, der havde fået en provokeret abort, oplevede dog højere grad af lettelse over hele perioden sammenlignet med kvinderne, der havde fået en spontan abort (Broen et al., 2005).

Et systematisk review af Charles et al. (2008) konkluderede tilsvarende, at de kvinder, der havde psykiske problemer inden aborten, også havde højere risiko for at få psykiske problemer efterfølgende. De fandt, at længerevarende tristhed, fortrydelse og skyld kun optræder hos enkelte kvinder – og bl.a. oftest hos dem, der har været ambivalente omkring beslutningen om at få en abort. Et andet studie af Pedersen (2008) viste, at kvinder, der havde fået en provokeret abort, da de var mellem 21 og 26 år, havde en højere risiko for at få en depression som 27-årig sammenlignet med kvinder, der aldrig havde været gravide (OR = 3,5; 95 % CI = 2,0 – 6,1). Resultatet var stadig signifikant efter kontrol af variable som sociodemografi, adfærdsforstyrrelser og historie med depression (OR = 2,9; 95 % CI = 1,7 – 5,6). Coleman, Coyle, Shuping og Rue (2008) fandt ligeledes, at ud af de 15 undersøgte psykiske lidelser, havde kvinderne, der havde fået en abort, signifikant højere risiko (uafhængigt af andre variable) for at opfylde kriterierne for 12 af lidelser på et hvert tidspunkt efter en abort sammenlignet med kvinder, der ikke havde fået en abort. Herunder er det især forekomsten af angstlidelser, misbrug og depression, kvinderne er i særlig høj risiko for at udvikle. Kvinderne havde fx 111 % forhøjet risiko for at få panikangst, 126 % forhøjet risiko for at få alkoholafhængighed og 167 % forhøjet risiko for at udvikle bipolar sindslidelse. Studiet konkluderede, at foretagelsen af en provokeret abort var impliceret i udviklingen af mellem 4,3 % og 16,6 % af forekomsterne af ovenstående psykiske lidelser (Coleman et al., 2008).

Et studie af Sullins (2016) fandt tilsvarende, at kvinder, der har fået en abort, efter kontrol af socioøkonomisk status og tidligere graviditetsudfald, var associeret med øget risiko for psykiske lidelser minimum fem år efter aborten. De fandt, at den overordnede risiko var forhøjet med 45 % (RR = 1,45; 95 % CI = 1,30 – 1,62; $p < 0,0001$). Blandt de mest fremtrædende diagnoser fandt de ligeledes angst (RR = 1,49; 95 % CI = 1,07 – 2,08),

depression (RR = 1,54; 95 % CI = 1,17 – 2,03) og ulovligt stofmisbrug (RR = 3,02; 95 % CI = 2,07 – 4,39). Derudover fandt de, at op til de første fire aborter øgedes risikoen med faktor 1,23 for hver abort (Sullins, 2016). Studiet undersøgte ligeledes, hvorvidt andre variable har indflydelse på kvindens psykiske helbred efter en abort. Her fandt de, at 13 variable havde signifikant betydning for resultatet, herunder bl.a. angst, depression, stofafhængighed og alkoholafhængighed før aborten.

Et longitudinalt studie fra New Zealand af Fergusson, Horwood og Boden (2008) bestående af 534 piger, der er blevet fulgt fra fødslen, fandt derudover, at kvinder, der havde fået en abort, havde en lille forhøjet risiko for at få psykiske lidelser sammenlignet med kvinder, der ikke havde været gravide, inden de fyldte 30 år. Efter kontrol af variable som socioøkonomisk status, seksuelt misbrug i barndommen og familiefunktion fandt de, at kvinderne, der havde fået en abort, overordnet havde en øget risiko på 37 % for at få en psykisk lidelse (RR = 1,37; 95 % CI = 1,16 – 1,62). Selvom resultaterne var signifikante, så viste studiet, at det at få en abort kun forklarede mellem 1,5 % og 5,5 % af det samlede antal psykiske lidelser (Fergusson et al., 2008).

Sammenlignet med ovenstående finder andre studier, at kvinder, der har fået en abort, ikke har dårligere psykisk helbred, end kvinder, der har født. Heriblandt er et dansk studie af Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Lidegaard og Mortensen (2011), der undersøgte, om der var en association mellem at få en provokeret abort og efterfølgende psykiatriske problemer. Undersøgelsen var baseret på registerdata. De fandt, at incidensraten af psykiske lidelser blandt kvinder, der havde fået en abort, var 14,6 (95 % CI = 13,7 – 15,6) 9 måneder før aborten og 13,7 (95 % CI = 14,4 – 16,1) 12 måneder efter aborten. De fandt dog også, at incidensraten for kvinder, der havde født, var 3,9 (95 % CI = 3,7 - 4,2) 9 måneder før fødslen og 6,7 (95 % CI = 6,4 - 7,0) 12 måneder efter fødslen. Blandt de kvinder, der havde fået en abort, sås der ikke en signifikant forskel i risikoen for at få psykiatriske problemer før og efter aborten ($p = 0,19$). Omvendt sås der en signifikant forskel i risikoen for at have psykiatriske problemer blandt de fødende kvinder før og efter fødslen ($p < 0,001$). Studiet viste dog, at kvinder, der fik en abort, generelt havde højere risiko for at have psykiatriske problemer både 9 måneder før og 12 måneder efter en abort sammenlignet risikoen blandt fødende kvinder (Munk-Olsen et al., 2011).

Et studie af Steinberg og Russo (2008) bestående af bl.a. 1.175 kvinder, der fik en abort efter en uønsket graviditet og 2.321 kvinder, der fødte efter en uønsket graviditet, alle i

alderen 15 – 44 år, fandt, at kvinder, der havde fået en abort efter en uønsket graviditet havde øget risiko for at få angst sammenlignet med de kvinder, der havde født efter en uønsket graviditet. De finder derudover, at den største prædiktør for at få angst efter aborten, var, hvis kvinderne havde haft perioder på mere end seks måneder med af angst før graviditeten. Et andet studie af samme forfatter bestående af 936 kvinder i alderen 18 – 42 år viste efter kontrol af bl.a. psykiske lidelser før abort/fødsel, at sandsynligheden for at få en psykisk lidelse ikke længere var signifikant øget hos kvinder, der får foretaget en abort sammenlignet med fødende kvinder. Dog fandtes der stadig en signifikant sammenhæng mellem abort og stofmisbrug om end HR faldt fra 3,05 (95 % CI = 1,94 – 4,79) til 2,30 (95 % CI = 1,35 – 3,92) (Steinberg, McCulloch & Adler, 2014).

Resultaterne er altså tvetydige og nogle fandt, at kvinder, der havde fået en abort, var i højere risiko for at få senere psykiske problemer sammenlignet med andre kvinder, mens andre fandt, at kvinder, der havde fået en abort, ikke var i større risiko for senere psykiske problemer. Blandt de studier, der fandt en højere risiko for psykiske problemer, fandt de især, at prævalensen af angst, depression og misbrug var særligt forhøjet. Derfor ses der altså om ikke andet en tendens til, at nogle kvinder er i risiko for senere psykiske problemer, hvis de får en provokeret abort – særligt hvis de allerede inden aborten forekommer med dårligere psykisk helbred. De forskelligartede resultater kan skyldes, at studiernes metodologi er meget varierende ift. brug af kontrolgruppe, sampling, kontrol af andre risikofaktorer, selvrapporteret data, diagnosticering og målingstidspunkter (Cameron, 2010). Blandt de særligt gode studier kan bl.a. fremhæves Steinberg og Russo (2008) og Broen et al. (2005). Fælles for de studier er, at de kontrollerede for psykisk sygdom før aborten samt for andre relevante variable. Broen et al. (2005) brugte derudover et valideret diagnostisk redskab, mens Steinberg og Russo (2008) anvendte en passende kontrolgruppe i form af kvinder, der var blevet ufrivilligt gravide, men som valgte at føde barnet.

2.6.3 Stigmatisering

Udover de ovenstående fysiske og psykiske konsekvenser, kan valget om abort også medføre stigmatisering. Ifølge Goffman (1963) er begrebet stigma en betegnelse for et negativt særtræk, som kan tilskrives en særligt afvigende gruppe i samfundet. Et stigma behøver ikke at være synligt, men bruges mere om skændslen i sig selv (Goffman, 1963; Norris et al., 2011). Med udgangspunkt i Goffmans (1963) definition har Kumar, Hessini og Mitchell (2009) opstillet en definition på det, de kalder for abort-stigma. Abort-stigmaet defineres som: "[...] a negative attribute ascribed to women who seek to terminate a

pregnancy that marks them, internally or externally, as inferior to ideals of womanhood.” (Kumar et al., 2009, p. 628). Kumar et al. (2009) tilføjer derudover, at kvinder, der vælger at få en abort, udfordrer en form for moralsk orden omkring retten til at vælge mellem liv og død hos fostret. Norris et al. (2011) påpeger desuden, at grunden til, at abort bliver stigmatiseret, er, at det først og fremmest strider mod idealer om moderlighed og kvinders seksuelle uskyld. Dertil anser nogle mennesker fostret som værende en person, hvorfor abort opfattes som mord.

Som beskrevet i afsnit 2.5 omkring risikofaktorer for at få en abort, så finder valget om at få en abort sjældent sted i et vakuum, men er i stedet ofte resultatet af et bestemt og ofte komplekst sæt af årsager og omstændigheder (Kumar et al., 2009). Dette medfører, at flere kvinder holder deres aborter hemmelige eller angiver andre årsager til, at de har fået foretaget en abort, hvis de bliver spurgt herom. Det resulterer i, at aborter helt generelt er underrapporterede eller misklassificerede, hvilket ifølge Kumar et al. (2009) medfører, at det ud ad til ser ud til, at provokerede aborter er en sjældenhed. Derfor vil der være en øget risiko for, at de kvinder, der offentligt står frem med deres abort, opfattes som afvigere og dermed stigmatiseres (Kumar et al., 2009). Ud fra kvindernes årsager til aborten kan der blive opstillet stereotype billeder af, at disse kvinder er selvoptagede, uansvarlige og hjerteløse. Det sker, fordi der opstår en spænding mellem det, kvinderne har vurderet som værende det bedste for barnet, og det, samfundet vurderer, er det bedste for barnet (Biggs et al., 2013; Kumar et al., 2009; Kirkman et al., 2009). Når stigmatiseringen først er opstået, kan det føre til frygt for at stå frem og frygt for at støtte andre kvinder, der ønsker at få eller har fået en abort. Dermed vil kvinder fortsat være bange for omverdens reaktion og fortsat underrapportere, at de har fået en abort og evt. misklassificere, hvorfor de har fået den (Kumar et al., 2009).

Skabelsen og vedligeholdelsen af abort-stigmaet finder mere eller mindre bevidst sted på forskellige niveauer, herunder bl.a. gennem politik og i samfundet generelt. Derudover spiller kvindens egen opfattelse af abort-stigmaet også en vigtig – måske den vigtigste – rolle for, hvordan kvinden har det. Selvom kvinders måder at fortolke, rationalisere og skabe mening omkring abort er forskellige, så kan abort-stigmaet alligevel påvirke kvindens psyke til at føle skam, skyld og umoralskhed omkring beslutningen. Netop disse følelser findes at være nogle af de mest fremtrædende følelser efter en abort, og det skyldes i høj grad kvindens fortolkning af andres stigmatiserende holdninger omkring abort (Cockrill, Upadhyay, Turan & Foster, 2013; Shellenberg et al., 2011).

I disse tilfælde er støtte fra kvindens partner og/eller nærmeste i nogen grad med til at lindre stigmatiseringen, mens forståelse fra samfundet er med til at mindske følelser af skyld og skam (Kumar et al., 2009). Et systematisk review af Hanschmidt, Linde, Hilbert, Riedel-Heller og Kersting (2016) fandt dog, at netop kvindens partner og/eller nærmeste samt samfundet var de kilder, hvorfra de oplevede mest stigmatisering. Derfor må deres støtte omvendt også antages at være særlig vigtigt.

Som konsekvens af frygten for stigmatisering vælger flere kvinder at holde deres abort hemmelig (Hanschmidt et al., 2016). Faktisk viste førnævnte systematiske review af Hanschmidt et al. (2016), at mellem 45 – 64 % af kvinderne i de kvantitative studier havde følt, at de blev nødt til at holde aborten hemmelig eller udelade informationer omkring den overfor deres nærmeste. På kort sigt kan det være positivt og forhindre, at kvinden skal udsættes for andres misbilligelse og forhindre sociale konflikter (Major & Gramzow, 1999). Men i og med de fleste mennesker, som del af en copingproces, har et behov for at dele stressende livsbegivenheder med andre, kan det på sigt være skadeligt for kvindens helbred. Hvis kvinden forsøger at holde en abort hemmelig, kan det betyde, at hun ikke er i stand til at bearbejde oplevelsen. På den måde vil begivenheden blive ved med at dukke op i form af bl.a. drømme og rumination (Major & Gramsow, 1999). Ved at dele oplevelsen om at få en abort i en neutral eller tryk kontekst, kan det være lettere at forstå og bearbejde den. Et studie af Major og Gramzow (1999) har undersøgt dette hos kvinder, der har fået en abort. De fandt, at næsten halvdelen af deltagerne (47 %) følte, at de ville blive stigmatiserede, hvis de fortalte andre om aborten, hvorfor de valgte at holde det hemmeligt for venner og familie. Dette hang endvidere sammen med, at disse kvinder i højere grad undertrykte deres tanker omkring aborten og i mindre grad oplevede at få bearbejdet deres følelser. Jo mere kvinderne forsøgte at undertrykke deres tanker, i jo højere grad oplevede de ufrivilligt at tænke på aborten, hvilket var årsag til tilbagevendende bekymringer (Major & Gramzow, 1999).

Stigmatisering af abort er altså et samfundsmæssigt problem, der får flere kvinder til at underrapportere og misklassificere aborter af frygt for at blive stigmatiseret og diskrimineret. Denne frygt medfører, at nogle kvinder kun delvist eller slet ikke får bearbejdet deres oplevelse af at få en abort, hvilket på sigt kan give tilbagevendende bekymring og forringet helbred.

2.7 Seksuel risikoadfærd blandt personer med ADHD eller adfærdsforstyrrelser

Som beskrevet i afsnittene ovenfor om ADHD og adfærdsforstyrrelser, så ses det ofte, at personer med disse diagnoser udviser forskellige former for risikoadfærd (jf. afsnit 2.2.7 og 2.3.7). Det kan fx være tidlig rygning, stof- og alkoholmisbrug, kriminalitet, men også seksuel risikoadfærd, som i høj grad hænger sammen med det, vi interesserer os for i nærværende studie, nemlig abort (Schoenfelder & Kollins, 2016; Young et al., 2015; Kiehl & Rohde, 2012; Jørgensen, 1999; Nock et al., 2006; Cavazos-Rehg et al., 2010). Det er netop også påvist i flere studier, at personer med ADHD eller adfærdsforstyrrelser i højere grad udviser seksuel risikoadfærd sammenlignet med personer uden ADHD og adfærdsforstyrrelser (Schoenfelder & Kollins, 2016; Meinzer et al., 2017; Anderson, Zheng & McMahon, 2017; Pedersen & Mastekaasa, 2011).

Schoenfelder og Kollins (2016) fandt fx i deres tematiske review, at personer med ADHD havde større sandsynlighed for at have usikker sex, flere seksuelle partnere, tidlig seksuel debut og få en seksuelt overført sygdom sammenlignet med personer uden ADHD. Et studie af Meinzer et al. (2017) fandt desuden, at piger med ADHD havde mere end dobbelt så stor risiko for at blive gravide, når de var 18 år sammenlignet med normalt udviklede piger (OR = 2,08, CI = 1,04 – 4,16). Et lignende billede tegner sig ift. adfærdsforstyrrelser, men her er forskningen ofte præget af, at der ikke nødvendigvis er taget udgangspunkt i den eksakte diagnose, adfærdsforstyrrelse. Her findes der i stedet en korrelation mellem symptomer på CD og seksuel risikoadfærd. Anderson et al. (2017) fandt fx, at hver gang CD-symptomerne steg med én standardafvigelse, så faldt brugen af kondom med 0,75 standardafvigelse. Pedersen og Mastekaasa (2011) fandt derudover, at piger i alderen 15 til 19 år med mere end syv symptomer havde øget forekomst af aborter (OR = 6,2; 95 % CI = 2,3 – 16,3) og teenagegraviditeter (OR = 6,3; 95 % CI = 2,7 – 14,5) sammenlignet med piger uden CD-symptomer. Fergusson & Woodward (2000) fandt, at andelen af personer, der havde haft mere end fem seksuelle partnere eller været gravide, målt ved 18. leveår, steg jo flere symptomer på adfærdsforstyrrelser personerne havde haft, da de var 13 år gamle.

Med udgangspunkt i ovenstående fund lavede vi som nævnt i efteråret 2018 et systematisk litteratur review over prævalensen af seksuel risikoadfærd hos personer med ADHD og personer med adfærdsforstyrrelse (eksponerede grupper) sammenlignet med en kontrolgruppe svarende til baggrundsbefolkningen (ikke eksponeret gruppe). I reviewet indgik fem outcomes under paraplybetegnelsen, seksuel risikoadfærd: alder ved seksuel

debut, antal seksuelle partnere, manglende brug af prævention, seksuelt overførte sygdomme og provokeret abort. Seksuel debut og antal seksuelle partnere kan i sammenhæng med det tredje outcome, manglende brug af prævention, anses for at være den forudgående seksuelle risikoadfærd, der kan medføre de to sidste outcomes: seksuelt overførte sygdomme og provokeret abort. I de kommende afsnit vil vi først kort gennemgå de vigtigste dele af den systematiske søgning, som har dannet baggrund for indsamlingen af studier. Derefter vil vi gennemgå og redegøre for reviewets fund ift. til hvert outcome – dog med fokus på outcommet om abort, da det er særligt relevant for dette studie.

2.7.1 Resultater fra det systematiske litteratur review

Vores systematiske review tog udgangspunkt i en planlagt, systematisk indsamling og udvælgelse af litteratur ud fra forudbestemte formål og kriterier. Søgestrengene til den systematiske søgning blev dannet på baggrund af PICO-spørgsmålene (Population, Intervention, Comparison, Outcome), hvormed vi udvalgte de mest centrale ord og synonymer, således vores formål blev dækket bedst muligt (Salmond, 2011). Søgningerne blev herefter foretaget i databaserne Embase, PsycINFO og Pubmed. Søgningens resultater blev gennemgået i to faser af begge forfattere. I første fase blev alle studier screenet på titel og abstract, og i anden fase blev de potentielt egnede studier fra første fase fuldtekstlæst. Efter den endelige inklusion foretog vi desuden back search ud fra de inkluderede studiers referencelister. Ud fra den systematiske søgning og den efterfølgende back search inkluderede vi således 20 studier baseret på 14 ikke-overlappende samples (Bardone et al., 1998; Barkley & Fischer, 2017; Barkley et al., 2006; Bro et al., 2015; Chen et al., 2018; Flory, Molina, Pelham Jr, Gnagy, & Smith, 2006; Hechtman et al., 2016; Houssais, Hechtman, & Klein, 2017; Hoza et al., 2013; Huggins, Rooney, & Chronis-Tuscano, 2015; Kessler et al., 1997; Monuteaux et al., 2007; Mota et al., 2010; Paul, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000; Ramos Olazagasti et al., 2013; Roy & Hechtman, 2017; Stier, 2011; van Ditzhuijzen et al., 2014; van Ditzhuijzen et al., 2013; Pajer, Kazmi, Gardner, & Wang, 2007). Resultaterne for de enkelte outcomes vil blive gennemgået i de kommende afsnit.

2.7.1.1 Seksuel debut

Ser vi først på den forudgående seksuelle risikoadfærd indgik otte studier omkring ADHD og seksuel debut og tre studier om adfærdsforstyrrelser og seksuel debut i det systematiske review (Barkley et al., 2006; Flory et al., 2006; Hechtman et al., 2016; Hoza et al., 2013; Huggins et al., 2015; Monuteaux et al., 2007; Pajer et al., 2007; Paul et al., 2000;

Ramos Olazagasti et al., 2013; Stier, 2011). Alle deltagere med ADHD eller CD var yngre ved deres seksuelle debut sammenlignet med deltagerne i de respektive kontrolgrupper, og i ni ud af 11 tilfælde var de også signifikant yngre. Et af studierne om adfærdsforstyrrelser så både på personer med CD og personer med ODD. De fandt, at personer med ODD kun havde en tendens til tidligere seksuel debut, hvorfor det tyder altså på, at CD er en større prædiktør for tidlig seksuel debut end ODD (Paul et al., 2000).

2.7.1.2 Antal seksuelle partnere

Antal seksuelle partnere blandt personer med ADHD blev undersøgt i otte studier fordelt på ni udgivelser, mens der var fire studier om antal seksuelle partnere blandt personer med adfærdsforstyrrelser (Barkley et al., 2006; Flory et al., 2006; Hechtman et al., 2016; Hoza et al., 2013; Roy & Hechtman, 2017; Huggins et al., 2015; Ramos Olazagasti et al., 2013; Stier, 2011; Bardone et al., 1998; Kessler et al., 1997; Monuteaux et al., 2007; Pajer et al., 2007). De fire studier omkring adfærdsforstyrrelser gav dog tvetydige resultater, da to af studierne fandt, at deltagerne med adfærdsforstyrrelser havde signifikant flere partnere end kontrolgruppen, mens de to andre studier ingen signifikante forskelle fandt (Bardone et al., 1998; Kessler et al., 1997; Monuteaux et al., 2007; Pajer et al., 2007). Grundet forskelligartet afrapportering var disse resultater svære at sammenligne i og på tværs af diagnoserne. Dog fandt studierne, at deltagerne med ADHD i gennemsnit havde haft mellem seks og 16 seksuelle partnere siden debut, mens personer med CD og ODD havde haft mellem to og ni seksuelle partnere. Dette indikerer, at personer med ADHD har en tendens til at have flere seksuelle partnere sammenlignet med deltagerne med adfærdsforstyrrelser. Resultaterne omkring personer med adfærdsforstyrrelser bygger dog primært på kvindelige deltagere, og da vi finder, at drengene generelt havde flere seksuelle partnere, så kunne man formode, at forskellen mellem de to diagnoser ville være mindre, hvis der var flere studier med drenge, der havde en adfærdsforstyrrelse (Kessler et al., 1997; Huggins et al., 2015).

2.7.1.3 Manglende brug af prævention

Det tredje outcome omkring manglende brug af prævention blev undersøgt i fem studier om ADHD og kun et studie omkring adfærdsforstyrrelser. Studierne viste modsatte resultater ved begge diagnoser. Ser man isoleret på kvinderne i studierne, viste resultaterne dog, at uanset om de kvindelige deltagere havde ADHD eller en adfærdsforstyrrelse, brugte de sjældnere prævention end kvinderne i deres tilhørende kontrolgrupper (Flory et

al., 2006; Hoza et al., 2013; Huggins et al., 2015; Kessler et al., 1997; Ramos Olazagasti et al., 2013; Stier, 2011).

2.7.1.4 Seksuelt overførte sygdomme

De to sidste outcomes er seksuelt overførte sygdomme og abort, og de kan ses som resultatet af den seksuelle risikoadfærd, og kan således være det, som de andre outcomes resulterer i. Studiets fokus, abort, og de enkeltes studiers resultater herom vil vi gå lidt mere i dybden med i nedenstående afsnit (se afsnit 2.7.1.5). Vi ser derfor først lidt nærmere på outputtet om seksuelt overførte sygdomme, hvorom der indgik seks studier om ADHD og to om adfærdsforstyrrelser. Disse viste lidt forskelligartede resultater. Fire ud af de seks studier om ADHD fandt, at personer med ADHD havde højere forekomst af seksuelt overførte sygdomme end kontrolgruppen, mens de to resterende studier ikke fandt nogen signifikante forskelle. Og med hensyn til adfærdsforstyrrelser fandt det ene studie, at piger med CD havde højere forekomst af seksuelt overførte sygdomme, mens det andet studie derimod ikke fandt nogen signifikante forskelle mellem CD-gruppen og kontrolgruppen. De fleste af disse forskelle kan dog formentlig forklares ud fra forskellige forskningsdesigns, herunder forskellige opfølgningssaldre og kriterier for populationerne. Disse forklaringer dækker dog ikke alle forskellene, og vi må derfor konkludere, at der er lidt forskelligartede resultater ift. dette outcome (Bardone et al., 1998; Barkley & Fischer, 2017; Chen et al., 2018; Flory et al., 2006; Houssais et al., 2017; Huggins et al., 2015; Pajer et al., 2007; Ramos Olazagasti et al., 2013).

2.7.1.5 Provokeret abort

Det sidste, som blev undersøgt i efterårets review, var, som tidligere nævnt, abort. Her indgik henholdsvis tre studier om ADHD og to studier fordelt på tre udgivelser om adfærdsforstyrrelser (Bro et al., 2015; van Ditzhuijzen et al., 2013; van Ditzhuijzen et al., 2014; Mota et al., 2010). Fælles for studierne er, at de alle er tværsnitsstudier, hvorfor de undersøgte outcome og eksponering på samme tid, modsat kohortestudierne, hvor deltagerne, henholdsvis eksponerede og ikke eksponerede, følges over tid for at observere et eventuelt outcome. Helt overordnet fandt alle studierne som minimum en tendens til, at forekomsten af provokerede aborter var højere blandt piger med enten ADHD, ODD eller CD sammenlignet med pigerne i de respektive kontrolgrupper. Derudover var abort et af de outcomes, hvor CD i høj grad kunne ses som en større prædiktor end ADHD og ODD, da piger med CD i nogle studier havde dobbelt så stor sandsynlighed for at få en abort sammenlignet med pigerne med ADHD eller ODD. Da dette er det mest centrale outcome

i dette studie, er de enkelte resultater, for overblikkets skyld, beskrevet i nedenstående skema 9.

Forfatter og år	Deltagere	Resultater
Abort blandt personer med adfærdsforstyrrelser		
Bro, S. P. et al. (2015) Danmark	MPH og/eller ATX: 186 Alder: m = 26,5 (7,2) ADHD-diagnose u. medicin: 275 Alder: m = 21,3 (4,4) Kontrolgruppe: 989.471 Alder: m = 30,2 (5,5) Abort-gruppe: n = 325 Alder: 18 – 24 (32,9 %), 25 – 34 (35 %) og 35 – 46 (31,4 %)	Fik en abort: MPH og/eller ATX: n = 115 (61,88 %) OR = 7,40; 95 % CI = 5,51 – 9,95; p < ,0001* ADHD-diagnose u. medicin: n = 146 (53,1 %) OR = 5,17; 95 % CI = 4,08 – 6,56; p < ,0001* Kontrolgruppe: n = 177.624 (18,0 %)
van Ditzhuijzen, J. et al. (2013) Holland	Ingen abort-gruppe: n = 1.902 Alder: 18 – 24 (21,1 %), 25 – 34 (32,5 %) og 35 – 46 (46,4 %)	Havde ADHD: Abort-gruppe: 4,7 % Ingen abort-gruppe: 1,4 % (OR = 3,5; 95 % CI = 1,71 – 7,15; p = ,001)
Mota, N. P. et al. (2010) USA	Abort-gruppe: n = 452 Ingen abort-gruppe: n = 2.839 Alder i begge grupper: ≥18	Havde ADHD: Abort-gruppe: n = 26 (4,4 %) Ingen abort-gruppe: n = 152 (3,5 %) OR = 0,96; 95 % CI = 0,57 – 1,62; p > ,05
Abort blandt personer med adfærdsforstyrrelser		
van Ditzhuijzen, J. et al. (2013) Holland	Abort-gruppe: n = 325 Alder: 18 – 24 (32,9 %), 25 – 34 (35 %) og 35 – 46 (31,4 %) Ingen abort-gruppe: n = 1.902 Alder: 18 – 24 (21,1 %), 25 – 34 (32,5 %) og 35 – 46 (46,4 %)	Havde CD: Abort-gruppe: 16,3 % Ingen abort-gruppe: 3,2 % OR = 6,97; 95 % CI = 4,41-11,01; p < ,001 Havde ODD: Abort-gruppe: 6,0 % Ingen abort-gruppe: 1,8 % OR = 2,91; 95 % CI = 1,58 – 5,35; p = ,001
van Ditzhuijzen, J. et al. (2014) Holland	Abort-gruppe: n = 325 Ingen abort-gruppe: n = 1.902	Sandsynligheden for at have CD i abort-gruppen versus i ingen abort-gruppen: OR = 6,97; 95 % CI = 4,41-11,01
Mota, N. P. et al. (2010) USA	Abort-gruppe: n = 452 Ingen abort-gruppe: n = 2.839 Alder i begge grupper: ≥18	Havde CD: Abort-gruppe: n = 40 (7,1 %) Ingen abort-gruppe: n = 141 (3,3 %) OR = 1,72; 95 % CI = 1,18 – 2,49; p > ,05 Havde ODD: Abort-gruppe: n = 50 (9,0 %) Ingen abort-gruppe: n = 179 (4,6 %) OR = 1,67; 95 % CI = 0,99 – 2,83; p > ,05

Skema 9: Oversigt over resultater for provokeret abort

Som det fremgår af skema 9, fandt to af de inkluderede studier, at kvinder med ADHD i større grad havde fået foretaget en abort end kvinderne i kontrolgruppen. Det første af disse studier er et dansk registerstudie af Bro et al. (2015). Her fandt de, at 115 (61,8 %) af de kvinder, som fik methylphenidat (MPH) og/eller atomoxetin (ATX) under graviditeten fik foretaget en provokeret abort (OR = 7,40; 95 % CI = 5,51 – 9,95; p <,0001),

mens 146 (53,1 %) af de kvinder, som havde en historie med en ADHD-diagnose, men som ikke modtog medicinsk behandling under graviditeten, fik foretaget en provokeret abort ($OR = 5,17$; 95 % $CI = 4,08 - 6,56$; $p < ,0001$). I kontrolgruppen fik 177.624 (18,0 %) af kvinderne foretaget en provokeret abort (Bro et al., 2015). Bro et al. (2015) fandt altså, at der var en signifikant øget risiko for at få en abort, hvis en kvinde havde ADHD. Denne risiko øgedes mere end syv gange for kvinder, der var i gruppen, der modtog medicinsk behandling sammenlignet med kvinder i kontrolgruppen. Det andet studie, som også fandt en øget prævalens, var van Ditzhuijzen et al. (2013). De fandt, at 4,7 % af kvinderne i abort-gruppen havde ADHD, mens kun 1,4 % af kvinderne i kontrolgruppen havde ADHD ($OR = 3,50$ 95% $CI = 1,71 - 7,15$; $p = ,001$) (van Ditzhuijzen et al., 2013). Der var altså en signifikant øget andel af kvinder med ADHD i gruppen, som havde fået foretaget en abort.

Det sidste studie af Mota et al. (2010) fandt, i modsætning til de to foregående studier, ikke nogen forskel mellem de to grupper. Ser man på det deskriptive data, fandtes dog en lille procentvis forskel mellem de to grupper, hvor 4,4 % af kvinderne i abort-gruppen havde ADHD, mens 3,5 % af kvinderne i gruppen, der ikke havde fået foretaget en abort, havde ADHD (Mota et al., 2010). Men alt i alt finder Mota et al. (2010), at ADHD ikke er en prædiktor ift. til at få foretaget en abort ($OR = 0,96$; 95 % $CI = 0,57 - 1,62$; $p > ,05$). En mulig forklaring på de forskelligartede resultater kan måske findes i, at de to første studier er registerstudier, mens Mota et al. (2010) bygger på selvrapporтерet data. Denne form for data kan, ifølge Tourangeau og Yan (2007), være mere upræcis og medføre underreportering, fordi sensitive spørgsmål omkring abort, kan medføre social desirability bias.

Studierne omhandlende adfærdsforstyrrelser og abort går igen fra ADHD. Det drejer sig om studiet af van Ditzhuijzen et al. (2013), samt studiet af Mota et al. (2010). Derudover er der dog en ekstra udgivelse af van Ditzhuijzen et al. (2014), som er abstract til studiet af van Ditzhuijzen et al. (2013). van Ditzhuijzen et al. (2013; 2014) fandt, at 16,3 % af kvinderne i abort-gruppen havde CD, mens 3,2 % af kvinderne i kontrolgruppen havde CD ($OR = 6,97$; 95 % $CI = 4,41 - 11,01$; $p < ,001$). I udgivelsen fra 2013 angav de desuden, at 6 % af kvinderne i abort-gruppen havde ODD, mens det kun gjorde sig gældende for 1,8 % af kvinderne i kontrolgruppen ($OR = 2,91$; 95 % $CI = 1,58 - 5,34$; $p = ,001$) (van Ditzhuijzen et al., 2013). Der er altså en signifikant øget andel af kvinder med både CD og ODD i gruppen, som havde fået foretaget en abort sammenlignet med

gruppen, der ikke havde. Mota et al. (2010) fandt, at 7,1 % i abort-gruppen havde CD, mens 3,3 % i kontrolgruppen, som ikke havde fået en abort, havde CD (OR = 1,72; 95 % CI = 1,18 – 2,49). Ligeledes fandt de, at 9 % i abort-gruppen havde ODD sammenlignet med 4,6 % med ODD i gruppen, som ikke havde fået foretaget en abort (OR = 1,67; 95 % CI = 0,99 – 2,83; $p > ,05$) (Mota et al., 2010). Mota et al. (2010) finder altså, at både CD og ODD var en prædikator for abort.

Som vi kan se ovenfor, så viste studierne overordnet set, at både ADHD og adfærdsstyrrelse er associeret med at få en provokeret abort. Der var imidlertid få studier om provokeret abort (tre studier om hver diagnose), hvilket er en af grundene til, at vi finder det interessant at se nærmere på dette emne.

2.7.1.6 Begrænsninger ved de inkluderede studier

Selvom reviewets studier er inkluderet efter klare inklusionskriterier, fandt vi alligevel flere begrænsninger ved enkelte eller flere af studierne. En af begrænsningerne ved studiet af Mota et al. (2010), som undersøgte udfaldet om provokeret abort, var, at data omkring abort var selvrapporteret. Ved at indsamle data på denne måde risikerer man, at der sker en underrapportering, fordi spørgsmål om fx abort er meget følsomme og for nogle kvinder måske tabubelagte. Underrapportering kan bl.a. skyldes, at kvinderne vælger at holde deres abort hemmelig, fordi de frygter at blive stigmatiseret (Hanschmidt et al., 2016).

En anden begrænsning, vi så ved det danske studie af Bro et al. (2015), var, at deres grupper udelukkende bestod af kvinder, der havde været gravide og på den måde udelukkede de altså alle deltagere, der ikke havde været gravide. Det medfører et begrænset sample, som kun kan sige noget om kvinder med ADHD, der har været gravide og ikke kvinder med ADHD generelt.

Fælles for de inkluderede studier omkring abort er derudover også, at de er tværsnitsstudier (van Ditzhuijzen et al., 2013; van Ditzhuijzen et al., 2014, Mota et al., 2010, Bro et al., 2015). Ved at bruge dette design, kan man have sværere ved at vurdere, om den psykiske lidelse er prædikator for aborten eller om aborten er prædikator for psykiske lidelser. Derudover har to af studierne taget udgangspunkt i, hvorvidt man har fået en abort eller ej og derudfra undersøgt forekomsten af provokerede aborter. (van Ditzhuijzen et al., 2013; van Ditzhuijzen et al., 2014, Mota et al., 2010). Disse studier er altså

tværsnitsstudier, som kan siges at være opbygget ud fra et design, der minder om et case-kontrolstudie, og de er derfor heller ikke så stærke, når man skal sige noget om mulige årsagsforhold og prædiktorer.

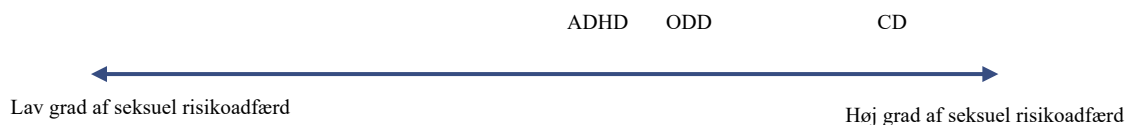
I vores arbejde med den eksisterende forskning stødte vi desuden på, at flere af de i reviewet inkluderede studier beskæftigede sig med andre risikofaktorer, som måske kan forklare den øgede prævalens i de to grupper. Det kunne fx være socioøkonomisk status, etnicitet, køn og alder. I mange af studierne bruges dog en metode, der gør det umuligt at se de forskellige faktoreres egentlige effekt, da studierne matcher den ikke eksponerede gruppe (kontrolgruppen) med den eksponerede gruppe ift. faktorerne i stedet for at kontrollere for dem. Ud over at man ikke kan måle effekten af de forskellige faktorer, når man matcher de to grupper, så risikerer man også at gøre kontrolgruppen mindre repræsentativ for baggrundsbefolkningen. Matcher man fx ift. socioøkonomisk status, så risikerer man at gøre kontrolgruppen mindre repræsentativ for baggrundsbefolkningen, fordi personer med ADHD oftere kommer fra familier med lavere socioøkonomisk status end generelbefolkningen. På den måde får vi en kontrolgruppe, hvor deltagerne har lavere socioøkonomiske status end gennemsnittet (Russel, Ford, Williams & Russell, 2016).

Ovenstående ønsker vi at tage højde for i dette registerstudie således, at vi kan undersøge, om andre risikofaktorer også har indflydelse på, hvorfor deltagerne får foretaget en provokeret abort. Denne del vil vi dog komme nærmere ind på i metoden.

2.7.2 Opsummering på resultaterne fra det systematiske review

Ovenstående resultater indikerer altså, at personer med ADHD og personer med adfærdsforstyrrelser har en tendens til at have højere grad af seksuel risikoadfærd – herunder også en højere prævalens af aborter – sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Resultaterne ift. de 15 studier omkring ADHD pegede dog i lidt forskellige retninger, men disse forskelle vurderes bl.a. at kunne forklares ud fra studiernes forskellige forskningsdesigns. Ser man på resultaterne ift. adfærdsforstyrrelser, var de mere homogene, men til gengæld var der kun otte studier herom. Samtidig tyder studierne også på, at man kan fordele diagnoserne på et kontinuum (se figur 1), der afspejler i hvilken grad, de har betydning for den seksuelle adfærd. Som det er fremgået i det ovenstående, så tyder det på, at CD er en større prædiktor for seksuel risikoadfærd end ADHD og ODD er, hvilket måske kan forklares med diagnosernes symptombillede og sværhedsgrad, hvor symptomerne på CD

kan være sværere end de to andre diagnoser (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2018).



Figur 1: Diagnoserne på et kontinuum

Samlet set kom vi dog frem til, at det tyder på, at både ADHD og adfærdsforstyrrelser kan være en prædiktør for seksuel risikoadfærd. Resultaterne baserer sig primært på udenlandsk data, hvorfor vi, som også påpeget i indledningen, ønsker at kunne bidrage med ny og mere viden omkring området baseret på danske data, da vi anser det for at være en yderst relevant psykologisk problemstilling også i Danmark.

3. Metode

I det følgende vil vi redegøre for studiets anvendte metode. Første del af afsnittet består af en redegørelse af studiets forskningsdesign, hvorunder vi kort gennemgår den kvantitative metode generelt, epidemiologien samt kohortestudiet. Herefter vil vi præsentere registerstudiedesignet ved først at beskrive registre og registerstudiet mere generelt, hvorefter vi mere specifikt vil redegøre for brugen af danske registre, som er baggrund for studiets dataindsamling. I forlængelse af dette vil vi derfor kort gennemgå selve dataindsamlingen samt præsentere og definere de variable, vi har ønsket at indsamle data omkring. Vi vil derefter gennemgå studiets anvendte statistiske metode i form af relevante statistiske begreber og tests. Afslutningsvist vil vi gennemgå vores overvejelser ift. undersøgelsens reliabilitet, validitet og generaliserbarhed samt etiske overvejelser omkring anvendelsen af studiets resultater.

3.1 Kvantitativ forskning

Kvantitativ forskning anvendes, når det, der undersøges, kan gøres målbart. I den kvantitative metode er der fokus på større mængder data, der kan måles og kvantificeres. Dette anvendes ofte til at teste hypoteser om menneskelig adfærd ud fra et større antal observationer af virkeligheden og dens individer. Undersøgelsen af disse foregår ved hjælp af statistiske redskaber, hvilke er hjælpsomme, når man skal undersøge forskelle, ligheder og sammenhænge mellem forskellige variable (Coolican, 2014). Der findes forskellige kvantitative forskningsdesigns, herunder bl.a. spørgeskemaer og eksperimenter. Dette

studie tager dog udgangspunkt i det epidemiologiske forskningsdesign, hvilket vil blive gennemgået i næste afsnit.

3.1.1 Epidemiologi og dens anvendelse

Ordet epidemiologi stammer fra de græske ord *epi*, *demos* og *logos*, hvilke betyder henholdsvis *hos*, *folket* og *lære*. Epidemiologi er altså *læren om det, der er hos folket* og dækker over kvantitative beskrivelser og analyser af helbredsforhold i forskellige grupper eller populationer (Juul et al., 2017). Sagt på en anden måde handler epidemiologi om at undersøge, hvordan sygdomme er fordelt i populationer, og hvorfor nogle udvikler sygdommen, mens andre ikke gør. Metodens præmis er, at sygdomme, lidelser eller dårligt helbred ikke er tilfældigt fordelt i en population, men at forskellige faktorer og karakteristika enten prædisponerer eller beskytter mod sygdommen. Disse karakteristika er ofte genetisk betingede, men kan også være et resultat af det omkringliggende miljø – eller samspillet mellem disse (Gordis, 2014). Formålet med epidemiologien er at identificere årsager til sygdomsfrembruddet og de relevante risikofaktorer samt at kunne identificere prævalensen af den pågældende sygdom. Hermed ønsker man at kunne være med til at reducere og forebygge sygdomsforekomsten (Juul et al., 2017).

I dette studie er der ikke tale om en sygdom, men et andet sundhedsmæssigt fænomen: provokeret abort. Med udgangspunkt i epidemiologien ønsker vi at undersøge prævalensen af provokerede aborter over en given opfølgningsperiode blandt to samples bestående af henholdsvis piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser (Juul et al., 2017; Mann, 2003). Med denne metodiske tilgang tager vi desuden afsæt i positivismen, der bygger på antagelsen om, at sikker og sand viden kan observeres og måles. Særligt gældende for den logiske positivisme er derudover, at hvis et udsagn eller en hypotese skal være meningsfuld, skal de kunne verificeres og stemme overens med virkeligheden (Boolsen. & Jacobsen, 2012). I vores tilfælde vil vi tilstræbe os denne verifikation ved at undersøge og teste, *hvad der er hos folket*. Det gør vi netop gennem hypotesetestning ved hjælp af empirisk data fra ”virkeligheden”, der skal ligge til grund for en undersøgelse og eventuel verifikation af hypotesen (Juul et al., 2017).

3.1.1.1 Hypotesetest

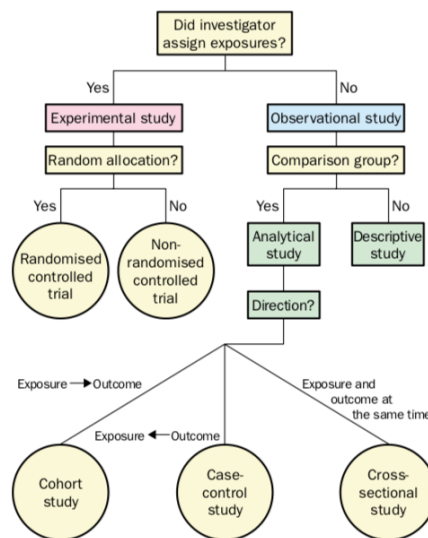
En hypotese er en påstand eller en formodning om virkeligheden, der undersøges og testes på baggrund af observationer fra virkeligheden. Da man ikke kan teste alting på en gang, vil observationerne være udvalgte og afhænge af øvrig viden og teori fra genstandsfeltet.

Med et godt kendskab til allerede eksisterende litteratur inden for området er vi i stand til at fokusere på relevante og måske endda mangelfuldt belyste områder (Andersen & Boolsen, 2012). Netop dette kendskab har vi tilnærmet os gennem resultaterne fra efterårets systematiske review (jf. afsnit 2.7). Med udgangspunkt i den deduktive metode har vi anvendt disse resultater til at opstille studiets hypotese om, at der er en højere prævalens af provokerede aborter blandt piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser sammenlignet med piger uden ADHD og adfærdsforstyrrelser (Andersen & Boolsen, 2012). Hypotesen danner herefter baggrund for søgen efter ny viden, som ønskes opnået ved at teste hypotesen. Uanset om hypotesen verificeres eller ej, så vil resultaterne kunne bidrage med ny viden, der belyser det valgte område. Men hvis hypotesen kan verificeres, er der ud fra den positivistiske tankegang tale om sikker viden, der kan siges at være universel og almengyldig (Andersen & Boolsen, 2012). Den opnåede viden vil uden tvivl kunne give et indblik i, hvilke tendenser vi ser på området, men vi bør dog være varsomme med at konkludere, at resultaterne er almengyldige. Dette fordi vi, som påpeget, aldrig kan være i stand til at teste og tage højde for alle aspekter og prædiktorer. Det betyder midlertidigt ikke, at vi bør underkende studiets resultater, men blot være ydmyge omkring, at det ikke nødvendigvis er hele sandheden, vi finder, men kun en del af den (Juul et al., 2017).

3.2 Kohortestudie

Overordnet inddeles kliniske studier i to typer: eksperimentelle studier og observationsstudier (se figur 2). Dette studie hører under kategorien analytisk observationsstudie. Den analytiske del består i inddragelsen af en kontrolgruppe, hvilket er et af principperne for studiets design. Som det fremgår i figur 2 kan de analytiske observationsstudier opdeles i tre grupper, hvor dette studie hører under kategorien; kohortestudier (Grimes & Schulz, 2002).

Kohortestudiet er kendetegnet ved, at der identificeres to grupper. En eksponeret gruppe, der er eksponeret ift. noget bestemt og en gruppe, der ikke er eksponeret (en kontrolgruppe). Begge grupper følges over tid, mens man undersøger, hvor mange deltagere et givent outcome optræder hos. Hvis outcommet optræder hos flere personer i den eksponerede gruppe end i kontrolgruppen anses eksponeringen for at være associeret med en øget risiko for outcommet (Grimes & Schulz, 2002).



Figur 2: Typer af kliniske studier (Grimes & Schulz, 2002, p. 58)

I vores studie er eksponeringen en opfyldelse af kriterierne for enten ADHD eller adfærdsforstyrrelser, og outcommet er provokeret abort. Ved at anvende registre har vi mulighed for at indsamle større mængder data om de to grupper samt det ønskede outcome. Vi har desuden mulighed for at følge deltagerne over tid, således vi kan undersøge, om de to diagnoser er associeret med en øget risiko for at få foretaget en provokeret abort.

3.3 Hvad er et registerstudie?

For at kunne udføre kohortestudiet, har vi behov for deltagere, der kan udgøre hver kohorte. Disse deltagere udvælges ud fra opstillede kriterier, hvorudfra de ønskede data og deltagere indhentes fra registre. Da vi tager udgangspunkt i denne fremgangsmåde, kan studiet dermed også siges at være et registerstudie. Det kan det, fordi de observationer/data, der skal bruges til at besvare den opstillede problemstillingen, netop kommer fra registre. Registre indeholder en systematisk samling af data fra forskellige områder (se afsnit 3.3.1.2). Et registerstudie er således et studie, der bruger registres organiserede system af data til evaluering af et udvalgt outcome (her: provokeret abort) hos en population, der er defineret ud fra en bestemt diagnose, tilstand eller eksponering (her: ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser) (Glicklich, Dreyer & Leavy, 2014). Registre kan bruges til at undersøge statistiske sammenhænge på baggrund af indholdene i og på tværs af registre. De kan på den måde være et godt værktøj til at observere udviklingen af outcommet, herunder dets udfald, hvad der kan påvirke udviklingen, og hvorfor nogle får outcommet, mens andre ikke gør (Glicklich et al., 2014). Registre giver ligeledes mulighed for at indhente ældre data, hvormed vi har mulighed for retrospektivt at finde relevant data om deltagerne i kohorterne før udviklingen af outcommet (Gregory & Radovinsky,

2012). Afhængigt af hvilke grupper, man ønsker at identificere, giver registerstudiedesignet mulighed for en potentielt stor samplestørrelse (Coolican, 2014; Field, 2009). Et stort sample kan i højere grad være med til at øge de statistiske tests power og dermed belyse en mulig effekt sammenlignet med et lille sample (Coolican, 2014). Med et stort og repræsentativt sample har man desuden også mulighed for i højere grad at kunne generalisere resultaterne til resten af den befolkningsgruppe, samplet tilhører (Coolican, 2014; Field, 2009).

3.3.1 De nationale sundhedsregistre i Danmark

I dette studie anvender vi data fra de nationale sundhedsregistre. De nationale sundhedsregistre i Danmark bliver administreret af Sundhedsdatastyrelsen. Registrene indeholder data om befolkningens sygdom, behandling og sundhed og er inddelt i mindre registre afhængigt af, hvilket sundhedsmæssigt område man har været i kontakt med. Registrenes data registreres på bl.a. sygehuse og ved de praktiserende læger, hver gang en person har været i kontakt med det danske sundhedsvæsen (eSundhed.dk, 2019).

3.3.1.1 Indførelsen af CPR-nummeret

Tidligere og gennem flere århundrede blev informationer om fødsel, ægteskaber og dødsfald registreret i danske kirkeregistre, indtil man i 1924 begyndte at registrere hele den danske befolkning i kommunalt regi med særligt fokus på skatteforhold. I 1968 lancerede man de nationale sundhedsregistre. Registrene indeholder (1) alle levendefødte personer, hvis mor allerede er registreret i registrene, (2) personer hvis fødsel eller døb er registreret i kirkeregistret eller (3) personer, der opholder sig lovligt i Danmark i mere end tre måneder (Schmidt, Pedersen & Sørensen, 2014). Ved registrering i registrene modtager hver person et unikt ti-cifret CPR-nummer, der udgør en væsentlig del af de personlige oplysninger i registrene. Personer, der er medlem af Arbejdsmarkedets Tillægspension (ATP) eller som har pligt til at betale SKAT i Danmark modtager ligeledes et CPR-nummer. I 1972 blev indbyggerne på Grønland også inkluderet og i januar 2014 var knap 9,5 millioner CPR-numre registreret i CPR-registret. Heraf er omkring 5,6 millioner levende og bosiddende i Danmark (Schmidt et al., 2014).

3.3.1.2 Studiets anvendte registre

De nationale registre er opdelt i mindre registre, hvori man finder forskellige informationer og data inden for mere specifikke områder, der er registreret ved hjælp af CPR-numre. Disse mange nationale registre er en værdifuld ressource i epidemiologisk forskning,

fordi man er i stand til at spore og sammenkæde deltagere på tværs af tid og registre. På den måde kan hele den danske befolkning ses som en kohorte, der kan bruges i epidemiologisk forskning (Schmidt et al., 2014).

I dette studie har vi primært indsamlet data fra Landspatientregistret (LPR) (se skema 10). LPR er et stort og omfattende register, der indeholder data om patienter, som er behandlet ved de danske sygehuse. Hver gang patienterne har været i kontakt med sygehusvæsenet, fx ved indlæggelse eller ambulant behandling, registreres oplysninger om denne kontakt i LPR. Disse oplysninger beskriver bl.a., hvor og hvornår kontakten fandt sted, diagnoser, behandlinger, operationer m.m. Udover at indeholde data om diagnosticering, indeholder LPR også data omkring bopælskommune og alder (Sundhedsdatastyrelsen, 2019). LPR indeholder ligeledes data omkring legalt provokerede aborter, herunder bl.a. data omkring graviditetssuge, tidligere graviditeter, kvindens alder, indgrebstype og eventuelle komplikationer (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). Den sidste type data, vi har indsamlet og anvendt i studiet, er data omkring forældrenes indkomst. Disse data er indsamlet gennem Danmarks Statistik

Register	Data
Landspatientregistret (LPR)	Provokerede aborter
	Diagnoser
	Bopælskommune (urbanisering)
	Alder
Danmarks Statistik	Socioøkonomisk status (disponibel indkomst)

Skema 10: Data fordelt på registre

3.3.2 Dataindsamling

Når dataene skal indsamles fra registre, foregår det ved, at man først og fremmest udvælger de parametre og variable, man ønsker at bruge (se nedenstående afsnit). Derefter finder man de rigtige personer, som opfylder de kriterier, man har opstillet ift. fx alder, køn og diagnosticering, hvorudfra hver grundpopulation dannes. Når populationerne er dannet, åbnes og anvendes andre registre, der indeholder de data, man ønsker at bruge i sin undersøgelse. Disse data trækkes over på grundpopulationerne, således vi får passende informationer om fx urbanisering og forældres indkomst til hver af deltagerne i grundpopulationerne. Sammenkoblingen af data fra de forskellige registre foregår ved hjælp af den enkelte deltagers CPR-nummer, som er gjort anonymt. Da vi har CPR-numre i Danmark, er dette en unik måde at indsamle data på.

3.3.3 Hvilke data er vi interesserede i?

For at kunne besvare studiets problemstilling og for at kunne teste den opstillede hypotese, har vi som beskrevet brug for observationer af virkeligheden. Observationerne udgøres i studiet af data fra de nationale sundhedsregistre, hvorfra vi vil indsamle data om de eksponerede grupper og den ikke eksponerede gruppe. Derudover vil vi for hver af disse indsamle eventuelle data om provokerede aborter samt andre relevante prædiktorer.

3.3.3.1 Population: Den eksponerede gruppe

Studiets population består som før nævnt af piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser. Ift. dataindsamlingen indebærer det, at vi er interesserede i at indsamle data omkring de piger, der er diagnosticeret med F90.X, F91.X og F92.X ud fra ICD-10 (se skema 11 og 12). Ved opdeling ønsker vi at inkludere deltagere med F90.1 både i gruppen med deltagere, der har ADHD, og i gruppen med deltagere, der har adfærdsforstyrrelser. Dette gør vi, fordi denne diagnose indebærer opfyldelse af kriterierne for både F90 og F91.

Diagnosekode	Diagnosenavn
F90	Hyperkinetiske forstyrrelser
	F90.0 Forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed
	F90.1 Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse
	F90.8 Andre hyperkinetiske forstyrrelser
	F90.9 Hyperkinetisk forstyrrelse, uspecificeret

Skema 11: Inkluderede diagnoser i adfærdsforstyrrelses-gruppen

Diagnosekode	Diagnosenavn
F91	Adfærdsforstyrrelser
	F91.0 Adfærdsforstyrrelser begrænset til familien
	F91.1 Usocialiseret adfærdsforstyrrelse
	F91.2 Socialiseret adfærdsforstyrrelse
	F91.3 Oppositionel adfærdsforstyrrelse
F92	Blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser
	F92.0 Depressiv adfærdsforstyrrelse
	F92.8 Andre blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser
	F92.9 Blandet adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse, uspecificeret
	F90.1 Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse

Skema 12: Inkluderede diagnoser i ADHD-gruppen

Generelt for deltagerne i begge grupper gælder det, at de skal være født mellem 1. januar 1990 og 31. december 1996. Derudover skal de være blevet diagnosticeret imellem de er 5 og 15 år. Vi vælger dette interval, fordi børn med ADHD ofte allerede diagnosticeres omkring 5 – 6-årsalderen, mens diagnosticeringen af adfærdsforstyrrelser ofte finder sted senere i barndom og ungdom (WHO, 2018). Derudover vil vi så vidt muligt følge dem fra før, de kommer i risiko for outcommet. Deltagerne indskrives i kohorten ved diagnosticeringstidspunktet og følges til de er mindst 18 år, så outcommet kan nå at finde sted. Det betyder altså, at alle deltagere følges i mindst tre år. Dog følges nogle deltagere i længere tid end andre afhængigt af diagnosticerings- og fødselstidspunkt (se skema 13).

Inklusionskriterier for den eksponerede gruppe
Født mellem 01.01.1990 og 31.12.1996
Diagnosticeret med F90.X, F91.X og F92.X
Diagnosticeres imellem 5 og 15 år
Følges til de er mindst 18 år, dvs. alle følges i mindst 3 år

Skema 13: Inklusionskriterier for den eksponerede gruppe

3.3.3.2 Kontrolgruppen: Den ikke eksponerede gruppe

Udover at undersøge prævalensen af provokerede aborter i de eksponerede grupper, så ønsker vi at sammenligne vores resultater med en ikke eksponeret gruppe svarende til generelbefolkningen. Ved at anvende en kontrolgruppe bliver vi i stand til bedre at kunne undersøge, hvorvidt de to diagnoser har indflydelse på, om deltagerne får foretaget en provokeret abort eller ej. Deltagerne udtages gennem en tilfældig stikprøve, der skal være med til at øge studiets repræsentativitet og validitet (Juul et al., 2017). For at indgå i kontrolgruppen, skal deltagerne dog opfylde visse kriterier således, at deres karakteristika stemmer overens med deltagerne i de eksponerede grupper. Derfor skal deltagerne være født mellem 1. januar 1990 og 31. december 1996. Derudover skal de matches på alder og indskrivningstidspunkt med deltagerne i den eksponerede gruppe, og dermed følges i mindst tre år. Deltagerne i denne gruppe må ikke være diagnosticeret med ADHD eller en adfærdsforstyrrelse ud fra kriterierne for F90.X, F91.X og F92.X i ICD-10. De må desuden ikke have modtaget ADHD-medicin (se skema 14).

Inklusionskriterier for den ikke eksponerede gruppe
Født mellem 01.01.1990 og 31.12.1996
Matches på alder og indskrivningstidspunkt og følges i mindst 3 år

Må ikke være diagnosticeret med F90.X, F91.X og F92.X eller modtage følgende ADHD-medicin:

- Methylphenidat, atomoxetin, dexamphetamin, lisdexamphetamin, guanfacin, bupropion, modafinil

Skema 14: Inklusionskriterier for den ikke eksponerede gruppe

3.3.3.3 Outcome: Provokeret abort

Som beskrevet i afsnit 2.4 er outcommet i dette studie provokeret abort. Outcommet er, som tidligere nævnt, defineret ud fra SKS-koder gældende for både enfolds- og flerfolds-fødsler samt fødsler efter abortprocedure alle udført enten medicinsk eller kirurgisk (se afsnit 2.4.1). Vi ønsker at inkludere aborttyper, der udføres på grund af uønsket graviditet, og som udføres, fordi den gravide ikke er i stand til at tage vare på barnet. Vi medtager ikke data om aborter, der er udført på grund af misdannelser og sygdom hos barnet. Vi medtager ligeledes ikke aborter, der udføres på grund af fare for kvindens helbred, samt hvis graviditeten skyldes seksuelle overgreb.

3.3.3.4 Andre mulige risikofaktorer

Udover at undersøge, om der er en sammenhæng mellem at have ADHD eller adfærdsforstyrrelser og at få foretaget provokerede aborter, ønsker vi også at kontrollere for forskellige confounding faktorer, som også kan have indflydelse på outcommet (Juul et al., 2017).

Den første gruppe risikofaktorer, vi ønsker at indsamle data om, er forskellige komorbide tilstande samt misbrug (se skema 15). I den forbindelse gælder det, at de komorbide tilstande eller misbruget skal være til stede hos deltageren inden det 15. leveår. Dette krav sætter vi, da vi ønsker, at de mulige risikofaktorer skal være til stede inden outcommet og dermed ikke optræde som en konsekvens af outcommet.

Diagnosekoder	Diagnosenavn
F1.X	Misbrug
F60 – F61, F63.0 – F63.2	Personlighedsforstyrrelser
F32	Depression
F40 – F43	Angst/belastningsreaktion
F93	Emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen
F94.1 – F94.2	Tilknytningsforstyrrelser
F70 – F79	Mental retardering
R41.8	Inferioritas intellectualis

F81	Indlæringsvanskeligheder
F83 – F84	Autismespektrumsforstyrrelser (ASD)

Skema 15: Inkluderede komorbide tilstande

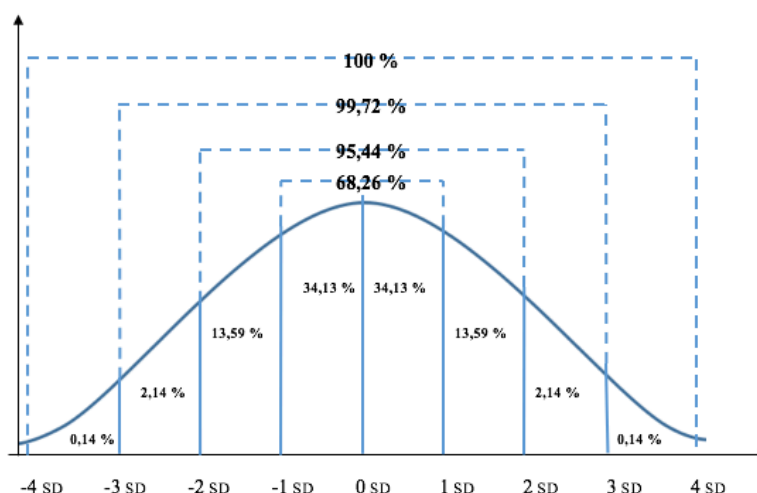
Den anden risikofaktor, vi ønsker at undersøge, er forældrenes indkomst. Data omkring kontrolgruppens forældres gennemsnitlige indkomst inden for pigernes første ti leveår bliver brugt til at danne tre lige store grupper; lav, middel og høj indkomst. Cut-offs fra dataen fra kontrolgruppen er derefter anvendt til at inddele dataene omkring de eksponerede pigers families indkomst således, at vi har mulighed for at kunne sammenligne grupperne. Denne variabel kan bruges som proxy for socioøkonomisk status (Sirin, 2005).

Den sidste risikofaktor er urbanisering. Urbanisering dækker i vores tilfælde over pigernes bopælsområde gennem de første ti år af deres liv. Disse data bliver brugt til at danne variable, der angiver graden af urbanitet; hovedstaden, hovedstadens forstæder, kommuner med mere end 100.000 indbyggere, kommuner med 10.000 – 100.000 indbyggere og øvrige kommuner.

3.4 Den anvendte statistiske test og metode

I dette afsnit gennemgås studiets vigtigste statistiske begreber og overvejelser. Disse overvejelser tager udgangspunkt i det faktum, at vi ønsker at undersøge og teste hypotesen om, at piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser får foretaget flere aborter end piger uden ADHD og adfærdsforstyrrelser (H_1). Ud fra dette kan vi opstille nulhypotesen (H_0) om, at piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser ikke får foretaget flere aborter end piger uden ADHD og adfærdsforstyrrelser (Coolican, 2014). Efter opstillingen af hypoteserne indsamles data omkring de populationer, man ønsker at undersøge. Men da man ikke kan undersøge en hel population, udvælges et sample, som er repræsentativt for resten af populationen (Coolican, 2014; Field, 2009). Afhængigt af hvilke data man ønsker, indsamles de på forskellige niveauer; nominel, ordinal, interval og ratio (Coolican, 2014). I dette studie har vi indsamlet data på nominelt niveau og intervalniveau. Nominelt data beskriver data, der er kategorisk og indeholder fx data om, hvorvidt pigerne har fået mere end en abort, og hvorvidt de er diagnosticerede med komorbide diagnoser. Data på intervalniveau er derimod karakteriseret ved at være kontinuert, dvs. en skala, hvor alle værdier er mulige. Derudover er der ikke et absolut nulpunkt. I studiet bruger vi data på intervalniveau i forbindelse med data, der angiver alder ved diagnosticering, abort og opfølgning (Coolican, 2014).

Når data er indsamlet og opstillet, skal man bestemme, hvilke tests man skal bruge, og til dette undersøger man, hvordan ens data fordeler sig. I denne forbindelse tester man for, om data er normalfordelt, hvilket vil sige, at data fordeler sig mere eller mindre som en klokkeformet kurve, normalfordelingskurven (jf. figur 3) (Coolican, 2014). Arealet under kurven viser fordelingen af data. Her fordeler data sig symmetrisk omkring midten således, at man finder 50 % af samplet på den ene side af den symmetriske linje og de resterende 50 % på den anden side af den symmetriske linje (Coolican, 2014). Dataene fordeles sig endvidere således, at 34,13 % af dataene findes inden for den første standardafvigelse over og under gennemsnittet, mens yderligere 13,59 % af dataene befinder sig mellem den første og anden standardafvigelse osv. (jf. figur 3) (Coolican, 2014). I nogle tilfælde er data ikke normalfordelt. Det kan både vise sig ved, at dataene placerer sig mere i den ene ende end den anden ende af kurven og ved, at dataene ophobes omkring midten således, kurven bliver stejlere (kurtosis) (Coolican, 2014).



Figur 3: Normalfordelingskurven (Coolican, 2014)

Når man undersøger, hvordan data fordeler sig, kan man først og fremmest kigge på minimums- og maksimumsværdierne. Men for at få et bedre mål, kan man anvende alle data og derudfra beregne variansen, som er afstandene fra middelværdien i anden potens. Er variansen nul, angiver det, at alle tal er ens. En lille varians angiver, at data er placeret tæt på middelværdien, mens en stor varians angiver, at data ligger væk fra middelværdien (Coolican, 2014). Ved at udregne kvadratroden af variansen finder man standardafvigelsen (SD). Denne værdi angiver også spredningen fra middelværdien, men modsat variansen er standardafvigelsen angivet i samme enhed som variabelen (Coolican, 2014).

3.4.1 Statistiske tests og beregninger

Efter en gennemgang af generelle statistiske begreber og overvejelser, der skal bruges som udgangspunkt for udvælgelsen af nedenstående tests til studiets forskelsanalyser, vil vi i de kommende afsnit gennemgå de anvendte statistiske tests. Først og fremmest gennemgås den uafhængige t-test og χ^2 . Derefter vil vi gennemgå teori og udregninger for hazard ratio (HR), som anvendes til at teste og undersøge risikoen for at få en abort i de eksponerede grupper sammenlignet med den ikke eksponerede gruppe. Afslutningsvist gennemgås de generelle principper for signifikantestning, samt de principper vi har opstillet til fortolkning af vores testresultater.

3.4.1.1 Uafhængig t-test

Den *uafhængige t-test* anvendes til testning af forskelle mellem to uafhængige grupper. Testen er parametrisk, hvorfor det gælder, at data skal være normalfordelt, lineært sammenhængende og indsamlet på intervalniveau. Derudover gælder det, at varianserne skal være ens (Coolican, 2014). Testen baserer sig på gennemsnittene i de to grupper, således at forskellene beregnes ud fra, hvor forskellige de to gennemsnit er (Coolican, 2014). Gennemsnittet anvendes også til beregning af testværdien t , som i praksis foregår ud fra følgende formel:

$$t = \frac{\bar{x}_a - \bar{x}_b}{\sqrt{\frac{\left(\sum x_a^2 - \frac{(\sum x_a)^2}{N_a}\right) + \left(\sum x_b^2 - \frac{(\sum x_b)^2}{N_b}\right)}{(N_a + N_b - 2)} \left(\frac{N_a + N_b}{N_a N_b}\right)}}$$

Her angiver $\bar{x}_a$ den gennemsnitlige score for gruppe A, og $\bar{x}_b$ angiver den gennemsnitlige score for gruppe B, hvori x_a og x_b angiver scorerne for henholdsvis gruppe A og B. N_a og N_b angiver stikprøvestørrelsen for de to grupper, mens $N_a + N_b - 2$ angiver antallet af frihedsgrader. Samlet set angiver tælleren forskellen mellem de to grupperes gennemsnit, mens nævneren angiver fordelings standardfejl (Coolican, 2014).

3.4.1.2 χ^2 uafhængighedstest

χ^2 er en non-parametrisk hypotesetest, der anvendes til at teste enten sammenhænge eller forskelle mellem to uafhængige variable afhængigt af, hvordan hypotesen formuleres. Derudover gælder det, at testen anvendes, når data er på nominelt niveau (Coolican,

2014). Dataene opstilles i en krydstabel, der er udgangspunkt for beregningen af χ^2 . Beregningen af χ^2 foretages ud fra følgende formel:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Hvor O er hver celledes (i krydstabellen) observerede værdi, E er hver celledes forventede værdi, mens Σ angiver summen af alle celledes værdier. Jo større forskel, der er mellem de observerede og forventede værdier, jo større bliver χ^2 , og jo større sandsynlighed er der for, at nulhypotesen bør forkastes. Er værdien derimod nul, betyder det, at der ikke er forskel mellem de observerede og forventede værdier (Coolican, 2014).

3.4.1.3 Hazard ratio

Hazard ratio (HR) beregnes ud fra det, der kaldes en cox regression. Cox regression bruges oftest til at lave overlevelsesanalyser, og HR betegner i den forbindelse, hvor meget større eller mindre sandsynligheden, til ethvert tidspunkt, er for, at et individ i en risikogruppe dør sammenlignet med et individ i referencegruppen. I cox regression er tid således en faktor, som indgår i modellen. Dette er væsentligt i nærværende studie, fordi deltagerne er blevet fulgt over forskellig tid og op til forskellige aldre, hvilket betyder, at nogle af deltagerne har haft længere tid til at opnå outcommet end andre. HR kan også bruges i andre undersøgelser end overlevelsesanalyser, da "overlevelsestid" også kan forstås i overført betydning. Metoden kan derfor også bruges til fx at undersøge ventetid, at blive rask fra cancer eller som i vores tilfælde at få en abort (Sahai & Khurshid, 1996; Schmoor & Graf, 2014). HR beskriver risikoen for at opleve et event på et givet tidspunkt og beregnes ud fra følgende formel (Sahai & Khurshid, 1996):

$$HR = \frac{h_j(t)}{h_0(t)}$$

Her betegner $h_j(t)$ risikoen for en person i risikogruppen ved tiden t, og $h_0(t)$ betegner risikoen for en person i referencegruppen ved tiden t. HR er således forholdet mellem risikoen i den ene population divideret med risikoen i den anden population, som er valgt som referencegruppe. $H(t)$ kaldes for risikofunktionen (hazard funktion) og er defineret som den betingede sandsynlighed for nederlag (ikke at "overleve") i et meget lille tidsinterval og beregnes på følgende måde (Sahai & Khurshid, 1996):

$$h(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{S(t) - S(t + \Delta t)}{\Delta t} / S(t)$$

I denne ligning er $(t + \Delta t)$ tidsintervallet, og $S(t)$ er overlevelsesfunktionen, der er betegnet som sandsynligheden for, at et individ overlever minimum til tiden t (Sahai & Khurshid, 1996).

I fortolkningen af HR ser man på, hvordan HR placerer sig ift. 1, da 1 svarer til risikoen i referencegruppen. Det betyder, at hvis man finder, at $HR = 1$ så er risikoen den samme i de to sammenlignede grupper. Er $HR > 1$ er risikoen større i den første gruppe sammenlignet med referencegruppen, og er $HR < 1$ er risikoen mindre i den første gruppe end i referencegruppen (Schmoor & Graf, 2014). HR angiver et estimat for risikoen, og for at være mere præcis angives HR også sammen med et konfidensinterval (CI). CI er det interval, hvori en populations HR med en given sandsynlighed befinder sig. Ofte bruges der et CI på 95 %, hvilket vi også gør i nærværende studie. CI kan bruges til at vurdere, hvor præcis HR er, da et bredt CI angiver lav grad af præcision, mens et smalt CI angiver en høj grad af præcision (Schmoor & Graf, 2014).

Afslutningsvist kan det nævnes, at man ved cox regression også kan lave en multipel regression, hvor man tager højde for flere forskellige faktorer, som kan have indflydelse på resultaterne. Denne del vil også blive inddraget i dette studie, hvor vi vil justere de inddragede faktorer ift. hinanden for at undersøge, om de er risikofaktorer i sig selv (Schmoor & Graf, 2014).

3.4.1.4 At teste for signifikans

Samtidigt med anvendelsen af ovenstående statistiske tests, der hver angiver en testværdi, ønsker vi ligeledes at anvende signifikanstestning til at beregne sandsynligheden for, at H_0 finder sted (Coolican, 2014). Sandsynligheden, for at H_0 finder sted, angives med p (probability), hvilken kan variere fra 0 til 1. Jo tættere værdien er på 0, jo større er sandsynligheden for, at H_0 bør forkastes og H_1 accepteres. Hvornår, hypotesen bør bekræftes eller afkræftes, angives med signifikansniveauet, α (alpha). Ønsker man stor sikkerhed for resultatet, kan man sænke signifikansniveauet. I den forbindelse skal man dog være opmærksom på, at når man har et lavt signifikansniveau, er der en risiko for at begå type I fejl, hvor nulhypotesen afkræftes, selvom den er sand. På den anden side vil der være

fare for at begå type II fejl, hvor nulhypotesen bekræftes, selvom den er falsk, hvis man har et højt signifikansniveau (Coolican, 2014).

Når man tester sin hypotese, kan man vælge, om der skal bruges en en-halet eller to-halet test. Ved anvendelse af en en-halet test har man en formodning om, at resultaterne vil falde ud til en ende – enten over eller under gennemsnittet. På den måde tester man sandsynligheden for, at resultatet falder ud enten over eller under gennemsnittet og udelukker muligheden for, at der også kan forekomme kritiske værdier på modsatte side af gennemsnittet (Coolican, 2014). Ved derimod at anvende en to-halet test går man ud fra, at resultaterne vil fordele sig nogenlunde lige over gennemsnittet. På den måde tester man sandsynligheden for, at ens resultater både kan være kritiske over og under gennemsnittet (Coolican, 2014). Vælger man at foretage en to-halet test med et signifikansniveau på $p \leq 0,05$, vil signifikansniveauet deles, således at man i princippet kun tester på $p \leq 0,025$, fordi man forventer, at de mest kritiske værdier fordeler sig i hver ende (Coolican, 2014).

Vi vælger i dette studie at have et signifikansniveau på $p \leq 0,05$ og anvender derudover en to-halet test, da vi på forhånd ikke har forventninger til, om resultater falder ud over eller under gennemsnittet. Samtidigt ønsker vi ikke at udelukke, at vi kan få kritiske værdier både over og under gennemsnittet. Det betyder også, at vi tester vores hypotese på et signifikansniveau på $p \leq 0,025$ svarende til en sandsynlighed på 2,5 %.

3.5 Undersøgelsens reliabilitet, validitet og generaliserbarhed

Psykologi er ikke en præcis videnskab, og der findes ikke en universel måde at undersøge psykologiske fænomener på. Det betyder også, at måden, hvorpå en problemstilling og/eller et fænomen undersøges, afhænger af den måde, vi definerer problemet og/eller fænomenet på. Derfor kan det samme fænomen undersøges på mange forskellige måder og give tilsvarende forskellige resultater (Coolican, 2014). Det stiller dermed krav til, at vi, ud fra vores problemstilling og definitioner, får konsistente fund, at vi undersøger det, vi ønsker at undersøge, og at undersøgelsen kan bruges til at sige noget generelt om en hel population (Coolican, 2014). I de nedenstående afsnit vil vi gennemgå disse tre områder i relation til studiet.

3.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om, hvorvidt vores undersøgelse kan gentages og resultere i de samme fund; altså om vores fund er konsistente (Coolican, 2014). For at sikre, at vores

fund bliver så konsistente som muligt, er studiets problemstilling først og fremmest gennemgået og afgrænset, således det fremgår tydeligt, hvad det er, vi ønsker at undersøge, og hvordan vi definerer problemet. Derudover har vi gennemgået og defineret problemstillingens mest centrale dele og begreber, således det er tydeligt, hvilken betydning vi tillægger dem. Vi er altså meget tydelige ift., hvad vi ønsker at undersøge, og hvordan vi definerer undersøgelsen og dens variable.

Ekstern reliabilitet omhandler, hvorvidt den samme undersøgelsesmetode vil frembringe de samme resultater, hvis man foretog undersøgelsen igen (Coolican, 2014). Da vores studie er et registerstudie, hvor den anvendte data er registreret og ikke kan ændres, må man formode, at hvis dataindsamlingen blev foretaget på ny og efter de samme retningslinjer, så ville vi opnå de samme resultater igen.

3.5.2 Validitet

Validitet handler om, hvorvidt vores studie undersøger det, vi faktisk ønsker at undersøge (Coolican, 2014). I vores data er der særlig risiko for manglende validitet ift. diagnosticering og prædiktorer, da disse variable til en vis grad afhænger af fagpersonens subjektive vurdering af den enkelte persons beskrivelser (Gregory & Radovinsky, 2012). Dette kan dog være svært at tage højde for, og vi må desuden have tillid til, at i og med alle fagfolk følger de samme regler og diagnosticerer ud fra de samme kriterier, så vil der være en vis ensartethed og validitet i diagnosticeringen. Et studie af Mohr-Jensen, Koch, Lauritsen og Steinhausen (2016) baseret på data fra danske registre undersøgte netop validiteten og reliabiliteten af diagnosticeringen af ADHD og fandt, at misklassifikationen af diagnosen er relativt lav med undtagelse af F90.8. Vores data omkring aborter vil til gengæld være endnu mere valide. Det skyldes, at afrapportering sker, når der er foretaget en abort, og data bygger således ikke på subjektive vurderinger. Derudover har man i Danmark pligt til at registrere alle aborter og indberette dem til Sundhedsdatastyrelsen ud fra SKS-koderne, hvilket giver ensartethed. Vi vurderer i den sammenhæng, at i og med de data, vi indsamler, er registreret af sundhedspersonale ud fra klare og ens koder, bør der være en god validitet forbundet med vores data (Coolican, 2014).

Derudover skal vi forsøge at sikre os, at vores undersøgelse faktisk undersøger prævalensen af provokerede aborter, og hvorvidt piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser har en øget risiko for at få en abort. Måden, hvorpå vi forsøger at sikre dette, er ved at opstille en justeret model, hvori vi kontrollerer for andre risikofaktorer, som også har

vist sig at være risikofaktorer for at få en abort. Vi har dog af forskellige årsager ikke haft mulighed for at kontrollere for alle faktorer, hvorfor der kan være en risiko for, at andre faktorer har haft mindre indflydelse på resultatet. Vi vurderer dog, at vores resultater trods alt kan vise, om piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser har en tendens til at have en øget risiko for at få en abort eller ej, da vi netop har haft mulighed for at justere og teste for nogle udvalgte risikofaktorer.

3.5.3 Generaliserbarhed

Generaliserbarhed handler afslutningsvist om, hvorvidt studiets sample kan sige noget generelt om hele den population, samplet kommer fra. For at det er muligt at kunne lave denne generalisering, er det først og fremmest en forudsætning, at vores fund er reliable og valide. Derudover kræver det også, at der er tale om et repræsentativt sample (Coolican, 2014). At et sample er repræsentativt betyder, at fordelingen af deltagere og deres karakteristika ligeligt skal afspejle resten af den population, de er udtaget fra. Dette har vi forsøgt at sikre ved at opstille klare inklusionskriterier om alder, køn og diagnosticering i hver af de eksponerede grupper. Herudfra har vi uden undtagelse medtaget alle piger, der opfyldte de opstillede kriterier – vi har altså hverken valgt piger fra eller til, men blot medtaget piger ud fra de forud opstillede kriterier. Det samme gør sig gældende for studiets kontrolgruppe. Denne indeholder piger, der er tilfældigt udvalgt ud fra samme alder og køn som deltagerne i de eksponerede grupper, hvilket giver os det bedst mulige sammenligningsgrundlag.

En anden måde at forbedre studiets generaliserbarhed er ved at øge antallet af deltagere, hvilket vi har haft god mulighed for ved anvendelse af registrene. Ved at anvende store samples, er vi i stand til at øge de statistiske tests power, hvormed man bedre er i stand til at identificere, om der er en effekt eller ej (Coolican, 2014). Vi vurderer, at vores relativt store samples har tilstrækkelig størrelse til at kunne generalisere til resten af populationen. Men da det at konkludere noget generelt ud fra noget observeret ofte er forbundet med en vis usikkerhed, tager vi også udgangspunkt i et konfidensinterval på 95 %. Med dette definerer vi et krav om, at der skal være 95 % sikkerhed for, at vores resultater kan generaliseres, fordi de ikke er tilfældige (Coolican, 2014).

3.6 Etik

Med undersøgelser som denne, der vedrører levende mennesker, er der naturligvis nogle ting, man bør tage højde for og have for øje før, under og efter udførelsen af undersøgel-

sen. Dette fordi især resultaterne kan have både positiv og negativ indvirkning på den undersøgte gruppe som helhed. Som det fremgår i afsnit 2.6.3 om stigmatisering, kan valget om abort medføre stigmatisering. Dette gør sig dog også gældende for personer med psykiske lidelser (SFI Det Nationale Forskningscenter For Velfærd, 2010; Psykiatrifonden). Det betyder, at de grupper, som vi undersøger i dette studie (piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser), er i risiko for at blive/være stigmatiserede, og det kan medføre forskellige negative konsekvenser for pigerne og deres pårørende (SFI Det Nationale Forskningscenter For Velfærd, 2010; Psykiatrifonden).

Vi har derfor i arbejdsprocessen gjort os overvejelser omkring, hvilken indflydelse vores resultater kan have, og hvordan de skal bruges og formidles. I den forbindelse har vi gjort os overvejelser om, at der kan være en fare for, at vores resultater vil kunne bidrage til yderligere stigmatisering for de persongrupper, som vi beskæftiger os med. Dette vil kunne ske, hvis vores resultater lever op til vores hypotese om, at forekomsten af provokerede aborter er højere hos piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser, da pigerne i disse grupper risikerer at blive yderligere stigmatiseret, fordi de har fået en provokeret abort. På den anden side er formålet med denne undersøgelse at få en bredere viden indenfor dette område, så vi er i bedre stand til at kunne hjælpe de pågældende grupper. Vi mener, at en sådan viden er vigtig for det fagpersonale, som arbejder med pigerne. Først og fremmest fordi en bredere viden kan være med til at forbedre forebyggelsen af aborter blandt disse piger. Men derudover også fordi denne viden kan være med til at sætte fokus på, hvilke risikofaktorer der, udover diagnoserne, også kan have indflydelse på, om pigerne får en abort, og som derfor også kræver øget opmærksomhed.

Vi mener således, at formålet med undersøgelsen og den viden, den kan give, overskygger de mulige negative konsekvenser, hvorfor vi også finder det relevant at lave undersøgelsen. Men det er dog en problemstilling, vi er opmærksomme på i vores formidling af undersøgelsen, og dermed forsøger vi at lægge vægt på, hvordan resultaterne kan forbedre pigernes sundhed, fremfor at forværre den.

4. Resultater

I dette afsnit vil vi gennemgå studiets resultater. Første del vil, på baggrund af den deskriptive statistik samt resultaterne af forskelsanalyserne, bestå af en gennemgang af karakteristikaene for de inkluderede deltagerere og dernæst for abort. I anden del af afsnittet vil vi gennemgå resultaterne for regressionsanalysen, hvorunder vi først vil gennemgå

resultaterne for de eksponerede grupper og derefter for de tre andre risikofaktorer; komorbide tilstande, urbanisering og forældrenes indkomst.

4.1 Karakteristika for de inkluderede deltagere

I dette registerstudie indgik 871 piger med ADHD, 749 piger med adfærdsforstyrrelser, 280 piger med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser samt 6.166 piger uden ADHD og adfærdsforstyrrelser, der fungerede som kontrolgruppe. Yderligere oplysning kan ses i nedenstående tabel 1. Pigerne i gruppen med ADHD havde en gennemsnitsalder på 12,0 (SD: 2,9) år ved diagnosticering, mens pigerne i gruppen med adfærdsforstyrrelser havde en gennemsnitsalder på 12,3 (SD: 2,8) år ved diagnosticering. I gruppen med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser havde pigerne en gennemsnitsalder på 12,1 (SD: 3,0) år ved diagnosticering. Alle pigerne er blevet fulgt til de var mindst 18 år og højest 24 år. Den gennemsnitlige alder ved opfølgning for hver gruppe kan ses nedenfor i tabel 1. I tabel 2 fremgår det derudover, at de tre eksponerede grupper havde en signifikant højere gennemsnitsalder ved opfølgning sammenlignet med kontrolgruppen.

Karakteristikaene af de fire grupper ift. andre udvalgte komorbide tilstande, kategorisering af forældrenes gennemsnitlige indkomst i de første ti leveår, samt urbanisering opgjort som bopæl ved tiende leveår ses i tabel 1. De tre eksponerede grupper havde signifikant højere forekomst af alle udvalgte komorbide diagnoser sammenlignet med kontrolgruppen. Sammenligner man derudover gruppen med ADHD og gruppen med adfærdsforstyrrelse, adskilte de sig fra hinanden ift. forekomsten af flere forskellige komorbide tilstande (se tabel 2).

Resultaterne viser desuden, at forældrene til pigerne i de eksponerede grupper havde signifikant lavere indkomst end kontrolgruppen, og samtidig havde forældrene til pigerne med adfærdsforstyrrelse en signifikant lavere indkomst end forældrene til pigerne med ADHD. Ved det tiende leveår boede flere af pigerne i de eksponerede grupper i hovedstaden, hovedstadens forstæder og kommunerne med mere end 100.000 indbyggere sammenlignet med pigerne i kontrolgruppen, der i højere grad boede i de mindre kommuner. Derudover boede piger med ADHD oftere i urbaniserede områder sammenlignet med piger med adfærdsforstyrrelse (jf. tabel 2).

	ADHD		Adfærds.		ADHD + Adfærds.		Kontrol	
	N/M	%/SD	N/M	%/SD	N/M	%/SD	N/M	%/SD
Antal personer	871	100	749	100	280	100	6166	100
Antal med min. én abort	103	11,8	142	19,0	56	20,0	309	5,0
Alder ved diagnosticering	12,0	2,9	12,3	2,8	12,1	3,0	-	-
Alder ved abort	17,3	2,3	17,7	2,1	17,0	2,1	18,4	2,2
Alder ved opfølgning	20,1	1,8	21,0	1,9	20,1	1,8	19,7	1,9
Komorbide tilstande								
Misbrug	13	1,5	39	5,2	18	6,4	6	0,1
Personlighedsforstyrrelser	55	6,3	59	7,9	30	10,7	11	0,2
Depression	56	6,4	53	7,1	14	5,0	32	0,5
Angst/belastningsreaktion	91	10,4	41	5,5	20	7,1	36	0,6
Emotionelle forstyrrelser	30	3,4	29	3,9	16	5,7	13	0,2
Tilknytningsforstyrrelser	38	4,4	37	4,9	26	9,3	5	0,1
Mental retardering	100	11,5	54	7,2	34	12,1	18	0,3
Inferioritas intellectualis	83	9,5	48	6,4	29	10,4	10	0,2
Indlæringsvanskeligheder	157	18,0	83	11,1	62	22,1	11	0,2
ASD	111	12,7	27	3,6	24	8,6	30	0,5
Forældrenes indkomst								
Laveste tredjedel	408	46,8	440	58,7	134	47,9	2046	33,2
Midterste tredjedel	247	28,4	211	28,2	81	28,9	2054	33,3
Højeste tredjedel	214	24,6	96	12,8	65	23,2	2058	33,4
Missing	2	0,2	2	0,3	0	0	87	1,4
Urbanisering								
Hovedstaden	84	9,6	39	5,2	38	13,6	225	3,6
Hovedstadens forstæder	109	12,5	91	12,1	52	18,6	539	8,7
Kommuner med >100.000 indbyggere	77	8,8	69	9,2	28	10,0	413	6,7
Kommuner med 10.000-100.000 indbyggere	262	30,1	219	29,2	77	27,5	1875	30,4
Øvrige kommuner	331	38,0	329	43,9	85	30,4	3027	49,1
Missing	8	0,9	2	0,3	0	0	87	1,4
Adfærds.: adfærdsforstyrrelser; N: antal; M: gennemsnit; SD: standardafvigelse; Emotionelle forstyrrelser: emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen; ASD: autismespektrumsforstyrrelse								

Tabel 1: Karakteristika for de fire undersøgte grupper

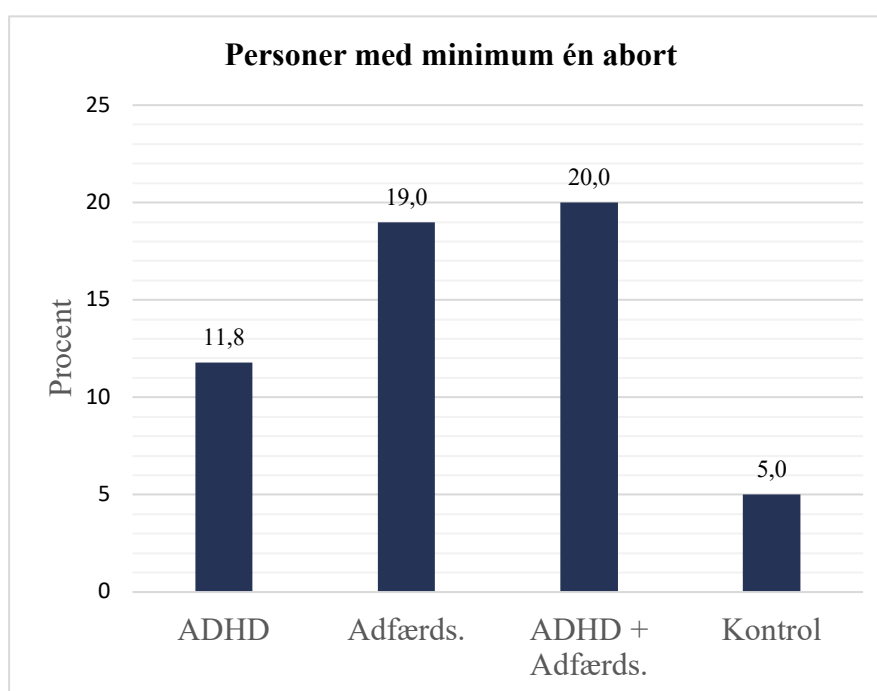
	ADHD		Adfærds.		ADHD + Adfærds.		ADHD >< Adfærds.	
	t/ χ^2	p	t/ χ^2	p	t/ χ^2	p	t/ χ^2	P
Antal personer	-	-	-	-	-	-	-	-
Antal med min. én abort	64,3	<0,001	213,1	<0,001	112,6	<0,001	15,96	<0,001
Alder ved diagnosticering	-	-	-	-	-	-	2,89	0,004
Alder ved abort	-4,2	<0,001	-3,1	0,002	-4,5	<0,001	1,36	0,177
Alder ved opfølgning	6,3	<0,001	18,25	<0,001	3,9	<0,001	10,06	<0,001
Komorbide tilstande								
Misbrug	55,2	<0,001	269,7	<0,001	289,4	<0,001	17,9	<0,001
Personlighedsforstyrrelser	579,5	<0,001	395,0	<0,001	470,4	<0,001	1,50	0,220
Depression	215,9	<0,001	236,5	<0,001	75,9	<0,001	0,3	0,604
Angst/belastningsreaktion	419,0	<0,001	145,0	<0,001	133,8	<0,001	13,31	<0,001
Emotionelle forstyrrelser	131,4	<0,001	148,3	<0,001	183,1	<0,001	0,2	0,647
Tilknytningsforstyrrelser	230,4	<0,001	261,2	<0,001	474,2	<0,001	0,0	0,582
Mental retardering	579,5	<0,001	310,2	<0,001	470,1	<0,001	8,54	0,003
Inferioritas intellectualis	513,5	<0,001	313,3	<0,001	462,9	<0,001	5,28	0,022
Indlæringsvanskeligheder	1043,1	<0,001	592,1	<0,001	1154,1	<0,001	15,39	<0,001
ASD	584,0	<0,001	79,4	<0,001	210,8	<0,001	43,16	<0,001
Forældrenes indkomst								
Laveste tredjedel	65,0	<0,001	217,6	<0,001	27,0	<0,001	39,97	<0,001
Midterste tredjedel								
Højeste tredjedel								
Missing								
Urbanisering								
Hovedstaden	98,6	<0,001	22,5	<0,001	115,8	<0,001	14,09	0,007
Hovedstadens forstæder								
Kommuner med >100.000 indbyggere								
Kommuner med 10.000-100.000 indbyggere								
Øvrige kommuner								
Missing								
Adfærds.: adfærdsforstyrrelser; t: testværdien for den uafhængige t-test; χ^2 : testværdien for chi i anden; p: p-værdien (vi tester med et signifikansniveau på $p \leq 0,025$); Emotionelle forstyrrelser: emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen; ASD: autis-mespektrumsforstyrrelse								

Tabel 2: Forskelsanalyser af det deskriptive data

4.2 Provokeret abort

I løbet af opfølgningsperioden havde 11,8 % af pigerne med ADHD, 19,0 % af pigerne med adfærdsforstyrrelser, 20,0 % af pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser og 5,0 % af pigerne i kontrolgruppen fået minimum én abort. Et visuelt overblik over dette kan ses i søjlediagrammet i figur 4. I tabel 2 ses det desuden i forlængelse heraf, at forekomsten af aborter var signifikant øget i de eksponerede grupper sammenlignet med kontrolgruppen. Ved sammenligning af pigerne med ADHD og pigerne med adfærdsforstyrrelser ses det, at pigerne med adfærdsforstyrrelser havde en signifikant øget forekomst af aborter jf. tabel 2.

Ser vi på alderen ved provokeret abort, fandt vi, at pigerne i de eksponerede grupper var signifikant yngre end pigerne i kontrolgruppen, da pigerne med ADHD gennemsnitligt var 17,3 (SD: 2,3) år, pigerne med adfærdsforstyrrelser var 17,7 (SD: 2,1) år, pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser var 17,0 (SD: 2,1) år, mens pigerne i kontrolgruppen var 18,4 (SD: 2,2) år.



Figur 4: Fordeling af personer med minimum én abort

4.3 Risikoen for at få en provokeret abort

I dette afsnit gennemgås resultaterne for regressionsanalysen. I tabel 3 fremgår de justerede HR for de tre eksponerede grupper samt de komorbide tilstande, forældrenes indkomst og urbanisering. De forskellige faktorer er justeret for hinanden. Ved analyserne

omkring de tre eksponerede grupper samt ift. komorbide tilstande er kontrolgruppen angivet som referencegruppe. Referencegruppen for risikofaktorerne omkring forældrenes indkomst og urbanisering er angivet i nedenstående tabel 3.

	Abort		
	HR	95 % CI	p
ADHD	2,92	2,28 – 3,75	< 0,001
Adfærdsforstyrrelser	3,52	2,84 – 4,37	< 0,001
ADHD + adfærdsforstyrrelser	5,05	3,70 – 6,90	< 0,001
Komorbide tilstande			
Misbrug	1,45	0,88 – 2,39	0,147
Personlighedsforstyrrelser	1,09	0,74 – 1,61	0,664
Depression	1,21	0,78 – 1,86	0,401
Angst/belastningsreaktion	0,72	0,45 – 1,17	0,183
Emotionelle forstyrrelser	0,79	0,42 – 1,49	0,461
Tilknytningsforstyrrelser	0,64	0,37 – 1,10	0,108
Mental retardering	0,66	0,42 – 1,03	0,066
Inferioritas intellectualis	1,00	0,66 – 1,52	0,987
Indlæringsvanskeligheder	0,70	0,49 – 1,00	0,051
ASD	0,66	0,38 – 1,13	0,129
Forældrenes indkomst			
Laveste tredjedel	2,31	1,82 – 2,95	< 0,001
Midterste tredjedel	1,59	1,23 – 2,07	< 0,001
Højeste tredjedel	Reference-gruppe	reference-gruppe	reference-gruppe
Urbanisering			
Hovedstaden	Reference-gruppe	reference-gruppe	reference-gruppe
Hovedstadens forstæder	1,05	0,72 – 1,54	0,783
Kommuner m. > 100.000 indbyggere	0,83	0,55 – 1,27	0,389
Kommuner m. 10.000 – 100.000 indbyggere	0,79	0,56 – 1,11	0,174
Øvrige kommuner	0,78	0,56 – 1,09	0,143

HR: hazard ratio; CI: konfidensintervallet; p: p-værdien (vi tester med et signifikansniveau på $p \leq 0,025$); Emotionelle forstyrrelser: emotionelle forstyrrelser opstået i barndommen; ASD: autismspektrumsforstyrrelse

Tabel 3: Risikofaktorer for provokeret abort

Vi finder, at ADHD var en signifikant risikofaktor for at få en provokeret abort sammenlignet med kontrolgruppen, da den ujusterede HR var 2,78 (95 % CI = 2,22 – 3,48; $p < 0,001$). Adfærdsforstyrrelser var ligeledes en signifikant risikofaktor for at få en provokeret abort, da den ujusterede HR var 3,89 (95 % CI = 3,19 – 3,75; $p < 0,001$). Vi finder derudover også, at komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser var en signifikant risikofaktor for at få en provokeret abort, da den ujusterede HR var 4,98 (95 % CI = 3,74 – 6,62; $p < 0,001$).

Vi har desuden beregnet de justerede HR for hver eksponeret gruppe, hvor vi justerer for ADHD, adfærdsforstyrrelser eller komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser samt andre udvalgte komorbide tilstande, forældrenes indkomst og urbanisering. Efter justering var ADHD stadig en signifikant risikofaktor for at få en provokeret abort, da den justerede HR var 2,92 (95 % CI = 2,28 – 3,75; $p < 0,001$). Således var ADHD associeret med næsten tre gange øget risiko for at få en provokeret abort sammenlignet med kontrolgruppen. Adfærdsforstyrrelser var ligeledes fortsat en signifikant risikofaktor for provokeret abort efter justering, da den justerede HR var 3,52 (95 % CI = 2,84 – 4,37; $p < 0,001$). Adfærdsforstyrrelser var altså associeret med ca. 3,5 gange øget risiko for at få en provokeret abort sammenlignet med kontrolgruppen. Komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser var fortsat også en signifikant risikofaktor efter justering, da den justerede HR var 5,05 (95 % CI = 3,70 – 6,90; $p < 0,001$). Komorbiditet imellem ADHD og adfærdsforstyrrelser var således associeret med ca. fem gange øget risiko for at få en provokeret abort sammenlignet med kontrolgruppen. De tre eksponerede grupper var således forbundet øget risiko for at få en provokeret abort både før og efter justering sammenlignet kontrolgruppen.

4.3.1 Komorbide tilstande og urbanisering som risikofaktorer

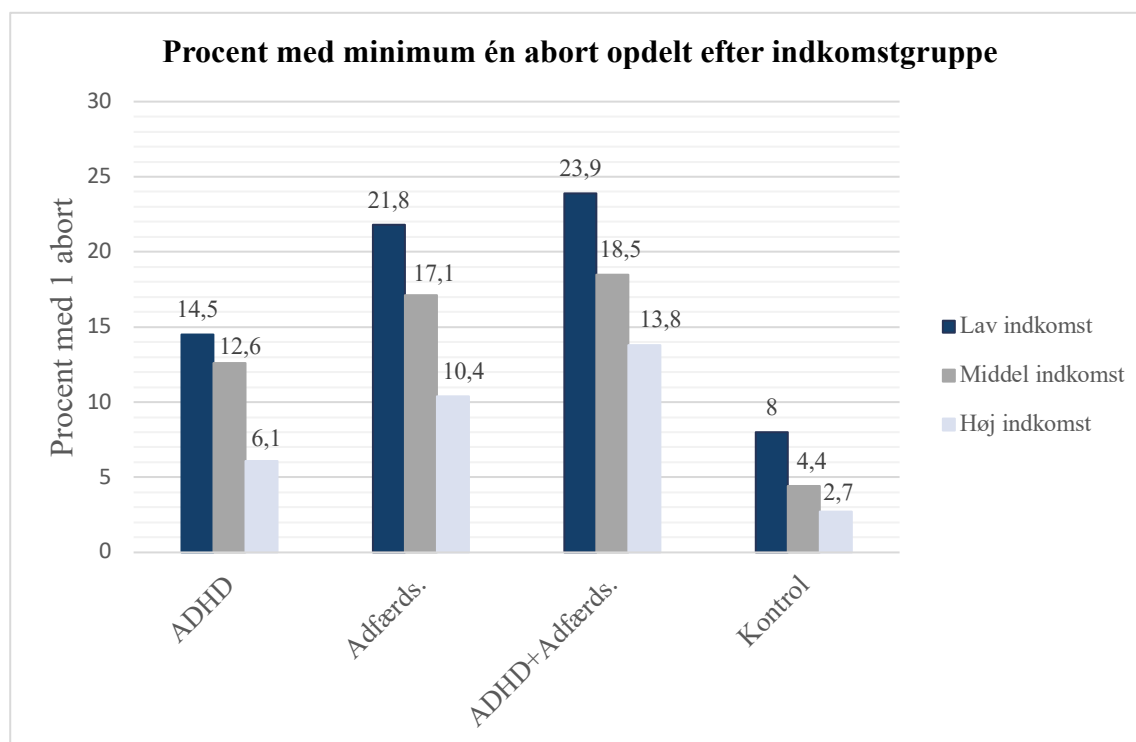
Som det fremgår af tabel 3 fandt vi ingen signifikante resultater for den justerede HR ift. de andre udvalgte komorbide tilstande. Der sås dog en tendens til, at nogle af de komorbide tilstande kunne være risikofaktorer, mens andre af de komorbide tilstande havde en tendens til at være beskyttende faktorer ift. at få en provokeret abort. Ingen af resultaterne var dog som nævnt signifikante.

Vi fandt ligeledes ingen signifikante resultater ift. urbanisering ud fra den justerede HR. Det tyder derfor på, at urbaniseringsgraden ved tiende leveår ikke er en risikofaktor for at få en provokeret abort.

4.3.2 Forældrenes indkomst som risikofaktor

På området omkring forældrenes økonomiske status, fandt vi, at forældrenes gennemsnitlige indkomst i de første ti leveår havde indflydelse på, hvor høj pigernes risiko var for at få en abort. Både lav indkomst (HR = 2,31; 95 % CI = 1,82 – 2,95) og middel indkomst (HR = 1,59; 95 % CI = 1,23 – 2,07) var associeret med signifikant øget risiko for at få en provokeret abort sammenlignet med høj indkomst, når der blev kontrolleret for ADHD, adfærdsforstyrrelser, komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser samt de andre mulige risikofaktorer. Forholdet imellem indkomst og abort er illustreret i figur 5. Denne viser fire

søjlediagrammer over den procentmæssige fordeling af personer med minimum én abort opdelt efter diagnose og indkomst. I figur 5 ses det for alle fire grupper, at pigerne i den lave indkomstgruppe havde fået foretaget flest provokerede aborter. Pigerne i den midterste indkomstgruppe placerer sig imellem den lave og høje indkomstgruppe, hvad angår antallet af provokerede aborter i alle fire grupper. Pigerne i den høje indkomstgruppe havde således i alle fire grupper fået foretaget færrest provokerede aborter.



Figur 5: Fordeling af personer med minimum én abort opdelt efter diagnose og indkomst

5. Diskussion

I dette afsnit vil vi diskutere og sammenholde vores resultater og holde dem op imod resultater fra tidligere studier fra det systematiske review, som er blev beskrevet tidligere. I forlængelse af dette vil vi diskutere nogle af de mulige baggrunde for resultaterne. Disse punkter vil vi først gennemgå for hver af diagnoserne, inden de derefter sammenlignes. Efter dette vil vi ligeledes diskutere indflydelsen af andre risikofaktorer og konsekvenserne af at få en abort. Herefter vil vi diskutere, hvordan resultaterne kan bruges i praksis. Diskussionen rundes af med overvejelser omkring vores studiets metode og i forlængelse af dette vil vi gøre os overvejelser omkring, hvad en anden metodisk tilgang havde betydet for resultaterne.

5.1 Abort hos piger med ADHD

I dette registerstudie fandt vi, at forekomsten af piger, der havde fået foretaget en provokeret abort, var signifikant øget hos piger med ADHD (11,8 %) sammenlignet med pigerne i kontrolgruppen (5,0 %). Pigerne med ADHD viste sig desuden gennemsnitligt at være ca. et år yngre ved abort end pigerne i kontrolgruppen, hvilket var en signifikant forskel. I forlængelse heraf fandt vi også, at ADHD var en risikofaktor for at få en provokeret abort, både før ($HR = 2,78$; 95 % $CI = 2,22 - 3,48$) og efter ($HR = 2,92$; 95 % $CI = 2,28 - 3,75$) justering for mulige risikofaktorer. Efter justering så vi, at ADHD hos piger øgede risikoen næsten tre gange. HR blev faktisk lidt større i den justerede model, hvilket tyder på, at de faktorer, vi kontrollerede for, kan ses som en form for beskyttende faktorer, eller at de i hvert fald peger i den retning, hvilket vi også vil komme nærmere ind på senere i diskussionen (se afsnit 5.5).

Disse fund stemmer overens med to ud af de tre studier (Bro et al., 2015; van Ditzhuijzen et al. 2013; Mota et al., 2010), som indgik i reviewet, og som er beskrevet tidligere i afsnit 2.7 (Daigaard & Winde, unpub.). De to studier fandt således, at ADHD var associeret med det at få foretaget en provokeret abort. Sammenligner vi først med det danske registerstudie af Bro et al. (2015), så fandt de større forekomster af provokerede aborter både i gruppen af kvinder med ADHD, som fik medicin (61,8 %), i gruppen af kvinder med ADHD, som ikke fik medicin (53,1 %), og i kontrolgruppen med kvinder uden ADHD (18,0 %). De fandt desuden også, at risikoen for at få en abort, når pigerne havde ADHD, var højere end i nærværende studie. De fandt nemlig, at risikoen var over syv gange øget i gruppen med medicin ($OR = 7,40$; 95 % $CI = 5,51 - 9,95$; $p < ,0001$) og mere end fem gange øget i gruppen uden medicin ($OR = 5,17$; 95 % $CI = 4,08 - 6,56$; $p < ,0001$) (Bro et al., 2015).

Disse forskelle kan ved første øjekast undre én, da undersøgelsen er lavet ud fra flere af de samme registre og i det samme land som vores. Ser vi dog lidt nærmere på Bro et al. (2015)'s studiedesign, finder vi flere forskelle ift. nærværende studie, som vil kunne være med til at forklare de forskellige resultater. Først og fremmest er deltagerne udvalgt på forskellige måder. Studiet af Bro et al. (2015) bestod af et selekteret sample, hvor alle i studiet var gravide, hvorimod vi medtog alle piger. Dette kan formentligt være forklaringen på de øgede forekomster af provokerede aborter i alle grupperne – også kontrolgruppen, da det er meget naturligt, at forekomsten vil stige, hvis man fjerner alle, der ikke har været gravide. En anden forklaring på den højere forekomst af provokerede aborter i

studiet af Bro et al. (2015) kan måske findes i forskellene på pigernes gennemsnitsaldr. Vores deltagere var ved opfølgning gennemsnitligt ca. 20 – 21 år, hvor de i Bro et al. (2015) gennemsnitligt var ca. 21 – 30 år. Flere af deltagerne i Bro et al. (2015) var således ældre end deltagerne i vores studie, og dette gav større mulighed for, at outcommet kunne nå at forekomme, hvilket kan være en medvirkende forklaring på den øgende forekomst.

Udover at forekomsten af provokerede aborter var højere i Bro et al. (2015), fandt de ligeledes, at risikoen ved at have ADHD var højere end den, vi fandt i nærværende studie. Til forklaring af denne forskel kan det bl.a. fremhæves, at studiet af Bro et al. (2015), såvel som de to andre studier af Mota et al. (2010) og van Ditzhuijzen et al. (2013), er tværsnitsstudier, mens vores studie skiller sig ud ved at være opbygget ud fra kohortedesignet. Det vil altså sige, at de undersøgte om personerne havde ADHD under deres graviditet og ikke tidligere i livet, som vi har gjort det (5 – 15 år). Det kan betyde, at de, der havde ADHD i studiet af Bro et al. (2015), kunne tænkes at have ADHD i sværere grad, fordi kvinder, der havde lettere tilfælde af ADHD, formentligt ikke længere lever op til kriterierne for diagnosen som voksen og derfor ikke indgik i studiet. Til at underbygge dette påpegede Faraone et al. (2006) i deres review, at kun ca. 15 % fortsætter med at leve op til alle kriterierne for ADHD, mens op til to tredjedele fortsat vil opfylde nogle af kriterierne i voksenalderen (25 år). Der er altså en del kvinder, som ikke fortsætter med at leve op til kriterierne, og disse kvinder vil således ikke indgå i studiet af Bro et al. (2015). De studier, vi vil gennemgå i de kommende afsnit, er som nævnt også tværsnitsstudier, hvorfor de samme forhold gælder for dem. Vores studie har således en styrke i bedre at kunne sige noget om den samlede population af piger, der har eller har haft ADHD, fordi vi ser på diagnosticeringen i barndommen og ungdommen. Med vores studie er vi således bedre rustede til at kunne besvare vores forskningsspørgsmål, der netop drejer sig om piger med ADHD generelt. Vi undersøger ikke bare dem, der fortsætter med at have symptomer som voksne, og ikke bare dem, der har været gravide, men gerne alle piger der har levet op til diagnosen i barndom eller ungdom, for at se, om det har en indflydelse på, om man er i risiko for at få en provokeret abort senere i livet.

Vi må altså samlet sige, at de overordnede resultater fra vores registerstudie stemmer overens med de overordnede resultater fra registerstudiet af Bro et al. (2015), men at resultaterne ikke er direkte sammenlignelige, fordi der er nogle væsentlige forskelle i studiedesigns.

Det andet studie, som også fandt en association imellem provokeret abort og ADHD, var studiet af van Ditzhuijzen et al. (2013). Dette studie byggede også på en form for registerdata. Det var dog kun data omkring provokerede aborter, der kom fra registrene, da forfatterne selv undersøgte for psykiatriske tilstande. Dette studie er, som nævnt, ligesom Bro et al. (2015) et tværsnitsstudie, men her var resultaterne heller ikke direkte sammenlignelige med vores, da studiedesignet, som nævnt, var anderledes. Det særlige ved dette studie er dog, at de også tog udgangspunkt i og opdelte kvinderne efter, om de havde fået en provokeret abort eller ej. Herefter undersøgte de så forekomsten af ADHD i de to grupper og fandt en øget forekomst af ADHD i abortgruppen (4,7 %) sammenlignet med kontrolgruppen uden abort (1,4 %). Studiet kan altså siges at være et tværsnitsstudie, men hvor opbygningen minder lidt mere om et case-kontrolstudie. Ud over den øgede forekomst fandt de desuden, at det at have fået en provokeret abort var sammenhængende med en øget risiko for at have ADHD (OR = 3,50; 95 % CI = 1,71 – 7,15; p = ,001) (van Ditzhuijzen et al., 2013). Man kan således sige, at de fandt en association mellem ADHD og provokeret abort, og på den måde stemmer fundene i vores registerstudie overens med deres fund.

Det tredje studie, som indgik i vores review om ADHD og provokeret abort, var et tværsnitsstudie af Mota et al. (2010). I dette arbejdede de ligesom van Ditzhuijzen et al. (2013) ud fra en model, der mindede om et case-kontrolstudie, hvor de opdelte deltagerne i to grupper efter, om de havde fået foretaget en provokeret abort eller ej. Herefter undersøgte de forekomsten af ADHD i de to grupper og fandt, at der ikke var en signifikant øget forekomst af ADHD i abort-gruppen, hvilket adskiller sig fra de andre studiers fund. Denne forskel studierne imellem kan dog, som vi også har været inde på i teoriafsnittet, skyldes, at studiet i modsætning til de andre bygger på selvrapporteret data omkring aborterne. Det kan medføre underrapportering på grund af social desirability bias (Tourangeau & Yan, 2007). Dette område er derfor et sted, hvor vores studie og de to andre studier har en styrke ved at tage udgangspunkt i registerdata, som i dette tilfælde er langt mere valid.

Ser vi på resultaterne samlet, må vi konstatere, at de overordnet peger i retning af, at der er en association imellem ADHD og det at få foretaget en provokeret abort, og at ADHD i forlængelse heraf er en risikofaktor for at få foretaget en provokeret abort. Der er dog blandede resultater formenligt på grund af forskellige fremgangsmåder i studierne, hvorfor det ville være interessant med mere forskning med ensartede metoder på området – gerne i form af kohortestudier eller lignende.

5.1.1 Mulige forklaringer på resultaterne for ADHD

Resultaterne ovenfor giver anledning til at overveje, hvorfor der ses en øget prævalens af provokerede aborter blandt piger med ADHD, og hvorfor ADHD-diagnosen er en risikofaktor i denne sammenhæng. ADHD er, som beskrevet i teoriafsnittet (jf. afsnit 2.2.6), sammenhængende med en række kognitive vanskeligheder, der har vist sig at kunne medvirke til seksuel risikoadfærd. Derfor finder vi det interessant at overveje disse vanskeligheder, når vi skal forsøge at forstå, hvorfor der ses en øget prævalens af provokerede aborter blandt piger med ADHD.

Kigger vi først nærmere på punktet om opmærksomhedsforstyrrelse, så kan det betegnes som en kognitiv vanskelighed, der kan testes via forskellige tests, som vi har beskrevet i afsnit 2.2.6.1. Vanskeligheder med opmærksomhed er noget, der påvirker mange områder, og det har bl.a. indflydelse på evnen til planlægning. Dette ser vi netop beskrevet i studiet af Isaksson et al. (2018), hvor de fandt, at symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse var sammenhængende med selvrapporteret seksuel risikoadfærd. Det drejede sig både om ubeskyttet sex, antal seksuelle partnere, sex imens man var påvirket af alkohol eller stoffer, samt at have gjort en partner gravid eller selv være blevet gravid. Disse fund tyder altså på, at vanskelighederne med opmærksomhed, som ses hos personer med ADHD, formentligt kan være med til at forklare den højere forekomst af provokerede aborter. Det kan det, fordi provokeret abort kan ses som et muligt resultat af seksuel risikoadfærd, da ubeskyttet sex kan føre til uønskede graviditeter, som igen kan føre til, at man får foretaget en provokeret abort.

I studiet af Isaksson et al. (2018) gjorde de sig også overvejelser om, hvorfor opmærksomhedsforstyrrelse var sammenhængende med seksuel risikoadfærd, og her kom de ikke frem til noget sikkert svar. De mente dog, at det kunne hænge sammen med, at vanskeligheder med opmærksomheden kan føre til problemer med planlægning og organisering, og at det rent faktisk var disse vanskeligheder, som kunne være med til at forklare sammenhængen. Området om planlægning vil vi undersøge yderligere senere i dette afsnit. En anden mulig forklaring kunne måske også være, at pigerne simpelthen ikke tænker deres handlinger ordenligt igennem, og dette kunne fx lede os hen til vanskeligheder med arbejdshukommelsen. Arbejdshukommelsen er også i forskningen fundet sammenhængende med seksuel risikoadfærd (Khurana et al., 2012). Man kunne her forestille sig, at det kunne forklares ved, at vanskeligheder med arbejdshukommelsen gør det svært at fastholde og bearbejde mere komplekse overvejelser, som man kan argumentere for, at

overvejelser omkring konsekvenserne af seksuel risikoadfærd er. På den måde vil sådanne vanskeligheder kunne komme til udtryk i, at de ikke tænker tingene igennem, fordi det er en for kompleks problemstilling.

Som det allerede er beskrevet i teoriafsnittet, er impulsivitet i studiet af Charnigo et al. (2013) også fundet sammenhængende med seksuel risikoadfærd. Det er derfor interessant også at overveje, hvordan impulsivitet måske kan være med til at forklare den øgede forekomst af provokerede aborter hos pigerne med ADHD. Charnigo et al. (2013) fandt bl.a., at impulsivitet var sammenhængende med manglende brug af prævention, og dette er væsentligt, fordi ubeskyttet sex kan føre til uønskede graviditeter, som igen kan føre til, at man får foretaget en provokeret abort, som vi også påpegede ovenfor.

Impulsivitet bliver sat sammen med det at handle efter pludselige indskydelser og uden at overveje langtidskonsekvenserne af sine handlinger, hvilket ifølge Solanto et al. (2001) kan undersøges via opgaver om inhibering og delay-aversion. Personer med ADHD har vist sig at have problemer med både inhibering og delay-aversion, og det er derfor områder, som er interessante at overveje, hvis man skal forsøge at få en dybere forståelse for, hvordan impulsivitet kan hænge sammen med seksuel risikoadfærd - herunder bl.a. manglende brug af prævention (jf. afsnit 2.2.6.2).

Vanskeligheder med inhibering har, som beskrevet tidligere, at gøre med vanskeligheder ved at hæmme umiddelbare reaktioner, selvom de kan være upassende i situationen. Hvis vi skal prøve at overveje dette i sammenhæng med seksuel risikoadfærd, så giver det måske meget god mening som en mulig forklaring. Dette kunne gøre sig gældende, fordi det kan sætte pigen i uforberedte situationer, hvor hun fx ikke har prævention med sig eller simpelthen ikke tænker over det i situationen, fordi hun reagerer på umiddelbare indskydelser og ikke via velovervejede beslutninger.

Delay-aversion handler, som tidligere nævnt, om et ønske om at undgå forsinkelser og ventetid, og at man i tests heraf fx ofte vælger de små men hurtigere udløste belønninger. Dette kunne man også hænge sammen med, om man får brugt prævention og dermed beskyttet sig imod uønskede graviditeter, fordi det er den hurtige og umiddelbart "nemme" løsning at lade være med at bruge prævention. I forlængelse af dette kunne man også forestille sig, at hvis pigen står mellem at have ubeskyttet sex eller ikke at have sex, fordi hun var uforberedt i situationen, så ville delay-aversion gøre, at hun var tilbøjelig til

at vælge den hurtige belønning - altså sex, fremfor den langsigtede belønning – ikke at blive gravid.

Disse to underpunkter kan således være med til at forklare, hvorfor impulsivitet ses associeret med seksuel risikoadfærd, og herunder særligt manglende brug af kondom.

En anden forklaring på den øgede forekomst af provokerede aborter ved ADHD, kunne være, at piger med ADHD, muligvis ikke er så gode til at vurderer risici. I reviewet af Groen et al. (2013) fandt de, at der var modstridende resultater ift., om dette var et område, hvor personer med ADHD udviste vanskeligheder. Men da ca. halvdelen af studierne om børn og unge fandt øgede vanskeligheder, så kunne det tyde på, at nogle har vanskeligheder på området. Denne manglende evne til risikovurdering i hverdagssituationer kunne muligvis have indflydelse på, at pigerne ikke anser risikoen ved ubeskyttet sex og anden seksuel risikoadfærd som en egentlig risiko, eller at de ikke overvejer risikoen og derfor fremtræder med mere seksuel risikoadfærd.

Det at piger ikke beskytter sig eller er uforberedte, når de skal have sex, kan formentligt også handle om en manglende evne til planlægning, da det fx kræver planlægning både at købe kondom og bruge det. Dette har vi allerede været lidt inde på ovenfor, hvor Isaksson et al. (2018) påpegede denne mulige sammenhæng. Det er dog ikke kun ved brug af kondom, at man kan forestille sig, at evnen til planlægning er vigtig, det kunne også tænkes at gælde ved andre former for prævention som fx ved brug af p-piller, som er en af de mest anvendte præventionspræparater (Sundhedsstyrelsen, 2005). Det kræver også planlægning at brug p-piller, fordi de skal tages hver dag og gerne omkring det samme tidspunkt for at have den optimale effekt (Apoteket.dk).

Det kunne altså tyde på, at evnen til at planlægge kan være en vigtig overordnet faktor for, hvorfor piger med ADHD får foretaget flere provokerede aborter end piger uden ADHD. Det kan dog formentligt også forklares ud fra et samspil mellem flere af de nævnte kognitive vanskeligheder, da de fleste er blevet fundet til at kunne være sammenhængende med øget seksuel risikoadfærd. Det er dog ikke nødvendigvis selve diagnosen alene, der skaber risikoen. Der kan også være andre faktorer, som er oftere forekommende ved personer med ADHD, som i stedet for eller i nogen grad forklarer den øgede risiko og således bliver en form for confounding faktorer (se afsnit 5.5). Dette har vi allerede forsøgt at tage højde for i dette studie ved at kontrollere for andre muligt relevante

faktorer og derudfra udregnet en justeret HR. Det betyder derfor, at disse faktorer altså ikke forklarer den fortsatte risiko, der ses hos ADHD, da ADHD fortsat gav en signifikant øget risiko efter justering.

Der er dog også en lang række faktorer, som vi ikke har kontrolleret for. Det skyldes bl.a., at ikke alt er tilgængeligt via registre og sådanne data, har vi derfor ikke kunnet inkludere med vores metode. Andre faktorer er ikke medtaget på grund af for omfangsrige og tidskrævende omstændigheder. Til sidst kan der også være faktorer, som vi ikke har været opmærksomme på, fx fordi der i forskningen ikke har været fokus på området endnu. Af faktorer, der tidligere i forskningen, er blevet fundet som mulige risikofaktorer, men som vi af forskellige årsager ikke har taget med kan vi bl.a. nævne familiære forhold, selv-værd, IQ, som eksempler på områder der kunne have været interessante at kontrollere for. Vi kunne fx fremhæve familiære forhold (fx om pigernes forældre har levet sammen eller været skilt, eller om pigerne har været anbragt uden for hjemmet) som et område, der kunne have været væsentligt at undersøge nærmere, men som ikke blev medtaget på grund af tidsmæssige årsager. Det er derfor områder, der i fremtidig forskning kunne være godt at have endnu mere fokus på, så man søgte at afdække endnu flere af de mulige confounding faktorer.

Der er altså fortsat en vis usikkerhed omkring dette registerstudies resultater, da ikke alle faktorer kan undersøges, men alt i alt tyder det dog på, at ADHD i sig selv er en risikofaktor for at få foretaget en provokeret abort.

5.2 Abort hos piger med adfærdsforstyrrelser

I dette registerstudie har vi ikke kun interesse for piger med ADHD, men også for piger med adfærdsforstyrrelser. Vi fandt i denne forbindelse, at forekomsten af piger, der havde fået en provokeret abort, også var signifikant øget hos piger med adfærdsforstyrrelser (19,0 %) sammenlignet med pigerne i kontrolgruppen (5,0 %). Pigerne med adfærdsforstyrrelser var ligeledes signifikant yngre end pigerne i kontrolgruppen (0,7 år), men aldersforskellen var lidt mindre her end ved ADHD. Opsummerende kan man altså sige, at der var flere piger med adfærdsforstyrrelser, som fik foretaget en abort, og at de var yngre, når de fik aborten end piger svarende til baggrundsbefolkningen. I forlængelse af disse resultater fandt vi desuden, at adfærdsforstyrrelser var en risikofaktor for at få en provokeret abort, både før (HR = 3,89; 95 % CI = 3,19 – 3,75) og efter (HR = 3,52; 95 % CI = 2,84 – 4,37) justering for mulige confounding faktorer. HR blev altså her lidt lavere, og

det tyder derfor på, at faktorerne, som vi kontrollerer for, overvejende er risikofaktorer og ikke beskyttende faktorer, som vi så det ved ADHD. Dette kan dog hænge sammen med, at de faktorer, vi kontrollerer for, både er beskyttende faktorer og risikofaktorer, hvilket vi vil diskutere nærmere i afsnit 5.5.

Fundene i dette registerstudie stemmer godt overens med de to studier fra reviewet som omhandlede adfærdsforstyrrelser og provokeret abort (Daigaard & Winde, unpub.; Mota et al., 2010; van Ditzhuijzen et al., 2013). De to studier, som var fordelt på tre udgivelser, fandt begge, at adfærdsforstyrrelser var associeret med det at få foretaget en provokeret abort. Studierne om adfærdsforstyrrelser er to af de studier som også handlede om ADHD og blev gennemgået ovenfor.

Det første studie er af van Ditzhuijzen et al. (2013; 2014) og er som nævnt et tværsnitsstudie, hvor de tog udgangspunkt i, om kvinderne havde fået foretaget en abort eller ej, hvorefter de undersøgte for psykiske tilstande herunder CD og ODD. I udgivelsen fra 2014 angav de, at der var en øget forekomst af kvinder med CD i abort-gruppen (16,3 %) sammenlignet med kontrolgruppen (3,2 %), og i udgivelsen fra 2013 angav de desuden, at der også var en øget forekomst af kvinder med ODD i abort-gruppen (6 %) sammenlignet med kontrolgruppen (1,8 %). De fandt således, at både CD og ODD var associeret med det at få foretaget en provokeret abort (van Ditzhuijzen et al., 2013; van Ditzhuijzen et al., 2014).

Det andet og sidste studie om adfærdsforstyrrelser er studiet af Mota et al. (2010), der som nævnt også er et tværsnitsstudie, som tog udgangspunkt i, om der var foretaget en provokeret abort og derefter undersøgte for psykiske tilstande. Mota et al. (2010) undersøgte ligeledes både CD og ODD, og her fandt de også, at der var en øget forekomst af kvinder med CD i abort-gruppen (7,1 %) sammenlignet med kvinder i gruppen, der ikke havde fået en abort (3,3 %), samt en øget forekomst af kvinder med ODD i abort-gruppen (9,0 %) sammenlignet med kvinder i gruppen, der ikke havde fået en abort (4,6 %). De finder altså også her en association mellem adfærdsforstyrrelser og provokeret abort (Mota et al., 2010).

Begge studier fandt en association mellem adfærdsforstyrrelser og provokeret abort, men resultaterne er ligesom ved ADHD ikke direkte sammenlignelige med vores resultater, fordi studierne har forskellige udgangspunkter og studiedesigns. Vores studie adskiller

sig, som vi har været inde på tidligt, særligt fra disse studier ift. studiedesign. I og med vi anvender et kohortedesign, kan vi bedre undersøge problemstillingen for hele populationen af piger, der har været diagnosticeret med adfærdsforstyrrelser i barndommen og ungdommen. Samtidigt er et kohortedesign også fundet til generelt at være en stærkere metode end tværsnitsstudier og case-kontrolstudier (Grimes & Schulz, 2002). Overordnet set stemmer resultaterne af vores registerstudie dog godt overens med resultaterne fra den tidligere forskning. Vi må derfor konkludere, at det tyder på, at der er en øget forekomst af provokerede aborter blandt piger med adfærdsforstyrrelser sammenlignet med piger uden adfærdsforstyrrelser, og at adfærdsforstyrrelser er en risikofaktor for at få foretaget en provokeret abort.

5.2.1 Mulige forklaringer på resultaterne for adfærdsforstyrrelser

Ligesom ved ADHD er det interessant at gøre sig overvejelser over, hvorfor adfærdsforstyrrelser er en risikofaktor for at få foretaget en provokeret abort. Dette vil vi forsøge at undersøge i de nedenstående afsnit.

Ved adfærdsforstyrrelser ses der, som beskrevet i afsnit 2.3.6, mange af de samme kognitive vanskeligheder som ved ADHD, og disse kan derfor også indgå som mulige forklaringer på den øgede forekomst af provokerede aborter hos piger med adfærdsforstyrrelser. De forskellige overvejelser, der blev gjort ift. pigerne med ADHD, er derfor også meget gældende for pigerne med adfærdsforstyrrelse, og vi ser altså, at diagnoserne lapper over hinanden på flere områder. Der er dog også områder, hvor de adskiller sig fra hinanden, hvilket vi vil komme lidt nærmere ind på i afsnittet nedenfor, hvor resultaterne for de to diagnoser sammenlignes.

For adfærdsforstyrrelser kan der af de kognitive vanskeligheder bl.a. nævnes opmærksomhedsforstyrrelser, impulsivitet og vanskeligheder med arbejds hukommelsen. Disse har i forskning, som tidligere nævnt, alle vist sig at kunne være sammenhængende med seksuel risikoadfærd (Isaksson et al., 2018; Charnigo et al., 2013; Khurana et al., 2012). Disse kan være væsentlige overvejelser ift. vores problemstilling, fordi de bl.a. kædes sammen med manglende brug af prævention, og manglende brug af prævention kan føre til uønskede graviditeter, som igen kan føre til at få foretaget en provokeret abort. Vi mener derfor, at dette kan bruges til at påpege, at impulsivitet og opmærksomhedsforstyrrelser, samt vanskeligheder med planlægning og arbejds hukommelsen kan være med til at forklare associationen mellem adfærdsforstyrrelser og provokeret abort.

Personer med adfærdsforstyrrelser har desuden også i en række test udvist særlige problemer med beslutningstagning ift. vurdering af risici og belønning. Som vi gennemgik i afsnit 2.3.6.4, er det særligt personer med adfærdsforstyrrelser, der har disse vanskeligheder, og det er således et område, hvor personer med ADHD og adfærdsforstyrrelser adskiller sig lidt fra hinanden. Disse vanskeligheder kunne også være mulige forklaringer på resultaterne, da en manglende evne til at vurdere risici i hverdagen kunne forestilles at føre til en undervurdering af risikoen ved ubeskyttet sex.

Ser vi lidt mere overordnet på diagnosebeskrivelserne ved adfærdsforstyrrelser, kan dette måske også bruges til nogle af forklaringerne på vores resultater. Adfærdsforstyrrelser er overordnet sammenhængende med normbrydende adfærd. I denne forbindelse vil man kunne argumentere for, at det at bruge prævention og beskytte sig imod uønskede graviditeter kan anses som normen. Det kunne altså hos nogle af pigerne måske være en form for trodsig normbrydende adfærd ikke at beskytte sig, hvilket så kan føre til, at de får foretaget flere provokerede aborter end piger uden denne adfærd. Dette er dog noget, man bør undersøge nærmere for at kunne sige noget mere sikkert herom, men det kunne medtages som en mulig forklaring på den øgede risiko for provokerede aborter ved adfærdsforstyrrelser.

Ligesom ved ADHD kunne der også være andre risikofaktorer, som rent faktisk kan være med til at forklare associationen mellem adfærdsforstyrrelser og provokeret abort. Her er der dog ligeledes blevet kontrolleret for en række faktorer, og det er altså ikke disse, som forklarer den øgede risiko hos piger med adfærdsforstyrrelser. Det gør sig dog også gældende her, at der kan være andre faktorer, som også kunne have indflydelse på resultaterne, men som vi ikke har kunnet kontrollere for, og derfor skal vi være opmærksomme på, at der fortsat er en vis usikkerhed forbundet med resultaterne, men alt i alt tyder det dog på, at adfærdsforstyrrelser i sig selv er en risikofaktor for at få foretaget en provokeret abort. Dette er, som nævnt, et område, der ville være godt at have særligt fokus på at forbedre yderligere i fremtidig forskning.

5.3 Sammenligning af ADHD og adfærdsforstyrrelser

Som vi har set det ovenfor er der flere områder, hvor ADHD og adfærdsforstyrrelser minder om hinanden, men der er også områder, hvor de adskiller sig fra hinanden, hvilket afspejles i dette studies resultater. Vi fandt, at både piger med ADHD og piger med adfærdsforstyrrelser har en øget forekomst af provokerede aborter sammenlignet med piger

uden. Sammenligner vi forekomsten i de to grupper fandt vi dog, at forekomsten er signifikant øget hos pigerne med adfærdsforstyrrelser (19,0 %) sammenlignet med pigerne med ADHD (11,8 %). Alderen ved abort er til gengæld ikke signifikant forskellig.

Forskellene i forekomsten vil vi gerne undersøge lidt nærmere, og først og fremmest kan man prøve at kigge på de andre områder, som vi har undersøgt i registerstudiet. Fx er pigerne med adfærdsforstyrrelser signifikant ældre ved opfølgning, og således har de haft længere tid til, at outcommet kunne forekomme, hvilket kunne være en af forklaringerne. Ser vi på de komorbide tilstande er der også flere områder, hvor de to grupper er signifikant forskellige. Som vi vil se det nærmere uddybet senere i diskussionen, er der en del af de komorbide tilstande, der har en tendens til at være risikofaktorer og en anden del, der har en tendens til at være beskyttende faktorer. Her forholder det sig faktisk sådan, at der ved pigerne med adfærdsforstyrrelser er større forekomst af flere af de faktorer, som har en tendens til at være risikofaktorer sammenlignet med pigerne med ADHD. Modsat er der større forekomst af de tilstande, som har en tendens til at være beskyttende faktorer ved pigerne med ADHD sammenlignet med pigerne med adfærdsforstyrrelser. Forekomsten af de andre komorbide tilstande kunne altså også være en mulig forklaring på forskellene i forekomsten af provokerede aborter.

Det kan også være interessant at se på forældrenes økonomi, da det bliver fundet, at der tegner sig et billede af, at jo lavere indkomst forældrene har jo større risiko for, at pigen senere får foretaget en provokeret abort. Her ses der også en signifikant forskel mellem pigerne med ADHD og pigerne med adfærdsforstyrrelser, hvor en større andel af piger med adfærdsforstyrrelser (58,7 %) tilhører gruppen med forældre med lav indkomst ift. forældrene til pigerne med ADHD (46,8 %). Dette kan således være endnu en mulig forklaring på de forskelligartede resultater. Ift. urbanisering er der også signifikante forskelle imellem de to grupper, men det er dog svært at finde et egentligt mønster i forskellene. Derudover bliver urbanisering ikke fundet til at være en signifikant risikofaktor for at få foretaget en provokeret abort, og det tyder altså på, at det ikke er en medvirkende forklaring på forskellene i provokerede aborter imellem de to grupper.

På trods af de forskellige fund og forklaringer ovenfor forbliver adfærdsforstyrrelser en større risikofaktor end ADHD, efter der er kontrolleret for de ovenforstående faktorer, og der må altså være andre faktorer, der kan forklare forskellene. Her kunne nogle af de kognitive vanskeligheder, som ses sammenhængende med de to diagnoser, måske komme

i spil. Det forholder sig dog således, at flere af vanskelighederne går igen i begge diagnoser. Der er dog et af de beskrevne områder, hvor personer med adfærdsforstyrrelser skiller sig ud ift. ADHD. Personer med adfærdsforstyrrelser er som nævnt fundet til at udvise større problemer med at vurdere risiko, og dette kan måske være med til at forklare, hvorfor der er en større risiko forbundet med det at have en adfærdsforstyrrelse frem for ADHD. Dette kunne altså muligvis være en væsentlig faktor, og den kunne være interessant at undersøge nærmere i fremtidig forskning. Det gælder dog generelt for de forskellige kognitive vanskeligheder, at det ville være interessant at undersøge dem som mulige forklaringer på dette fænomen.

5.4 Komorbiditet imellem ADHD og adfærdsforstyrrelser

Ud over de to grupper med henholdsvis ADHD og adfærdsforstyrrelser, indgik der desuden også en gruppe med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser i vores registerstudie. Som vi så det beskrevet ovenfor, så ses der flere af de samme kognitive vanskeligheder ved begge diagnoser, og det er derfor måske ikke så underligt, at de to diagnoser ofte forekommer som komorbide tilstande til hinanden.

I undersøgelsen af pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser fandt vi, at forekomsten af piger, der havde fået en provokeret abort, var signifikant øget hos piger med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser (20,0 %) sammenlignet med pigerne i kontrolgruppen (5,0 %). Pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser var gennemsnitligt næsten halvandet år yngre end pigerne i kontrolgruppen, da de fik foretaget aborten, hvilket var en signifikant forskel. For pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser gjaldt det altså, ligesom pigerne med enten ADHD eller adfærdsforstyrrelser, at der var flere, der havde fået foretaget en provokeret abort, og at de var yngre end pigerne uden ADHD og adfærdsforstyrrelser. Komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser var desuden også en risikofaktor for at få foretaget en provokeret abort, og vi fandt, at risikoen var øget ca. fem gange både før ($HR = 4,98$; 95 % $CI = 3,74 - 6,62$) og efter ($HR = 5,05$; 95 % $CI = 3,70 - 6,90$) justering for mulige confounding faktorer. Ligesom vi så det ved ADHD blev HR lidt større i den justerede model, hvilket tyder på, at de faktorer, som vi kontrollerer for, peger i retning af at være beskyttende faktorer. Det er dog en lille ændring, og derfor må vi overordnet sige, at justeringen ikke umiddelbart har den store betydning for disse resultater.

I vores review fra 2018 indgik der ikke nogen studier, hvori det blev undersøgt, om der var en association mellem komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser og provokeret abort. Vi har således ikke andre studier at sammenligne vores resultater med, og det er altså et område, hvor der fortsat kunne være brug for mere forskning (Daigaard & Winde, unpub.). Til gengæld finder vi det interessant at sammenligne dem med resultaterne fra de to andre eksponerede grupper fra dette registerstudie. Ser vi først på forekomsten af provokerede aborter, så var det i gruppen af piger med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser (20,0 %), at der var den højeste forekomst af provokerede aborter, derefter pigerne med adfærdsforstyrrelser (19,0 %) og til sidst pigerne med ADHD (11,8 %). På dette område lignede gruppen med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser gruppen med adfærdsforstyrrelser, mens pigerne med ADHD skilte sig ud ved at have en noget lavere forekomst af provokerede aborter. Ser vi på alderen ved abort var det pigerne i den komorbide gruppe som gennemsnitligt var yngst (17,0 år), pigerne med ADHD næst yngst (17,3 år) og pigerne med adfærdsforstyrrelser var gennemsnitligt ældst (17,7 år). Her ser vi igen, at det er pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse, som udviser størst risikoadfærd ved at være yngst, og dette hænger også godt sammen med de sidste resultater om risiko. Vi fandt her, at komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser var associeret med den største risiko for at få foretaget en provokeret abort. Dette underbygger resultaterne om, at hver af diagnoserne er en risikofaktor i sig selv, og når de så forekommer sammen, øges risikoen yderligere.

Man kan dog undre sig over, at forekomsten af provokerede aborter i den komorbide gruppe ikke adskilte sig mere fra forekomsten i gruppen med adfærdsforstyrrelser, fordi den øgede risiko ikke umiddelbart helt afspejler sig i disse tal. Dette kan måske skyldes, at når vi ser på forekomsten af mange af de andre faktorer, som vi undersøgte, så lignede den komorbide gruppe meget gruppen med ADHD. Det betyder altså, at de bl.a. ligner hinanden ift. forekomsten af de komorbide tilstande, som hælder til at være beskyttende faktorer. Disse faktorer kunne godt spille ind på resultaterne om forekomsten af provokeret abort, fordi disse resultater ikke er justeret for de andre faktorer.

Samlet set ser det altså ud til, at komorbiditet imellem ADHD og adfærdsforstyrrelser er sammenhængende med en større risiko for at få foretaget en provokeret abort, end hvis man kun har den ene af diagnoserne, og at dette underbygger resultaterne om, at hver af diagnoserne er en risiko i sig selv.

5.5 Indflydelse af andre risikofaktorer

Ovenstående dele af diskussionen har primært fokuseret på vores fund ift. den overordnede problemstilling. Men derudover har vi også ønsket at undersøge, hvorvidt andre risikofaktorer kan have indflydelse på, om piger vælger at få en abort. Dette fordi vi både i reviewet på 9. semester og i vores gennemgang af generelle risikofaktorer for at få en abort, har fundet, at flere faktorer kan have indflydelse på beslutningen. I vores studie har vi derfor valgt at undersøge tre andre overordnede risikofaktorer: komorbide tilstande, forældrenes indkomst og urbanisering.

5.5.1 Komorbide tilstande

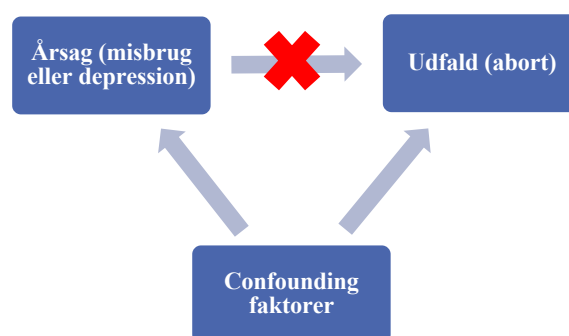
Den første gruppe risikofaktorer, vi har valgt at undersøge, er komorbide tilstande, som udgøres af ni diagnoser og misbrug. Flere af disse tilstande er valgt, fordi tidligere forskning har vist, at de kan have indflydelse på, om man vælger at få en abort (Mota et al., 2010; van Ditzhuijzen et al., 2013). Andre er valgt, fordi det var de hyppigst forekomne komorbide tilstande i registrene.

Selvom ingen af de komorbide tilstande var en signifikant risikofaktor for at få en abort i vores undersøgelse, ser vi dog alligevel nogle tendenser. Vi ser bl.a., at der var en mindre øget risiko forbundet med at have et misbrug, en depression og en personlighedsforstyrrelse. Netop misbrug og depression var dog nogle af de psykiske risikofaktorer, der fremgik hyppigst i tidligere forskning, hvorfor vi undrede os over, at vores resultater adskilte sig fra disse tidligere fund (Mota et al., 2010; Roberts et al., 2012; van Ditzhuijzen et al., 2013). På baggrund af denne undren valgte vi derfor at beregne den ujusterede HR for henholdsvis misbrug og depression. Det gjorde vi for at undersøge den umiddelbare sammenhæng mellem henholdsvis misbrug og abort samt depression og abort. Dette ses illustreret i figur 6, der viser det billede, man umiddelbart får, når vi beregner den ujusterede HR i det næste afsnit.



Figur 6: Sammenhængen mellem årsag og udfald uden justering for confounding faktorer

Ser vi først nærmere på misbrug som risikofaktor, fandt vi, at den ujusterede HR for misbrug var 3,61 (95 % CI = 2,23 – 5,83; $p < 0,001$). Uden justering for andre faktorer så vi altså, at pigerne med misbrug umiddelbart havde over 3,5 gange så stor risiko for at få en abort sammenlignet med piger, der ikke havde et misbrug. Vi ønskede i forlængelse heraf at undersøge, hvorvidt vores justering af andre faktorer: ADHD, adfærdsforstyrrelser, komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser, andre komorbide tilstande, forældres indkomst samt urbanisering, havde haft indflydelse på den justerede HR for de to komorbide tilstande. Ved at indsætte disse risikofaktorer og dermed justere HR fandt vi derimod, at HR for misbrug faldt til 1,45 (95 % CI = 0,88 – 2,39) og var derfor ikke længere signifikant. En model for dette er afbilledet i figur 7 og viser, hvordan man må forkaste den første umiddelbare forståelse af sammenhæng imellem de to undersøgte variable. Det tyder dermed på, at en eller flere af de faktorer, vi justerede for, er confounding faktorer. Det vil sige faktorer, der kan sløre den faktiske sammenhæng mellem årsag og udfald. Hvis man ikke justerer for confounding faktorer, kan der være en risiko for, at man overvurderer effekten af den variabel, man faktisk ønsker at undersøge, fordi den er påvirket af en tredje faktor.



Figur 7: Sammenhængen mellem årsag og udfald med justering for confounding faktorer

Ser vi derefter nærmere på depression som risikofaktor, fandt vi, at den ujusterede HR for depression var 2,08 (95 % CI = 1,36 – 3,19; $p = 0,001$). Uden justering for andre faktorer, så vi altså, at pigerne med depression umiddelbart havde over to gange så stor risiko for at få en abort sammenlignet med piger, der ikke havde en depression (se figur 6). Ved igen at indsætte de førnævnte andre risikofaktorer ind i denne model og dermed justere HR fandt vi, at HR for depression faldt til 1,21 (95 % CI = 0,78 – 1,86). Fælles for både misbrug og depression var altså, at HR faldt, når vi justerede for andre faktorer (figur 7).

Årsagen til, at vi får andre resultater end de studier, vi gennemgik i teorisnittet, kan derfor skyldes, at vi netop kontrollerede for disse faktorer. Dog ser vi stadig, at fx Mota et al. (2010) justerede for alder, civilstand, race, uddannelse og indkomst og fandt, at forekomsten af misbrug var 4,46 (95 % CI = 3,39 – 5,85) større i gruppen med piger, der havde fået en abort sammenlignet med pigerne i gruppen, der ikke har fået en abort, mens forekomsten af depression var 1,91 (95 % CI = 1,43 – 2,54) større. Derudover fandt van Ditzhuijzen et al. (2014), at forekomsten af misbrug var dobbelt så høj blandt pigerne, der havde fået en abort sammenlignet med de piger, der ikke havde fået en abort (OR = 2,16; 95 % CI = 1,58 – 2,95), mens det samme sås ift. affektiv lidelse (OR = 2,30; 95 % CI = 1,78 – 2,98). Disse resultater var justeret for alder, boligsituation, arbejdssituation, uddannelsesniveau, etnicitet og urbanitet. Vi ser altså, at selvom disse studier justerede for flere af de samme faktorer, som vi gør, så fandt de stadig, at forekomsten af misbrug og depression var højere blandt piger, der havde fået en abort. Studierne justerede dog ikke for ADHD, adfærdsforstyrrelser samt komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser, ligesom vi har valgt at gøre. Dette har vi netop fundet særligt vigtigt, da misbrug og depression var blandt nogle af de hyppigst forekomne komorbide tilstande hos personer med ADHD og adfærdsforstyrrelse. Ved at justere for de faktorer og dermed tage dem ud af modellen, så er de ikke med til at prædiktere abort, hvorfor vi tydeligere ser, hvor stor den egentlige sammenhæng er mellem henholdsvis misbrug og abort samt depression og abort (Kieling & Rohde, 2012; Taurines et al., 2010; Solberg et al., 2018; Spencer, 2006; Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler, 2006). Det kunne altså tyde på, at misbrug og depression i sig selv ikke er forbundet med øget risiko, men at risikoen først øges, når de optræder sammen med ADHD og adfærdsforstyrrelser.

En anden årsag til, at vi finder andre resultater end tidligere studier kan også skyldes vores måde at indsamle data på. Det er nemlig yderst tvivlsomt, at alt misbrug og depression indgår i registrene, fordi det sjældent når til sygehusene, hvorfra dataene registreres. Noget misbrug og nogle depressioner når måske kun til egen læge, mens noget andet slet ikke bliver opdaget i sundhedsvæsenet. Der er altså en stor risiko for, at både misbrug og depressioner er underreporteret i vores studie, og det kunne derfor måske have været en større risikofaktor, hvis vi havde haft data på det hele. Dette må ses som en af ulemperne ved at lave et registerstudie, da vores data udelukkende bygger på data fra registrene, som fx af ovenstående grund, formentlig ikke indeholder alle data. En måde, hvorpå man i fremtidig forskning måske ville kunne opnå mere data omkring misbrug og depression, ville være at supplere registerdataene med data fra spørgeskemaer eller interviews.

Ulempen ved dette vil dog være, at vi ikke længere er sikre på, at validiteten ved denne form for selvrapporterede data er lige så høj som ved dem, vi har indsamlet. Udover at validiteten forringes, så vil denne metode også have en mere tidskrævende og omfangsrig dataindsamling

Udover at misbrug og depression var særligt fremtrædende, fandt studier også, at angst var en risikofaktor for at få en abort (Mota et al., 2010; van Ditzhuijzen et al., 2013). Her fandt Mota et al. (2010) efter justering for de tidligere nævnte faktorer, at antallet af kvinder, der havde angst, var næsten to gange så høj i gruppen af piger, der havde fået en abort sammenlignet med i gruppen af piger, der ikke havde fået en abort (OR = 1,87; 95 % CI = 1,33 – 2,63). van Ditzhuijzen et al. (2013) fandt ligeledes, at forekomsten af angst var over to gange så høj blandt piger, der havde fået en abort, sammenlignet med piger, der ikke havde fået en abort (OR = 2,31; 95 % CI = 1,79 – 2,99). Dette gjorde sig dog ikke gældende i vores studie, hverken før (HR = 1,38; 95 % CI = 0,86 – 2,21; $p = 0,178$) eller efter (HR = 0,72; 95 % CI = 0,45 – 1,17; $p = 0,183$) vi justerede for de andre risikofaktorer, om end vi så en tendens til, at angst/belastningsreaktion kan være en risikofaktor i den ujusterede model. Dette skyldes formentlig, som påpeget ovenfor, at den risiko, der er forbundet med at have angst/belastningsreaktion, afhænger af risikoen ved andre faktorer, som fx ADHD og adfærdsforstyrrelse, og ved at tage dem ud af modellen, falder risikoen ved angst/belastningsreaktion. Forskellene kan måske også skyldes, at det ikke fremgår helt klart i nogle af de tidligere studier, hvorvidt tilstanden har været medvirkende til aborten eller opstået som konsekvens af aborten (Mota et al., 2010). Årsagen til dette kan bl.a. skyldes, at de to ovennævnte studier af Mota et al. (2010) og van Ditzhuijzen et al. (2013) er tværsnitsstudier. Dette gør det, som nævnt tidligere, sværere at finde ud af, hvorvidt pigerne er diagnosticeret før eller efter aborten, fordi man undersøger eksponering og outcome på samme tid. Da vores studie er et kohortestudie, forsøger vi at tage højde for dette, da vi har mulighed for at følge deltagerne over tid, således vi sikrer os, at diagnosen går forud for outcommet. Dette skal vores krav, om at diagnosticeringen af de komorbide tilstande skal finde sted inden det 15. leveår, netop være med til at sikre.

Ser vi lidt nærmere på den justerede HR for angst/belastningsreaktion så vi også, at det var en af de komorbide tilstande, der havde en tendens til at være en beskyttende faktor. Det samme gjorde sig desuden også særligt gældende for tilknytningsforstyrrelser, mental retardering, indlæringsvanskeligheder, autismespektrumsforstyrrelser samt til dels emo-

tionelle forstyrrelser, mens inferioritas intellectualis, hverken kan siges at være en beskyttende faktor eller en risikofaktor. Grunden til, at vi fandt, at så mange af faktorerne har denne tendens kan igen være fordi, vi har taget ADHD og adfærdsforstyrrelser ud af modellen, hvilke ofte optræder sammen med en eller flere af disse tilstande. Ved at tage dem ud af modellen får vi et bedre indblik i den enkelte komorbide tilstands indflydelse. Fælles for disse komorbide tilstande er måske også, at adfærden er mere internaliserende end den adfærd, vi ser hos piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser. Piger med en af ovenstående komorbide tilstande er måske derfor mere forsigtige og eftertænksomme end piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser, som kan være impulstyrede, have dårlig opmærksomhed og mangle overblik over de risici, der er forbundet med en sådan adfærd. Den internaliserende adfærd kan være medvirkende til, at pigerne i det hele taget udviser mindre grad af seksuel risikoadfærd, og at de derfor også sjældnere bliver uønsket gravide og har brug for at få en abort. Omvendt kan man sige, at piger med fx mental retardering eller indlæringsvanskelig måske også har svært ved at vurdere, hvilke konsekvenser ubeskyttet sex kan have, hvorfor man også kunne forvente en øget forekomst af abort blandt disse piger. Men på grund af deres intellektuelle vanskeligheder kan de være mindre modne og mindre tilbøjelige til at have sex.

Vores undersøgelse af komorbide tilstande har altså kun vist nogle tendenser til, at tilstandene enten kan være risikofaktorer eller beskyttende faktorer. Vi fandt i forlængelse af det, at tilstanden indflydelse i høj grad er påvirket af, hvorvidt ADHD og adfærdsforstyrrelser er til stede eller ej. Dette har desuden tilført en ekstra dimension til resultaterne fra den tidligere forskning, da det kunne tyde på, at nogle af de risikofaktorer, der tidligere er fundet, måske kan forklares af komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser.

5.5.2 Forældres indkomst

Den anden risikofaktor, vi har ønsket er undersøge er forældrenes gennemsnitlige indkomst. Den har vi bl.a. ønsket at undersøge, fordi eksisterende forskning har vist, at den gravides økonomiske situation kan prædiktere, at hun vælger at få en abort (Rasch et al., 2007; Biggs et al., 2013; Rasch et al., 2002; Broen et al., 2005; Larsson et al., 2002; Finer et al., 2005). Som det fremgår i metoden og resultatafsnittet har vi opdelt forældrene ud fra deres indkomstniveau og dermed dannet tre indkomstgrupper. Denne måde at inddele forældrene efter indkomst, er en måde, hvormed registrenes data om indkomst kan fungere som en proxy for socioøkonomisk status (Sirin, 2005). På baggrund af denne variabel

kan vi derfor også forsøge at sige noget om forældrenes socioøkonomiske status, og hvorledes denne kan have haft indflydelse på, hvorvidt pigerne har fået en abort.

Ser vi først på vores deskriptive data, ser vi, at forældrene til de eksponerede piger generelt havde lavere indkomst end pigerne i kontrolgruppen. Vi så i den forbindelse, at 58,7 % af pigerne med adfærdsforstyrrelse har forældre med lav indkomst, mens 46,8 % af pigerne med ADHD samt 47,9 % af pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse havde forældre med lav indkomst. Derudover så vi, at 28,4 % af pigerne med adfærdsforstyrrelse har forældre med middel indkomst, mens 28,2 % af pigerne med ADHD samt 28,9 % af pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse havde forældre med middel indkomst. Mens 24,6 % af pigerne med ADHD og 23,2 % af pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse havde forældre med høj indkomst, havde kun 12,8 % af pigerne med adfærdsforstyrrelser forældre med høj indkomst. Helt generelt stemmer dette overens med et stort systematisk review af Reiss (2013) bestående af 55 studier. Det viste, at forekomsten af psykiske problemer hos børn og unge er mellem 1,18 og 3,34 gange så stor i familier, der havde lav socioøkonomisk status sammenlignet med børn og unge, der kom fra familier med høj socioøkonomisk status. Udover disse fund, fandt vi også, at den procentdel piger, der havde fået minimum en abort, er højst i den gruppe, hvor forældrene havde lav indkomst, næsthøjest i gruppen, hvor forældrene havde middel indkomst og mindst i den gruppe, hvor forældrene havde høj indkomst. Denne tendens gør sig ikke kun gældende for pigerne i de tre eksponerede grupper, vi så nemlig samme fordeling hos pigerne i kontrolgruppen. Det tyder altså på, at forældres indkomst helt generelt er en risikofaktor for at få en provokeret abort, således høj indkomst er forbundet med lavest grad af risiko, og lav indkomst er forbundet med højest grad af risiko uanset, om man er eksponeret eller ej. Derfor fandt vi altså også, at lav ($HR = 2,31$; 95 % $CI = 1,82 - 2,95$) og middel ($HR = 1,59$; 95 % $CI = 1,23 - 2,07$) indkomst viser sig at være en signifikant risikofaktor for at få en abort.

Sammenligner vi de procentvise fordelinger i hver indkomstgruppe på tværs af de fire grupper, ser vi, at der på trods af ovenstående tendens, er forskel (se figur 5) i procentdelene. Således er procentdelene af piger med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser, der har fået en abort, højest i alle tre indkomstgrupper. Procentdelene af piger med adfærdsforstyrrelser, der har fået en abort, er næsthøjest i alle tre indkomstgrupper. Procentdelene af piger med ADHD, der har fået en abort, er næstlavest i alle tre indkomstgrupper, mens procentdelene af pigerne i kontrolgruppen, der har fået en abort, er lavest i alle tre

indkomstgrupper. Det, at procentdelene af pigerne i de eksponerede grupper, der har fået en abort, er større end kontrolgruppen kan formentlig forklares ved, at disse piger på en måde er dobbelt udsat. Fordi de både er opvokset i familier med lav eller middel indkomst og dermed har nogle af de førnævnte vanskeligheder samt manglende ressourcer, og fordi de har en diagnose, der i sig selv har vist sig at være en risikofaktor for at få en abort.

Ovenstående resultater stemmer overens med de resultater, som blev præsenteret i teori-afsnittet (se afsnit 2.5). Selve det at have dårlig økonomi kan i sig selv være årsag til, at, pigens og/eller hendes forældre simpelthen ikke har råd til at forsøge et barn. Da gennemsnitsalderen på pigerne i dette studie er omkring 17 – 18 år ved abort, er der derudover stor sandsynlighed for, at mange af dem og eventuelle søskende stadig bor hos og forsørges af deres forældre. Det betyder, at pigerne nok i stor grad er afhængige af forældrenes økonomi for at kunne forsøge barnet, og hvis forældrene har lav eller middel indkomst, så er deres økonomiske råderum måske knap stort nok i forvejen.

Anser vi derudover indkomst som værende et mål for socioøkonomisk status kan der også være andre forklaringer på resultatet. Forældrenes indkomst kan fx være med til at sige noget om deres uddannelsesniveau (Sirin, 2005). Man kunne nemlig forestille sig, at forældre med lav indkomst også har lavere uddannelsesniveau, end de forældre, der har en høj indkomst. Med et lavt uddannelsesniveau kan der muligvis være en risiko for, at nogle forældre ikke er lige så oplyste omkring eller har indblik i, hvilke konsekvenser pigernes risikable adfærd kan have. De kan derfor måske også have sværere ved at oplyse pigerne om, hvordan deres adfærd kan være medvirkende til, at de bliver gravide og eventuelt bliver nødt til at skulle tage stilling til, hvorvidt de vil beholde barnet eller ej. Psykiatrifonden (2018) finder ligeledes, at forældrenes uddannelsesniveau har betydning for forekomsten af psykisk sygdom. De finder nemlig, at forekomsten af psykiske sygdomme er højest blandt personer med lavt uddannelsesniveau og lavest blandt personer med højt uddannelsesniveau. Er dette tilfældet, så må vi formode, at der er stor sandsynlighed for, at flere af pigernes forældre har en psykisk sygdom. Hvis dette er tilfældet for en eller begge af forældrene, så er der en risiko for at de ikke er i stand til eller har mindre overskud til at sætte grænser og holde opsyn med pigerne. Dette kunne være interessant at undersøge nærmere i fremtidig forskning.

Ovenstående kan også helt generelt være med til at sige noget om de ressourcer, der først og fremmest er i familien og derudover måske også i det samfund, pigens er vokset op i.

Få ressourcer kan være ensbetydende med, at familiens boligsituation ikke er optimal – måske hverken for pigen selv eller for et kommende barn. Man kunne derudover forestille sig, at boligen var placeret i et mere udsat boligområde eller samfund, hvor ressourcerne tilsvarende var få. Nogle af disse områder kan have ry for at være præget af dårligere sociale fællesskaber, som naturligvis kan have indvirkning på pigerne, der bor sådanne steder, fordi der kan være helt andre og måske dårlige normer for, hvordan man opfører sig og begår sig i samfundet. Hvis forældrene dertil har få ressourcer og derfor ikke formår at sætte grænser og opbygge klare rammer for pigerne, kan der være en risiko for, at pigerne i højere grad bliver påvirket af det omkringliggende samfund og de jævnaldrende, de er sammen med. Denne kombination af få ressourcer, uklare rammer og dårlige sociale fællesskaber kan medvirke til, at pigerne udviser en mere risikabel adfærd, fordi det er den måde, andre jævnaldrende i deres samfund agerer. Forældrene med flere ressourcer ville måske omvendt have været i stand til at sætte grænser, holde opsyn med pigerne og samtidigt være bosat i bedre områder, hvor den mulige negative påvirkning fra samfundet var lavere. Hvis deres jævnaldrende har tidlig seksuel debut, har mange seksuelle partnere eller opfordrer pigerne til at droppe prævention, så vil flere af pigerne måske opfatte dette som normerne. På den måde er de i større risiko for at blive ufrivilligt gravide og måske, bl.a. på grund af de få ressourcer i familien og samfundet, vælge at få en abort.

Selvom denne faktor omhandler forældrenes indkomst, så har den altså stor indflydelse på pigerne. Derfor kan man måske også formode, at selvom flere af studiets piger er flyttet hjemmefra og ikke er afhængige af deres forældres økonomi, så har de stadig levet efter nogle normer, der gør, at de fortsat vil udvise risikabel adfærd. De vil ligeledes være i risiko for at få dårlig økonomi eller vælge et erhverv, hvor indkomsten er lav, fordi det er det, de er vokset op med. De udeboende piger kan derfor sandsynligvis også have svært ved at forsørge et barn, fordi deres økonomi ikke er tilstrækkelig, og fordi de ikke har nok ressourcer (Sirin, 2005).

Vi fandt altså ligesom andre studier, at indkomst er en risikofaktor for at få en abort. Risikoen synes dog yderligere øget, når pigerne har enten ADHD, adfærdsforstyrrelser eller komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse. Som diskuteret, så kan forældrenes indkomst siges at være proxy for socioøkonomisk status. Vi kan derfor ikke med sikkerhed sige, hvilken faktor der har størst betydning, men noget tyder dog på, at indkomst i sig selv eller i kombination med en eller flere af de andre socioøkonomiske faktorer er prædiktør for at få en provokeret abort. Det kunne naturligvis have været en fordel, hvis vi

havde haft mulighed for at undersøge flere af disse faktorer. Dette har dog ikke været muligt på grund af indholdene i registrene, hvorfor vi i stedet har måtte bruge forældrenes indkomst som estimat for socioøkonomisk status generelt. Igen kunne vi dog have løst dette ved at vælge en anden dataindsamlingsmetode, men som nævnt tidligere, så vil der også være ulemper ved at vælge metoder, hvori data fx er selvrapporteret. Vi vurderer derfor, at selvom forældrenes indkomst muligvis ikke er den eneste socioøkonomiske risikofaktor, så giver den os alligevel indblik i, hvorledes andre faktorer kan have indflydelse.

5.5.3 Urbanisering

Den sidste risikofaktor, vi har valgt at inddrage i denne undersøgelse, er urbanisering, hvilket som nævnt i metoden beskriver pigens bopæl ved tiende leveår. Denne faktor var i vores undersøgelse ikke umiddelbart forbundet med øget risiko for at få en abort (jf. tabel 1 i afsnit 4.1). Dog så vi en lille tendens til, at risikoen for at få en abort faldt jo mindre befolket kommune, pigerne boede i. Årsagen til, at vi har ønsket at undersøge denne faktor, var, at vi havde en formodning om, at det at bo i byen måske var forbundet med højere risiko for at få en abort sammenlignet med at bo på landet. Denne formodning bygger på en antagelse om, at byen er mere usikker forstået på den måde, at tilgængeligheden af fx alkohol og stoffer er større end den sandsynligvis er i mindre byer. Når man bor i byen, er der måske heller ikke det samme nære fællesskab, som man kan opleve i flere mindre byer, hvorfor risikoen for at blive isoleret eller føle sig alene er større i byerne (Chile, Black & Neill, 2014). Omvendt er muligheden for at finde sammen i forskellige minoritetsgrupper, der kan være udsatte, nok samtidigt større i store byer end i mindre byer. Det, at være i medlem af sådanne grupper, kunne man forestille sig også havde indflydelse på, hvorvidt pigerne er udsatte eller ej og hvilke normer, de lever efter. Derudover er det oftere dyrere at bo i byen end på landet, hvorfor det forventeligt nok også vil være sværere at have økonomisk overskud, plads og ressourcer til at kunne tage vare på et barn.

I stedet for at inddele efter kommunernes indbyggertal, kunne man have valgt at undersøge, hvorvidt de boligområder, pigerne bor i, er forbundet med risiko. Det kunne være særligt interessant efter vi i forgående afsnit netop kobledes forældrenes indkomst sammen med det at bo i udsatte boligområder, hvor der er færre ressourcer. På den måde er vi ikke så interesserede i at undersøge hvorvidt en bys eller kommunes størrelse kan prædiktere, om pigerne får en abort, men i stedet, hvorvidt bestemte områder er forbundet med øget

risiko. Man kunne også forstille sig, at en anden grund til, at vi får disse resultater, er fordi, vi har valgt at kontrollere for andre faktorer. Vi fandt fx, at pigerne i de tre eksponerede grupper oftere kommer fra mere urbaniserede områder end pigerne i kontrolgruppen og samtidigt fandt vi, at flere piger i de tre eksponerede grupper får foretaget minimum en abort sammenlignet med pigerne i kontrolgruppen. Derfor kunne man forestille sig, at vores kontrol af netop ADHD, adfærdsforstyrrelser samt komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser har mindsket den justerede HR, fordi risikoen ved at bo i urbaniserede områder måske først optræder i sammenhæng med diagnoserne.

5.6 Forebyggende og opfølgende tiltag i forbindelse med en abort

Som det fremgår af ovenstående afsnit, viste vores resultater, at piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser har en øget risiko for at få foretaget en provokeret abort sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Da vi fra eksisterende forskning ved, at piger, der har fået en abort, er i øget risiko for at opleve fysiske og psykiske eftervirkninger, har vi en formodning om, at dette også gør sig gældende for de piger, der har fået en abort i vores studie. Vi ønsker derfor i dette afsnit at undersøge og diskutere, hvilke konsekvenser, der kan være særligt fremtrædende blandt pigerne i de eksponerede grupper samt præsentere og diskutere forslag til forebyggende og opfølgende tiltag. Tiltagene kan bruges i praksis, så antallet af piger, der bliver uønsket gravide og får en abort nedbringes eller alternativt tilbydes bedre og mere opfølgning efterfølgende.

5.6.1 Forebyggende tiltag

Data viste, at der er en association mellem at have ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser og det at få en abort, men vores data kan ikke klarlægge de konkrete mekanismer, der er på spil. Vi ser dog, at der er en overhyppighed af provokerede aborter blandt unge piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser. Fagpersonalet, der arbejder med den unge kan derfor først og fremmest gøres opmærksom på denne overhyppighed, således de er opmærksomme på dette i deres arbejde. På baggrund af det vil de kunne sætte tidligt fokus på seksualitet og pigernes eventuelle interesse for det modsatte køn. Det kan fx gøres i forbindelse med spørgsmål omkring kost, motion og rygning, som også har indflydelse på pigernes generelle sundhed. Disse faktorer er en del af de KRAM samtaler, der allerede er en fast del af udredning i psykiatrien (Region Nordjylland, Psykiatrien, 2018). Ved at øge fokuset kan man forsøge at få et indblik i pigernes tanker omkring seksualitet og samtidigt invitere pigerne til at stille spørgsmål og bede om råd. Ved at gøre seksualitet til en del af arbejdet med disse piger på lige fod med kost, motion og rygning signalerer

man, at seksualitet også har indflydelse på pigens sundhed og er noget, man gerne må tale med andre om, hvis man er i tvivl eller har behov for råd (Boekeloo, 2014). Studier viser da også, at det er vigtigt, at der kan være en god dialog mellem patient og sundhedspersonalet omkring seksualitet, selvom det kan være udfordrende for begge parter (Brandenburg & Bitzer, 2009; Boekeloo, 2014).

Derudover kan man gennem psykiatrien eller kommunen overveje at tilbyde pigerne supplerende seksualundervisning, der er tilpasset efter deres behov. Dette indebærer særligt at undervise pigerne i brugen af prævention og konsekvenserne ved ikke at bruge det, da de har en tendens til oftere at glemme eller springe diverse former for prævention over (se afsnit 2.7.1.3). Herunder bør man undervise i de forskellige præventionsmetoders anvendelse og virkning samt give konkrete råd til, hvordan det bruges, så man fremmer brugen af prævention og forebygger uønskede graviditeter. Dette kan man gøre, fordi nogle piger måske ikke kender alle former for prævention eller fordi, de er bekymrede for, hvordan det fungerer (Pritt, Norris & Berlan, 2017). Man kan dog stille sig kritisk overfor, hvorvidt denne undervisning og viden vil være brugbar for pigerne, når vi, som tidligere nævnt, ved, at de kan mangle overblik, når de står i en situation, hvor de faktisk har brug for denne viden. Derudover ved vi også, at pigerne har en tendens til at vælge den hurtige belønning, som her er sex uden prævention, fremfor en senere belønning i form af sex med prævention, hvor man ikke bliver potentielt gravid (Winstanley et al., 2006). Problemet med flere former for prævention er derudover også, at det sætter store krav til pigernes hukommelse og vedholdenhed. Det gør sig særligt gældende med prævention som kondom, p-piller, minipiller og præventionsplaster. Kondomer er den mest lettilgængelige form for prævention, men er måske også den type prævention, der kræver mest af pigerne, fordi de først og fremmest altid skal have et til rådighed og derudover fordi, de skal sørge for, at det bliver brugt ved sex. Dette stiller altså krav til pigernes hukommelse, deres evne til at inhibere, være opmærksom og hele tiden have for øje, hvilke konsekvenser den manglende brug kan medføre (Barkley, 2006; Pritt et al., 2017).

Brugen af de andre typer prævention som p-piller og minipiller stiller også relativt store krav til særligt pigernes hukommelse, da de skal huskes stort set dagligt. For at kunne hjælpe pigerne med dette, kunne det være en ide at inkorporere pillerne i pigernes daglige struktur om morgenen eller om aftenen, hvor de fx placeres på natbordet eller ved tandbørsten. Dette udelukker dog ikke, at der stadig er risiko for, at pigerne glemmer pillerne. Derfor kan man som supplement anbefale dem at bruge en app eller alarm på deres

mobiltelefon, som minder dem om, at de skal tage pillen. På den måde bliver pigerne mindet om at tage pillen, uanset om de er hjemme eller ej, så længe de har deres mobiltelefon i nærheden. Et studie af Castaño, Bynum, Andrés, Lara og Westhoff (2012), bestående af 683 (346 i interventionsgruppen og 337 i kontrolgruppen) kvinder under 25 år, undersøgte, hvorvidt en daglig SMS kunne være med til at påvirke, om kvinderne huskede at tage oral prævention konsistent efter seks måneder. Studiet fandt efter justering af alder, race eller etnicitet, alder ved seksuel debut, graviditetshistorie og oplevelser med oral prævention, at deltagerne i interventionsgruppen var mere tilbøjelige til at fortsat at bruge præventions efter seks måneder (OR = 1,44; 95 % CI = 1,03 – 20,00) sammenlignet med kvinderne i kontrolgruppen, der ikke fik SMS'en. De fandt dog også, at interventionens effekt mindskes efter ophør af den daglige SMS (Castaño et al., 2012). Det tyder altså på, at en daglig påmindelse kan have god indvirkning på, hvorvidt piger husker at tage fx p-piller og minipiller, hvorfor man kunne overveje at afprøve sådan eller lignende løsning til piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser.

Udover at pigerne skal tage pillerne dagligt, skal de også sørge for, at de altid har ekstra piller, så de ikke er nødt til at springe en eller flere dage over. For at undgå dette kunne man udskrive flere pakker til pigerne på en gang, så man mindsker antallet af gange, de skal afhente pillerne på apoteket. Man kunne også tilbyde pigerne en ordning, hvor pillerne blev sendt til deres adresse med fast mellemrum, så man forhindrer, at de løber tør. Et studie af Smith og Oakley (2005), bestående af 141 kvinder med en gennemsnitsalder på 20,9 år, undersøgte kvindernes egne forklaringer på, hvorfor de glemte prævention som p-piller og minipiller. Her fandt de, at de årsager, der var mest fremtrædende, var, at kvinderne ikke havde været hjemme, de glemte det eller at de ikke havde en ny pakke. Ud fra deres fund anbefaler de, at man bør fokusere på, hvorfor den enkelte kvinde ikke tager pillerne konsistent, og derudfra planlægge en intervention (Smith & Oakley, 2005).

Uanset hvilken tilgang, man vælger til at forsøge at fremme brugen af ovenstående typer prævention, vil der dog sandsynligvis alligevel være en risiko for, at pigerne af den ene eller anden årsag glemmer at tage pillerne. Da piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser er påvist til at være ekstra udfordret på dette område, kunne man derfor forstille sig, at det fortsat ville være mere udtalt problem hos dem. Førnævnte studie af Smith og Oakley (2005) anbefaler i den forbindelse også, at hvis andre former for intervention, som fx ekstra seksualundervisning, SMS-påmindelser, ikke har effekt, bør man bruge andre interventionsmetode som fx at tilbyde kvinderne alternative præventionsformer, der ikke

kræver den samme daglige og konsistente brug. Sådanne alternative præventionsformer kunne fx være præventionsplaster, som kun skal sættes på en gang om ugen, men det kunne også være en spiral eller p-stav (Sundhed.dk, 2015c). Ames og Norman (2012) undersøgte i den forbindelse, hvorvidt gratis intrauterin prævention i form af fx spiral eller p-stav efter en abort var med til at reducere samfundsmæssige omkostninger og efterfølgende aborter. Studiet, som bestod af 1782 kvinder med en gennemsnitsalder på 25,2 år, fandt, at umiddelbar brug af intrauterin prævention efter en abort var signifikant associeret med færre efterfølgende aborter efter fem år sammenlignet med brug af oral prævention og ”depo-medroxyprogesterone acetate” (DMPA). Et review fra USA af Pritt et al. (2017) fandt dog, at selvom pigers omkostninger ved intrauterin blev helt eller delvist dækket af det offentlige, så var der stadig få, der valgte denne form for prævention. Det skyldtes bl.a. deres manglende viden omkring præventionsmetoden, bekymringer omkring det at få præventionen indsat og fjernet igen samt holdninger fra forældre og omgangskreds. De påpeger derfor også, at for at fremme denne præventionsmetode, så kræver det altså, at især sundhedspersonalet kan undervise pigerne i, hvordan metoden fungerer, således pigernes viden forbedres og bekymringerne mindskes.

Sammenlignet med p-piller, minipiller og præventionsplaster kræver de intrauterine præventionsmetode langt mindre af pigerne efter de har været ved lægen. En af ulemperne ved p-stav og spiral er, at der i Danmark skal betales et relativt højt engangsgebyr på op til 1200 kroner (Min.medicin.dk, 2019; Sundhed.dk, 2016c). Det, kunne man forestille sig, kunne være en grund til, at nogle af pigerne vælger disse præventionsmetoder fra. En måde, hvorpå man kan gøre metoderne mere attraktive og fordelagtige end p-piller, minipiller og præventionsplaster, var ved at tilbyde pigerne et tilskud til eller lige frem gøre det gratis at få en p-stav eller spiral. Det vil selvfølgelig medføre en mindre samfundsmæssig omkostning, men sat op imod de omkostninger, der er forbundet med at få en abort – både for samfundet og for pigen, så vurderes det at være langt mere givende. Førnævnte studie af Ames og Norman (2012) fandt i den forbindelse da også, at intrauterin prævention var mindre omkostningsfuldt sammenlignet med de to andre præventionsmetoder, oral prævention og ”depo-medroxyprogesterone acetate” (DMPA).

Dette afsnit har omhandlet forebyggende tiltag ift. til at få en provokeret abort. Vi har fundet det særligt vigtigt at gennemgå og diskutere disse eventuelle tiltag, da det tyder på, at forebyggelsen af provokerede abort fylder mindre i Danmark end selve proceduren omkring aborten. Dette fremgår fx på Sundhed.dk (2018) i deres afsnit om provokeret

abort, hvor afsnittet om forebyggende behandling fylder to linjer og omhandler prævention og nødprævention. Omvendt er selve proceduren meget udførligt beskrevet, hvilket naturligvis også er vigtig viden for piger eller kvinder, der skal have en provokeret abort. Det efterlader dog en med et indtryk af, at forebyggelsen af abort er mindre vigtig. Men på baggrund af ovenstående tiltag og tidligere forskning, så vurderer vi, at forebyggelsen er mindst lige så væsentlig og skal have lige så stort fokus, da det kan mindske risikoen for at pigerne bliver gravide og har behov for at få en abort.

5.6.2 Opfølgende tiltag

På trods af ovenstående forslag vil man nok aldrig kunne nedbringe antallet af aborter til nul. Derfor vil der stadig være piger, der får foretaget aborter, og som vil opleve forskellige konsekvenser, som man bør være opmærksom på. I afsnit 2.6 gennemgik vi forskellige konsekvenser af at få en abort, herunder både fysiske og psykiske, og da vores undersøgelse ikke har undersøgt, hvilke konsekvenser aborten har haft for vores deltagere, er det netop disse konsekvenser, vi tager udgangspunkt i her.

Hvad angår fysiske konsekvenser ved at få en provokeret abort, så vi, at kun en mindre procentdel af de piger og kvinder, der fik en abort, oplevede fysiske konsekvenser efterfølgende. Det danske registerstudie af Zhou et al. (2002) fandt dog, at piger under 20 år og piger, der var gravide for første gang, havde større risiko for at opleve fysiske konsekvenser. Da flere af deltagerne i vores studie hører under en eller begge af disse kategorier, tyder det altså på, at de har øget risiko for at opleve fysiske konsekvenser. Derfor kan pigernes praktiserende læge være særligt opmærksom og eventuelt indkalde til ekstra opfølgende samtaler og undersøgelser i måneden efter aborten, således der er mulighed for at opdage eventuelle komplikationer så tidligt som muligt. Hvis pigerne bliver gravide kort tid efter første abort, men ønsker at beholde barnet, bør de derudover forberedes og gøres opmærksomme på, at de grundet den første abort er i øget risiko for at få en spontan abort eller føde et barn med lav fødselsvægt (Zhou et al., 2000a; Zhou et al., 2000b). Som tidligere nævnt, har vi ikke haft mulighed for at undersøge, hvorvidt dette studies piger har oplevet konsekvenser efter en abort. Dette kunne være interessant at undersøge i et fremtidigt studie, hvor man tager udgangspunkt i de piger, der har fået en abort.

Men selvom forekomsten af komplikationer er relativt lav, så bør og skal lægen allerede inden udførelsen af aborten naturligvis præsentere de to abortmetoder og gennemgå de risici, der forbundet med dem samt vejlede ift. hvilken metode, der passer den enkelte

pige bedst. Vælges den medicinske abort, viste teorien, at der var større risiko for, at der var behov for ekstra udskrabning (Niinimäki et al., 2009). I de tilfælde, hvor dette er nødvendigt, kan man formode, at det bliver en ekstra sårbar og svær situation for pigen, fordi hun sandsynligvis ønsker, at aborten er overstået så hurtigt og komplikationsfrit som muligt. Særligt for pigerne i vores studie, som i forvejen kan siges at have en vis psykisk sårbarhed, kan dette måske være ekstra hårdt. Den kirurgiske abort var derimod oftere forbundet med moderkagekomplikationer i efterfølgende graviditeter (Zhou et al., 2001). Ønsker pigerne at få børn senere i livet, kan de altså risikere at opleve denne komplikation. Dette bør derfor følges op på ved efterfølgende graviditeter, men man kan samtidigt håbe, at pigerne er blevet ældre og bedre er i stand til at kunne håndtere, hvis denne komplikation skulle opstå.

Udover at have de fysiske konsekvenser for øje både før, under og efter aborten, så synes det også vigtigt tilsvarende at være opmærksom på de psykiske konsekvenser, da tidligere forskningsresultater viser, at piger og kvinder, der har psykiske problemer allerede inden aborten, er i øget risiko for psykiske problemer efter aborten (Charles et al., 2008; Steinberg & Russo, 2008). Vi skal dog være opmærksomme på, at de fleste af resultaterne ikke er fra Danmark, og vi ved derfor ikke med sikkerhed, hvor meget og hvilken støtte kvinderne i disse studier tilbydes før og efter en abort, og hvilken betydning det har/ikke har for resultaterne, og derfor kan vi ikke nødvendigvis generaliserer disse fund til også at gælde i Danmark. Det, at vi stiller spørgsmålstejn ved studiernes generaliserbarhed, skyldes bl.a., at der kan være større eller mindre kulturelle og religiøse forskelle. Disse forskelle kan både have indflydelse på det enkelte lands abortprocedure og samtidigt på, hvordan psykisk syge forstås og tages hånd om. Religion og kultur kunne fx være sammenhængende med, at der nogle steder er meget stor afstandtagen til abort, hvorfor man kunne forestille sig, det også kunne være sværere eller måske ulovligt at få en abort. De steder, hvor dette er tilfældet, kunne man forestille sig, at der ikke var særlig meget vejledning og hjælp til kvinder, der ønsker at få en abort, og hvis kvinden i forvejen er meget sårbar, så vil det måske give hende en følelse af at være ekstra sårbar og alene. Tilsvarende vil kvinden måske blive tilbudt lidt eller ingen opfølgning, hvorfor hun igen bliver overladt mere eller mindre til sig selv. Man kunne forestille sig, at studier, der er udført i sådanne lande eller områder, kan have mere negative resultater, end i lande, hvor abort er lettere tilgængelig og acceptabel. Vi så da også, at det danske studie af Munk-Olsen et al. (2011), der undersøgte forekomsten af psykiatriske problemer efter en abort, fandt, at kvinder, der havde psykiatriske problemer før aborten, ikke havde flere psykiatriske

problemer efter aborten. Dette kan måske netop indikere, at der kan være forskelle, såsom religiøse og kulturelle, der gør, at det danske studie får andre resultater, hvilket man kunne undersøgere nærmere ved at lave mere forskning med dansk data på dette område.

I Danmark tilbydes piger og kvinder, der får en abort før 12. graviditetsuge, en samtale med egen læge eller specialuddannede sygeplejesker før og efter aborten, mens kvinder, der får en abort efter 12. graviditetsuge, henvises til en psykolog (Sundhed.dk, 2015a; Sundhed.dk, 2012). Der kan dog argumenteres for, om det er nok hjælp? Eller om man, på baggrund af de udenlandske fund og på trods af det ene danske fund, bør have ekstra fokus på piger, der har en psykisk lidelse før aborten, for således at forsøge at mindske risikoen for, at de får yderligere psykiske problemer efterfølgende? Pigerne kunne derfor, udover en samtale med egen læge, altid tilbydes samtaler hos en psykolog under de samme vilkår, som de kvinder, der får en abort efter 12. graviditetsuge. Samtalerne kunne med fordel allerede begynde inden aborten udføres, så man har mulighed for at tage udgangspunkt i aktuelle temaer før, under og efter aborten.

Som gennemgået i teorien i afsnit 2.6.3, så oplever nogle piger og kvinder at blive stigmatiseret på grund af deres abort (Hanschmidt et al., 2016). Særligt den gruppe af piger, vi tager udgangspunkt i, har derudover måske allerede, grundet deres diagnose, følt sig stigmatiserede, inden de fik aborten (Moses, 2010). For at undgå yderligere stigmatisering, kunne det derfor være et af de temaer, der tages op hos en psykolog. Her har pigen altså mulighed for at sætte ord på de overvejelser, hun har haft i forbindelse med aborten, i en tryk og neutral kontekst, uden hun skal føle sig stigmatiseret. Hun får dermed mulighed for at fortælle om, forsøge at forstå og bearbejde det, der kan have været en meget stressende og sorgfuld begivenhed, hvilket med psykologens forståelse og anerkendelse forhåbentlig kan mindske hendes følelse af stigmatisering (Kumar et al., 2009). Udover disse psykologsamtaler før og umiddelbart efter aborten, kan man ligeledes overveje at indkalde pigerne til to til tre opfølgende samtaler hos egen læge inden for det første år, således man løbende kan forebygge nye psykiske eftervirkninger.

På baggrund af ovenstående vurderer vi altså, at såvel som der er behov for forebyggende tiltag, så tyder det også på, at pigerne har behov for ekstra og måske grundigere opfølgning i form af samtaler med læge og psykolog for således at mindske konsekvenserne indflydelse på hendes sundhed.

5.7 Kritiske refleksioner over studiets resultater og metode

I dette afsnit vil vi tage kritisk stilling til forskellige dele af registerstudiedesignet, hvor vi bl.a. vil komme ind på nogle af de begrænsninger, der kan være ved studiet. Først vil vi diskutere nogle kritiske refleksioner ift. fortolkningen af vores resultater. Herefter vil vi gennemgå begrænsningerne og udfordringerne ved nogle af de valg, vi har truffet omkring definitionen af abort, valget af risikofaktorer samt mere generelle begrænsninger ved vores studies metode. Afslutningsvist vil vi gøre os overvejelser over, hvad et andet valg af metode ville have betydet for resultaterne.

5.7.1 Kritisk refleksion over resultater

Når vi i nærværende registerstudie beskæftiger os med provokerede aborter, skyldes det især, at vi anser det at få foretaget en provokeret abort som et tegn på seksuel risikoadfærd, fordi man ikke har beskyttet sig korrekt for at undgå en uønsket graviditet. Ud fra denne antagelse havde vi en hypotese om, at forekomsten af provokerede aborter ud fra vores definition også nogenlunde kunne afspejle fordelingen af uønskede graviditeter i de fire undersøgte grupper.

Det er dog ikke alle, som bliver uønsket gravide, der får foretaget en abort. Da nogle uønskede graviditeter også ender med fødsler, indeholder vores studie altså ikke alle uønskede graviditeter. Hvis alle uønskede graviditeter uanset udfald blev medtaget, så kunne der være en risiko for, at andelen af uønskede graviditeter fordelte sig anderledes end den fordeling, vi har fundet på baggrund af provokerede aborter. Man kunne fx forestille sig, at forekomsten af uønskede graviditeter var den samme blandt piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser, men at en større andel af pigerne uden ADHD og adfærdsforstyrrelser vælger at gennemføre graviditeten. Dette kunne tænkes, fordi piger uden ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser fx ikke har de samme kognitive og adfærdsmæssige vanskeligheder, som piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser. Man kan altså argumentere for, at piger uden de to diagnoser kan have flere ressourcer og mere overskud i hverdagen, og at de derfor kan være mere tilbøjelige til at gennemføre en graviditet, selvom den ikke er planlagt, mens piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser i et sådan tilfælde måske er mere tilbøjelige til at få foretaget en abort.

Det at piger uden ADHD og adfærdsforstyrrelser måske oftere vælger at gennemføre den uønskede graviditet og piger med de to diagnoser oftere afbryder den uønskede graviditet kunne altså være en mulig forklaring på, hvorfor vi ser en øget forekomst af provokerede

aborter hos pigerne med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser sammenlignet med pigerne i kontrolgruppen. Hvis det er tilfældet, kan den høje forekomst af provokerede aborter måske i højere grad ses som et tegn på manglende ressourcer og ikke et tegn på seksuel risikoadfærd. Vi kan dog fortsat se det som et problem, at der er en øget andel af piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser, der får foretaget en provokeret abort, fordi det kan have forskellige konsekvenser for dem. Gør disse forhold sig gældende, skal vi dog være opmærksomme på, at forslagene til fagpersoner, som vi har gennemgået ovenfor, formentligt skal revurderes.

Disse overvejelser kunne vi have undersøgt fx ved at se på, hvor mange piger med og uden ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser, der var blevet forældre i teenageårene, da det også er fundet til ofte at være et resultat af uønskede graviditeter (Carper, Kane & Sawhill, 2018). Det har vi dog ikke undersøgt i vores studie, men der er til gengæld i 2017 blevet lavet et andet registerstudie i Danmark, som rent faktisk undersøger dette (Østergaard, Dalsgaard, Faraone, Munk-Olsen & Laursen, 2017). I studiet af Østergaard et al. (2017) var formålet netop at undersøge, om personer med ADHD var mere tilbøjelige til at blive forældre som teenager end personer uden ADHD. De fandt, at flere piger med ADHD var blevet mødre både i aldersgruppen 12 til 16 år ($IRR = 3,62$; 95 % $CI = 2,14 - 6,13$) og i aldersgruppen 17 til 19 år ($IRR = 1,94$; 95 % $CI = 1,62 - 2,33$).

Resultaterne fra Østergaard et al. (2017) er derfor et modargument til påstanden om, at der er lige så mange piger, der får uønskede graviditeter i grupperne med ADHD og uden ADHD, da det tyder på, at både risikoen for at blive teenagemor og risikoen for at få en provokeret abort er højest blandt piger med ADHD. Dette bakker således op om vores formodning om, at provokerede aborter kan give os et billede af fordelingen af uønskede graviditeter.

Ud fra hvad vi ved, er der ikke lavet et studie som Østergaard et al. (2017)'s om adfærdsforstyrrelser i Danmark. Det er der til gengæld i Norge (Pedersen & Mastekaasa, 2011). I studiet af Pedersen og Mastekaasa (2011) fandt de, at når symptomerne på adfærdsforstyrrelser (målt ved 15 år) stiger, så stiger sandsynligheden for at være blevet mor i teenageårene også (aldersgruppen 15 til 19 år). Disse resultater, der desuden er lavet i et nordisk land, som er lande vi i Danmark ofte sammenligner os med, tyder det på, at de tendenser, vi så i Østergaard et al. (2017) ift. ADHD, også gør sig gældende for piger med adfærdsforstyrrelser. Det er derfor resultater vi sandsynligvis også vil kunne forvente i

vores grupper med piger, der har adfærdsforstyrrelser. Da resultaterne både gør sig gældende for piger med ADHD og adfærdsforstyrrelser, forventer vi derfor også at kunne se samme tendens hos piger med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser.

Hvis vi kort skal samle op, er vi kommet frem til, at meget tyder på, at piger med ADHD, adfærdsforstyrrelser og komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser alle udviser større seksuel risikoadfærd ved at få flere uønskede graviditeter (provokerede aborter og teenagegraviditeter) end piger uden disse diagnoser. Derfor må vi også konstatere, at forslagene til de fagpersoner, der beskæftiger sig med disse grupper, som vi tidligere har gennemgået, fortsat er meget aktuelle. Det kunne dog have været relevant at have haft data om graviditeter med i vores dataindsamling og bearbejdning, for at kunne sige noget mere sikkert om vores grupper, og det er ligeledes et område, der vil være væsentligt at overveje i fremtidig forskning.

5.7.2 Begrænsninger ved vores definition af abort

Som man kan se i det foregående afsnit, er det en væsentlig faktor for forståelsen og udarbejdelsen af dette studie, at provokeret abort kan ses som et tegn på seksuel risikoadfærd. Dette har også afspejlet sig i vores definition af provokeret abort, som indebærer, at aborten skal skyldes en uønsket graviditet. For at sikre os dette ekskluderede vi aborter, der var udført på baggrund af misdannelser og sygdom hos fosteret, sammen med aborter, der var foretaget på grund af fare for kvindens fysiske helbred samt hvis graviditeten og dermed aborten skyldes seksuelle overgreb.

I denne ekskluderingsproces var vi meget kritiske, da vi så vidt muligt ville sikre, at vi ikke fik falske positiver, hvilket omvendt kan have resulteret i, at der er en fare for, at vi har fået nogle falske negativer. Det er der, fordi nogle af de koder, vi har ekskluderet, indeholdte aborter indenfor vores definition sammen med tilfælde udenfor. Et eksempel herpå er koden *DO836B Enkeltfødsel efter abortprocedure med samrådstilladelse ved risiko for forringelse af kvindens helbred*. Denne kode indbefatter forhold, der både kan forringe kvindens fysiske og psykiske helbred, hvis graviditeten fortsættes, og derfor indeholder den potentielt både aborter vi vil ekskludere og inkludere. De tilfælde, hvor fysiske forhold er årsagen til aborten, er vi, som nævnt, ikke interesserede i. Dog er vi interesserede i de psykiske forhold, da det netop er indenfor dette område, at vi befinder os. Vi har dog som sagt valgt at ekskludere sådanne koder, fordi vi vurderede, at det var bedre

at udelade nogle tilfælde end, at resultaterne viste et potentielt misvisende stort antal aborter.

Det betyder altså, at vi i vores forståelse af resultaterne skal være opmærksomme på, at forekomsten af aborter godt kan være lidt større end, vi har fundet. Det er dog få koder det drejer sig om, og da det er gjort ens for alle fire grupper, må vi gå ud fra, at de manglende tilfælde vil være nogenlunde ens for alle grupperne, hvorfor det ikke burde have så stor betydning for dette registerstudie, fordi hovedfokusset var at sammenligne grupperne.

Ovenstående problemstilling fremstår som et godt eksempel på nogle af de udfordringer, der kan være ved at bruge registre til at indsamle data. Men som vi allerede har været inde på, er det dog fortsat den måde, hvorpå man bedst kan sikre sig valide data om provokerede aborter (Tourangeau & Yan, 2007).

5.7.3 Begrænsninger ved vores studie

Gennem de ovenstående afsnit har vi løbende påpeget og diskuteret forskellige begrænsninger ved vores studie. Dette afsnit bruges derfor til at samle op på de forskellige pointer ift. fordele og ulemper ved at udføre et registerstudie, hvilke andre faktorer, vi kunne have kontrolleret for, samt hvordan andre metoder vil kunne belyse problemstillingen.

5.7.3.1 Fordele og ulemper ved registerstudiet

Som det også har fremgået løbende gennem både studiet og i diskussionen, er der flere fordele forbundet med at indsamle og anvende data fra registre. En af fordelene er, at man har adgang til store mængder data og herunder også et potentielt stort antal deltagere – afhængigt af hvilken gruppe, man ønsker at undersøge. Det betyder, at resultaternes generaliserbarhed forbedres væsentlig ift. at kunne sige noget om piger med ADHD og adfærdsforstyrrelse sammenlignet med studier, hvor der anvendes mindre og mere begrænsede samples. Derudover er det en væsentlig mindre tidskrævende og ikke mindst billigere proces, end hvis man skulle indsamle den samme mængde data fra et tilsvarende stort antal deltagere.

I og med registrene giver mulighed for at bruge ældre data gør det os netop i stand til at undersøge eventuelle årsager til at få foretaget en provokeret abort uden vi skal vente x antal år, før vi vil kunne forvente at outcommet ville finde sted. Vi har dermed mulighed

for at opnå et stort antal deltagere og samtidigt forhindre, at nogle af deltagerne frafalder kohorten (Coolican, 2014; Gregory & Radovinsky, 2012). Sammenlignet med data indsamlet via selvrapportering i form af spørgeskemaer og interviews er registerdata ligeledes med til at fjerne det social desirability bias, som ellers kan opstå, når man stiller sensitive spørgsmål omkring fx abort. Dermed sikrer vi, at outcommet ikke er underrapporteret (Tourangeau & Yan, 2007). Desuden kan vi mindske misklassifikation, fordi den anvendte data sandsynligvis er rapporteret i andre sammenhænge og til andre formål end det, vi ønsker at bruge dem til. På den måde er deltagernes svar altså ikke blevet farvet af studies formål (Juul et al., 2017).

Det, at denne form for registerstudie også kan siges at være et kohortestudie, har bl.a. den fordel, at vi er væsentlig sikre på, at pigerne i studiet har været diagnosticeret med ADHD og/adfærdsforstyrrelser, inden de har fået aborten. Modsat tværsnitsstudierne er vi også i stand til bedre at kunne sige noget om hele populationen af piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser, der har fået en abort, da vores deltagere er diagnosticeret som barn/ung (Bro et al., 2015; van Ditzhuijzen et al., 2013; van Ditzhuijzen et al., 2014; Mota et al., 2010).

Ulemperne ved at anvende data fra registre kan derimod være, at der enten mangler data, eller at data er ufuldstændige og derfor svære at fortolke. De manglende data kan fx skyldes, at privatpraktiserende fagfolk ikke har pligt til at rapportere data i de registre, vi anvender (Mohr-Jensen et al., 2016). Der kan desuden være en risiko for, at data er mindre valide og reproducerbare. I vores data gør dette sig særligt gældende ift. diagnosticering og de andre risikofaktorer, da disse til en vis grad afhænger af fagpersonens subjektive vurdering af den enkelte patients beskrivelser (Gregory & Radovinsky, 2012). Dette kan dog være svært at tage højde for, og vi må desuden have tillid til, at i og med alle fagfolk følger de samme regler og diagnosticerer ud fra de samme kriterier, så vil der være en vis ensartethed og validitet i diagnosticeringen. Et studie af Mohr-Jensen et al. (2016) baseret på data fra danske registre undersøgte netop validiteten og reliabiliteten af diagnosticeringen af ADHD og fandt, at misklassifikationen af diagnosen er relativt lav med undtagelse af F90.8. Vores data omkring aborter vil til gengæld være mere valide. Det skyldes, at aftenrapportering sker, når der er foretaget en abort, og data bygger således ikke på subjektive vurderinger. Derudover har man i Danmark pligt til at registrere alle aborter og indberette dem til Sundhedsdatastyrelsen ud fra SKS-koderne, hvilket giver ensartethed.

5.7.3.2 Kontrol af andre risikofaktorer

I dette studie har vi, som nævnt flere gange tidligere, undersøgt andre risikofaktorer, som kunne have indflydelse på risikoen for at få en abort: andre komorbide tilstand, forældrenes gennemsnitlige indkomst og urbanisering. Dog er der også mange andre faktorer, vi løbende er kommet ind på i diskussionen, som vi, bl.a. på grund af manglende tid og tilgængelighed, ikke har kontrolleret for. Da vi ikke har kunne undersøge og kontrollere for alle faktorer, så skal vores resultater også ses som estimer, der afspejler risikoen for at få en abort, når vi har kontrolleret for det, vi har gjort. Ved at kontrollere for andre faktorer havde vi sandsynligvis fået andre estimer, der havde afspejlet risikoen, når der er kontrolleret for nye faktorer.

Blandt de faktorer, der er blevet nævnt, er bl.a. andre og flere faktorer, der relaterer sig til socioøkonomisk status: uddannelsesniveau, boligområde og jobsituation. Disse kunne være interessante, fordi vi på den måde får et mere nuanceret billede af, hvilken indflydelse socioøkonomisk status har. Derudover kunne det være interessant at undersøge individuelle risikofaktorer omkring, hvilken religiøs overbevisning pigen har, hendes etnicitet og beskæftigelse – altså om pigen er ledig, under uddannelse eller i arbejde. Det kunne være interessant, da det ville give et bedre indblik i, om faktorer direkte relateret til pigen og hendes person kan have indflydelse på, om hun vælger at få en abort. De faktorer, vi her har kontrolleret for, afhænger i højere grad af forældrenes status og dennes indvirkning på pigen end hendes egen status. Er pigen flyttet hjemme fra, kunne faktorerne måske være endnu mere interessante at kontrollere for, fordi hun dermed sandsynligvis ikke på samme måde er afhængig af forældrene.

Af bl.a. samme årsager som nævnt tidligere har vi ikke kontrolleret vores resultater for faktorer, der relaterer sig til forholdet til pigens familie og omgangskreds. I den forbindelse kunne det have været interessant at undersøge, hvorvidt pigen som barn har været anbragt udenfor hjemmet, om forældrene er skilt eller ej, om pigen har et forhold til barnets far og om forældre eller søskende har eller har haft kendte psykiske lidelser. Disse faktorer ville være interessante, da det tyder på, at manglende opbakning og støtte fra forældre og omgangskreds kan være medvirkende til, om pigen har valgt at få en abort (Finer et al., 2005; Larsson et al., 2002; Biggs et al., 2013; Bankole et al., 1998).

En ulempe ved at indsamle data fra registre er netop, at registrene ikke indeholder al data, hvorfor vi altså ikke har haft mulighed for at undersøge alle ovenstående risikofaktorer.

5.7.3.3 Kunne vi have valgt en anden metode?

For at undersøge indvirkningen af andre risikofaktorer, som ikke nødvendigvis er at finde i registrene, kunne man have valgt en anden metodisk tilgang og tilsvarende en anden dataindsamlingsmetode.

Vi kunne fx have valgt at lave et mixed method studie, hvor vi kunne tage udgangspunkt i et spørgeskema, der både indeholder kvantitative data og kvalitative data. På den måde har vi mulighed for at få svar på og dermed data om flere af de faktorer, som enten slet ikke findes i registrene eller faktorer, som vi godt kunne tænke os en mere nuanceret forståelse af. Det ville vi fx kunne gøre, hvis vi ønskede at finde ud af, hvorvidt forældrenes indkomst rent faktisk kan siges at være et mål for andre socioøkonomiske faktorer, som vi diskuterede tidligere, og vi kunne ligeledes få svar på, hvordan de har haft indflydelse på pigernes beslutning om at få en abort (se afsnit 2.5). Derudover kunne man lave et kvalitativt studie baseret på interviews. Interviewene kan ligeledes bruges til at indsamle data omkring faktorer, som ikke findes i registrene – det kunne fx være om selv-værd, pigernes civilstand og relation til barnets far.

Ulempen ved at bruge disse metoder til at undersøge vores eller lignende problemstillinger er dog, at selvrapporteret data er langt mindre valid end de data, vi indsamler fra registrene. Tilsvarende kan der være en stor risiko for, at de deltagende piger ikke kan huske eller måske ikke ønsker at svare på flere af de spørgsmål, de bliver stillet. Så selvom vi vil kunne få nogle mere uddybede og nuancerede svar, så ville vi også risikere, at svarene og undersøgelserne ville være mindre valide og reliable. Samtidigt ville bearbejdningen af både interview- og spørgeskemadata kræve meget længere tid, og det ville også være væsentligt sværere – om end ikke umuligt at indsamle interviewdata fra lige så mange deltagere som i dette studie.

Selvom ovenstående afsnit har fokuseret på nogle af de begrænsninger, der kan være i vores studie og i forbindelse med registerstudier generelt, så vurderer vi på baggrund af overvægten af fordele, at vores undersøgelsen stadig i høj grad er valid, reliabel og generaliserbar.

6. Konklusion

Formålet med dette studie var at undersøge prævalensen af provokerede aborter blandt danske piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser (eksponeret gruppe) sammenlignet med en kontrolgruppe (ikke eksponeret gruppe), der var tilfældigt udvalgt fra baggrundsbefolkningen fra samme fødselsårgange. Det undersøgte vi ud fra følgende problemstilling:

Hvad er prævalensen af provokerede aborter blandt danske piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser sammenlignet med baggrundsbefolkningen?

Vi ønskede derudover at undersøge, hvorvidt andre risikofaktorer også kunne have indflydelse på, om pigerne valgte at få foretaget en abort. Interessen for denne problemstilling udsprang af et systematisk review fra 9. semester, hvori vi undersøgte prævalensen af seksuel risikoadfærd blandt personer med ADHD og personer med adfærdsforstyrrelser. Dette viste, at personer med ADHD og adfærdsforstyrrelser havde en tendens til at udvise højere grad af seksuel risikoadfærd på alle fem, undersøgte outcomes. Under arbejdet med reviewet undrede vi os dog over de manglende danske forskningsresultater, da vi anser problematikken som også værende yderst gældende herhjemme. Det er den fordi, der ses et stigende antal børn og unge med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen, og fordi disse børn og unge generelt udviser mere risikoadfærd, som potentielt kan medføre både psykiske og fysiske konsekvenser.

For at undersøge problemstillingen tog vi udgangspunkt i den kvantitative metode og registerstudiedesignet. Ved hjælp af data fra danske sundhedsregistre dannede vi fire kohorter: ADHD ($n = 871$), adfærdsforstyrrelser ($n = 749$), komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse ($n = 280$) samt kontrol ($n = 6166$), hvorom vi indsamlede data vedrørende psykiske lidelser, abort, forældrenes gennemsnitlige indkomst og urbanisering. På baggrund af registrenes data viste den deskriptive statistik først og fremmest, at prævalensen af provokerede aborter var signifikant højere blandt pigerne i de tre eksponerede grupper sammenlignet med pigerne i kontrolgruppen. For de eksponerede grupper var prævalensen endvidere højst blandt piger med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser, næsthøjest blandt piger med adfærdsforstyrrelser og lavest blandt piger med ADHD. Ligeledes fandt vi, at pigerne i de eksponerede grupper alle var signifikant yngre end pigerne i kontrolgruppen ved abort, og de var også signifikant ældre ved opfølgning.

Vi fandt derudover, at pigerne i de eksponerede grupper alle havde signifikant højere risiko for at få en provokeret abort sammenlignet med pigerne i kontrolgruppen både før og efter kontrol af andre risikofaktorer. Således havde pigerne med ADHD næsten 3 gange så høj risiko for at få en abort, pigerne med adfærdsforstyrrelse havde 3,5 gange så høj risiko for at få en abort, mens pigerne med komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser havde ca. 5 gange øget risiko for at få en abort. Ift. til de andre risikofaktorer viste resultaterne, at komorbiditet med misbrug, depression og personlighedsforstyrrelser havde en tendens til at øge risikoen for at få en abort, mens andre komorbide tilstande som fx autismspektrumsforstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser og mental retardering havde en tendens til at sænke risikoen. Lav og middel indkomst var endvidere signifikant associeret med at få en abort.

På baggrund af teori omkring de to diagnoser, herunder kognitive vanskeligheder, risikofaktorer for at få en abort og konsekvenser af at få en abort, har vi diskuteret og fortolket resultaterne. I den forbindelse foreslog vi, at associationen mellem at have ADHD, adfærdsforstyrrelse eller komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse kan skyldes, at disse piger kan have en række kognitive vanskeligheder, der har indflydelse på deres adfærd. Herunder påpegede vi, at impulsivitet, uopmærksomhed, vanskeligheder med arbejds hukommelsen og manglende evne til at vurdere risici samt vanskeligheder med planlægning kan spille en rolle. Disse vanskeligheder synes særligt at have indflydelse på pigernes manglende brug af prævention både dagligt og under sex, hvilket vil øge risikoen for at få en uønsket graviditet og dermed risikoen for at få en abort.

Vi vurderede endvidere, at nogle af årsagerne til, at piger med adfærdsforstyrrelse og komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse havde højere risiko for at få en abort, kan skyldes, at piger med adfærdsforstyrrelse i endnu højere grad end piger med ADHD har svært ved at vurdere, hvilke risici deres adfærd kan medføre. Derudover påpegede vi, at da ADHD ofte optræder sammen med nogle af de beskyttende komorbide tilstande, så kan disse være medvirkende til at piger med ADHD har mindre risiko end piger med adfærdsforstyrrelser eller komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelser. Udover, at resultaterne indikerede, at man bør være ekstra opmærksom på disse pigers risikable adfærd, så tyder vores resultater også på, at det at have forældre med lav eller middel indkomst også er forbundet med øget risiko for at få en abort. I diskussionen påpegedes det dog, at det næppe kun er forældrenes indkomst, der er medvirkende til den øgede risiko. Variablen kan i stedet ses som en proxy for socioøkonomisk status generelt, som også kan sige noget

om uddannelsesniveau, boligområde og forældrenes mentale sundhed, der alle i højere eller mindre grad kan have indflydelse på risikoen for at få en abort.

Da studiets resultater skal ses som et estimat, der afspejler risikoen for at få en abort, når vi kontrollerer for andre komorbide tilstande, forældres indkomst og urbanisering, kunne det være interessant at undersøge nærmere, hvilken betydning kontrol af andre risikofaktorer ville have for resultaterne. Dette kunne derfor være et område, man kunne undersøge nærmere i fremtidig forskning for således at bidrage med endnu mere viden og få en endnu bedre forståelse for, hvorfor piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser har øget risiko for at få en abort.

Det konkluderes dermed i dette studie, at prævalensen af provokerede aborter er højere blandt piger med ADHD, adfærdsforstyrrelser og komorbid ADHD og adfærdsforstyrrelse sammenlignet med piger fra baggrundsbefolkningen, og at de tre diagnoser således synes at være forbundet med øget risiko for at få en abort. På baggrund af disse fund, tidligere forskning og eksisterende praksis foreslår vi, at sundhedspersonale og andre personer omkring disse piger gøres opmærksom på tendensen. Vi vurderer derudover, at der fremover er behov for, at der sættes mere fokus på både forebyggende tiltag som fx intrauterine præventionsmetoder og opfølgende tiltag i form af flere og hyppigere samtaler med læge og psykolog efter aborten for således at hjælpe og vejlede pigerne bedst muligt.

7. Perspektivering

Som vi kort gennemgik ovenfor i konklusionen, er vi igennem arbejdet med dette studie blevet opmærksomme på flere områder, hvor der fortsat er brug for mere forskning. I forlængelse af dette fandt vi dog også et område, der var nyt for os – nemlig fundene om, at kvinder, der har haft psykiske lidelser inden de blev gravide, er i større risiko for at udvikle psykiske lidelser efter en provokeret abort.

Dette er umiddelbart et område, hvor der kun er lavet lidt forskning i Danmark, hvorfor vi synes dette kunne være interessant. Vi finder det særligt interessant, fordi der i Danmark allerede er nogle tilbud til kvinder efter de har fået foretaget en abort: piger og kvinder, der får en abort før 12. graviditetsuge, bliver tilbudt en samtale med egen læge eller specialuddannede sygeplejesker før og efter aborten, mens kvinder, der får en abort efter 12. graviditetsuge, henvises til en psykolog (Sundhed.dk, 2015a; Sundhed.dk, 2012). Det ville derfor være interessant at se, om man får andre resultater i Danmark end dem, der er fundet i andre lande, og altså om de opfølgende tiltag, der tilbydes på nuværende tidspunkt, ser ud til at fungere. Hvis resultaterne omvendt viser det samme som i tidligere udenlandsk forskning, bør tiltagne måske være mere specifikt rettet fx til kvinder, der inden aborten har haft en historie med en psykisk lidelse – og måske bør de endda være endnu mere specifikke, hvis man fx finder ud af, at resultaterne kun gælder for nogle bestemte psykiske lidelser.

En sådan viden ville både kunne bruges til at forsøge at forbedre praksissen i Danmark, men kunne også være en vigtig viden for fagpersoner indenfor dette område i andre lande. I en sådan undersøgelse kunne det også være interessant at finde ud af mere om, hvad disse tilbud om samtaler mere uddybende indebærer og indeholder, hvor mange der rent faktisk gør brug af dem og måske også, hvor god man i praksis er til at oplyse om og anbefale disse tilbud.

Undersøgelsen kunne fx laves som et registerstudie, hvor man fandt alle aborter i en periode og undersøgte for eventuelle psykiske lidelser før og efter aborten. Derefter kunne man undersøge, om der var en øget risiko i nogle eller alle grupperne, der inden aborten havde haft en psykisk lidelse. Det er måske også muligt at finde oplysninger om, hvorvidt nogle af pigerne har taget imod psykologsamtaler efterfølgende, så man kunne forsøge at se på, om dette havde en effekt.

Vi finder altså området relevant og interessant at undersøge nærmere for at få et endnu bedre indblik i de mulige forhold, som forskellige psykiske lidelser kan have effekt på, og man kunne forestille sig, at det ville være særligt relevant for piger med ADHD og/eller adfærdsforstyrrelser, da de har en tendens til at have øget risiko for at få foretaget en provokeret abort.

8. Referencer

- Ahuja, A., Martin, J., Langley, K. & Thapar, A. (2013). Intellectual Disability in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Pediatrics*, 163(3), 890-5.e1
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed)
- Ames, C. M. & Norman, W. V. (2012). Preventing repeat abortion in Canada: is the immediate insertion of intrauterine devices postabortion a cost-effective option associated with fewer repeat abortions? *Contraception*, 85, 51–55
- Andersen, L. B. & Boolsen, M. W. (2012). Hypotesetest. In M. H. Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen and P. Nedergaard, P. (Eds.), *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (2. ed. pp. 37-66). København: Hans Reitzels Forlag
- Anderson, S. L., Zheng, Y., & McMahon, R. J. (2017). Predicting Risky Sexual Behavior: the Unique and Interactive Roles of Childhood Conduct Disorder Symptoms and Callous-Unemotional Traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1147–1156. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0221-1> [doi]
- Banerjee, T. D., Middleton, F. & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96, 1269–1274
- Bankole, A., Singh, S. & Haas, T. (1998). Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries. *International Family Planning Perspectives*, 24(3), 117-127
- Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W. R., & Silva, P. A. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(6), 594–601. [https://doi.org/S0890-8567\(09\)63069-0](https://doi.org/S0890-8567(09)63069-0) [pii]
- Barkley, R. A. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and treatment* (pp. 91–152). New York: The Guilford Press
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2017). The Milwaukee Longitudinal Study of Hyperactivity (ADHD) Children. In L. Hechtman (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: Adult outcome and its predictors* (pp. 64-104). New York: Oxford University Press
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202

- Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-20
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. E., Spencer, T. J., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J. & Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(8), 966–975.
[https://jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)62978-6/pdf](https://jaacap.org/article/S0890-8567(09)62978-6/pdf)
- Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577
- Biggs, M. A., Gould, H. & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, 13(29), 1-13
- Bladon, E. M. M., Vizard, E., French, L., & Tranah, T. (2005). Young sexual abusers: A descriptive study of a UK sample of children showing sexually harmful behaviours. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16(1), 109–126.
<https://doi.org/10.1080/1478994042000270265>
- Boekeloo, B. O. (2014). Will you ask? Will they tell you? Are you ready to hear and respond? *JAMA Pediatrics*, 168(2), 111-113
- Boolsen, M. W. & Jacobsen, M. H. (2012). Positivismen. In M. H. Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen and P. Nedergaard, P. (Eds.), *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (2. ed. pp. 99-137). København: Hans Reitzels Forlag
- Boonmann, C., van Vugt, E. S., Jansen, L. M. C., Colins, O. F., Doreleijers, T. A. H., Stams, G. J. J. M., & Vermeiren, R. R. J. M. (2015). Mental disorders in juveniles who sexually offended: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 241–249. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.06.003>
- Bradshaw, Z. & Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929–958
- Brandenburg, U. & Bitzer, J. (2009). The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician Interaction. *Maturitas*, 63, 124–127
- Brinkler, J. (2014). *Bogen om provokeret abort: Perspektiver og udfordringer*. København: Nyt Nordisk Forlag

- Bro, S. P., Kjaersgaard, M. I., Parner, E. T., Sorensen, M. J., Olsen, J., Bech, B. H., ... Vestergaard, M. (2015). Adverse pregnancy outcomes after exposure to methylphenidate or atomoxetine during pregnancy. *Clinical Epidemiology*, 7, 139–147. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S72906> [doi]
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion - a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3(18), 1-14
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24, 657–665
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J. J., Rohde, L. A., & Frick, P. J. (2010). Does the Prevalence of CD and ODD Vary across Cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 695–704. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0242-y>
- Carper, S. T. R., Kane, A., & Sawhill, I. (2018). Following the Evidence to Reduce Unplanned Pregnancy and Improve the Lives of Children and Families. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 678(1), 199–205. <https://doi.org/10.1177/0002716218770684>
- Castaño, P. M., Bynum, J. Y., Andrès, R., Lara, M. & Westhoff, C. (2012). Effect of Daily Text Messages on Oral Contraceptive Continuation: A Randomized Controlled Trial. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, 119(1), 14-20
- Cavazos-Rehg, P., Spitznagel, E. L., Bucholz, K. K., Nurnberger Jr., J., Edenberg, H. J., Kramer, J. R., ... Bierut, L. J. (2010). Predictors of sexual debut at age 16 or younger. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 664–673. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9397-y>
- Charles, V. E., Polis, C. B., Shridhara, S. K. & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78, 436–450
- Charnigo, R., Noar, S. M., Garnett, C., Crosby, R., Palmgreen, P. & Zimmerman, R. S. (2013) Sensation Seeking and Impulsivity: Combined Associations with Risky Sexual Behavior in a Large Sample of Young Adults. *Journal of Sex Research*, 50(5), 480-488. DOI: 10.1080/00224499.2011.652264
- Chen, M. H., Hsu, J. W., Huang, K. L., Bai, Y. M., Ko, N. Y., Su, T. P., ... Chen, T. J. (2018). Sexually Transmitted Infection Among Adolescents and Young Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(1), 48–

53. [https://doi.org/S0890-8567\(17\)31832-4](https://doi.org/S0890-8567(17)31832-4) [pii]

- Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Pondé, M. P. & Hechtman, L. (2012). Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 47-54
- Chile, L. M., Black, X. M. & Neill, C. (2014). Experience and expression of social isolation by inner-city high-rise residents. *Housing, Care and Support*, 17(3), 151-166
- Choi, B.-S., Kim, J. I., Kim, B.-N., & Kim, B. (2017). Comorbidities and correlates of conduct disorder among male juvenile detainees in South Korea. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1). <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-017-0182-3>
- Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan, J. & Foster, D. G. (2013). The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 79–88. doi:10.1363/4507913
- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M. & Rue, V. M. (2008). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 770–776
- Coolican, H. (2014). *Research Methods and Statistics in Psychology* (6th ed.). London: Psychology Press
- Daigaard, H. P. & Winde, K. B. (unpub.). ADHD og adfærdsforstyrrelser – en risikofaktor for seksuel risikoadfærd? *Aalborg Universitet*
- Davidson, M. A. (2008). ADHD in Adults. A Review of the Literature. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 628-641
- Faber, A., Kalverdijk, L. J., Jong-van den Berg, L. T. W., Hugtenburg, J. G., Minderaa, R. B. & Tobi, H. (2010). Co-morbidity and patterns of care in stimulant-treated children with ADHD in the Netherlands. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 159–166
- Faraone, S. V., Biederman, J. & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159–165
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1998). Early Conduct Problems and Later Life Opportunities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39 (8), 1097–1108

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 444–451
- Fergusson, D., Horwood, J., & Ridder, E. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (8), 837–849
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2000). Educational, psychosocial, and sexual outcomes of girls with conduct problems in early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(6), 779–792.
<https://doi.org/10.1017/S0021963099006083>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: SAGE Publications
- Finer, L. B., Frohvirt, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S. & Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 110-118
- Flory, K., Molina, B. S., Pelham Jr, W. E., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(4), 571–577. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_8 [doi]
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L. & Gilman, R. C. (2011). Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333–344
- Gershon, J. (2002). A Meta-Analytic Review of Gender Differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143–154
- Glicklich, R. E, Dreyer, N. A. & Leavy, M. B. (2014). *Registries for evaluating patient outcomes: A user's guide* (3. Ed., Volume 1). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality
- Goffman, E. (1963). Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity (pp. 1-3). New York: Simon & Schuster
- Gordis, L. (2014). *Epidemiology* (5th ed). Philadelphia: Elsevier
- Gregory, K. E. & Radovinsky, L. (2012). Research strategies that result in optimal data collection from the patient medical record. *Applied Nursing Research*, 25(2), 108–116. doi:10.1016/j.apnr.2010.02.004

- Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2002). An overview of clinical research: the lay of the land. *THE LANCET*, 359, 57–61
- Groen, Y., Gaastra, G. F., Lewis-Evans, B. & Tucha, O. (2013). Risky Behavior in Gambling Tasks in Individuals with ADHD – A Systematic Literature Review. *PLoS ONE* 8(9), 1-16. e74909. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074909>
- Habekost, T. (2010). ADHD: En neurobiologisk forstyrrelse? *Psyke & Logos*, 10, 647-667
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert A., Riedel-Heller, S. G. & Kersting, A. (2016). Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(4), 169–177, doi: 10.1363/48e8516
- Hansen, N. (1999). Hyperkinetiske forstyrrelser. In L. Lier, T. Isager, O. S. Jørgensen, F. W. Larsen & T. Aarkrog (Eds.), *Børne og ungdomspsykiatri* (1. Ed., pp. 263-271). København: Hans Reitzels Forlag
- Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., ... Nichols, J. Q. (2016). Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention deficit/ hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 945–952. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.07.774>
- Helström, L., Odland, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N. & Ekblom, A. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 405–410
- Hobson, C. W. Scott, S. og Rubia, K. (2011). Investigation of cool and hot executive function in ODD/CD independently of ADHD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52(10), 1035–1043. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02454.x_
- Houssais, S., Hechtman, L., & Klein, R. G. (2017). Long-term Outcomes of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The New York Study. In L. Hechtman (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: Adult outcome and its predictors* (pp. 31-62). New York: Oxford University Press
- Hoza, B., McQuade, J. D., Murray-Close, D., Shoulberg, E., Molina, B. S. G., Arnold, L. E., ... Hechtman, L. (2013). Does childhood positive self-perceptual bias mediate adolescent risky behavior in youth from the MTA study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 846–858. <https://doi.org/10.1037/a0033536>
- Huang-Pollock, C. L., Karalunas, S. L., Tam, H., & Moore, A. N. (2012). Evaluating vigilance deficits in ADHD: A meta-analysis of CPT performance. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 360-371. doi:10.1037/a0027205

- Huggins, S. P., Rooney, M. E., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Risky sexual behavior among college students with ADHD: is the mother-child relationship protective? *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 240–250.
<https://doi.org/10.1177/1087054712459560> [doi]
- Ilomaki, E., Viilo, K., Hakko, H., Marttunen, M., Makikyro, T. & Rasanen, P. (2006). Familial risks, conduct disorder and violence: a Finnish study of 278 adolescent boys and girls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 46–51. DOI: 10.1007/s00787-006-0507-x.
- Isaksson, J., Stickley, A., Koposov, R. & Ruchkin, V. (2018). The danger of being inattentive – ADHD symptoms and risky sexual behaviour in Russian adolescents. *European Psychiatry*, 47, 42-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.004>
- Jensen, C. M. & Steinhausen, H.-C. (2014). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 7, 27–38
- Juul, S., Bech, B. H., Dahm, C. C. & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens*. København: Munksgaard
- Jørgensen, O. S. (1999). Adfærdsforstyrrelser. In L. Lier, T. Isager, O. S. Jørgensen, F. W. Larsen & T. Aarkrog (Eds.), *Børne- og ungdomspsykiatri* (pp. 273 - 281). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 487-492
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E. & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4): 716–723
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Foster, C. L., Saunders, W. B., Stang, P. E., & Walters, E. E. (1997). Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *The American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1405–1411.
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.10.1405> [doi]
- Khurana, A., Romer, D., Betancourt, L. M., Brodsky, N. L., Giannetta, J. M. & Hurt, H. (2012). Early Adolescent Sexual Debut: The Mediating Role of Working Memory Ability, Sensation Seeking, and Impulsivity. *Developmental Psychology*, 48 (5), 1416–1428. DOI: 10.1037/a0027491

- Kieling, R. & Rohde, L. A. (2012). ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. In C. Stanford & R. Tannock (Eds.), *Behavioral Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Its Treatment* (pp. 1-16). Berlin: Springer
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S. & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 365–378. DOI [10.1007/s00737-009-0084-3](https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3)
- Kraut, A. A., Langner, I., Lindemann, C., Banaschewski, T., Petermann, U., Petermann, F., Mikolajczyk, R. T. & Garbe, E. (2013). Comorbidities in ADHD children treated with methylphenidate: a database study. *BMC Psychiatry*, 13(11), 1-10
- Kumar, A., Hessini, L. & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625–639
- Larsson, M., Aneblom, G., Odling, V. & Tydén, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81, 64–71
- Lassiter, G. H. (2009). Preface. In G. H. Lassiter (Ed.), *Impulsivity: Causes, Control and Disorders (vii-xii)*. New York: Nova Biomedical Books
- Levy, F., Hay, D. A., Bennett, K. S. & McStephen, M. (2005). Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(4), 368-376
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11128323>
- Major, B. & Gramzow, R. H. (1999). Abortion as Stigma: Cognitive and Emotional Implications of Concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 735-745
- Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. *Emergency Medicine Journal*, 20, 54–60
- Mannuzza, S. & Klein, R.G. (2000). Long-term prognosis in attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 711-726
- Marmorstein, N. R. & Iacono, W. G. (2005). Longitudinal follow-up of adolescents with late-onset antisocial behavior: a pathological yet overlooked group. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (12), 1284–1291. DOI: [10.1097/01.chi.0000181039.75842.85](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181039.75842.85)

- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S. & Tannock, R. (2005). A Meta-Analysis of Working Memory Impairments in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377-384. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000153228.72591.73>
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J. & Schutter, D. J. G. (2013). The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Altered functioning in three mental domains. *Development and Psychopathology* 25, 193–207. Doi: [10.1017/S0954579412000272](https://doi.org/10.1017/S0954579412000272)
- Meinzer, M. C., LeMoine, K. A., Howard, A. L., Stehli, A., Arnold, L. E., Hectman, L., ... Chronis-Tuscano, A. (2017). Childhood ADHD and Involvement in Early Pregnancy: Mechanisms of Risk. *Journal of Attention Disorders*, 1–11. <https://doi.org/10.1177/10870547177306>
- Mill, J. & Petronis, A. (2008). Pre- and peri-natal environmental risks for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)- the potential role of epigenetic processes in mediating susceptibility. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1020–1030
- Mohr-Jensen, C., Bisgaard, C. M., Boldsen, S. K. & Steinhausen, H.-C. (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence and the Risk of Crime in Young Adulthood in a Danish Nationwide Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4), 444-452
- Mohr-Jensen, C., Koch, S. V., Lauritsen, M. B. & Steinhausen, H. C. (2016). The validity and reliability of the diagnosis of hyperkinetic disorders in the Danish Psychiatric Central Research Registry. *European Psychiatry*, 35, 16-24
- Monuteaux, M. C., Faraone, S. V, Gross, L. M., & Biederman, J. (2007). Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attention deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37(12), 1731–1741. <https://doi.org/S0033291707000529> [pii]
- Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine*, 70, 985–993. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.022
- Mota, N. P., Burnett, M., & Sareen, J. (2010). Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 239–247

- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Lidegaard, Ø. & Mortensen, P. B. (2011). Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 364, 332-9
- Niinimäki, M., Pouta, A., Bloigu, A., Gissler, M., Hemminki, E., Suhonen, S. & Heikinheimo, O. (2009). Immediate Complications After Medical Compared With Surgical Termination of Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 114(4), 795-804
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence, Subtypes, and Correlates of DSM-IV Conduct Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 36(5): 699–710
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S. & Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues*, 21(3 Suppl), S49–S54
- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Pereira, R. R., Lorenzo, M. J. & ADORE Study Group (2006). Influence of gender on Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Europe – ADORE. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(Suppl 1), I/15–I/24
- Olino, T. M., Seeley, J. R. & Lewinsohn, P. M. (2010). Conduct Disorder and Psychosocial Outcomes at Age 30: Early Adult Psychopathology as a Potential Mediator. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38 (8), 1139-1149
- Oosterlaan, J., Logan, G. D. & Sergeant, J. A. (1998). Response Inhibition in AD/HD, CD, Comorbid AD/HD+CD, Anxious, and Control Children: A Meta-analysis of Studies with the Stop Task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(3), 411-425. DOI: 10.1111/1469-7610.00336
- Ottosen, C., Petersen, L., Larsen, J. T. & Dalsgaard, S. (2016). Gender Differences in Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 227-34.e
- Pajer, K. A., Kazmi, A., Gardner, W. P., & Wang, Y. (2007). Female Conduct Disorder: Health Status in Young Adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 40, 84.e1-84.e7. [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(06\)00274-6/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(06)00274-6/fulltext)
- Patros, C. H. G., Tarle, S. J., Alderson, R. M., Lea, S. E., & Arrington, E. F. (2019). Planning deficits in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analytic review of tower task performance. *Neuropsychology*, 33(3), 425-444. <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1037/neu0000531>

- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 27(2), 136–147. [https://doi.org/S1054-139X\(99\)00095-6](https://doi.org/S1054-139X(99)00095-6) [pii]
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424–428.
- Pedersen, W. & Mastekaasa, A. (2011). Conduct disorder symptoms and subsequent pregnancy, child-birth and abortion: A population-based longitudinal study of adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1025–1033. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.11.005>
- Polanczyk, G., Silva, M., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948
- Pritt, N. M., Norris, A. H. & Berlan, E. D. (2017). Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30, 18–22
- Quinn, P. O. (2005). Treating Adolescent Girls and Women With ADHD: Gender-Specific Issues. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 579–587
- Ramos Olazagasti, M. A., Klein, R. G., Mannuzza, S., Belsky, E. R., Hutchison, J. A., Lashua-Shriftman, E., & Castellanos, F. X. (2013). Does childhood attention deficit/hyperactivity disorder predict risk-taking and medical illnesses in adulthood? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 153–162.
- Rasch, V., Knudsen, L. B. & Gammeltoft, T. (2005). *Når der ikke er noget tredje valg: Social sårbarhed og valget af abort 2005*. København: Sundhedsstyrelsen
- Rasch, V., Wielandt, H. & Knudsen, L. B. (2002). Living conditions, contraceptive use and the choice of induced abortion among pregnant women in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 293–299
- Rasch, V., Gammeltoft, T., Knudsen, L. B., Tobiassen, C., Ginzler, A. & Kempf, L. (2007). Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *European Journal of Public Health*, 18(2), 144–149
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24–31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Roberts, S. C. M., Avalos, L. A., Sinkford, D. & Foster, D. G. (2012). Alcohol, Tobacco and Drug Use as Reasons for Abortion. *Alcohol and Alcoholism*, 47(6), 640–648

- Roy, A., & Hechtman, L. (2017). The Multimodal Treatment of Children with ADHD (MTA) Follow-up Study: Outcomes and Their Predictors. In L. Hechtman (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: Adult outcome and its predictors* (pp. 231-260). New York: Oxford University Press.
- Russel, A. E., Ford, T., Williams, R. & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 47, 440-458. DOI: [10.1007/s10578-015-0578-3](https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3)
- Saarinen, s., Fontell, T., Vuontela, V., Carlson, S. & Aronen, E. T. (2015). Visuospatial Working Memory in 7- to 12-Year-Old Children with Disruptive Behavior Disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 34-43. DOI: [10.1007/s10578-014-0449-3](https://doi.org/10.1007/s10578-014-0449-3)
- Sahai, H. & Khurshid, A. (1996). *Statistics in epidemiology: methods, techniques, and applications*. Boca Raton: CRC Press, Inc.
- Salmond, S. W. (2011). Steps in the Systematic Review Process. In C. Holly, S. W. Salmond, & M. K. Saimbert (Eds.), *Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice* (pp. 3–31). New York: Springer Publishing Company
- Schmidt, M., Pedersen, L. & Sørensen, H. T. (2014). The Danish Civil Registration System as a tool in epidemiology. *European Journal of Epidemiology*, 29, 541–549
- Schmoor, C. & Graf, E. (2014). Hazard Ratio. In N. Balakrishnan (Eds.) *Methods and Applications of Statistics in Clinical Trials: Concepts, Principels, Trials and Design* (pp. 483-499). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Schoenfelder, E. N., & Kollins, S. H. (2016). Topical Review: ADHD and Health-Risk Behaviors: Toward Prevention and Health Promotion. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(7), 735–740. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv162>
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omidéyi, A. K., Polomino, N., Sathar, Z., Singh, S. & Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study, *Global Public Health*, 6(Suppl. 1), S111–S125
- Silverthorn, P. & Frick, P. J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: the delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 101–126
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á. & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 204–211
- Sirin, S. R. (2005). Socioeconomic Status and Academic Achievement: A Meta-Analytic

- Review of Research. *Review of Educational Research*, 75(3), 417–453
- Slutske, W. S., Heath, A. C., Dinwiddie, S. H., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Dunne, M. P., Statham, D. J. & Martin, N. G. (1997). Modeling Genetic and Environmental Influences in the Etiology of Conduct Disorder: A Study of 2,682 Adult Twin Pairs. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 266-279
- Smalley, S. L., McGough, J. J., Moilanen, I. K., Loo, S. K., Taanila, A., Ebeling, H., Hurtig, T., Kaaninen, M., Humphrey, L. A., McCracken, J. T., Varilo, T., Yang, M. H. & Järveling, M.-R. (2007). Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent finnish population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1575-1583
- Smith, J. D. & Oakley, D. (2005). Do Women Miss Oral Contraceptive Pills? An Analysis of Women's Self-Described Reasons for Missed Pills. *Journal of Midwifery Women's Health*, 50(5), 380–385
- Solanto, M. V., Abikoff, H., Sonuga-Barke, E., Schachar, R., Logan, G. D., Wigal, T., Hechtman, L., Hinshaw, S. & Turkel, E. (2001). The Ecological Validity of Delay Aversion and Response Inhibition as Measures of Impulsivity in AD/HD: A Supplement to the NIMH Multimodal Treatment Study of AD/HD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 215–228.
<https://doi.org/10.1023/A:1010329714819>
- Solberg, B. S., Halmøy, A., Engeland, A., Igland, J., Haavik, J. & Klungsoyr, K. (2018). Gender differences in psychiatric comorbidity- a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137, 176–186
- Spencer, T. J. (2006). ADHD and Comorbidity in Childhood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(suppl. 8), 27-31
- Steinberg, J. R., McCulloch, C. E. & Adler, N. E. (2014). Abortion and Mental Health: Findings From the National Comorbidity Survey-Replication. *Obstetrics and Gynecology*, 123(2 0 1), 263–270. doi:10.1097/AOG.0000000000000092
- Steinberg, J. R. & Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety: What's the relationship? *Social Science & Medicine*, 67, 238–252
- Stier, A. L. (2011). *The influence of ADHD and adolescent romantic relationships on early adult psychopathology in females*. ProQuest Information & Learning, US.
- Sullins, P. D. (2016). Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States. *SAGE Open Medicine*, 4, 1–11

- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A. & Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 2, 267–289
- Teichner, G., & Golden, C. J. (2000). The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: A conceptual review. *Aggression and Violent Behavior*, 5(6), 509–528. doi:10.1016/S1359-1789(98)00035-4.
- Thomsen, P. H., & Simonsen, E. (2010). ADHD hos voksne. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (5th ed., pp. 399–411). København: Hans Reitzelz Forlag
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive Questions in Surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883
- van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Van Nijnatten, C. H. C. J., & Vollebergh, W. A. M. (2013). Psychiatric history of women who have had an abortion. *Journal of Psychiatric Research*, 47(11), 1737–1743.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.07.024>
- van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Van Nijnatten, C., & Vollebergh, W. (2014). Psychiatric history of women who have had an abortion. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19, S73–S74.
<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.894779.10>
- WHO (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (10. Ed)*. Genève: World Health Organization
- WHO (2018). *ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København: Munksgaard.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490–499
- Winstanley, C. A., Eagle, D. M. & Robbins, T. W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. *Clinical Psychology Review* 26, 379–395. Doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.001
- Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M. & Hodgkins, P. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological Medicine*, 45, 247–258
- Zapolski, T. C. B., Cyders, M. A. & Smith, G. T. (2009). Positive Urgency Predicts Illegal Drug Use and Risky Sexual Behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 348–354. DOI: 10.1037/a0014684

- Zhou, W., Nielsen, G. L., Larsen, H. & Olsen, J. (2001). Induced abortion and placenta complications in the subsequent pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 1115–1120
- Zhou, W., Nielsen, G. L., Møller, M. & Olsen, J. (2002). Short-term complications after surgically induced abortions: a register-based study of 56117 abortions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 331–336
- Zhou, W., Olsen, J., Nielsen, G. L. & Sabroe, S. (2000a). Risk of spontaneous abortion following induced abortion is only increased with short interpregnancy interval. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20(1), 49-54
- Zhou, W., Sørensen, H. T. & Olsen, J. (1999). Induced Abortion and Subsequent Pregnancy Duration. *Obstetrics & Gynecology*, 94, 948–53
- Zhou, W., Sørensen, H. T. & Olsen, J. (2000b). Induced abortion and low birthweight in the following pregnancy. *International Journal of Epidemiology*, 29, 100–106
- Zoccolillo, M. & Rogers, K. (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 973–981.
- Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D. & Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22, 971–986.
- Østergaard, Dalsgaard, Faraone, Munk-Olsen & Laursen (2017). Teenage Parenthood and Birth Rates for Individuals With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(7), 578-584. doi: 10.1016/j.jaac.2017.05.003.

8.1 Internetkilder

- Apoteket.dk. P-piller – den sikre pille. Tilgået d. 24/5-19, fra <https://www.apoteket.dk/sundhed/praevention/p-piller>
- Danske Regioner (2016). Benchmarking af psykiatrien. 2016. Tilgået d. 11/5-19, fra <https://www.regioner.dk/media/5702/benchmarking-af-psykiatrien-2016.pdf>
- eSundhed.dk (2019). Registre. Tilgået d. 7/5-19, fra <https://www.esundhed.dk/Registre>
- Min.medicin.dk (2019). Mirena. Tilgået d. 24/5-19, fra <http://min.medicin.dk/medicin/praeparater/1606>
- Psykiatrifonden (2018). *Tal til psyken: Fakta om psykisk sygdom og sundhed*. Tilgået d. 7/5-19, fra <http://www.psykiatrifonden.dk/media/1419051/tal-psyken-30-10-2018.pdf>

- Psykiatrifonden. Stigmatisering og selvstigmatisering – myter og misforståelser. Tilgået d. 8/5-19, fra <https://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/tabu-og-stigmatisering-se-mig-som-den-jeg-er-er-ikke-min-sygdom/stigmatisering.aspx>
- Region Nordjylland, Psykiatrien (2018). *Fysisk helbredsbedømmelse, livsstil og forebyggelse for mennesker, der behandles i Psykiatrien*. Tilgået d. 11/5-19, fra <https://pri.nj.dk/Sider/19098.aspx>
- SFI Det Nationale Forskningscenter For Velfærd (2010). *Stigma og psykiske lidelser – som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. Tilgået d. 8/5-19, fra https://pure.vive.dk/ws/files/260792/Stigma_rapport_net.pdf
- Sundhed.dk (2012). Henvisning til psykologhjælp. Tilgået d. 17/5-19, fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/visitation/henvisning-til-psykolog/>
- Sundhed.dk (2015a). Abortstøttesamtaler. Tilgået d. 17/5-19, fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedse-svangerskabsforebyggelse/abortstottesamtaler/>
- Sundhed.dk (2015b). *Hyperkinetiske forstyrrelser*. Tilgået d. 26/2-19, fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/udadrettet-adfaerd/hyperkinetiske-forstyrrelser/>
- Sundhed.dk (2015c). Prævention, forskellige præventionsmetoder. Tilgået d. 19/5-19, fra <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/praevention/praevention-forskellige-praeventionsmetoder/>
- Sundhed.dk (2016a). Adfærdsforstyrrelser. Tilgået d. 20/02-19, fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/udadrettet-adfaerd/adfaerdsforstyrrelser/>
- Sundhed.dk (2016b). Provokeret abort. Forløbsbeskrivelse. Tilgået d. 22/4-19, fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedse-svangerskabsforebyggelse/provokeret-abort/>
- Sundhed.dk (2016c). P-stav. Tilgået d. 24/5-19, fra <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/praevention/p-stav/>

- Sundhed.dk (2018). Abort, provokeret. Tilgået d. 26/5-19, fra <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/gynaekologi/tilstande-og-sygdomme/abort/abort-provokeret/>
- Sundhedsdatastyrelsen (2016). Register over Legalt Provokerede Aborter (ABR). Tilgået d. 7/5-19, fra <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/abortregisteret>
- Sundhedsdatastyrelsen (2018b). *SKS hovedgrupper*. Tilgået d. 17/03-19, fra <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer/hovedgrupper-sks>
- Sundhedsdatastyrelsen (2018a). *Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS)*. Tilgået d. 17/03-19, fra <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer>
- Sundhedsdatastyrelsen (2019). Landspatientregistret (LPR). Tilgået d. 7/5-19, fra <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret>
- Sundhedsstyrelsen (2005). Kvinder og sundhed – viden om prævention og forplantning. Tilgået d. 23/4-19, fra <http://www.sexlinien.dk/Files/Filer/kvinderogsundhed.pdf>
- Sundhedsstyrelsen (2007). Legalt provokerede aborter (foreløbig opgørelse). Tilgået d. 21/4-19, fra http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2006/05_06.pdf
- Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen (2017). Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser. Tilgået d. 28/5-19, fra https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/psykiske-lidelser-boern_unge_06012018