

BETÆNKNING
OM
ADGANG TIL
SVANGERSKABSafbrydelse



BETÆNKNING NR. 522

1969

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Indledning	5
<i>Kapitel I:</i>	Sammenfatning af udvalgets forslag	7
<i>Kapitel II:</i>	Den gældende lovgivning	9
	A. Indikationerne	9
	B. Formelle krav til ansøgningen	11
	C. Afgørelsen om svangerskabsafbrydelse	12
	D. Behandlingen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse	13
	E. Svangerskabsnævnet	16
	F. Indgrebets foretagelse	16
	G. Straffebestemmelserne	18
<i>Kapitel III:</i>	Udlandet	22
	1. Finland	22
	2. Island	23
	3. Norge	23
	4. Sverige	24
	5. England	25
	6. Bulgarien	25
	7. Tjsekoslovakiet	25
	8. Jugoslavien	26
	9. Polen	26
	10. Rumænien	26
	11. Sovjetunionen	26
	12. Ungarn	27
	13. Japan	27
<i>Kapitel IV:</i>	Statistiske oplysninger	29
	A. Indledning	29
	B. Fødselsstatistik	29
	C. Ansøgere om svangerskabsafbrydelse	31
	Ansøgernes alder	31
	Ansøgere i relation til fødselstallene	32
	D. Tilladelser til svangerskabsafbrydelse	33
	E. Ansøgernes bopæl, civilstand, børnetal, tidligere fødsler og aborter, erhverv og boligforhold	35
	1. Bopæl	35
	2. Civilstand	35
	3. Børnetal og tidligere fødsler	35
	4. Erhverv	36
	5. Boligforhold	36
	F. Samrådene	37
	1. Ansøgere og tilladelseshyppighed	37
	2. Forholdet mellem indikationerne	37

	G. Diagnoser	38
	H. Illegale aborter	40
	Tabeller til kapitel IV	42
<i>Kapitel V:</i>	Udførelse af svangerskabsafbrydelser	59
<i>Kapitel VI:</i>	Bistand i anledning af svangerskab	62
	A. Indledning	62
	B. Almene hjælpeforanstaltninger	63
	1. Sundhedslovgivningen	63
	2. Den sociale lovgivning	63
	a. Boligforhold	63
	b. Børnepasning	64
	c. Økonomisk bistand	64
	C. Individuel hjælp	65
	1. Råd og vejledning	65
	2. Direkte økonomisk støtte	66
	3. Uddannelseshjælp	67
	4. Andre hjælpeforanstaltninger	67
	D. Afsluttende betragtninger	68
<i>Kapitel VII:</i>	Antikonception	69
<i>Kapitel VIII:</i>	Indikationerne for svangerskabsafbrydelse	73
	A. Fri abort?	73
	B. Udvidelse af indikationerne?	78
	1. Kvinder i fremskreden alder	79
	2. Kvinder, der tidligere har født flere børn	81
	3. De ganske unge kvinder	82
	4. Social indikation	85
<i>Kapitel IX:</i>	Fristen for foretagelse af svangerskabsafbrydelse	88
<i>Kapitel X:</i>	Behandlingen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse	93
	A. Samrådstilladelse - overlægebeslutning	94
	B. Samrådenes sammensætning	95
	C. Mødrehjælpens forberedende arbejde	97
<i>Kapitel XI:</i>	Klageadgang	99
<i>Kapitel XII:</i>	Straffebestemmelser	103
<i>Kapitel XIII:</i>	Udkast til lov om svangerskabsafbrydelse	107
	Lovudkast	107
	Bemærkninger til lovudkastet	110
	Parallelttekster	120
<i>Kapitel XIV:</i>	Mindretalsindstilling (Hoffmeyer)	129
	Lovgivningens udvikling	129
	Demografiske forhold	130
	Lægelige forhold	131
	Sociale indikationer	132
	Fri abort	136
<i>Bilag:</i>	1. Socialministeriets cirkulæreskrivelse nr. 163 af 28. september 1956	138
	2. Redegørelse fra Nævnet angående svangerskabsafbrydelse	140
	3. Redegørelse fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi	143
	4. Redegørelse fra Dansk psykiatrisk Selskab	146
	5. Redegørelse om mødrehjælpens hjælpeforanstaltninger	150
	6. Henvendelse fra Dansk Socialrådgiverforening	161
	7. Rapport om studierejse til Jugoslavien og Rumænien	169

Indledning

Den 21. februar 1967 nedsatte justitsministeren et udvalg med den opgave at overveje spørgsmålet om ændring af de gældende regler om adgang til svangerskabsafbrydelse.

Til medlemmer af udvalget beskikkedes: Fg. kontorchef, nu kst. afdelingschef i justitsministeriet Jørgen Gersing, formand.

Overlæge, dr. med. Kirsten Auken.

Læge Kn. O. Christensen, udpeget af hovedbestyrelsen for Den almindelige danske Lægeforening.

Overlæge E. Juel Henningsen, udpeget af sundhedsstyrelsen.

Overlæge Henrik Hoffmeyer.

Borgmester, advokat Edel Saunte.

Direktør Vera Skalts, udpeget af bestyrelsen for mødrehjælpsinstitutionen i København. Fg. departementschef i ministeriet for familiens anliggender Gudrun Refslund Thomsen, udpeget af ministeriet for familiens anliggender.

Socialrådgiver Karen Ytting, udpeget af Danske Kvinders Nationalråd.

Overlæge Kirsten Auken afgik ved døden i januar 1968.

I april 1968 fratrådte departementschef Gudrun Refslund Thomsen som medlem af udvalget, og i hendes sted beskikkedes fuldmægtig i socialministeriet Hans Bayer.

Overlæge, dr. med. Erling Østergaard, Frederiksberg hospital, har efter udvalgets opfordring deltaget i udvalgets arbejde som særlig sagkyndig i gynækologi. Overlæge Østergaard er senere beskikket som medlem af udvalget.

Overlæge Henrik Hoffmeyer meddelte i sommeren 1968 udvalget, at han efter sin

udnævnelse til chef for ungdomspsykiatrisk afdeling ved Bispebjerg hospital vanskeligt kunne afse tid til at deltage fuldt ud i udvalgets arbejde. Han overvejede derfor at udtræde af udvalget. Da udvalgsarbejdet på dette tidspunkt var så langt fremskredent, at det ville have betydet en væsentlig forsinkelse af betænkningen, såfremt et nyt medlem skulle beskikkes i stedet for overlæge Hoffmeyer, opfordrede udvalget ham til at fortsætte som medlem, hvilket han indvilligede i. Overlæge Hoffmeyer har siden kun kunnet deltage i enkelte møder, og han har derfor kun i begrænset omfang deltaget i udarbejdelsen af betænkningen.

Fuldmægtig i justitsministeriet Tage Bækgaard har fungeret som udvalgets sekretær.

Udvalget har på fællesmøder i februar og september 1968 ført forhandlinger med den svenske »1965 Års Abortkommitté«, der er nedsat i maj 1965, samt med repræsentanter for den finske »Abortlagskommitté«. I forhandlingerne har endvidere deltaget en af den norske regering udpeget observatør.

I september/oktober 1967 foretog nogle af udvalgets medlemmer samt sekretæren en studierejse til Jugoslavien og Rumænien. Da læge Kn. O. Christensen var forhindret, udpegede Den almindelige danske Lægeforening reservelæge Vagn Sele, Rigshospitalets fødeafdeling A og gynækologisk afdeling I, til at deltage i rejsen i hans sted. Reservelæge Vagn Sele har siden i vidt omfang deltaget i udvalgets arbejde. Endvidere deltog som repræsentant for den svenske abortkomite overlæge, med. dr. V. Westberg i rejsen. Den svenske komite havde umiddelbart forinden aflagt studiebesøg i Polen og Tjsekslovakiet, hvor overlæge Hoffmeyer deltog som repræsentant for det danske udvalg.

Rapporten fra besøget i Jugoslavien og Rumænien er optrykt som bilag 7. En rapport om besøget i Polen og Czekoslovakiet vil fremkomme i den svenske betænkning.

I januar 1968 havde udvalget et møde med samrådet ved mødrehjælpsinstitutionen i Holbæk, hvor samrådet redegjorde for den praktiske tilrettelæggelse af arbejdet med sagerne om svangerskabsafbrydelse.

I samme måned deltog udvalget i et af Nævnet angående svangerskabsafbrydelse arrangeret møde i Odense med medlemmerne af landets samråd. På mødet drøftede man bl. a. erfaringerne med hensyn til administrationen af den gældende svangerskabslov.

Udvalget har til brug for sit arbejde indhentet udtalelser fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og Dansk psykiatrisk Selskab om forskellige lægelige spørgsmål i forbindelse med svangerskabsafbrydelse. Selskabernes redegørelser er optrykt som bilag 3 og 4.

Endvidere har Nævnet angående svangerskabsafbrydelse efter anmodning fra udval-

get udarbejdet en redegørelse for sin virksomhed. Redegørelsen er optrykt som bilag 2.

Mødrehjælpen i København har under hele udvalgsarbejdet været udvalget behjælpelig med at tilvejebringe oplysninger, navnlig til brug for betænkningens beskrivende afsnit. Ekspeditionssekretær fru Rita Knudsen, Danmarks Statistik, har udarbejdet et udkast til kapitel IV, men den endelige udformning af dette afsnit er foretaget af udvalget.

Man har haft et samarbejde med seksualoplysningsudvalget, og derved fået mulighed for at anvende resultaterne af visse af seksualoplysningsudvalgets undersøgelser, uanset at disse endnu ikke er offentliggjort.

Udvalget har besvaret forskellige spørgsmål fra justitsministeriet, bl. a. til brug for det af folketetinget nedsatte udvalg angående et forslag til lov om ændring af svangerskabsloven, som blev fremsat af medlemmer af Socialistisk Folkeparti i februar 1967 og genfremsat i 1968.

Der har været afholdt 36 møder i udvalget, heraf 7 heldagsmøder.

København i januar 1969.

H. Bayer

Kn. O. Christensen

f. Gersing
(formand)

E. Juel Henningsen

H. Hoffmeyer

E. Saunte

Vera Skalts

Karen Ytting

E. Østergaard

T. Bækgård.

Kapitel I

Sammenfatning af udvalgets forslag

I overensstemmelse med kommissoriet har udvalget taget stilling ikke alene til spørgsmålet om, i hvilke tilfælde en kvinde bør have adgang til at få sit svangerskab afbrudt, men tillige til, om der er behov for at ændre bestemmelserne om lovens administration. Endvidere har man overvejet, hvorledes man fra det offentliges side kan søge at begrænse antallet af svangerskabsafbrydelser - legale eller illegale.

I de indledende kapitler er der redegjort for den gældende svangerskabslovgivning og dens virkninger. Kapitel **II** indeholder en beskrivelse af lovens regler og den administrative praksis. I tilslutning hertil gives der i kapitel **IV** en række statistiske oplysninger, der dels giver et indtryk af abortproblemets omfang på baggrund af den almindelige demografiske udvikling, dels giver et billede af abortklientelens sammensætning. **Det** er karakteristisk, at ansøgere om svangerskabsafbrydelse som gruppe betragtet i flere henseender viser betydelige forskelle fra befolkningen som helhed. Det gælder ikke blot de ansøgere, der får udført legal svangerskabsafbrydelse, men også de kvinder, der får afslag på deres ansøgning.

I kapitel **III** er der redegjort for abortlovgivningen i forskellige europæiske lande samt i Japan. Foruden de nordiske lande er i Vesteuropa kun medtaget England, der for nylig har gennemført en udvidelse af adgangen til legal svangerskabsafbrydelse. Derimod er de fleste østeuropæiske landes abortlovgivning beskrevet, idet disse lande ligesom Japan har en videre adgang til legal abort end de nordiske. En mere indgående beskrivelse er givet af forholdene i Jugoslavien og Rumænien, hvor medlemmer af ud-

valget har aflagt studiebesøg. Der henvises herom til bilag 7.

Kapitel **V** indeholder en beskrivelse af de mest anvendte metoder til svangerskabsafbrydelse.

De abortforebyggende foranstaltninger omtales i kapitel **VI** og **VII**. Udvalget fremhæver i kapitel **VI** betydningen af, at der skabes bedre sociale, økonomiske og bolig-mæssige forhold for gravide kvinder og familier med børn. En udbygning af både de generelle sociale sikringsordninger og de individuelle hjælpeforanstaltninger er påkrævet. Disse problemer kan imidlertid ikke løses særskilt for de kvinder, som af sociale og økonomiske vanskeligheder motiveres til at søge svangerskabsafbrydelse, men må ses i en større sammenhæng. Udvalget stiller derfor ikke konkrete forslag til forbedringer, men indskrænker sig til at pege på visse områder, som forekommer særlig betydningsfulde.

Udbredelse af kendskabet til og anvendelsen af antikonception er en ikke mindre vigtig abortforebyggende foranstaltning. I kapitel **VII** gøres det gældende, at der er behov for videnskabelig forskning, for oplysnings- og propagandavirksomhed og for en lettere og billigere adgang til antikonceptionelle midler. Disse spørgsmål er under overvejelse i seksualoplysningsudvalget, og man har derfor ikke taget stilling til, om der er behov for ændring af svangerskabslovens § 10 om offentlig støtte til oplysning om seksuelle spørgsmål.

Udvalgets forslag til ændringer i de gældende indikationer for svangerskabsafbrydelse findes i kapitel **VIII**. Udvalgets flertal kan ikke gå ind for fri adgang til svanger-

skabsafbrydelse. De hensyn, der taler herimod, er af en sådan vægt, at man - i hvert fald for tiden - må fraråde en sådan løsning. Derimod kan der påvises et klart behov for en videre adgang til svangerskabsafbrydelse, end den gældende svangerskabslov giver mulighed for, og flertallet stiller derfor forslag om forskellige udvidelser. For kvinder over 38 år og for kvinder med mindst 4 hjemmевærende børn foreslås adgangen til svangerskabsafbrydelse gjort fri. Endvidere foreslår man skabt hjemmel til i videre omfang at kunne tillade svangerskabsafbrydelse for kvinder, der ikke magter at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde, hvilket særlig får betydning for de ganske unge kvinder. Endelig stiller flertallet forslag om indførelse af en social indikation, således at der kan gives kvinder, der ved barnets fødsel vil blive stillet over for urimelige vanskeligheder, tilladelse til at få svangerskabet afbrudt.

Et mindretal i udvalget (Hoffmeyer) mener, at der bør indføres fri adgang til svangerskabsafbrydelse. Mindretallets begrundelse herfor findes i kapitel XIV.

Især under hensyn til den forøgede helbreds-mæssige risiko, der er forbundet med afbrydelse af et mere fremskredent svangerskab, foreslår udvalget den almindelige frist for indgrebet sat ved udløbet af svangerskabets 12. uge. Tilladelse skal dog kunne gives også efter dette tidspunkt, hvis der er særlig grund dertil. Kapitel IX indeholder den nærmere begrundelse for dette forslag.

I kapitel X drøftes fremgangsmåden ved behandlingen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse. Flertallet stiller ikke forslag om principielle ændringer hverken i undersøgelsesproceduren eller med hensyn til,

hvem der skal træffe afgørelse om, hvorvidt svangerskabet må afbrydes. Det følger dog af flertallets forslag om ændringer i indikationsbestemmelserne, at sygehusets overlæge i videre omfang kan træffe beslutning om svangerskabsafbrydelse på egen hånd. Endvidere peger man på det ønskelige i, at de praktiserende læger i forbindelse med henvisningen til mødrehjælpen i størst mulig udstrækning giver oplysning om ansøgerens personlige, familiemæssige og økonomiske forhold.

I kapitel XI findes udvalgets overvejelser med hensyn til spørgsmålet om adgang til at påklage samrådenes afgørelser. Et flertal af udvalgets medlemmer (Kn. O. Christensen, Hoffmeyer, Juel Henningsen, Saunte, Skalts og Østergaard) finder betænkelighederne ved en klageadgang så store, at de må fraråde en ændring af den gældende administration af loven. Et mindretal af medlemmerne (Bayer, Gersing og Ytting) mener, at man i forbindelse med en ny svangerskabslov bør indføre en adgang til at påklage samrådenes afslag. Hvis en klageordning skal indføres, er alle medlemmerne enige om, at kompetencen i så fald bør henlægges til et centralt ankenævn.

Udvalget foreslår strafansvaret for illegal svangerskabsafbrydelse ophævet for kvinden. Dette forslag er begrundet i kapitel XII. Der foreslås ikke væsentlige ændringer i straffebestemmelserne for lægen og kvaksalveren, men den gældende lovs regler om straf for indirekte medvirken i § 6, stk. 2, og § 7 foreslås ophævet.

Kapitel XIII indeholder udkast til ny lov om svangerskabsafbrydelse m. v. og bemærkninger til udkastets enkelte bestemmelser.

Kapitel II

Den gældende lovgivning

De gældende bestemmelser om svangerskabsafbrydelse findes i lov nr. 177 af 23. juni 1956, der trådte i kraft den 1. oktober 1956. Loven afløste den tidligere gældende svangerskabslov nr. 163 af 18. maj 1937 som ændret ved lov nr. 89 af 15. marts 1939.

Til grund for svangerskabsloven af 1956 lå det udkast til ændringer i svangerskabsloven af 1937, som indeholdtes i betænkning afgivet i marts 1954 af den af justitsministeren den 9. januar 1950 nedsatte kommission. Udkastet indeholdt kun mindre ændringer i de tidligere gældende indikationer for svangerskabsafbrydelse, medens der på andre punkter foresloges væsentlige nydannelser. Særligt skal nævnes, at kommissionen foreslog afgørelserne af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse, der tidligere blev truffet af 2 læger i forening, henlagt til særlige samråd i tilknytning til mødrehjælpsinstitutionerne. Disse institutioner tillagde kommissionen den største betydning i samfundets bestræbelser for at nedsætte antallet af svangerskabsafbrydelser. De blev derfor foreslået udbygget og deres organisatoriske og økonomiske forhold ændret. De blev egentlige statsinstitutioner i 1961.

Kommissionens udkast forelagdes folketinget i det væsentlige i uændret skikkelse og blev vedtaget med enkelte ændringer. I det følgende redegøres for lovens enkelte bestemmelser og praksis i tilknytning dertil.

A. Indikationerne

I henhold til svangerskabslovens § 1, stk. 1, kan svangerskab afbrydes i 4 grupper af tilfælde.

1) Medicinsk indikation

»Når svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred. Ved bedømmelsen af denne fare skal der på grundlag af en vurdering af samtlige omstændigheder, herunder de forhold, hvorunder kvinden må leve, tages hensyn ikke alene til fysisk eller psykisk sygdom, men også til tilstedeværende eller truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande.«

Bestemmelsens 1. pkt. stammer fra loven af 1937. 2. pkt. blev indsat i 1956 for at skabe større klarhed over fortolkningen og rækkevidden af den medicinske indikation, medens det ikke var hensigten at foretage nogen realitetsændring i forhold til den tidligere gældende retstilstand.

Den medicinske indikation er således ikke begrænset til tilfælde, hvor faren er begrundet i en påviselig legemlig eller sjælelig sygdom, men omfatter også tilfælde, hvor der er alvorlig risiko for helbredsforringelse af andre grunde. Ved udøvelsen af dette skøn skal der tages hensyn til samtlige omstændigheder, herunder også kvindens personlige og sociale forhold. Indikationen betegnes derfor ofte den medicinsk-sociale eller social-medicinske indikation. Overbelastning, udslidthed, dårlige personlige, familiemæssige, økonomiske og bolig-mæssige forhold vil ofte spille en rolle ved vurderingen af, om gennemførelsen af svangerskabet medfører alvorlig fare for kvindens helbred. Bestemmelsen er udformet i overensstemmelse med det almindeligt anerkendte lægelige princip, at man ved bedømmelsen af en patients helbredstilstand og eventuelle behandlingsmuligheder må tage hensyn til den pågældendes

levevilkår. Det må understreges, at der er tale om en *lægelig* vurdering. Rent sociale eller personlige vanskeligheder kan, uanset hvor belastende de måtte være, ikke føre til svangerskabsafbrydelse efter denne bestemmelse, medmindre kvindens helbred er alvorligt truet.

Hovedparten af samtlige legale svangerskabsafbrydelser foretages i henhold til denne bestemmelse, jfr. nedenfor i kapitel IV, hvor der også nærmere er redegjort for de lægelige diagnoser, der er stillet for disse kvinder. Her skal det blot fremhæves, at hoveddiagnoserne for flertallets vedkommende er psykiatriske, men at der som oftest er tale om sygdomme, hvor både psykiske og fysiske symptomer spiller en rolle. Dette gælder således den såkaldte belastningssygdom eller *belastningssyndrom*, som diagnosticeres hos mere end halvdelen af de kvinder, der får svangerskabet afbrudt af helbredsmæssige grunde. Det drejer sig om mere eller mindre kroniske tilstande, hvor det uønskede svangerskab medfører risiko for en forværring. Sygdommen er karakteriseret både ved *psykiske symptomer*, f. eks. træthed, stemnings-svingninger, rastløshed, irritabilitet, *legemlige symptomer*, f. eks. åreknuder, kroniske underlivslidelser, og *psykosomatiske symptomer* som fordøjelsessygdomme, muskelgigt, migræne o. lign.

2) Etisk indikation

»Når kvinden er blevet besvangret under sådanne omstændigheder, som omhandles i Borgerlig Straffelov af 15. april 1930 § 210 eller § 210, jfr. § 212¹, samt når svangerskabet skyldes krænkelse af kvindens kønsfrihed under sådanne omstændigheder, der omhandles i straffelovens §§ 216-223 eller disse paragraffer sammenholdt med § 224.«

Efter denne bestemmelse, der er uændret fra 1937-loven, kan en kvinde få et svangerskab afbrudt, når det er resultatet af et blodskamsforhold med en slægtning i op- eller nedstigende linie eller med en broder, uanset om kvinden har været indforstået med forholdet. Endvidere er der adgang til svangerskabsafbrydelse, når en kvinde er blevet besvangret ved en strafbar krænkelse af hendes kønsfrihed, f. eks. ved voldtægt, anden

ulovlig tvang, udnyttelse af hendes uvidenhed, uerfarenhed, afhængighed, syge eller hjælpeløse tilstand. Hvis kvinden ved besvangeringen var under 15 år, vil hun altid kunne få svangerskabet afbrudt i henhold til denne indikation.

For nogle af disse tilfælde er det efter § 1, stk. 3, en betingelse for afbrydelse af svangerskabet, at forbrydelsen er anmeldt til politiet, uden at anmeldelsen er afvist som urigtig. Dette gælder voldtægt, opnåelse af samleje ved anden ulovlig tvang, misbrug af kvindens bevidstløshed eller tilsnigelse af samleje. Begrundelsen for at kræve anmeldelse i disse tilfælde er, at det kan være meget vanskeligt for den instans, der skal tage stilling til andragendet om svangerskabsafbrydelse, at skønne over, om de foreskrevne betingelser er opfyldt, når man har kvindens egen forklaring som eneste grundlag. Anmeldelsen skal ikke være indgivet inden nogen bestemt frist, men kan eventuelt indgives efter henvendelsen til mødrehjælpen. Det kræves ikke, at anklagemyndigheden finder grundlag for at rejse tiltale. Kun hvis politiets foreløbige undersøgelser fører til, at anmeldelsen må anses for grundløs, må ansøgningen om svangerskabsafbrydelse afslås. Nærmere regler om politiets behandling af disse sager findes i justitsministeriets cirkulære nr. 171 af 29. september 1939.

I andre tilfælde af etisk indikation kræves politianmeldelse ikke. Dette gælder, hvis forholdet også er strafbart for kvinden (blodskam), eller hensynet til kvinden iøvrigt gør det mindre hensigtsmæssigt (udnyttelse, forførelse, som kvinden på grund af afhængighedsforholdet ofte ikke tør anmelde). Det samme gælder, hvis forholdet let kan konstateres af mødrehjælpen (kvinder på institution eller anstalt, kvinder under 15 år).

3) Eugenisk indikation

»Når der er nærliggende fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller på grund af beskadigelser eller sygdom, pådraget i fosterlivet, vil blive lidende af sindssygdom, åndssvaghed, andre svære mentale for-

¹ Efter en ændring af straffeloven i 1967 findes den til § 212 svarende bestemmelse nu i § 210, stk. 3.

¹ Efter ændring af straffeloven i 1967 kan kvinden dog ikke straffes, hvis hun har haft samleje med en slægtning i opstigende linie.

styrrelser, epilepsi eller alvorlig og uhelbredelig abnormitet eller legemlig sygdom.»

Allerede 1937-loven indeholdt eugenisk indikation for svangerskabsafbrydelse, men i overensstemmelse med kommissionsforslaget af 1954 ændredes bestemmelsen ved loven af 1956 således, at den foruden arveligt betingede sygdomme nu også omfatter alvorlig sygdom eller defekt erhvervet i fostertilstanden.

Faren for, at barnet fødes med en alvorlig psykisk eller fysisk sygdom eller defekt, skal efter bestemmelsen være »nærliggende«. Heri ligger dog ikke et krav om nogen bestemt grad af sandsynlighed for, at barnet vil blive født med en vis lidelse. I skønnet herover tages hensyn til karakteren af den mulige lidelse. Ved meget alvorlige lidelser gives der tilladelse til svangerskabsafbrydelse, selv om risikoen statistisk set er beskednen.

Omkring 5 pct. af svangerskabsafbrydelserne sker i henhold til denne indikation.

4) »Defekt«-indikation

»Når i ganske særlige tilfælde alvorlige fysiske og psykiske defekter eller andre lægeligt begrundede forhold medfører, at kvinden skønnes uegnet til at tage vare på sit barn.«

En hertil svarende bestemmelse fandtes ikke i svangerskabsloven af 1937. Kommissionsbetænkningen af 1954 foreslog derimod at give justitsministeren hjemmel til at tillade svangerskabsafbrydelse, selv om der ikke forelå indikation herfor efter lovens øvrige bestemmelser, såfremt ganske ekstraordinære omstændigheder gjorde afbrydelsen påkrævet. Der skulle forinden foreligge erklæring fra det særlige centralnævn, som samtidig foresloges oprettet, jfr. herom nedenfor under E. I bemærkningerne til udkastet fremhævedes det, at man herved særligt havde haft opmærksomheden henvendt på kvinder med alvorlige legemlige eller sjælelige defekter, såsom åndssvage, sinker, psykopater, psykoinfantile kvinder, eventuelt ganske unge kvinder samt kvinder med visse sindssygdomme eller alvorlige legemlige defekter eller lidelser. Men også herudover kunne der forekomme andre ekstraordinære forhold, hvor svangerskabsafbrydelse efter kommissionsflertallets opfattelse var påkrævet både under hensyn til kvindens forhold

og af samfundsmæssige grunde uden at være hjemlet ved de sædvanlige indikationer.

Også i sin endelige udformning tager bestemmelsen sigte på de af kommissionen nævnte tilfælde, hvor kvindens alvorlige lidelse eller defekt ikke påvirkes synderligt af svangerskab eller fødsel - betingelserne for at anvende den medicinske indikation er derfor ikke opfyldt - og heller ikke medfører fare for arvelig belastning, men bevirker, at kvinden er uegnet til at tage vare på sit barn. I modsætning til kommissionsudkastet kan der derimod ikke i medfør af bestemmelsen gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse på grund af ung alder, og reglen fremtræder i det hele som en klar undtagelsesbestemmelse, hvilket blev stærkt fremhævet under folketingets behandling af lovforslaget.

Kun et lille antal kvinder får svangerskabet afbrudt efter denne bestemmelse. Det drejer sig hovedsagelig om kvinder, der lider af alvorlige intelligens- eller karakterdefekter.

B. Formelle krav til ansøgningen

Loven opstiller ikke særlige krav med hensyn til formen for kvindens ansøgning om svangerskabsafbrydelse, der således kan fremsættes mundtligt over for mødrehjælpsinstitutionen eller lægen.

Svangerskabsloven indeholder heller ikke bestemmelser om, hvilken vejledning der skal gives en kvinde, der søger sit svangerskab afbrudt, men mødrehjælpslovens § 2 pålægger institutionen at søge at afholde hende fra overilede skridt og give hende vejledning om den bistand og de hjælpemidler, som står til rådighed, såfremt svangerskabet gennemføres. I socialministeriets cirkulære nr. 163 af 28. september 1956, afsnit I, B, nr. 7, er det endvidere foreskrevet, at mødrehjælps journal skal indeholde oplysning om, hvorvidt kvinden er blevet underrettet om risici i forbindelse med svangerskabsafbrydelse-

I visse tilfælde kan kvinden ikke på egen hånd indgive ansøgning om svangerskabsafbrydelse, men der kræves samtykke fra indehaveren af forældremyndigheden eller værge samt indhentelse af erklæring fra ægtefællen. Reglerne herom indeholdes i lovens § 2 og beskrives nærmere nedenfor. Fælles

for disse er, at kravene ikke gælder, hvis svangerskabsafbrydelse er begrundet i en som følge af sygdom foreliggende alvorlig fare for kvindens liv eller helbred. Denne undtagelse omfatter de tilfælde, hvor bestemmelse om svangerskabsafbrydelse i henhold til lovens § 3, stk. 2, kan træffes af sygehusets overlæge uden samrådsbeslutning, jfr. nærmere herom nedenfor under C, og er begrundet i, at indgrebet i disse tilfælde ganske må ligestilles med ethvert andet påkrævet operativt indgreb. Det vil ikke være rimeligt, at afbrydelsen i sådanne tilfælde skal være afhængig af og i eventuelle kritiske situationer sinkes af tilvejebringelse af samtykke eller erklæringer.

Efter lovens § 2, nr. 1, skal der indhentes samtykke fra indehaveren af forældremyndigheden, henholdsvis værger, hvis kvinden er under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod. Samtykket behøver ikke at foreligge skriftligt.

Lovens forarbejder indeholder ingen nærmere vejledning om, hvilke »afgørende omstændigheder« man har haft i tankerne. En vis vejledning kan formentlig hentes i bemærkningerne til det i betænkningen af 1936 fremsatte lovudkast, der indeholdt en tilsvarende bestemmelse, hvor det dog hed, at samtykke »som regel« skulle foreligge. Herom udtaltes det (side 91), at der kunne forekomme tilfælde, hvor »slige unge piger er så forfærdede ved tanken om, at forældrene skulle få kendskab til forholdene, at de kan tænkes at foretrække udveje som selvmord eller kvaksalverhjælp fremfor at underrette forældrene«. Svangerskabsloven af 1937 begrænsede kravet om forældresamtykke til alene at gælde de medicinsk-socialt indicerede svangerskabsafbrydelser, men således at kravet i disse tilfælde kom til at gælde undtagelsesfrit. Betænkningen af 1954 foreslog den nugældende formulering, uden at man gav nærmere anvisning på undtagelsesbestemmelsens rækkevidde.

Det må formentlig antages, at indhentelse af samtykke fra forældre og værger kan undlades, når den pågældende ved fraværelse, sygdom eller lignende midlertidigt er forhindret i at deltage i bestemmelsen angående barnets anliggender, jfr. princippet i myndighedslovens § 22 og § 31. Undtagelsesbestemmelsen må også kunne finde anvendelse i

andre tilfælde, f. eks. hvor kvinden igennem en længere periode ikke har haft nogen forbindelse med forældrene eller den af dem, der er indehaver af forældremyndigheden. Ved vurderingen af, om samtykke kan undværes, må der lægges vægt på, om kvinden næsten er 18 år eller betydelig yngre.

Forældremyndighedens indehaver kan ikke på egen hånd fremsætte begæring om svangerskabsafbrydelse, og indgrebet kan derfor ikke foretages mod kvindens eget ønske uanset hendes alder.

Undtagelse fra kravet om, at den gravide kvinde selv skal fremsætte begæring om indgrebet, foretages, gøres kun, hvis hun på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, jfr. § 2, nr. 2. I så fald kan begæringen fremsættes af en hertil efter indstilling af det sociale udvalg beskikket særlig værger eller, hvis hun er inddraget under forsorg på anstalt, af anstaltslederen.

Hvis ansøgeren er gift og samlever med sin ægtefælle, skal der ifølge § 2, nr. 3, gives denne lejlighed til at udtale sig, medmindre særlige omstændigheder taler derimod. Noget samtykke fra ægtemanden kræves ikke, og det er helt overladt til samrådet at tage stilling til, hvilken vægt der skal tillægges hans udtalelse. Lever ægtefællerne ikke sammen, skal ægtemanden ikke spørges. De særlige omstændigheder, der kan berettiggelse til at undlade at indhente ægtemandens udtalelse, er ifølge betænkningen af 1936, hvorfra bestemmelsen stammer, dels tilfælde, hvor han er bortrejst eller af andre grunde afskåret fra at udtale sig, dels tilfælde, »hvor kvinden anser en anden for fader til barnet og netop af hensyn til sin ægteskabelige utroskab og frygt for dens følger ønsker sig befriet for fosteret«.

Er parterne ikke gift, opstiller loven ikke noget krav om, at manden skal have lejlighed til at udtale sig. Såfremt der er tale om et nogenlunde fast samlivsforhold eller forlovelse, vil mødrehjælpen dog i almindelighed som led i det almindelige undersøgelsesarbejde søge forbindelse med manden, medmindre kvinden modsætter sig dette.

C. Afgørelsen om svangerskabsafbrydelse

Hovedreglen findes i svangerskabslovens § 3, stk. 3, hvorefter bestemmelse om, hvor-

vidt svangerskabsafbrydelse kan foretages, træffes af særlige samråd, hvoraf der er oprettet et eller flere ved hver mødrehjælpsinstitution. For tiden findes 21 samråd, fordelt med 5 i København og 16 i provinsen.

Samrådenes sammensætning er fastlagt i § 6 A i mødrehjælpsloven, jfr. lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956. De består af vedkommende mødrehjælpsinstitutions leder eller en anden ved institutionen ansat person med tilsvarende uddannelse samt 2 læger. Lederen skal ifølge § 6, stk. 2, være en kvinde, der har gennemgået et anerkendt kursus for socialhjælpere eller er i besiddelse af en dermed ligestillet uddannelse, og som ved praktisk arbejde på det sociale område har vist evner, der gør hende særlig egnet til at være leder af en mødrehjælpsinstitution. Så vidt muligt skal den ene af lægerne være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, om muligt en stedlig overlæge, den anden speciallæge i psykiatri. Medlemmerne og suppleanterne for dem udpeges af socialministeren, de lægelige medlemmer og suppleanter efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen, og for højst 4 år ad gangen. Speciallægen i gynækologi eller kirurgi er i almindelighed chefen for en af de hospitalsafdelinger i området, hvor indgrebene foretages, medens det psykiatriske medlem i visse tilfælde er ansat ved eller fast knyttet til vedkommende mødrehjælpsinstitution og i andre tilfælde ikke har tilknytning til institutionen.

Bestemmelse om, at svangerskabsafbrydelse kan foretages, kan kun træffes, når der foreligger enstemmighed herom i samrådet, mødrehjælpslovens § 6 A, stk. 2.

Samrådene har indtil for nylig kun haft til opgave at træffe afgørelse i sager om svangerskabsafbrydelse. Ved lov nr. 234 af 3. juni 1967 om sterilisation og kastration, der trådte i kraft den 1. april 1968, er der yderligere tillagt samrådene den opgave at tage stilling til ansøgninger om sterilisation. Samtidig er den i svangerskabslovens § 1, stk. 4, tidligere hjemlede adgang til sterilisation uden justitsministeriets tilladelse i forbindelse med svangerskabsafbrydelse efter eugenisk indikation ophævet.

I visse tilfælde af medicinsk indikation efter lovens § 1, stk. 1, nr. 1, kan svangerskabsafbrydelse ske uden samrådstilladelse. Ifølge § 3, stk. 2, kan bestemmelsen træffes

af sygehusets overlæge, hvis faren for kvindens liv eller helbred er begrundet i sygdom, og dette er konstateret på sygehuset. Denne undtagelse fra det almindelige krav om samrådstilladelse er begrundet i, at det i almindelighed vil være urimeligt og i enkelte tilfælde endog uforsvarligt at kræve, at en sådan kvinde skal henvises til en mødrehjælpsinstitution, forinden indgrebet kan finde sted. Også i tilfælde, hvor en mødrehjælpsinstitution eller et samråd som led i behandlingen af en ansøgning om svangerskabsafbrydelse har ladet den pågældende kvinde indlægge til observation på et sygehus, kan overlægen på egen hånd stille indikation efter denne bestemmelse.

Antallet af svangerskabsafbrydelser efter overlægens beslutning andrager omkring 10 pct. af samtlige legale svangerskabsafbrydelser. Heraf sker ca. en trediedel på kvinder, der har ansøgt om svangerskabsafbrydelse gennem mødrehjælpen, og som af denne er indlagt til nærmere observation på hospital.

D. Behandlingen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse

Allerede før svangerskabsloven af 1956, da beslutningen om svangerskabsafbrydelse skulle tages af 2 læger, hvoraf den ene i almindelighed skulle være kvindens sædvanlige læge, indtog mødrehjælpsinstitutionerne en central stilling i arbejdet med forberedelsen af sager om svangerskabsafbrydelse. Bortset fra tilfælde, hvor faren for kvindens liv eller helbred var begrundet i sygdom, måtte svangerskabsafbrydelse på medicinsk indikation ikke finde sted, medmindre der forelå attestation fra en mødrehjælpsinstitution om, at der var givet hende fuld oplysning dels om farene ved og de mulige følger af indgrebet, dels om den bistand og de hjælpemidler af økonomisk og lægelig art, der stod til rådighed for hende selv eller til hjælp ved forsørgelsen af det ventede barn, såfremt hun gennemførte svangerskabet. Ved svangerskabshygiejneloven af 1945 blev der endvidere pålagt læger og jordemødre pligt til at henvise gravide kvinder til mødrehjælpen, når begrundelsen for et ønske om svangerskabsafbrydelse var personlige, økonomiske eller sociale vanskeligheder. Ved en

ændring af svangerskabshygiejneloven i 1966 (lov nr. 200 af 8. juni 1966 § 3) blev det fastslået, at sådan henvisning skal ske *omgående*.

Lægerne gjorde i så udstrakt grad brug af denne adgang til henvisning til mødrehjælpen, at hovedparten af ansøgningerne om svangerskabsafbrydelse i årene op til 1956 blev behandlet af mødrehjælpsinstitutionerne. Mødrehjælpens arbejde i disse sager indskrænkede sig imidlertid ikke til at afgive attest om, at svangerskabslovens § 2 var opfyldt, men på grundlag af de dybtgående sociale og lægelige undersøgelser, som mødrehjælpen normalt måtte iværksætte for at kunne vejlede og hjælpe kvinderne på rette måde, fik mødrehjælpen samtidig mulighed for at foretage en vurdering af, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse var opfyldt.

Efter kommissionsforslaget søgte man ved svangerskabsloven af 1956 yderligere at udnytte de erfaringer, som mødrehjælpen således gennem årene havde fået på dette område. Som nævnt blev den besluttende myndighed henlagt til særlige samråd, der oprettedes i tilslutning til mødrehjælpsinstitutionerne, og som delvis bestod af sagkyndige ansat i disse institutioner. Samtidig blev det ved loven pålagt mødrehjælpen at foretage de undersøgelser, som er nødvendige for at tage stilling til ansøgningen om svangerskabsafbrydelse.

I alle de tilfælde, hvor afgørelse om svangerskabsafbrydelse skal træffes af et samråd, skal ønsket fremsættes over for en mødrehjælpsinstitution, der ifølge svangerskabslovens § 3, stk. 3, skal undersøge, om betingelserne for indgrebets foretagelse er til stede. Mødrehjælpslovens § 2 foreskriver yderligere, at det påhviler institutionen at optage forhandlinger med kvinden på grundlag af de oplysninger, som det efter et skøn i hvert enkelt tilfælde findes fornødent at indhente. Institutionen skal søge at afholde hende fra overilede skridt og give hende vejledning om den bistand og de hjælpemidler, som står til rådighed, såfremt svangerskabet gennemføres. Det er ikke foreskrevet i loven, at kvinden skal henvende sig til mødrehjælpsinstitutionen på sit hjemsted, og hun har mulighed for, når særlige grunde taler derfor, at henvende sig til en anden mødrehjælpsinstitution.

De nærmere bestemmelser om mødrehjælpens forberedende virksomhed i sager om svangerskabsafbrydelse findes dels i svangerskabslovens § 3, stk. 3, dels i socialministeriets cirkulære nr. 163 af 28. september 1956. Der skal herefter foretages både lægelige og sociale undersøgelser. Den sociale undersøgelse skal omfatte skildring af kvindens levnedsløb og aktuelle situation, herunder de ægteskabelige, boligmæssige og økonomiske forhold, samt samtale med ægtefælle og andre pårørende og oplysning om de hjælpeforanstaltninger, der kan komme på tale. Den lægelige undersøgelse skal omfatte sygehistorie og oplysning om nuværende legemlige og psykiske helbredstilstand. I almindelighed bør der indhentes erklæring fra kvindens sædvanlige læge, og der skal om fornødent søges bistand fra speciallæge, indhentes erklæring fra arvebiologisk institut og oplysninger om tidligere hospitalsindlæggelser. Endvidere kan mødrehjælpen lade kvinden indlægge til observation eller behandling på hospital eller et egnet hjem.

Den praktiske fremgangsmåde ved tilvejebringelse af disse oplysninger tilrettelægges af de enkelte mødrehjælpsinstitutioner, men efter de for udvalgt foreliggende oplysninger følges stort set den samme fremgangsmåde ved provinsinstitutionerne. I København er praksis noget anderledes, jfr. senere.

Kvinden møder i konsultationen normalt med en henvisning fra sin læge. Allerede ved denne første henvendelse får kvinden lejlighed til at tale med en socialrådgiver, der gennemdrøfter problemerne med hende og herunder søger at få oplysninger om hendes personlige og sociale forhold samt taler med hende om mulige hjælpeforanstaltninger. I en del tilfælde aflægger socialrådgiveren besøg i hjemmet til konstatering af bolig-mæssige vanskeligheder og for at danne sig et supplerende indtryk af kvinden og hendes sociale baggrund. Derefter indkaldes ægte-manden og eventuelle pårørende, f. eks. den ugifte kvindes forældre eller barnets fader, til en samtale og eventuelt indhentes andre oplysninger fra socialkontor, børneværn, sundhedsplejerske m. v.

Kvinden indkaldes herefter til en gynækologisk og almen-klinisk undersøgelse, der normalt finder sted få dage efter hendes første henvendelse. I forbindelse med denne læ-

geundersøgelse gøres hun bekendt med abort-indgrebets art og mulige risiko.

På grundlag af det herefter foreliggende sociale og lægelige undersøgelsesmateriale foretages et skøn over, hvilke yderligere oplysninger og undersøgelser, der er nødvendige, f. eks. fra kvindens sædvanlige læge, fra hospital, hvor kvinden tidligere har været indlagt, fra arvebiologisk institut o. s. v. Eventuelt henvises kvinden til undersøgelse hos en medicinsk, neurologisk eller anden speciallæge.

Derefter indkaldes patienten sædvanligvis til psykiatrisk undersøgelse til belysning af hendes psykiske tilstand både tidligere og i den aktuelle situation. Lægen søger tillige at vurdere, om hendes helbredsstand vil blive udsat for alvorlig skade, såfremt hun gennemfører svangerskabet, og om der kan tænkes hjælpemuligheder, der kan hindre en sådan udvikling. Om fornødent kan denne ambulante undersøgelse suppleres med observation på et hospital eller på institutionens observations- og rekreationshjem, hvor en sådan mulighed består.

Ved nogle mødrehjælpsinstitutioner, der ikke har fast speciallæge i psykiatri knyttet til institutionen, foretages ikke psykiatrisk undersøgelse som led i den normale behandling af ansøgningen om svangerskabsafbrydelse. Den læge, der foretager den gynækologiske og almen-kliniske undersøgelse af kvinden, vil i sådanne tilfælde tage stilling til, om hendes psykiske tilstand er således, at særlig henvisning til psykiatrisk specialundersøgelse skønnes påkrævet.

Det vil fremgå af det foran nævnte, at en kvinde, der søger svangerskabsafbrydelse, ofte må give møde gentagne gange til undersøgelse, i visse tilfælde i forskellige byer. Mødrehjælpsinstitutionerne i provinsen har imidlertid ingen muligheder for at afhjælpe disse besværlige forhold for ansøgerne. Foruden rent geografiske forhold er især personalemangel, herunder lægemangel, årsag hertil. Særligt bør det fremhæves, at det ofte volder store vanskeligheder at få knyttet fast speciallægeassistance til institutionerne. Fornødne speciallægeundersøgelser må derfor i mange tilfælde foretages hos praktiserende speciallæger.

Tilrettelæggelsen af arbejdsgangen i den københavnske institution frembyder forskelle på enkelte punkter. Kvinden kommer

her først til gynækologisk og almen-klinisk undersøgelse til en på forhånd aftalt tid. Derefter kommer hun til undersøgelse hos mødrehjælpens psykiater, der tillige indhenter nødvendige sociale oplysninger og drøfter mulige hjælpeforanstaltninger med hende. Kun hvis særlige sociale vanskeligheder gør sig gældende, er det herefter nødvendigt at indkalde hende til samtale også med socialrådgiveren. Ved denne forenklede fremgangsmåde, der af de ovennævnte grunde ikke har kunnet gennemføres ved mødrehjælpsinstitutionerne i provinsen, er det lykkedes dels at nedbringe behandlingstiden, dels at indskrænke det antal gange, kvinden skal møde til undersøgelse.

Som det vil fremgå af det foregående, er det ikke reglen, at samrådets medlemmer personligt har undersøgt eller talt med den kvinde, hvis abortansøgning skal afgøres. Mødrehjælpens repræsentant i samrådet kan naturligvis i sin egenskab af socialrådgiver have gennemført de sociale undersøgelser, men dette er navnlig i København undtagelsen. Som leder af institutionen (i København afdelingen) vil hun dog have fulgt sagen under dens forberedende behandling og have deltaget i beslutningerne om, hvilke undersøgelser der skal foretages. For samrådets psykiatriske medlem gælder det ligeledes, at han ikke i alle tilfælde personligt har undersøgt patienten. Indenfor den københavnske institution har det psykiatriske medlem imidlertid det lægelige ansvar for undersøgelsen af de kvinder, der hører til det pågældende samråd, og i ca. en trediedel af tilfældene foretager han selv eller supplerer den undersøgelse, som er foretaget af hans assistent. Ved de provinsinstitutioner, hvor det psykiatriske medlem af samrådet er tilknyttet mødrehjælpsinstitutionen, vil han normalt også have foretaget undersøgelsen af kvinden. I andre tilfælde foretages den psykiatriske vurdering af mødrehjælpens faste læge, der ikke er medlem af samrådet, eventuelt suppleret af undersøgelse hos en psykiater, der kan være, men ofte ikke er identisk med samrådets psykiatriske medlem. Samrådets gynækologisk-kirurgiske medlem har normalt ikke set kvinden før samrådsafgørelsen.

Samrådsmedlemmerne træffer deres afgørelse på ugentlige møder på grundlag af mødrehjælpens sociale og lægelige journaler

og andre indhentede oplysninger, hvoraf kopier forinden er fremsendt til medlemmerne. Samrådet kan, hvis det findes påkrævet, foranstalte yderligere undersøgelser iværksat, inden afgørelse træffes. Endvidere skal en tidligere truffet afgørelse tages op til fornyet behandling, hvis der fremkommer nye oplysninger af betydning for sagen.

Når samrådets afgørelse foreligger, drager mødrehjælpen omsorg for, at patienter, der har fået tilladelse til svangerskabsafbrydelse, bliver modtaget på deres hjemstedssygehus til foretagelse af indgrebet. Samtidig sendes til sygehuset kopier af det sociale og lægelige materiale, der danner grundlag for samrådsbeslutningen. Patienter, for hvem der ikke er fundet indikation for afbrydelse, indkaldes til socialrådgiver eller læge i institutionen, der meddeler afslaget og detaljeret drøfter de hjælpeforanstaltninger med dem, der kan komme på tale.

I kapitel IX er der nærmere redegjort for varigheden af mødrehjælpens behandling af ansøgningerne. Her skal blot fremhæves, at det er lykkedes mødrehjælpen at nedbringe varigheden ganske betydeligt i de senere år. Således er den gennemsnitlige behandlingstid fra kvindens første henvendelse i mødrehjælpen til samrådets afgørelse nu ca. 12 dage i den københavnske institution.

E. Svangerskabsnævnet

I forbindelse med forslaget om at henlægge afgørelserne om svangerskabsafbrydelse til særlige samråd, foreslog svangerskabskommissionen oprettelse af et centralnævn, der skulle følge samrådenes virksomhed og gennem rådgivning over for disse virke for en mere ensartet praksis i sager angående svangerskabsafbrydelse. Bestemmelserne herom findes i mødrehjælpslovens § 6 A, stk. 3. Nævnet skal bestå af en leder af en mødrehjælpsinstitution eller en socialpraktiker med nøje kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde og 2 læger, hvoraf den ene skal være speciallæge i psykiatri, den anden speciallæge i gynækologi eller kirurgi. Nævnets medlemmer og de fornødne suppleanter udpeges af socialministeren for højst 4 år ad gangen, de lægelige medlemmer efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen.

Nævnet har således karakter af en rådgiv-

vende og vejledende instans uden afgørelsesmyndighed over for samrådene. Svangerskabskommissionen afviste at gøre nævnet til en appelinstans over for samrådenes afgørelser, fordi man frygtede, at en sådan appelmulighed ville blive udnyttet i et meget stort antal sager. Derved ville fordelene ved den lokale afgørelse sættes over styr, den lokale institutions autoritet blive undergravet og centralnævnet overbelastet.

En af nævnet udarbejdet redegørelse for dets virksomhed i de forløbne år findes optrykt som bilag 2.

F. Indgrebets foretagelse

1) 16-ugers fristen

Efter svangerskabslovens § 1, stk. 2, må afbrydelse af svangerskab **i de i § 1, stk. 1, nr. 2-4, nævnte tilfælde** (etisk, eugenisk og »defekt«-indikation) normalt ikke foretages efter udløbet af den 16. svangerskabsuge. Bestemmelsen gælder ikke den medicinske indikation i § 1, stk. 1, nr. 1.

Svangerskabsloven af 1937 indeholdt en tilsvarende bestemmelse, hvor fristen dog var sat ved udløbet af den 3. svangerskabsmåned. Denne frist blev i kommissionsbetænkningen af 1954 foreslået forlænget **til** udgangen af den 20. svangerskabsuge. Baggrunden herfor var, at der i praksis havde vist sig en tilbøjelighed hos lægerne til at overholde 3 måneders fristen også ved de medicinske indikationer. Samtidig havde det vist sig, at fristen havde den uheldige virkning, at det ofte voldte vanskeligheder at få en sag om svangerskabsafbrydelse omhyggeligt undersøgt så hurtigt, at man kunne nå at afbryde svangerskabet inden udgangen af 3. måned. Det fremgik endvidere af en af kommission indhentet sagkyndig erklæring, at risikoen ved svangerskabsafbrydelse efter den 3. måned ikke var så stor, at man af lægelige grunde burde fastholde fristen, når andre grunde stærkt talte for at udvide den.

Under folketingets 3. behandling af lovforslaget blev fristen imidlertid ændret til de nugældende 16 uger, idet man skønnede, at der herved levnedes mødrehjælpen tilstrækkelig tid til at foretage de fornødne undersøgelser.

Selv om det med den nugældende udformning af fristbestemmelsen er søgt tydelig-

gjort, at den ikke gælder svangerskabsafbrydelse på medicinsk, herunder psykiatrisk og socialmedicinsk, indikation, synes der også efter 1956-loven at være en tydelig tendens til at overholde fristen ved denne indikation. Uanset at ca. 90 pct. af samtlige legale svangerskabsafbrydelser sker på medicinsk indikation, heraf ca. 10 pct. ved indikation stillet af overlægen alene, synes det af de foreliggende oplysninger at fremgå, at mindre end 5 pct. af afbrydelserne sker efter udløbet af den 16. uge. Det må herved bemærkes, at flertallet af ansøgerne henvender sig i god tid inden fristens udløb, og at der i de senere år er en klar tendens til, at kvinderne henvender sig tidligere i svangerskabet. Der henvises herom nærmere til kapitel IX. Her til kommer, at mødrehjælpen søger at fremskynde undersøgelserne af de kvinder, der henvender sig kort tid før fristens udløb.

I overensstemmelse med almindelig gynækologisk praksis angives svangerskabets alder i uger regnet fra sidste menstruations første dag. Det følger af bestemmelsen i lovens § 1, stk. 2, at ikke blot skal samrådstil-ladeisen foreligge, men indgrebet skal også normalt foretages før fristens udløb. Mødrehjælpen i København har opgjort tidsrummet mellem samrådsbeslutning og patientens modtagelse på hospitalet for godt 200 tilfældigt udvalgte sager i 1966 til gennemsnitlig at udgøre ca. 6½ dag. Ofte vil det dog være muligt at fremskynde indlæggelsen, hvis graviditeten er fremskreden.

2) Stedet for indgrebets foretagelse

Svangerskabsafbrydelse må efter svangerskabslovens § 3, stk. 1, kun foretages af en autoriseret læge på et af statens eller kommunens sygehuse eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

Herved udelukkes det, at svangerskabsafbrydelse lovligt kan ske i en læges privat-konsultation eller i en privatklinik. Loven opstiller ikke krav om gynækologisk eller kirurgisk specialuddannelse for at udføre abortindgreb, og det er derfor overladt til vedkommende sygehusafdelings overlæge at bestemme, hvilken læge der skal foretage indgrebet.

Når der er truffet samrådsbeslutning om, at svangerskabsafbrydelse kan foretages, skal kvinden modtages på det sygehus, hvor-

under hun hører, jfr. § 3, stk. 4, og indgrebet kan herefter foretages af en læge ansat på dette sygehus, uden at det påhviler ham at anstille yderligere undersøgelser om, hvorvidt lovens betingelser er opfyldt. Da vedkommende overlæge imidlertid har det lægelige ansvar for indgrebets gennemførelse, må der på hospitalet foretages en undersøgelse af patienten bl. a. til afgørelse af, hvilken operationsmetode der skal anvendes, og til konstatering af, om der skulle foreligge medicinsk kontraindikation mod afbrydelse af svangerskabet.

Overlægen er ikke forpligtet til at foretage indgrebet eller lade det udføre på sygehuset. Hvis han nægter at foretage operationen, kan patienten indlægges på et andet sygehus, eventuelt ved mødrehjælpens foranstaltning.

En sygehusoverlæges nægtelse af at foretage et abortindgreb skal ikke begrundes. Ved gennemførelsen af den gældende svangerskabslov blev det lagt til grund, at der ikke kunne blive tale om at pålægge nogen læge pligt til at foretage en svangerskabsafbrydelse, selv om der på lovlig måde var stillet indikation herfor, hvad enten hans nægtelse skyldes lægelige overvejelser i det konkrete tilfælde eller principielle betragtninger af moralsk eller religiøs art. Man fandt heller ikke praktiske muligheder for at gennemføre en ordning, hvorefter sygehuset forpligtedes til at drage omsorg for, at indgrebet trods kirurgens nægtelse kunne foretages på sygehuset, eventuelt ved tilkaldelse af en anden læge, da en sådan ordning ville stride mod sygehusvæsenets principper og kunne medføre vanskeligheder mellem mødrehjælpen og sygehuslægerne.

Efter det for udvalget oplyste har mødrehjælpsinstitutionerne kun sjældent vanskeligheder med at få kvinder, der har fået samrådstilladelse til svangerskabsafbrydelse, indlagt til abortus provocatus på deres hjemstedssygehus. På ganske enkelte sygehuse i landet må man helt undlade at indlægge patienter til svangerskabsafbrydelse, og herudover findes enkelte sygehuse, hvor overlægen kun i begrænset omfang foretager abortus provocatus i henhold til tilladelse fra et samråd. Da mødrehjælpsinstitutionerne normalt på forhånd er bekendt med kirurgernes indstilling til dette spørgsmål, har man i almindelighed kunnet undgå at indlægge patienterne på sådanne afdelinger og derved

sparet dem for den belastning at blive afvist efter indlæggelsen på hospitalet og senere indlagt på et andet hospital.

Efter svangerskabslovens § 9, stk. 3, kan mødrehjælpsinstitutionen, såfremt særlige hensyn taler derfor, godkende, at indgrebet foretages på et sygehus uden for kvindens hjemsted. Bestemmelsen er indført for at kunne tilgodese rimeligt begrundede diskretionshensyn og finder oftest anvendelse i tilfælde, hvor den pågældende kvinde har tilknytning til hjemstedssygehuset, f. eks. som sygeplejerske. Antallet overstiger næppe 50 om året.

3) Udgifterne ved indgrebet

Ifølge lovens § 9, stk. 1, er det den formelle hovedregel, at udgifterne i anledning af svangerskabsafbrydelse skal afholdes af kvinden selv. Har hun ikke midler hertil, afholdes udgifterne af statskassen eventuelt som særfororsørgsudgift.

De udgifter, der i henhold til denne bestemmelse påhviler kvinden, omfatter kun udgifter til sygehusophold, idet udgifterne ved undersøgelsen af, om hun opfylder betingelserne for at få svangerskabet afbrudt, afholdes af mødrehjælpen som driftsudgift. Dette gælder også eventuelle speciallægeundersøgelser og indlæggelse til observation. Hospitalsudgifterne i forbindelse med svangerskabsafbrydelse refunderes efter det for udvalget oplyste imidlertid normalt af sygekasserne, således at kun kvinder, der ikke er medlem af nogen sygekasse, selv må afholde udgifterne. I de seneste år har statskassen i godt 100 tilfælde årlig betalt udgifterne ved sygehusopholdet for ubemidlede kvinder, der ikke var medlemmer af nogen sygekasse.

Såfremt en kvinde, der har fået samrådstilladelse til svangerskabsafbrydelse, må indlægges på et andet sygehus, fordi den stedlige overlæge nægter at udføre indgrebet, skal kvinden (sygekassen, statskassen) kun betale den takstmæssige betaling for indlæggelse på hjemstedssygehuset, jfr. svangerskabslovens § 9, stk. 2. Ved loven er indenrigsministeren bemyndiget til at fastsætte bestemmelser om, at de med kvindens sygehusophold i øvrigt forbundne udgifter for det sygehus, hvor indgrebet foretages, helt eller delvis skal refunderes af sygehuset på kvindens hjemsted. Indenrigsministeriet har dog

ikke udfærdiget bestemmelser herom, idet det i alle tilfælde af indlæggelse på fremmed sygehus er en almindelig fulgt regel, at patienten alene afkræves et beløb svarende til den takstbetaling, den pågældende skulle have erlagt, såfremt indlæggelsen havde fundet sted på hjemstedets sygehus, og at den indlæggende kommune betaler de med patientens behandling på det fremmede sygehus forbundne udgifter.

G. Straffebestemmelser

1) Tavshedspligten

Ved svangerskabslovens § 4 er der pålagt læger samt personalet ved sygehusene tavshedspligt om de privatlivet tilhørende forhold, som de i anledning af spørgsmål om svangerskabsafbrydelse måtte erfare eller få formodning om, medmindre de ifølge lovgivningen er forpligtet til at udtale sig, eller handler i berettiget varetægelse af almen interesse eller egen eller andres tarv. En tilsvarende tavshedspligt gælder ifølge mødrehjælpslovens § 7 for personalet ved mødrehjælpsinstitutionerne, samrådenes og nævnets medlemmer og suppleanter.

Overtrædelse af tavshedspligten straffes efter straffelovens § 263, stk. 2, jfr. stk. 1, med bøde eller hæfte.

2) Urigtige erklæringer

Efter svangerskabslovens § 5 straffes den, som til brug ved afgørelse af, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger, bevidner noget, hvorom han intet kendskab har eller forsætlig afgiver urigtige oplysninger, efter reglerne i straffelovens § 162 (bøde, hæfte eller fængsel indtil 4 måneder).

Også den gravide kvinde selv kan straffes, hvis hun har afgivet urigtige oplysninger, f. eks. over for mødrehjælpen.

3) Ulovlig svangerskabsafbrydelse

Svangerskabslovens §§ 6-8 indeholder en række regler om straf for afbrydelse af svangerskab, herunder direkte og indirekte medvirken, i tilfælde, hvor lovens betingelser for svangerskabsafbrydelse ikke foreligger, eller hvor lovens fremgangsmåde ikke er fulgt.

Loven eller dens forarbejder indeholder ikke nogen angivelse af, hvad begrebet »afbrydelse af svangerskab« omfatter. Det antages imidlertid, at sålænge det er uvist, om befrugtning har fundet sted, kan forholdsregler til forhindring af svangerskab lovligt anvendes. Ulovlig afbrydelse af et svangerskab kan derfor tidligst foreligge fra det tidspunkt, da svangerskabet med de til enhver tid kendte metoder kan konstateres.

Svangerskabsafbrydelse omfatter enhver handling, der har til formål at dræbe et foster, hvadenten dette sker ved direkte indgreb på fosteret, eller ved at fosteret udstødes fra livmoderen og derved går til grunde. Såfremt indgrebet resulterer i et levedygtigt barn, kan der straffes for forsøg på svangerskabsafbrydelse.

I relation til afgrænsningen over for manddrab antages det afgørende skærings-tidspunkt at være fødselsaktens begyndelse, jfr. herved at en moders drab af sit barn under fødslen i henhold til straffelovens § 238 kriminaliseres som barnemord.

a. Kvinden

Svangerskabslovens § 6, stk. 1, fastsætter straf for den kvinde, der selv afbryder sit svangerskab eller lader det afbryde. Bestemmelsen sonderer mellem tilfælde, hvor kvinden er vidende om, at betingelserne for lovlig svangerskabsafbrydelse ikke er til stede, og andre tilfælde.

Er hun bekendt med, at betingelserne for lovlig svangerskabsafbrydelse ikke er til stede, er straffen hæfte indtil 3 måneder, hvadenten hun selv har afbrudt svangerskabet eller har ladet det afbryde af en læge eller en anden person. Straffen er derimod kun bøde, hvis der forelå indikation for lovlig svangerskabsafbrydelse, eller kvinden har haft rimelig anledning til at tro, at dette var tilfældet. I det sidstnævnte tilfælde kan kvinden dog ikke straffes, hvis indgrebet er udført af en autoriseret læge. Det følger heraf, at en kvinde ikke ifalder strafansvar, hvis hun lader sit svangerskab afbryde af en læge, selvom dette ikke sker på hospital, hvis betingelserne for lovlig svangerskabsafbrydelse har været til stede, eller kvinden har haft rimelig grund til at tro, at disse betingelser var opfyldt.

Under særlig formildende omstændigheder kan straffen for kvinden bortfalde.

Bedømmelsen af kvindens strafansvar for svangerskabsafbrydelse har i tidens løb i høj grad ændret karakter. Indtil straffeloven af 1866 betragtedes fosterdrab i princippet på linie med manddrab, endda således at fosterdrab (og barnemord) var belagt med kvalificeret straf, når besvangringen var sket uden for ægteskab. Med straffeloven af 1866 indledtes den udvikling i retning af en mildere bedømmelse af svangerskabsafbrydelse, som har resulteret i de nugældende lave strafferammer. Efter 1866-loven var straffen strafarbejde (fra 8 måneder) indtil 8 år. Ved straffeloven af 1930 blev strafferammen mildnet til hæfte eller fængsel indtil 2 år. I 1937 blev strafferegierne overført fra straffeloven til svangerskabsloven samtidig med, at strafbestemmelserne for kvinden selv blev yderligere mildnet.

Siden ikrafttrædelsen af svangerskabsloven af 1956 har der kun været rejst tiltale i henhold til § 6, stk. 1, i ét tilfælde. Rigsadvokaten har oplyst, at der i denne periode er kommet 66 tilfælde til anklagemyndighedens kendskab, hvor der var grundlag for tiltalerejsning mod kvinden. Imidlertid rejses tiltale kun, når intet acceptabelt motiv til svangerskabsafbrydelsen er oplyst, medens man i øvrigt frafalder tiltale i medfør af retsplejelo-
vens § 723, stk. 2.

Kun forsættlig svangerskabsafbrydelse kan straffes, og en kvinde kan ikke straffes for forsøg på afbrydelse af eget svangerskab, jfr. straffelovens § 21, stk. 3. Påtale kan ikke finde sted, når der er forløbet 1 år efter afbrydelsen.

b. Lægen

Også for lægens vedkommende er strafferammerne forskellige alt efter, om indgrebet er udført uden iagttagelse af svangerskabslovens formelle forskrifter, eller om tillige de materielle betingelser er tilsidesat, jfr. lovens § 6, stk. 3. Har lægen været vidende om, at der ikke forelå indikation for svangerskabsafbrydelse, straffes han med fængsel indtil 2 år, og under skærpende omstændigheder, særlig når handlingen er foretaget for vindings skyld, eller hvis den har medført kvindens død eller betydelig skade på legeme eller helbred, med fængsel indtil 4 år. Er der blot tale om tilsidesættelse af den formelle fremgangsmåde, er straffen hæfte eller under formildende omstændigheder bøde.

Afbryder han et svangerskab uden kvindens samtykke, er straffen fængsel indtil 12 år.

I henhold til straffelovens § 79 kan lægen ved doramen frakendes retten til fortsat at udøve lægevirksomhed, såfremt det udviste forhold begrunder en nærliggende fare for misbrug af stillingen.

c. Kvaksalvere og medhjælpere

Svangerskabslovens § 6, stk. 4, fastsætter straf for den, der uden at være autoriseret læge, afbryder et svangerskab eller yder bistand dertil. Straffen er fængsel indtil 4 år, men under skærpende omstændigheder, særlig når handlingen er foretaget for vindings skyld, eller hvis den har medført kvindens død eller betydelig legemskade, kan den stige til fængsel indtil 8 år. I gentagelsestilfælde, eller hvis gerningsmanden har handlet uden kvindens samtykke, er straffen fængsel indtil 12 år.

For kvaksalverne og medhjælperne sonder loven ikke mellem, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger, eller dette ikke er tilfældet. Strafferammen er den samme i begge tilfælde.

Selv om straffen for medhjælperen principielt er den samme som for kvaksalveren, følger det dog af straffelovens § 23, stk. 1, at straffen kan nedsættes, hvis der kun har været ydet en mindre væsentlig bistand, eller den pågældende kun har styrket et allerede fattet fortsat. I anklagemyndighedens praksis frafaldes i vidt omfang tiltale mod personer, hvis bistand har været mindre væsentlig eller af stærkt undskyldelig karakter. Således frafaldes i almindelighed tiltale over for den, der uden vederlag skaffer kvinden forbindelse med en kvaksalver, stiller lejlighed til rådighed eller udlåner instrumenter til kvindens eget brug. I almindelighed er det dog tillige en betingelse, at medhjælperen tilhører kvindens familie eller bekendtskabskreds, og at den pågældende ikke har tilskyndet kvinden til at søge svangerskabet afbrudt.

d. Barnefaderens indirekte medvirken

Efter svangerskabslovens § 6, stk. 2, straffes den, der har besvangret en kvinde uden for ægteskab, såfremt det godtgøres, at han trods henvendelser fra kvinden om støtte af

personlig eller økonomisk art har undladt at yde hende en efter forholdene rimelig støtte og bistand, og denne undladelse har været af væsentlig betydning for hendes beslutning om at afbryde svangerskabet. Det er en betingelse for strafansvaret, at der er rejst straffesag mod kvinden selv eller mod hendes medhjælper. Straffen er fængsel indtil 1 år eller under formildende omstændigheder hæfte.

Det bør fremhæves, at strafansvaret ikke rammer den ægtemand, der undlader at yde hustruen tilstrækkelig støtte. Manden kan heller ikke straffes, hvis hans undladelse har været af væsentlig betydning for kvindens beslutning om at søge *legal* svangerskabsafbrydelse. I øvrigt frembyder bestemmelsen en række tvivlsspørgsmål, der ikke er løst i retspraksis.

En tilsvarende bestemmelse fandtes i svangerskabsloven af 1937, hvor den blev indsat under folketingets behandling af svangerskabslovforslaget. Det fremgår af folketingets forhandlinger, at man tillagde bestemmelsen væsentlig betydning som en tilkendegivelse fra statsmagtens side om, at når man straffer kvinden for svangerskabsafbrydelse, bør den mand, der har haft afgørende betydning for hendes beslutning, ikke kunne gå fri.

Ifølge oplysninger fra anklagemyndigheden har der hverken under 1937-loven eller den gældende lov foreligget tilfælde, hvor der har været rejst tiltale for overtrædelse af denne bestemmelse. Det må herved erindres, at der i tilfælde, hvor der kunne blive tale om at anvende bestemmelsen, ofte vil kunne straffes efter lovens § 6, stk. 4, for aktiv medvirken til svangerskabsafbrydelse.

e. Tvang og pres til afbrydelse af svangerskab

Lovens § 7 foreskriver straf for den, der ved ulovlig tvang eller ved trusler om økonomisk tab eller om forringelse af stilling i personlig, familie- eller samfundsmæssig henseende eller ved løfte om belønning formår en svanger kvinde, der ønsker at gennemføre sit svangerskab, til at lade dette afbryde. Straffen er fængsel indtil 2 år, selv om afbrydelsen var lovlig, men kan stige til fængsel indtil 4 år, såfremt afbrydelsen foretages af en person, der ikke er autoriseret læge.

De tilfælde, der omfattes af bestemmelsen, vil som hovedregel være straffbare efter straffelovens § 260 eller som medvirken til ulovlig svangerskabsafbrydelse. Særlig i forhold til straffelovens § 260 om ulovlig tvang bemærkes, at bestemmelsen kriminaliserer en række andre former for pres samt løfte om belønning. I forhold til reglerne om straf for medvirken til ulovlig svangerskabsafbrydelse betegner bestemmelsen en udvidelse, for så vidt som den tillige rammer tilfælde, hvor afbrydelsen er legalt indiceret og foretaget forskriftsmæssigt.

En tilsvarende bestemmelse fandtes i svangerskabsloven af 1937, men gav kun anledning til tiltalerejsning i ganske enkelte tilfælde, jfr. svangerskabskommissionens betænkning af 1954, side 66. Kommissionen foreslog bestemmelsen opretholdt og udtalte, at der kunne være grund til at henstille til politi og anklagemyndighed, at bestemmelsen søgtes anvendt i videre omfang.

Ifølge oplysning fra rigsadvokaten har der ikke siden ikrafttrædelsen af svangerskabsloven af 1956 foreligget tilfælde, hvor der har været rejst tiltale efter § 7.

Kapitel III

Udlandet

1. Finland

Efter den finske lov af 17. februar 1950 kan et svangerskab med kvindens samtykke afbrydes:

1. Når svangerskabets gennemførelse eller fødslen af barnet på grund af sygdom, legemlig mangel eller svaghed hos kvinden ville medføre alvorlig fare for hendes helbred i legemlig eller sjælelig henseende. Ved bedømmelsen af denne fare skal også særdeles vanskelige livsvilkår for kvinden og andre forhold, som har indflydelse på hendes helbred, tages i betragtning.

2. Når kvinden er blevet besvangret i forbindelse med visse kønsfrihedsforbrydelser og i alle tilfælde, når kvinden ved besvangeringen ikke var fyldt 16 år.

3. Når barnet må antages at ville blive alvorligt arveligt belastet.

Svangerskabsafbrydelse af anden grund end sygdom eller legemlig mangel må ikke foretages efter svangerskabets 4. måned. Medicinalstyrelsen kan dog, hvis kvinden ved besvangeringen ikke var fyldt 16 år, eller når særlige grunde taler derfor, tillade, at indgrebet udføres indtil udgangen af svangerskabets 5. måned.

Afgørelsen om svangerskabsafbrydelse træffes af 2 læger i forening, hvoraf den ene skal være den læge, som udfører indgrebet, medens den anden skal have en særlig besikkelse fra medicinalstyrelsen. Afslag kan indbringes for medicinalstyrelsen. Tilladelse til svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation kan kun gives af medicinalstyrelsen.

Antallet af legale svangerskabsafbrydelser har udgjort:

	lait	Heraf efter til- ladelse fra me- dicinalstyrelsen
1955.....	3.659	173
1960.....	6.248	383
1961.....	5.898	431
1962.....	6.065	429
1963.....	5.669	466
1964.....	4.983	377
1965.....	4.833	355
1966.....	5.178	238

Den finske abortlovskomite har i en i december 1968 afgivet betænkning fremsat forslag til en ny lov om svangerskabsafbrydelse. Efter dette forslag kan svangerskabet afbrydes med kvindens samtykke i følgende tilfælde:

1. Når svangerskabets fortsættelse eller barnets fødsel på grund af sygdom, legemlig mangel eller svaghed hos hende vil medføre skade for hendes liv eller helbred;

2. Hvis barnets fødsel eller opfostring under hensyn til kvindens og hendes families livsvilkår samt øvrige omstændigheder vil blive urimeligt tyngende (»oskåligt betungende«) for hende;

3. Når kvinden er besvangret ved visse nærmere angivne kønsfrihedsforbrydelser;

4. Når hun ved besvangerelsen ikke var fyldt 16 år eller var fyldt 40 år;

5. Når der findes grund til at antage, at barnet vil blive åndssvagt eller lide af svær sygdom eller svær legemlig mangel; eller

5. Når sygdom eller forstyrrelse af sjælsevernerne hos barnets forældre eller en af dem

eller af anden grund, der kan ligestilles dermed, alvorligt begrænser deres evne til at passe barnet.

Svangerskabsafbrydelse skal efter forslaget ske så tidligt som muligt og som hovedregel inden udløbet af 16. uge.

2. Island

Lov af 28. januar 1935 om vejledning for kvinder til forebyggelse af svangerskab og om svangerskabsafbrydelse indeholder følgende bestemmelser:

§ 9. »Når en svanger kvinde mangler mere end 12 uger i fuld svangerskabsperiode, og det er indlysende, at hendes helbred udsættes for stor fare, hvis svangerskabet skal fortsættes tilstrækkeligt længe **til**, at barnet kan fødes og beholde livet, har lægen ret til at afbryde svangerskabet, forudsat at han nøjagtigt følger de i lovens § 10 givne forskrifter.

Hvis svangerskabet har varet over 8 uger, skal lægen dog ikke afbryde dette, medmindre der er tale om betydelig fare, der kun ved svangerskabsafbrydelse menes at kunne undgås, og forudsat at faren ved indgrebet på det stadium af svangerskabet er meget ringere end den fare, man vil undgå.

Ved vurdering af den fare, der på grund af svangerskabet truer en besvangret kvindes helbred, i henhold til denne paragrafs 1. stykke kan bl. a. tages hensyn til, om kvinden før har født mange børn med korte mellemrum og sidste gang for nylig, samt om kvinden lider under meget dårlige kår i hjemmet på grund af mange uforsørgede børn, fattigdom eller alvorlig sygdom i hjemmet.«

§ 10 giver derpå nærmere regler om fremgangsmåden ved svangerskabsafbrydelse og bestemmer bl. a., at indgrebene kun må foretages på anerkendte sygehuse efter erklæring fra 2 læger, hvoraf den ene skal være sygehusets overlæge og den anden som regel den læge, der tilrådede kvinden at søge sygehuset for at få indgrebet foretaget.

3. Norge

Bestemmelserne om svangerskabsafbrydelse findes i en lov af 11. november 1960, som trådte i kraft den 1. februar 1964. Loven bygger på en indstilling fra det norske straffelovråd.

Efter lovens § 1 kan svangerskabsafbrydelse ske:

1. Når det er nødvendigt til afværgelse af alvorlig fare for kvindens liv eller helbred. Ved vurderingen af denne fare skal der tages hensyn **til**, om kvinden har særlige dispositioner for organisk eller psykisk sygdom, og ligeledes til levevilkår og andre omstændigheder, som kan gøre hende syg eller medvirke til, at hun kan få en fysisk eller psykisk »helseknekk«.

2. Når der er alvorlig fare for at:

- a. arvelige defekter hos nogen af forældrene eller
- b. sygdom hos kvinden medens hun venter barnet eller
- c. skade på fostret i moders liv

kan medføre, at barnet kommer til at lide af en alvorlig sygdom eller en stor legemlig eller sjælelig defekt.

3. Når der er grund til at tro, at kvinden er blevet besvangret i forbindelse med visse kønsfriehedsforbrydelser eller blodskam, samt når kvinden er sindssyg eller har særlig mangelfulde sjælsevner.

Svangerskabsafbrydelse må ikke ske efter udløbet af den 3. svangerskabsmåned, medmindre særlige grunde taler derfor.

En kvinde, der søger et svangerskab afbrudt, skal henvende sig til sin læge, der, hvis han finder, at der er rimelig grund til at imødekomme hendes ansøgning, skal henvise hende til et sygehus. Kvinden kan henvende sig til en hvilken som helst læge, men hun kan ikke rette direkte henvendelse til sygehuset. Kun hvis kvinden allerede er indlagt på sygehuset, kan henvisningen fra den praktiserende læge undlades. Lægen skal undersøge sagen og afgive en skriftlig redegørelse samtidig med henvisningen til sygehuset. Afgørelsen om svangerskabsafbrydelse træffes af et nævn, der er knyttet til hvert sygehus, der foretager svangerskabsafbrydelse. Nævnet består af 2 læger, hvoraf den ene er udnævnt af fylkeslægen (stadsfysikus) og ikke må være ansat ved vedkommende sygehusafdeling. Det andet medlem er overlægen ved vedkommende afdeling.

Såfremt ansøgningen om svangerskabsafbrydelse afslås, kan fylkeslægen efter ansøgning fra den indlæggende læge kræve hende indlagt på et andet sygehus med henblik på fornyet prøvelse af ansøgningen.

Antallet af tilladelser til svangerskabsafbrydelse har siden lovens ikrafttræden udgjort følgende:

1964	2.662
1965	3.455
1966	4.537

I 1966 blev der meddelt afslag i 1.248 tilfælde, hvoraf 154 blev søgt anket. 134 af disse fik tilladelse til anke, og ca. halvdelen heraf fik tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter ankebehandling.

Ulovlig svangerskabsafbrydelse straffes i henhold til straffelovens § 245 med fængsel i indtil 3 år. I gentagelsestilfælde, eller hvis handlingen er udført for vindings skyld, forhøjes straffen. Den kvinde, som selv afbryder sit svangerskab eller medvirker hertil, straffes med fængsel i indtil 1 år. Straffen kan falde bort, når kvinden har handlet i stærkt oprevet sindstilstand, eller når andre særdeles formildende omstændigheder foreligger.

4. Sverige

De gældende svenske bestemmelser om svangerskabsafbrydelse findes i en lov af 17. juni 1938 med senere ændringer, senest ved en lov af 14. juni 1963. Efter lovens § 1 kan et svangerskab afbrydes:

1) Når på grund af sygdom, legemsfejl eller svaghed hos kvinden barnets »tillkomst« ville medføre alvorlig fare for hendes liv eller helbred (medicinsk og medicinsk-social indikation).

2) Når det under hensyn til kvindens livsforhold og omstændighederne i øvrigt kan antages, at hendes legemlige eller sjælelige kræfter ville blive alvorligt nedsat ved barnets »tillkomst« og omsorgen for barnet.

Denne socialmedicinske indikation blev indføjet ved en ændring af loven i 1946.

3) Når kvinden er besvangret i forbindelse med visse kønsfrihedsforbrydelser, herunder at kvinden ikke var fyldt 15 år (etisk eller humanitær indikation).

4) Når der er grund til at antage, at barnet vil blive arveligt belastet med sindssygdom, åndssvaghed, alvorlig sygdom eller anden alvorlig defekt (eugenisk indikation).

5) Når der er grund til at antage, at det ventede barn på grund af skade under fostersta-

diet vil komme til at lide af alvorlig sygdom eller defekt.

Denne fosterskadeindikation blev indføjet ved lovændringen i 1963.

Afbrydelse af svangerskab må - bortset fra sygdom eller legemsfejl hos kvinden - ikke foretages efter svangerskabets 20. uge. Socialstyrelsen kan dog, når særlige grunde taler derfor, tillade, at indgrebet udføres indtil udløbet af svangerskabets 24. uge.

Beslutning om svangerskabsafbrydelse kan træffes enten af 2 læger i forening eller af socialstyrelsen. De 2 læger er dels den læge, som udfører indgrebet, dels en anden læge i en nærmere angivet tjenestestilling. Afgørelsen skal afgives skriftligt og begrundes. Tilladelse til svangerskabsafbrydelse på eugenisk og fosterskadeindikation, samt når kvinden på grund af sin sindstilstand er ude af stand til at meddele gyldigt samtykke, kan kun gives af socialstyrelsen.

Siden det ved lovændringen i 1946 blev bestemt, at socialstyrelsen (tidligere medicinalstyrelsen) også kunne give tilladelse uden for de nævnte særlige tilfælde, har flertallet af afgørelserne været truffet på denne måde. I de seneste år er en stadig større del af svangerskabsafbrydelserne dog udført på grundlag af erklæring fra 2 læger, jfr. nedenstående oversigt.

Antallet af udførte tilladte svangerskabsafbrydelser har udgjort:

	Tilladelse fra		Ialt
	socialstyrelsen	2 læger	
1950	4.786	1.096	5.882
1955	3.922	638	4.560
1960	—	—	2.792
1964	4.073	596	4.669
1965	5.346	860	6.226
1966	5.375	1.876	7.251
1967	6.275	3.318	9.593

I maj 1965 blev der nedsat en kommission, der fik til opgave at undersøge den gældende praksis med hensyn til svangerskabsafbrydelse samt at overveje en revision af abortlovgivningen, herunder en eventuel yderligere liberalisering af adgangen til abort. Kommissionen, blandt hvis medlemmer er repræsentanter for de politiske partier, forventer snart at kunne afgive betænkning.

5. England

England fik først en særlig abortlov i 1967. Indtil da kunne svangerskabsafbrydelse kun foretages, når kvindens liv eller helbred var alvorligt truet.

Abortloven af 1967, der trådte i kraft den 27. april 1968, tillader svangerskabsafbrydelse i følgende tilfælde:

a) Når fortsættelse af svangerskabet ville medføre fare for kvindens liv eller for skade på hendes eller børnenes fysiske og psykiske helbred, større end hvis svangerskabet afbrydes. Ved bedømmelsen af faren for skade på helbredet skal der tages hensyn til kvindens livsforhold, både de nuværende og som de kan forudses at ville blive i fremtiden.

b) Når der er væsentlig fare for, at barnet ville komme til at lide af sådanne fysiske eller psykiske defekter, at det ville være alvorligt handicappet.

Abortloven indeholder ingen begrænsning med hensyn til, hvor sent i svangerskabet, afbrydelse kan ske. En lov fra 1929 (Infant Life Act), der foreskriver straf for drab af et levedygtigt foster, angiver dog den yderste grænse opad (ved den 28. uge).

Bortset fra tilfælde, hvor der er overhængende fare for kvindens liv eller for alvorlig og varig skade på hendes helbred, kan svangerskabsafbrydelse kun ske efter beslutning af 2 læger, hvoraf den ene normalt vil være - men ikke behøver at være - den læge, der foretager indgrebet. Svangerskabsafbrydelse må kun foretages på offentlige sygehuse samt på private sygehuse og klinikker, der er særlig godkendt til at udføre abortindgreb.

Ifølge »Observer« for den 3. november 1968 er der i de første 5 måneder efter lovens ikrafttræden til den engelske sundhedsstyrelse (National Health Service) indberettet legale aborter svarende til 31.000 årligt. Artiklen anfører, at det virkelige tal er større, idet nogle læger undlader at indberette alle aborter, især af frygt for de skattemæssige konsekvenser.

6. Bulgarien

Siden 1956 har enhver gravid kvinde principielt ret til at få sit svangerskab afbrudt, medmindre der foreligger medicinsk kontraindikation. Som kontraindikationer nævnes bl. a., at kvinden inden for de sidste

6 måneder har fået foretaget en ønsket abort, samt at graviditeten har overskredet den 3. måned.

Den abortsøgende skal henvende sig til en kvinderådgivningsklinik, der nøje skal vejlede kvinden om de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og give hende lejlighed til nøje at overveje, om hun ønsker aborten. Fastholdes ønsket, henvises hun til en klinik eller et sygehus, der særlig er autoriseret til at foretage abortindgreb.

Antallet af legale aborter i Bulgarien har været jævnt stigende fra 1957 til 1964, hvor antallet udgjorde 87.000 svarende til 67 pct. af antallet af levendefødte.

7. Czekoslovakiet

De gældende regler findes i en lov fra 1957 og en bekendtgørelse fra 1961.

Efter disse bestemmelser kan abort kun tillades, når sundhedsmæssige eller andre særlige grunde taler derfor.

En lang række nærmere specificerede sygdomme berettiger til abort. Som andre særlige grunde, der kan berettige til abort, skal navnlig tages i betragtning:

- fremskreden alder
- mindst 3 levende børn
- enkestand eller mandens invaliditet
- familiens opløsning
- trussel mod levestandarden i tilfælde, hvor familiens underhold væsentligt påhviler kvinden
- vanskelige livsforhold på grund af graviditet hos en enlig kvinde
- besvangring ved en strafbar handling.

Ved bedømmelsen skal der tages hensyn til kvindens hele situation i såvel sundhedsmæssig som social henseende.

Bortset fra tilfælde af svær arvelig sygdom og tilfælde, hvor kvindens liv er truet, er det en betingelse for abort, at svangerskabet ikke er mere fremskredet end 3 måneder, og at kvinden ikke i de sidste 6 måneder har fået et svangerskab afbrudt. Det understreges, at man hos kvinder, der endnu ikke har født, særlig skal tage hensyn til steriliserisiko.

Tilladelse til abort gives af en kommission, der er dannet ved hvert sygehus med

poliklinik. Kommissionen består af sygehuse-sets direktør (formand), lederen af sygehuse-sets gynækologiske eller obstetriske afdeling samt af en lægmand udpeget af et lokalt råd. Afslag kan påklages til en amtskommission. Kvinden behøver ikke at henvende sig til den stedlige abortkommission.

Abort må kun udføres på hospital eller klinik.

Svangerskabsafbrydelse uden tilladelse er ikke strafbar for kvinden.

Antallet af legale aborter i Tjecoslovakiet steg fra 61.000 i 1958 til 94.000 i 1961, men faldt derefter til 71.000 i 1963 og 1964. Samtidig er forholdet mellem legale aborter og levendefødte faldet fra 43:100 i 1961 til 29:100 i 1964. I samme periode har fødsels-hypigheden vist en svagt stigende tendens fra 15,8 i 1961 til 17,1 i 1964.

Overlæge H. Hoffmeyer har som repræsentant for udvalget deltaget i en studierejse, som medlemmer af den svenske 1965-års abortkomite i efteråret 1967 foretog til Tjecoslovakiet. En rapport herom vil blive optrykt i den svenske komite's betænkning.

8. Jugoslavien

En redegørelse for den jugoslaviske abortlovgivning og praksis findes i rapporten over udvalgets studierejse til Jugoslavien og Rumænien, optrykt som bilag 7.

9. Polen

1 henhold til en lov af 1956 kan en læge foretage afbrydelse af et svangerskab på medicinsk og etisk indikation, samt når afbrydelsen er indiceret ved den svangre kvindes vanskelige livsforhold.

Lægen skal træffe sin afgørelse alene på grundlag af sin undersøgelse af kvindens helbredstilstand og hendes mundtlige oplysninger om de sociale forhold. Lægen skal kun optegne hendes forklaring og lade hende underskrive erklæringen samt undersøge, om der foreligger medicinsk kontraindikation. Lægen udfærdiger herefter en attest (tilladelse) og henviser hende til et sygehus eller klinik, hvor indgrebet uden undersøgelse foretages. Samtidig skal lægen give kvinden oplysning om prævention samt henviser hende til en familierådgivningsklinik. Abortindgrebet må kun foretages af en gy-

nækolog eller kirurg eller anden godkendt læge med tilstrækkelig fagkundskab. Der er intet til hinder for, at den undersøgende læge også foretager indgrebet, hvis han besidder de fornødne kvalifikationer.

Antallet af legale aborter steg kraftigt fra 1956 til 1962, hvor antallet af samtlige konstaterede aborter (legale, spontane, illegale) var 272.000. I 1965 var det tilsvarende tallet til 234.000. Antallet af fødsler er ca. 600.000 årlig.

En rapport over et studiebesøg, som overlæge Hoffmeyer sammen med den svenske abortkomite foretog i efteråret 1967, vil blive optrykt i den svenske komite's betænkning.

10. Rumænien

Der henvises til rapporten over udvalgets studiebesøg i Rumænien, bilag 7.

11. Sovjetunionen

Efter oktoberrevolutionen ansås abort foretaget på sygehus af medicinske eller sociale grunde for lovlig. Denne tilstand varede — dog med mindre begrænsninger indført i årene 1924–28 - indtil 1936, da der skete et fuldstændigt omsving. Abort var herefter kun tilladt, når der forelå alvorlig medicinsk eller eugenisk indikation.

Der henvises i øvrigt til betænkningen af 1954 side 15-16.

I midten af 1950'erne undergik abortpolitikken på ny en radikal ændring. Ved dekret af 5. august 1954 fra Præsidiat for den Øverste Sovjet ophævedes strafansvaret for den kvinde, der selv eller med andres hjælp lader sit svangerskab afbryde. Kort efter, den 23. november 1955, udfærdigedes et nyt dekret, hvorefter forbudet mod svangerskabsafbrydelse principielt ophævedes. Indgrebet er dog, bortset fra medicinske nødstilfælde, kun lovligt, når det foretages på sygehus i overensstemmelse med sundhedsministerens instruktioner. I dekretet begrundedes de nye bestemmelser med, at de af staten gennemførte forholdsregler til fremme af moderskab og børnebeskyttelse gjorde det muligt at overlade til kvinderne selv at træffe bestemmelse om gennemførelse af svangerskabet. Endvidere vil ophævelse af abortforbudet også give mulighed for at bekæmpe de skader, der tilføjes kvindernes

sundhed ved aborter foretaget uden for sygehusene og ofte af uøvede personer.

Ifølge sundhedsministeriets instruktioner skal kvindens abortønske principielt opfyldes, hvis graviditeten ikke overstiger 12 uger, og der ikke foreligger kontraindikationer. Ønske om abort senere i svangerskabet kan afslås, da indgrebet efter dette tidspunkt bliver særlig sundhedstruende.

Familierådgivningsklinikkerne har til opgave at gøre befolkningen bekendt med de skadelige følger af abort og så vidt muligt at bevæge kvinderne til at fortsætte svangerskabet.

Statistiske oplysninger om antallet af aborter i Sovjetunionen er ikke tilgængelige. Mehlan¹ anslår på grundlag af personligt kendskab til forholdene, at antallet af aborter omtrent svarer til fødselstallet, d. v. s. 4-5 mill. årligt. Aborttallet er væsentligt højere i storbyerne end i landdistrikterne, henholdsvis ca. 1 1/2 og 1/2 gange fødselstallet.

12. Ungarn

Regler om svangerskabsafbrydelse findes i ministerrådsbeslutning af 3. juni 1956 og en bekendtgørelse af 24. juni 1956:

Legal abort tillades af en kommission på 3 medlemmer, bestående af en læge (formand) udpeget af byens eller komitatets (amtets) chefslæge, medens de 2 andre udpeges af det lokale eksekutivråd. Det ene medlem repræsenterer eksekutivrådets socialpolitiske afdeling, medens det andet skal være en kvinde foreslået af fagforeningen. Der er nedsat en kommission for hvert sygehus eller fodeklinik.

Abort skal tillades,

1. når der foreligger medicinske eller eugeniske grunde,
2. når der foreligger betydelige personlige og familiemæssige grunde dertil, samt
3. når kvinden fastholder ansøgningen, efter at kommissionen har forsøgt at overbevise hende om, at andragendet er ubegrundet.

Abort i tilfælde 2. og 3. må kun foretages i de første 12 uger af svangerskabet, og det er en betingelse, at kommissionen har

gjort ansøgeren bekendt med de sundhedsmæssige følger af abort.

Indgrebet må kun foretages på hospitaler og klinikker og må ikke foretages ambulant. Indgrebet skal så vidt muligt foretages inden 6 dage efter tilladelsen.

Hvis aborten ikke sker på grund af sygdom, påhviler det ansøgeren selv at afholde udgifterne ved sygehusholdet de første 3 dage, ligesom hun ikke i denne periode har krav på sygepenge eller andre ydelser i henhold til de sociale forsikringsordninger. Sygehuset skal i modtagelsesprotokollen notere, at aborten ikke skyldes sygdom.

Antallet af provokerede (legale) aborter udgjorde i 1952 ca. 1.700 (ren medicinsk indikation), i 1955 ca. 35.000 (social indikation) og i 1960-62 ca. 165.000 årlig. I 1964 var tallet 185.000. Tilsvarende er antallet af fødsler faldet fra 185.000 i 1952 og 210.000 i 1955 til 130.000 i 1962. Antallet af spontane aborter steg jævnt fra 34.000 i 1950 til 43.000 i 1955 og er siden faldet til ca. 34.000 i 1960-62. Det statistiske centralbureau i Budapest anslår antallet af illegale aborter til ca. 10.000 årlig i de senere år, hvortil kommer, at en del af de aborter, der er registreret som spontane, formentlig i virkeligheden er illegale.

Af samtlige offentligt konstaterede svangerskaber resulterede i 1962 ca. 60 pct. i abort, medens kun ca. 40 pct. resulterede i fødsler. I 1964 var antallet af legale aborter 140 pr. 100 levendefødte. Ungarn har den laveste fødselshyppighed i Østeuropa (i 1964 13,0 pr. 1.000 indbyggere) omtrent svarende til Sverige (13,7 i 1960).

13. Japan

I 1948 gennemførtes en eugenisk beskyttelseslov, der bl. a. indeholder regler om adgang til svangerskabsafbrydelse.

Herefter kan et svangerskab med ægtefællens samtykke afbrydes på eugenisk indikation, hvis kvinden eller hendes ægtefælle lider af spedalskhed, eller hvis besvangringen er sket ved voldtægt o. lign. samt endelig, hvis »fortsættelse af svangerskabet eller fødslen er til alvorlig skade for moderens helbred på grund af fysiske eller økonomiske forhold«.

Svangerskabsafbrydelse kan udføres af enhver læge, der er udpeget hertil af den lo-

¹ K. H. Mehlan i World Medical Journal Vol. 13, no 3, 1966.

kale lægekreds. Lægen træffer selv bestemmelse, om han vil udføre indgrebet.

Antallet af anmeldte legale aborter steg i første halvdel af 50'erne til mellem 1,1 og 1,2 mill. Derefter var antallet nogenlunde konstant indtil begyndelsen af 60'erne, hvor tallet begyndte at falde. I 1966 var der 808.000 anmeldte svangerskabsafbrydelser.

Det er dog almindeligt antaget, at der foretages væsentligt flere aborter, end dem der anmeldes. Dette kan bl. a. være begrundet i, at lægerne af skattemæssige grunde har en interesse i at opgive for små tal. Endvidere vil svangerskabsafbrydelse hos ugifte kvin-

der, der ikke omtales i loven, i realiteten være illegal abort.

Antallet af fødsler udgør nu ca. 1,7 mill., eller 17 pr. 1.000 indbyggere. I 1950 var fødselshyppigheden 28 pr. 1.000 indbyggere.

Formelt er der ikke fri adgang til abort i Japan, men den fortolkning af loven, som i praksis lægges til grund, gør det dog berettiget at tale om en i realiteten omtrent fri abortadgang.

Loven indeholder ingen tidsgrænse for udførelse af abort. 94 pct. af de registrerede aborter udføres i svangerskabets første 3 måneder.

Kapitel IV

Statistiske oplysninger

A. Indledning

Til brug for udvalgets overvejelser har man indsamlet og bearbejdet en række statistiske oplysninger. Det statistiske materiale er i det væsentlige sammenstillinger af tidligere offentliggjort statistik og beregninger foretaget på grundlag af sådan statistik. Hovedparten af materialet er hentet fra mødrehjælpens lobende statistik og særundersøgelser. Mødrehjælpen har herudover i et ikke ubetydeligt omfang efter anmodning fra udvalget foretaget supplerende undersøgelser og opgørelser af mødrehjælpens abortsager, ligesom man af hensyn til udvalget i flere tilfælde har fremskyndet udarbejdelsen af den løbende statistik.

På enkelte punkter kunne udvalget have ønsket at iværksætte særlige undersøgelser, men af tidsmæssige grunde har man fundet det nødvendigt at afstå herfra.

I det følgende er indføjet enkelte oversigtstabeller, medens det statistiske materiale i øvrigt ses i tabelsamlingen side 42-58.

B. Fødselsstatistik

I tabel 1 i tabelsamlingen ses antallet af levendefødte og fødselshyppigheden (levendefødte pr. 1.000 indbyggere) i en række år. Bortset fra 40'ernes store fødselsårge har fødselstallet aldrig været så stort som i 60'erne. I relation til befolkningen er de nuværende fødselstal dog mindre end i visse tidligere perioder. I hele det 19. århundrede var fødselshyppigheden omkring 30 pr. 1.000 indbyggere. I begyndelsen af 20'erne faldt fødselshyppigheden, og i 30'erne fødtes der om året gennemsnitlig 18 børn pr. 1.000 indbyggere. I 40'erne steg fødselshyppigheden igen og kulminerede i 1945 med 23,5. Gennemsnittet for 40'erne blev 21,0, det

samme som for 1921-30. Siden 1949 har fødselshyppigheden været under 20 med svagt fald til 16,3 i 1959 og siden svag stigning til 18,4 i 1966. Antallet af levendefødte var i 1967 ca. 81.400, hvilket i relation til folketallet svarer til 16,8 pr. 1000 indbyggere.

Fødselstallet kulminerede i 1966 med ialt 88.300 levendefødte. Siden 1966 viser de foreløbige kvartalsopgørelser en betydelig nedgang i antallet af levendefødte. Den senest offentliggjorte kvartalsopgørelse er juli 1968, hvor der fødtes 18.079 børn mod 20.076 og 22.361 i tilsvarende kvartaler af 1967 og 1966.

Levendefødte 1. juli 1965-30. juni 1968.

	1965/66	1966/67	1967/68
Juli kvartal ...	21.838	22.361	20.076
Oktober kvartal	20.640	21.183	18.503
Januar kvartal .	21.765	21.250	19.065
April kvartal . .	23.023	21.581	20.145
1. Juli-30.juni .	87.266	86.375	77.789

Det fremgår af tabel 1, at fødselstallet fra 1966 til 1967 faldt med 6.922, hvilket svarer til 7,8 pct. Faldet fortsatte i de første 3 kvartaler af 1968.

At fødselstallene falder, er for så vidt overraskende, som de store årge fra midten og slutningen af 40'erne netop nu er i den mest frugtbare alder, og fertiliteten for 20-29 årige kvinder er steget gennem en årække. Statistiske prognoser har hidtil arbejdet med den antagelse, at fødselstallet endnu nogle år ville vise en stigende tendens, og at et fald først ville indtræde i begyndelsen af 70'erne. Sandsynligvis er faldet i fødselstallet et resultat af bedre kendskab til antikonception og brug af sikrere midler.

Således har oral antikonception (»P-piller«) nu været i brug i et par år, og det kan på grundlag af opgørelser over salget til grossist anslås, at omkring hver femte kvinde i frugtbar alder anvender denne form for antikonception. Hertil kommer, at der siden 1966 i henhold til svangerskabshygjneloven ved første lægeundersøgelse efter et afsluttet svangerskab skal tilbydes eller henvises til vejledning i antikonception. Faldet i fødselstallet er utvivlsomt et udtryk for, at mange flere end tidligere planlægger deres familier og formår at gennemføre denne planlægning.

Der kan ikke siges noget sikkert om, hvorledes udviklingen vil forme sig i de nærmeste år. Den del af nedgangen i fødselstallet, der skyldes, at familierne bedre udnytter mulighederne for at planlægge tidspunkterne for fødslerne, betyder kun en udskydelse af fødsler. Den del af nedgangen, der skyldes, at uønskede graviditeter undgås med den forbedrede antikonception, vil imidlertid aldrig »indhentes«. Det kan endvidere meget vel tænkes, at endnu flere kvinder i de kommende år får kendskab til antikonception og anvender sikrere metoder. Muligvis vil fødselstallet derfor falde endnu nogle tusinde i de nærmeste år, hvorefter der kan komme en vis stigning, når indhentningen af de udsatte fødsler begynder.

Da fødselstallet afhænger af befolkningens aldersfordeling, er fødselshyppigheden kun et groft mål for fødselstallets relative betydning. Et bedre mål er antallet af fødsler i forhold til antallet af kvinder i de aldersklasser, der får børn. Sådanne tal for årene 1954-1966 ses i tabel 2, fordelt på 5 års aldersgrupper.

Fra 1954 til 1966 er antallet af levendefødte pr. 1.000 kvinder steget for kvinder i aldersgrupperne under 30 år, og faldet for kvinder over 30 år. Den absolutte stigning har været størst for kvinder i aldersgruppen 20-24 år, medens den relative stigning har været størst i aldersgruppen 15-19 år. Den stigende fertilitet i de yngre aldersgrupper har i de seneste år mere end opvejet den faldende fertilitet i andre aldersgrupper, og den samlede fertilitet¹ har derfor været svagt sti-

gende indtil 1966. De nyeste fødselstal for 1967 og 1968 tyder på, at fertiliteten for de yngre kvinder igen er blevet mindre.

Frugtbarheden i ægteskaber er betydeligt lavere nu end tidligere. Sættes den ægteskabelige fertilitet i 1880-90 til 100, var fertiliteten i 1956-60 kun 41, og ses der bort fra de store årgange i 40'erne, har fertilitetsindekset været faldende siden århundredskiftet.

Oplysninger vedrørende fødsler uden for ægteskab ses i nedenstående oversigt og i tabel 3 og 4.

Fødsler uden for ægteskab i procent af samtlige fødsler

	%		%		%
1835-44	11,0	1885-89	9,7	1935	9,2
1845-49	10,3	1890-94	9,4	1940	8,9
1850-54	11,4	1895-99	9,7	1945	9,9
1855-59	10,8	1905	10,6	1950	7,5
1860-64	10,9	1910	11,1	1955	6,6
1865-69	11,3	1915	11,7	1960	7,8
1870-74	11,3	1920	11,7	1965	9,5
1875-79	10,2	1925	10,5	1966	10,2
1880-84	10,1	1930	10,7	1967	11,0 ¹

¹ Foreløbigt tal.

Af oversigten fremgår, at fødsler uden for ægteskab fra midten af 30'erne og indtil 1966 udgjorde under 10 pct. af samtlige fødsler. Siden midten af 50'erne har procenten været stigende, men er stadig mindre end i begyndelsen af århundredet.

Som det fremgår af tabel 3 voksede andelen af levendefødte uden for ægteskab såvel i hovedstaden som i købstæderne og i sognekommunerne. I hovedstaden er procenten af levendefødte uden for ægteskab steget fra 15,1 i 1961 til 16,8 i 1966, i købstæderne er de tilsvarende procenter 8,3 og 11,5 og i sognekommunerne 6,0 og 7,7.

42-45 pct. af mødrene til børn født uden for ægteskab er ved barnets fødsel under 20 år. Kun aldersgruppen 20-24 år udviser nogen stigning i andelen af de ikke-ægteskabelige fødsler, men sættes antallet af fødsler uden for ægteskab i forhold til antallet af ikke-gifte kvinder i de pågældende aldersgrupper (tabel 4 b), viser det sig, at fertiliteten har været stigende i alle aldersgrupper. Stigningen har været størst for de ikke-gifte

¹ Den »samlede fertilitet« er det antal børn, 1.000 kvinder vil føde i løbet af aldersårene 15-49 år, forudsat at de aldersbetingede fertilitetskvotienter holder sig på det pågældende kalenderårs niveau, og at ingen af disse kvinder dør for det fyldte 50. år.

kvinder mellem 25 og 30 år, som også har den højeste fertilitet. I øvrigt viser en undersøgelse af fertiliteten uden for ægteskab¹, at den ikke-ægteskabelige fertilitet for kvinder over 20 år var betydeligt større i begyndelsen af det 20. århundrede. Fertiliteten for ikke-gifte kvinder under 20 år er først fra 1964 nået op på niveauet fra begyndelsen af århundredet.

C. Ansøgere om svangerskabsafbrydelse

I en del år har mellem 7.000 og 10.000 kvinder årligt søgt mødrehjælpsinstitutionerne om at få foretaget en legal svangerskabsafbrydelse, jfr. tabel 5. Antallet har i visse kortere perioder været stigende, i andre faldende. I året 1956/57 var der således 9.569 ansøgere, men tallet faldt til 7.338 i 1962/63. Siden da er tallet steget til 9.411 i 1966/67. Antallet af ansøgninger var dog ekstraordinært stort i 1956/57. Den nye svangerskabslov trådte i kraft den 1. oktober 1956, og det store ansøgertal har utvivlsomt forbindelse med den megen diskussion omkring spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse.

I de seneste år har antallet af ansøgere vist en mærkbart stigende tendens, der dog synes brudt i 1967/68, hvor en foreløbig opgørelse viser et nogenlunde uændret antal

fra året før. I det københavnske område har man imidlertid konstateret et tydeligt fald i ansøgertallet i de første 9 måneder af 1968/69 på omkring 16 pct. i forhold til den tilsvarende periode i 1967/68, og en forespørgsel til enkelte provinsinstitutioner synes at bekræfte denne tendens også her, omend faldet måske har været lidt svagere. Dette kunne tyde på, at den forbedrede anvendelse af antikonception, som formodes at ligge til grund for faldet i fødselstallet, også har vundet indpas i de befolkningsgrupper, der søger svangerskabsafbrydelse, omend med nogen forsinkelse i forhold til andre befolkningsgrupper.

Ansøgerens alder

I nedenstående oversigt er ansøgene i årene 1953/54 - 1966/67 fordelt procentvis efter alder. Det fremgår af oversigten, at ansøgene under 25 år har udgjort en stigende andel af samtlige ansøgere, og at stigningen har været størst for ansøgere under 20 år. Denne gruppe udgjorde i 1966/67 18 pct. af alle mødrehjælpsansøgere om svangerskabsafbrydelse mod 11 pct. i 1953/54. Samtidig har der været et relativt fald i antallet af ansøgere mellem 25 og 35 år, medens der ikke har været væsentlige forskydninger i andelen af ansøgere på 35 år og derover.

Den relative stigning i antallet af ansøgere

¹ Statistiske Undersøgelser nr. 21: Fertiliteten uden for ægteskab, udgivet af Danmarks Statistik 1968.

Ansøgere i årene 1953/54 - 1966/67 procentvis fordelt efter alder

	Under 15 år	15-19 år	Under 20 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40 år og derover	Ialt
1953/54....	—	—	11	22	24	20	15	8	100
1954/55....	—	—	12	22	23	21	14	8	100
1955/56....	0,3	11,8	12	22	23	20	15	8	100
1956/57....	0,2	13,0	13	22	42		15	8	100
1957/58....	—	—	—	—	—	—	—	—	100
1958/59....	0,4	13,4	14	22	40		24		100
1959/60....	0,4	14,0	15	22	22	18	15	8	100
1960/61....	0,5	15,3	16	22	21	18	15	8	100
1961/62....	0,3	15,5	16	22	22	18	14	8	100
1962/63....	0,5	15,8	16	22	22	18	14	8	100
1963/64....	0,6	16,1	17	23	22	17	13	8	100
1964/65....	0,5	14,6	15	24	22	17	13	9	100
1965/66....	0,4	15,7	16	24	21	16	14	9	100
1966/67....	0,5	17,4	18	24	19	17	14	8	100

under 25 år behøver imidlertid ikke at være ensbetydende med flere graviditeter eller stærkere ønske om abort blandt kvinder under 25 år. De store årgange fra 1940-50 er vokset op og har siden 1956 været over 15 år. Tilgangen af unge har således været ekstraordinær stor, og det kan have givet sig udtryk i ansøgernes aldersfordeling. Yderligere vil tidligere ægteskaber og tidligere tidspunkter for den første graviditet have kunnet påvirke ansøgernes aldersfordeling.

Antallet af kvinder i en aldersgruppe, der søger abort, kan bedst belyses ved at sætte ansøgetallet i relation til kvinder ialt i aldersgruppen, jfr. nedenstående oversigt.

Oversigten viser, at der i de år, tabellen omfatter, ikke har været store forskydninger inden for nogen af aldersgrupperne. De forskydninger i de senere år, der kan konstateres, synes at være omtrent ens for de enkelte aldersgrupper. I perioder med et stigende samlet ansøgetal har ansøgetallet pr. 1.000 kvinder også været stigende i næsten alle aldersgrupper og omvendt ved fald i ansøgetallet. Det mest bemærkelsesværdige er efter udvalgets opfattelse, at der til den tidligere omtalte stigning i andelen af ansøgere under 20 år i forhold til samtlige ansøgere ikke svarer nogen stigning i denne aldersgruppes ansøgetal pr. 1.000 kvinder. Der synes således ikke at være sket nogen reel stigning i antallet af unge ansøgere under 20 år fra midten af 50'erne til 1966-67. Ser man

alene på gruppen under 18 år har der dog - som det fremgår af tabel 6 - i de seneste år været en klart stigende tendens, fra 3,8 pr. 1.000 kvinder i 1964/65 til 6,1 i 1966/67.

Ansøgere i relation til fødselstallene

Niveauet for antallet af ansøgninger burde måles i forhold til det samlede antal svangerskaber, men det er ikke muligt, da antallet af spontane aborter og illegale svangerskabsafbrydelser ikke kendes. Som en tilnærmelse til det ideelle mål kan man imidlertid sætte antallet af ansøgere i relation til antallet af fødsler. Forholdet mellem ansøgere og fødsler må betragtes med et vist forbehold. Ansøgerne findes oplyst pr. finansår, fødsler pr. kalenderår, og medens ansøgerne i et år så godt som alle er blevet gravide indenfor det betragtede år, er alle de fødende i de første godt 8 måneder blevet gravide året før.

For perioden 1949-1966 er der i tabel 7 oplysninger om antallet af ansøgere pr. 1.000 levendefødte i hvert af årene. Tabellen viser stort set stigning til midten af 50'erne, hvor der var omkring 120 ansøgere pr. 1.000 levendefødte. Fra slutningen af 50'erne har der været et betydeligt fald, der dog i de seneste år er afløst af en ny stigning. I 1966 var der 106 ansøgere pr. 1.000 fødsler. Bevægelserne er afbildet grafisk i figur 1.

Om ansøgere pr. 1.000 fødsler i alders-

Ansøgere om svangerskabsafbrydelse pr. 1000 kvinder i aldersgrupper.

	Under 20 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40 år og ⁷ derover	Ialt
1953/54.....	6,6	13,4	13,6	11,1	8,7	2,1	8,2
1954/55.....	7,4	14,0	14,0	11,5	8,7	2,4	8,6
1955/56.....	7,0	13,7	14,1	11,2	8,6	2,5	8,4
1956/57.....	8,0	14,5	13,7		8,8	2,4	9,0
1957/58.....	—	—	—	—	—	—	8,2
1958/59.....	6,8	12,9	11,4		4,2		7,8
1959/60.....	6,5	12,4	13,1	10,1	7,5	2 1	7,6
1960/61.....	5,6	12,1	12,6	10,2	7,7	2,2	7,3
1961/62.....	5,4	11,8	13,1	10,4	7,5	2,1	7,2
1962/63.....	4,8	10,3	11,3	9,3	6,7	1,9	6,4
1963/64.....	5,1	10,5	11,2	9,3	6,4	1,8	6,5
1964/65.....	5,1	11,2	12,6	10,1	7,3	2,4	7,1
1965/66.....	6,1	11,5	12,6	10,5	8,4	2,4	7,7
1966/67.....	7,3	11,8	11,9	11,0	8,9	2,5	8,0

grupper er der samlet oplysninger for årene 1953/54-1966/67 i tabel 8.

Tabellen viser, at svingningerne inden for de enkelte aldersgrupper i perioden stort set har fulgt de foran omtalte svingninger i det samlede ansøgertal pr. 1.000 levendefødte, men at svingningerne i de senere år har været mest udtalte for de yngste og ældste aldersgrupper.

Antallet af ansøgere om svangerskabsafbrydelse er i forhold til antallet af levendefødte relativt stort for de ganske unge og for de lidt ældre aldersklasser. I 1966/67 ansøgte således 1 af hver 6 gravide¹ under 20 år om legal abort. Af de 20-24 årige søgte 1 af hver 15-16 gravide svangerskabet afbrudt, og af de 25-29 årige 1 af hver 13-14 gravide. I aldersgruppen 30-34 år ansøgte 1 af hver 9 gravide om legal abort, medens 1 af hver 5 gravide 35-39 årige henvendte sig til mødrehjælpen om svangerskabsafbrydelse. Omkring hver tredje gravid kvinde over 40 år søgte svangerskabet afbrudt legalt.

D. Tilladelse til svangerskabsafbrydelse

I 1966/67 ansøgte 9.411 kvinder mødrehjælpen om svangerskabsafbrydelse, men 186 af disse kvinder var ikke gravide². Tilladelse³ blev meddelt i 5.826 tilfælde, heraf 5.630 af samråd. Af samtlige gravide ansøgere blev der meddelt tilladelse til 63 pct., 28 pct. fik afslag, medens 6 pct. frafaldt ønsket om abort og 3 pct. aborterede før samrådets afgørelse.

En foreløbig opgørelse for 1967/68 viser, at antallet af gravide ansøgere var 9.233. Tilladelse blev givet i 6.124 tilfælde, svarende til 66 pct., medens 25 pct. fik afslag og 9 pct. frafaldt ansøgningen eller aborterede før afgørelsen.

Tilladelsesprocenten har før 1956 med indførelse af samrådene varieret en del fra

Antal tilladelser i procent af ansøgere.

1949/50	50 pct.	1958/59	48 pct.
1950/51	48 pct.	1959/60	48 pct.
1951/52	51 pct.	1960/61	49 pct.
1952/53	44 pct.	1961/62	53 pct.
1953/54	47 pct.	1962/63	52 pct.
1954/55	49 pct.	1963/64	54 pct.
1955/56	47 pct.	1964/65	57 pct.
1956/57	40 pct.	1965/66	61 pct.
1957/58	41 pct.	1966/67	63 pct.
		1967/68	66 pct.

Anm.: Til og med 1957/58 er tilladelsesprocenterne beregnet i forhold til samtlige kvinder, der henvendte sig med ønske om svangerskabsafbrydelse. I årene 1958/59 — 1961/62 er såvel ansøgere, der viste sig »ikke-gravide«, som ansøgere, der ikke nåede frem til lægeundersøgelse, men alene talte med socialrådgiver, udskilt. Fra 1962/63 og senere er alene ansøgere, der viste sig »ikke-gravide«, udskilt.

år til år. I de følgende år er tilladelsesprocenten steget, således at nu ²/₃ af alle gravide ansøgere får svangerskabet afbrudt legalt.

Tilladelser i relation til ansøgerens alder

Antallet af tilladelser i procent af ansøgere i aldersgrupper ses i tabel 9 og i nedenstående oversigt.

Tilladelses- og afslagsprocenter i aldersgrupper 1966/67.

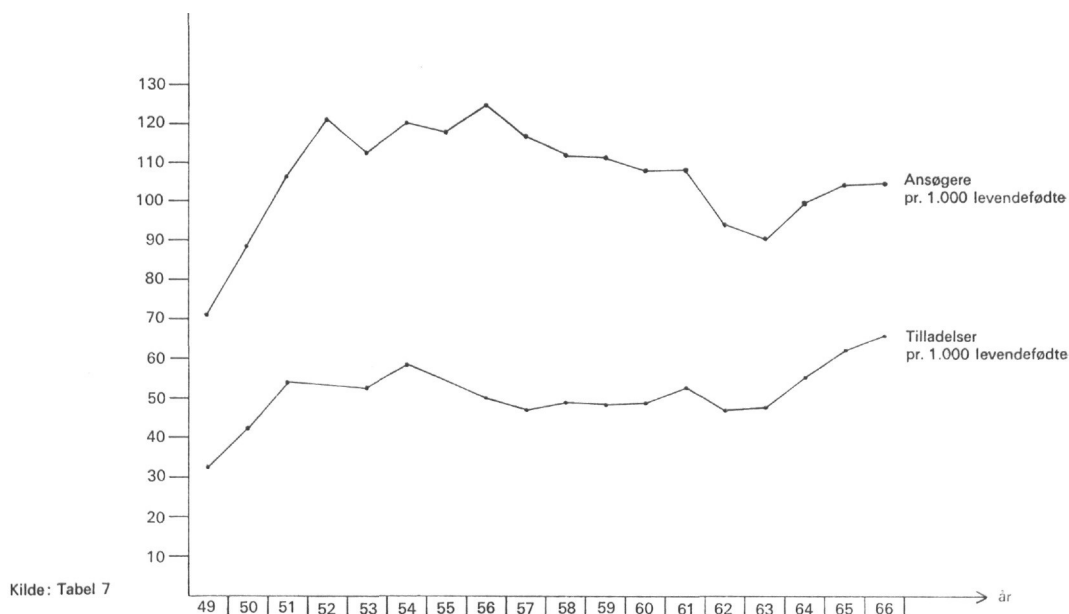
	Tilladelsesprocenter	Afslagsprocenter
Ansøgere 15-19 år...	35	52
— 20-24 - ...	55	35
— 25-29 - ...	69	22
— 30-34 - ...	74	18
— 35-39 - ...	79	13
— 40-44 - ...	82	9
— 45-49 - ...	81	8
Samtlige ansøgere...	63	28

¹ Ved gravide forstås her kvinder, der har født eller fået foretaget legal svangerskabsafbrydelse.

² Tallet svarer til 2 pct. af ansøgertallet. Også i de tidligere år har omkring 2 pct. af ansøgerne vist sig ikke at være gravide ved den gynækologiske undersøgelse i mødrehjælpen.

³ Det vil sige tilladelse meddelt af samråd og beslutning truffet af overlæge i henhold til lovens § 3, stk. 2, efter indlæggelse ved mødrehjælpens foranstaltning.

Ligesom den samlede tilladelsesprocent har også tilladelsesprocenterne inden for de enkelte aldersgrupper været stigende i de senere år. Procenten er lavest for 15-19 årige ansøgere, i 1966/67 35 pct., og derefter stigende med alderen. Tilladelsesprocenten for



Kilde: Tabel 7

Figur 1.

Ansøgere om og tilladelser til svangerskabsafbrydelser pr. 1.000 levendefødte, 1949-1966

kvinder i alderen 40 år og derover var godt 80 i 1966/67. Tilsvarende er af slagsprocenterne faldende med ansøgenes alder fra 52 pct. for 15-19 årige til 8 pct. for 45-49 årige i 1966/67.

Antallet af tilladelser i relation til fødsler

I tabel 7 ses antallet af tilladelser pr. 1.000 levendefødte over en årrække, og i tabel 8 er der tilsvarende tal for aldersgrupper i årene 1958/59 og 1963/64 - 1966/67.

Tabel 7 viser, at antallet af tilladelser pr. 1.000 levendefødte generelt har vist en stigende tendens i begyndelsen af 50'erne, derefter et mindre fald, men i 1965/66 og i 1966/67 er tallet blevet højere end nogensinde før, nemlig 62 og 66.

Antallet af tilladelser pr. 1.000 levendefødte er afbildet i figur 1 sammen med tallet for ansøgere pr. 1.000 levendefødte. Det ses, at de to kurver i store træk følger hinanden, men kurven for tilladelser har dog et lidt mere jævnt forløb. Endvidere fremgår det, at kurverne siden midten af 50'erne har nærmet sig noget til hinanden. Svingningerne i ansøgetallet er således ikke kommet fuldt

ud til udtryk i antallet af tilladelser, der viser en mere støt - i de senere år opadgående - tendens.

Af tabel 8 fremgår, at antallet af tilladelser for kvinder under 35 år er beskedent i forhold til fødselstallet - lavest hos de 20-24 årige, hvor forholdet i 1966/67 var 1 til 27. Hos kvinder under 20 år var forholdet mellem tilladelser og fødsler ca. 1 til 17. Kvinder over 40 år havde derimod kun ca. dobbelt så mange levendefødte som tilladelser til svangerskabsafbrydelse. Inden for samtlige aldersgrupper har der fra 1963/64 til 1966/67 været betydelige stigninger i antallet af tilladelser pr. 1.000 levendefødte. Stigningen har været størst i aldersgruppen under 20 år og for kvinder over 35 år, hvor der omtrent er sket en fordobling.

Som tidligere nævnt har tilladelseshyppigheden i de seneste år været stigende i alle aldersgrupper. En sammenligning mellem antallet af ansøgere og tilladelser pr. 1.000 levendefødte viser imidlertid, at stigningen har været forholdsvis størst for de unge ansøgere under 20 år samt for de ældre ansøgrupper og mindst for de 20-30 årige ansøgere.

E. Ansøgernes bopæl, civilstand, børnetal, tidligere fødsler og aborter, erhverv og boligforhold

1. Bopæl

En fordeling af mødrehjælpens ansøgere om svangerskabsafbrydelse i 1966/67 efter bopæl er vist i tabel 10. Til sammenligning er anført antallet af levendefødte i 1966 fordelt efter moderens bopæl.

Det fremgår heraf, at 27 pct. af de fødende kvinder bor i hovedstadsområdet, men 43 pct. af ansøgerne om svangerskabsafbrydelse kommer fra dette område. Derimod er der forholdsvis færre, der søger om svangerskabsafbrydelse i sognekommunerne, idet 38 pct. af de fødende kvinder, men kun en fjerdedel af ansøgerne bor i disse kommuner. Omtrent lige store dele - ca. $\frac{1}{3}$ - af ansøgerne og de fødende kvinder havde bopæl i provinsbyerne. Forskellen i ansøgerklientelens geografiske sammensætning fremgår også klart, hvis antallet af ansøgere om svangerskabsafbrydelse pr. 1.000 levendefødte beregnes efter bopæl, som ligeledes er vist i tabel 10. Størst forskel er der mellem hovedstaden (København, Frederiksberg og Gentofte) med 195 ansøgere pr. 1.000 levendefødte og sognekommunerne med 70.

2. Civilstand

I 1966/67 var 29 pct. af ansøgerne ugifte, 65 pct. gifte¹ og 6 pct. tidligere gifte. I de senere år har en stigende del af ansøgerne været ugifte, medens procenten for de gifte har været faldende, og andelen af tidligere gifte ikke har vist større udsving, jfr. tabel 11a. En foreløbig opgørelse af ansøgerne i 1967/68 viser, at tendensen mod relativt flere ugifte er fortsat. I de afgjorte sager i 1967/68 var 33 pct. af ansøgerne ugifte.

Ansøgernes civilstandsfordeling i 1966/67 afviger imidlertid ikke væsentligt fra civilstandsfordelingen for samtlige kvinder i alderen 15-49 år. Der er dog forholdsvis lidt flere tidligere gifte blandt ansøgerne end i befolkningen. Dette sidste kan også belyses ved beregning af antallet af ansøgere pr. 1.000 kvinder i civilstandsgrupperne. Svangerskabsafbrydelse søgtes i 1966/67 af 12 ‰ af de tidligere gifte, 8 ‰ af de gifte

og 8 ‰ af de ugifte kvinder i alderen 15-49 år.

I tidligere år, hvor ansøgernes civilstand er registreret, har der været forholdsvis færre ugifte og flere gifte end i befolkningen. Bortset fra tidligere gifte er udviklingen således gået mod større lighed mellem ansøgernes og alle 15-49 årige kvinders civilstandsfordeling.

Gifte og tidligere gifte kvinder får oftere tilladelse til svangerskabsafbrydelse end ugifte. I 1966/67 var tilladelsesprocenterne 42 for ugifte, 71 for gifte og 78 for tidligere gifte. Der har i de senere år for alle civilstandsgrupper været en betydelig stigning i tilladelseshyppigheden. Stigningen har været omtrent ens - ca. $\frac{1}{3}$ - for alle 3 grupper fra 1958/59 til 1966/67, tabel 11b.

Den betydelige forskel i tilladelseshyppighed mellem ugifte og andre ansøgere må dog ikke tages som udtryk for en forskellig praksis over for ugifte og andre. De ugifte ansøgere er gennemgående betydeligt yngre og har færre tidligere fødsler end de gifte og tidligere gifte. Som tidligere nævnt stiger tilladelseshyppigheden med ansøgernes alder, og nedenfor omtales det, at tilladelseshyppigheden ligeledes er stigende med antallet af tidligere fødsler.

3. Børnetal og tidligere fødsler

38 pct. af ansøgerne i 1958/59 havde mere end 2 børn i hjemmet, 26 pct. havde 2, 14 pct. ét og 22 pct. ingen børn. Disse tal viser, at ansøgerne oftere end befolkningen som helhed havde store familier. Husstandsundersøgelsen i 1960 viste, at af alle husstande med børn havde 24 pct. mere end 2 børn, medens næsten halvdelen - 48 pct. - af ansøgerne med børn havde mere end 2 børn.

Ansøgernes tidligere fødsler er registreret i 1958/59, 1964/65 og 1967/68. Tabel 12 viser fordelingen for 1964/65, medens der for 1967/68 er givet oplysninger i oversigten i kapitel VIII, side 81. I 1964/65 havde 42 pct. af ansøgerne født mere end 2 gange. Fordelingen efter tidligere fødsler var omtrent den samme i 1964/65 og i 1958/59. En foreløbig opgørelse af de afgjorte sager for 1967/68 tyder på, at andelen af ansøgere med mindst 3 tidligere fødsler er faldet

¹ Incl. separerede.

noget, nemlig til 34 pct.¹. Gifte ansøgere har oftere flere tidligere fødsler end andre ansøgere. I 1964/65 havde 57 pct. af de gifte flere end 2 fødsler. I 1967/68 havde 54 pct. af de gifte, men kun 1 pct. af de ugifte og 36 pct. af de tidligere gifte født mere end 2 gange.

Tilladelseshyppigheden er stigende med antallet af fødsler. I 1964/65 steg procenten fra 33 for ansøgere, der ikke havde født, til 73 for ansøgere med 5 eller flere tidligere fødsler. Undersøgelsen af de afgjorte ansøgninger i 1967/68 viste samme tendens.

Legal svangerskabsafbrydelse var tidligere foretaget hos 11 pct. af ansøgerne i samtlige mødrehjælpinstitutioner i 1958/59, men af de ansøgere, der fik meddelt samrådstilladelse til svangerskabsafbrydelse, havde 17 pct. tidligere fået foretaget legal abort.

Antallet af ansøgere, der tidligere havde fået foretaget legal abort, er ikke senere opgjort for samtlige institutioner, men for den københavnske institution foreligger tillige en opgørelse for 1966/67. Disse opgørelser viser, at der blandt de kvinder, der fik tilladelse til svangerskabsafbrydelse, har været en vis nedgang i andelen med tidligere legale aborter - fra 20 pct. i 1958/59 til 14 pct. i 1966/67.

4. Erhverv

a. Ansøgernes eget erhverv

40 pct. af ansøgerne i 1966/67 var husmødre uden erhvervsarbejde, medens 47 pct. havde erhvervsarbejde, og 11 pct. var under uddannelse, heraf 3 pct. skoleelever, 1 pct. studerende og 7 pct. lærlinge. Ved folketællingen i 1965 var 46 pct. af alle kvinder i alderen 14-64 år beskæftiget i erhvervene, og af de 14-64 årige kvinder i hovedstadsområdet havde 53 pct. erhvervsarbejde. Procenterne af erhvervsbeskæftigede blandt ansøgere svarer til procenterne i hele befolkningen. Derimod er der forskel på fordelingerne efter beskæftigelsesart for ansøgere og for den kvindelige befolkning under ét. Især skal det fremhæves, at en relativ stor del - 22 pct. - af ansøgerne i erhverv er beskæfti-

get ved husligt arbejde, medens der ved beskæftigelsesundersøgelsen i 1967¹ var 12 pct. af de erhvervsarbejdende kvinder, der var beskæftiget ved rengøringsarbejde i erhvervene, og 5 pct. var husassistenter.

Tilladelse blev i 1966/67 meddelt 70 pct. af de ansøgere, der var husmødre uden erhverv, og 72 pct. af gifte ansøgere med erhverv. Ansøgerne under uddannelse, der gennemsnitligt er betydeligt yngre end de øvrige ansøgere, fik for 38 pct. vedkommende tilladelse til svangerskabsafbrydelse.

b. Ægtefælles erhverv

Af de gifte ansøgere i 1966/67 var 30 pct. gift med ikke-faglærte og 21 pct. med faglærte arbejdere. Disse procenter er formentlig højere end i den mandlige befolkning, idet der ved beskæftigelsesundersøgelsen i 1967 var 18 pct. af samtlige mænd i alderen 15-75 år beskæftiget som faglærte og knap 25 pct. som ikke-faglærte arbejdere. Derimod var der relativt færre ansøgere, der var gift med selvstændige landbrugere, end der er i befolkningen som helhed, nemlig 6 pct. mod 9 pct. Erhvervsfordelingerne for ansøgernes ægtefæller og den mandlige befolkning i tidligere år viste tilsvarende afvigelser.

Der er ikke væsentlige forskelle mellem tilladelsesprocenterne i grupper af ansøgere opdelt efter ægtefællens erhverv.

5. Boligforhold

For 1964/65 er der foretaget en undersøgelse af boligforholdene for ansøgere i Københavns mødrehjælpinstitution. Undersøgelsen viste, at 25 pct. var uden egen bolig, og at 12 pct. af ansøgerne med egen bolig boede i overbefolkede lejligheder. Til sammenligning kan det nævnes, at ved boligtællingen i 1960 fandt man, at 2,3 pct. af boligerne var overbefolkede, og at 4,6 pct. af befolkningen boede i sådanne lejligheder. Ansøgerne om svangerskabsafbrydelse har således ringere boligforhold end befolkningen som helhed.

Sammenlignes boligforholdene for ansøgere og den del af befolkningen, der er under 50 år, bliver forskellen dog mindre, idet personer over 50 år oftere end yngre har

i En direkte sammenligning mellem 1964/65 og 1967/68 er ikke mulig, idet opgørelsen for 1967/68 ikke omfatter ansøgere, der frafaldt ansøgningen eller aborterede inden afgørelsen.

¹ Beskæftigelsesundersøgelsen den 27. september 1967, Statistiske Efterretninger 1968 nr. 15.

relativ god plads i boligen, når børnene er flyttet hjemmefra.

Kvinder, der får tilladelse til svangerskabsafbrydelse, har gennemgående ringere boligforhold end de kvinder, der får afslag. I 1964/65 blev der givet **tilladelse** til 82 pct. af de ansøgere, der boede i overbefolkede lejligheder og til 72 pct. af de ansøgere, der boede i boliger med indtil 2 personer pr. værelse.

Kun 16 pct. af de ugifte ansøgere i København i 1964/65 havde selvstændig bolig. Af gifte med egen bolig var der 14 pct. i overbefolkede boliger mod kun 7 pct. af de tidligere gifte og 1 pct. af de ugifte med egen bolig.

I en specialundersøgelse i mødrehjælpen i København i sidste halvår af 1964/65 blev det oplyst, at 35 pct. af de ansøgere om svangerskabsafbrydelse, der havde selvstændig bolig, havde boligproblemer. 12 pct. boede i overbefolkede boliger, 13 pct. havde bolig uden eget toilet, heraf en del heller ikke indlagt vand, og 23 pct. boede i lejligheder af dårlig kvalitet i øvrigt. En del familier havde samtidig flere af disse boligmæssige vanskeligheder.

F. Samrådene

1. Ansøgere og tilladelseshyppighed

Fordeles ansøgerne efter de mødrehjælpsinstitutioner, de har søgt, viser der sig at være visse forskelle mellem institutionerne. For årene 1963/64 - 1966/67 er der samlet oplysninger om ansøgartal, antallet af tilladelser og tilladelser i procent af ansøgartallet i tabel 13.

For hele landet har der fra 1963/64 til 1966/67 været en stigning i antallet af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse og i antallet af tilladelser. Ansøgartallet er steget fra 7.260 til 9.225 (27 pct.) og antallet af tilladelser fra 3.936 til 5.826 (48 pct.).

Væksten i ansøgartallet viser geografiske forskelle, idet institutionerne i Nykøbing F., Holbæk, Århus og Esbjerg har den svageste tilvækst, henholdsvis 12, 15, 16 og 16 **pct.**, medens ansøgartallet er steget kraftigst i Odense, Næstved, København og **Rønne**, henholdsvis 36, 33, 33 og 31 pct. Tilvæksten i ansøgartallet synes ikke at være en følge af tilsvarende ændringer i folketallet.

Antallet af tilladelser er steget mere end antallet af ansøgere, men der er større geografiske forskelle i forøgelsen af antallet af tilladelser end i væksten af ansøgerne. Størst stigning i antallet af tilladelser forekom i institutionerne i Holstebro, København, Sønderborg og Århus, henholdsvis 61, 60, 48 og 43 pct., medens tilvæksten har været mindst i Holbæk, Esbjerg, Nykøbing F. og Rønne, henholdsvis — 1, 4, 14 og 19 pct. For Rønnes vedkommende er tallene så små, at de procentvise ændringer ikke kan betragtes som gyldige for bevægelserne, og for Holbæks vedkommende er nedgangen i antallet af tilladelser ikke noget konstant fænomen, idet der var en stigning fra 1963/64 til 1965/66.

Forholdet mellem antal ansøgere og antal tilladelser viser også geografiske forskelle. For landet som helhed er tilladelsesprocenten steget fra 54 til 63 i perioden. I København, Holstebro, Århus og Sønderborg har procenten været stigende, medens der i enkelte institutioner har været et fald. Endelig fremgår det af tabellen, at nogle institutioner i hele perioden har haft en relativ høj tilladelsesprocent, andre en lav. København har i hvert af årene ligget højest, medens Holbæk har haft den laveste procent. I øvrigt har Næstved, Nykøbing F. og Sønderborg høje tilladelsesprocenter.

Betragtes København i forhold til provinsen, viser det sig, at ansøgartallet er vokset relativt stærkest i København, men det samlede ansøgartal er fortsat størst i provinsen under ét.

2. Forholdet mellem indikationerne

Over 80 pct. af samrådenes tilladelser er givet på medicinsk indikation i henhold til svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 1. Eugenisk indikation i henhold til § 1, stk. 1, nr. 3, stilles normalt i omkring 5 pct. af samtlige tilladelser, men på grund af rubeolae-epidemier (»røde hunde«) i 1964 og 1965 udgjorde disse indikationer i 1964/65 9 pct. af samtlige tilladelser. I tabel 14 ses antallet af tilladelser i 1964/65, der er det seneste år, hvor dette er opgjort, i hvert enkelt samråd og fordelt efter hjemmel.

For hele landet under ét var 83 pct. af tilladelserne meddelt i henhold til medicinsk indikation. I enkelte samråd var der imidlertid en vis afvigelse fra dette gennemsnit,

f. eks. 91 pct. i samrådet i Sønderborg og 61 pct. i samrådet i Nykøbing F. En del af samrådene har relativt få sager til behandling, og selv mindre variationer fra gennemsnittet vil derfor give sig store udsving i fordelingen efter indikationshjemmel. Forholdsvis få medicinske indikationer synes ikke at være en nødvendig følge af relativ lav tilladelsesprocent ialt i et samråd. I Nykøbing F., f. eks., var i 1964/65 61 pct. af tilladelserne stillet på medicinsk indikation, men der blev ialt meddelt tilladelse til 57 pct. af ansøgerne, hvilket var det samme som gennemsnittet for hele landet.

Tallene for de øvrige indikationer er små, og især i de mindre samråd vil variationer på 1 eller 2 tilfælde kunne ændre fordelingen af tilladelser efter hjemmel.

I de samråd, hvor en relativ mindre del af indikationerne er medicinske, er der modsat forholdsvis mange eugeniske indikationer. Variationerne fra gennemsnittet var store. I Holbæk, Nykøbing F., Vejle og Hjørring var således henholdsvis 17, 22, 18 og 20 pct. af tilladelserne meddelt i henhold til eugenisk indikation.

Der synes at være en svag tendens til, at en større procentdel af tilladelserne i København end i provinsen er stillet på medicinsk indikation, medens der gives forholdsvis flere tilladelser på eugenisk indikation i provinsen.

Etisk indikation, § 1, stk. 1, nr. 2, stilles sjældent, i 1964/65 i kun 38 tilfælde, svarende til knap 1 pct. af tilladelserne.

Den såkaldte »defekt-indikation«, lovens § 1, stk. 1, nr. 4, blev i 1964/65 anvendt i 65 tilfælde. I 1966/67 viser en speciel opgørelse, at dette tal var steget til 185.

I en del tilfælde meddeles der tilladelse til svangerskabsafbrydelse ved kombination af 2 eller flere indikationer.

G. Diagnoser

Der er kun gjort spredte forsøg på systematisk diagnosticering af de sygelige forhold, der gør sig gældende i abortklientelet. Spørgsmålet rummer principielle vanskeligheder, idet det er den personlige eller sociale konflikt svangerskabet påfører kvinden, som er den væsentlige motivation for abortansøgningen. De eventuelle sygelige forhold danner den baggrund, som i særlig grad gør svangerskabet uønsket, og rejser ønsket om

abort. Herved gør kun sjældent en enkelt fremtrædende lidelse sig alene gældende - oftest er der tale om, at en række - måske hver for sig mindre væsentlige sygdomme - bidrager til en sådan svækkelse af den almene helbredstilstand, at dette forhold sammen med eventuelle sociale og personlige problemer bidrager til at gøre svangerskabet uønsket.

Siden 1955 har man i mødrehjælpen i København forsøgt systematisk at registrere alle de diagnoser, som uanset lidelsens sværhedsgrad kunne konstateres hos samtlige ansøgere. Der foreligger opgørelser herover for årene 1955/56 og 1956/57 samt for en del af 1964. Opgørelserne dækker ikke helt sammenfaldende sider af problemet.

I tabel 15-18 er der redegjort for det ældre materiale. Man har kun medtaget gravide ansøgere. Der har været mulighed for at registrere diagnoserne også i relation til, om der blev givet tilladelse til svangerskabsafbrydelse, men materialet har ikke kunnet opstilles i relation til de forskellige indikationsrammer - medicinske, etiske, eugeniske og »defekt«-indikationer er således registreret under eet. I betragtning af, at de medicinske indikationer repræsenterer en meget stor del af samtlige tilladelser, samt at medicinske og social-medicinske forhold gør sig gældende i betydelig grad også ved en del af de eugeniske indikationer, kan det diagnostiske billede stort set betragtes som karakteristisk for de medicinske og medicinsk-socialt indikationer.

Hver patient er givet en hoveddiagnose, som enten kan være psykiatrisk eller somatisk, og dertil et antal bidiagnoser. I tabel 15 er redegjort for de psykiatriske hoveddiagnoser, i tabel 16 for de somatiske hoveddiagnoser. Tabellerne 17-18 redegør for den samlede diagnosemasse, når såvel hoved- som bidiagnoser medtages. I alle tabellerne rummer kolonnerne 1 og 2 de absolutte tal for det samlede materiale, som i tabel 15 og 16 samtidig repræsenterer ansøgerantallet, da der kun svarer en hoveddiagnose til hver ansøger - hoveddiagnosen kan naturligvis være: Ingen psykisk eller somatisk lidelse. I tabel 15-16 angiver kolonnerne 3 og 4 de relative tal, d. v. s. hvor stor procentdel af ansøgerne, der har den pågældende diagnose. For oversigtens skyld er i alle tabeller diagnoserne samlet i grupper, hvis talværdier er

anført i kolonnerne 2 og 4. Kolonnerne 5 og 6 giver de absolutte tal for hoveddiagnoser på de ansøgere, der fik tilladelse. De relative tal i kolonnerne 7 og 8 angiver imidlertid her, hvor mange procent af alle med den pågældende diagnose, der fik tilladelse: Tilladelsesprocenten for den enkelte diagnosekategori. I tabel 17 og 18, der registrerer samtlige diagnoser, angiver de relative tal i kolonnerne 3 og 4 den procentdel af samtlige stillede diagnoser, som falder i den enkelte diagnose. Som i tabel 15 og 16 repræsenterer de relative tal i kolonnerne 7 og 8 tilladelsesprocenten - i dette tilfælde for alle, der havde den pågældende diagnose som hoved- eller bidiagnose.

Af tabel 15 og 16 fremgår, at 62 pct. af hoveddiagnoserne er psykiatriske, 13 pct. somatiske, medens de resterende 25 pct. ikke får nogen hoveddiagnose (er enten raske eller har så ubetydelig en lidelse, at den kun er anført som bidiagnose). Af tabel 17 og 18 fremgår, at tages alle diagnoser med, dominerer de psykiatriske mindre. Kun 43 pct. af samtlige diagnoser er psykiatriske, 57 pct. er somatiske.

Blandt de psykiatriske hoveddiagnoser dominerer neuroserne og blandt disse især de socialt-familiært betingede neurasthenier, som er led i det såkaldte belastningssyndrom. Kun 4-5 pct. af ansøgerne lider af psykogen depression som hoveddiagnose.

Af tabel 16 og 18 fremgår, at de somatiske diagnoser i langt højere grad er spredt over en række forskellige lidelser. Gennemses listen, vil man dog se, at det først og fremmest er det register af somatiske lidelser, der knytter sig til det såkaldte belastningssyndrom, som er repræsenterende: Magerhed, svær legemlig astheni, fedme, blodmangel, åreknuder, lidelser i det statiske system, betændelse i kønsorganerne, blærebetændelse, bronchitis, hovedpine og besvimelssendens, ørebetændelse. Magerhed og fedme er registreret i overensstemmelse med gængse objektive standarder.

Ser man på kolonnerne 7 og 8 i tabellerne 15 og 16, finder man, at den gennemsnitlige tilladelsesprocent er 42, men således fordelt, at psykiatrisk hoveddiagnose giver en tilladelsesprocent på 57, medens somatisk hoveddiagnose kun giver 36 pct. Blandt de psykiatriske diagnoser er det først og fremmest den meget høje tilladelsesprocent blandt de

svære neurasthenier, som betinger abortindgrebene. Blandt de somatiske lidelser er det - ved siden af enkelte talmæssigt ret ubetydelige mere specifikke diagnoser - atter de til belastningssyndromet hørende somatiske lidelser, som bidrager stærkest til tilladelsesfrekvensen.

I tabel 19 er der dels redegjort for de psykiatriske hoveddiagnoser for de ansøgere, der fik tilladelse til abortus provocatus i mødrehjælpen i København i perioden 1/4 til 30/9 1964, dels foretaget en sammenligning mellem de to materialer. Af hensyn til sammenligneligheden har det været nødvendigt at opstille diagnoserne med en lidt anden inddeling end i de tidligere tabeller.

Kolonnerne 1-4 giver i absolutte og relative tal mulighed for at sammenligne de to diagnosematerialer, der er indsamlet med ca. 10 års interval. Det skal i denne forbindelse anføres, at den almindelige tilladelsesprocent i samme periode er steget fra 42 pct. til 57 pct. Mest påfaldende er vel nok den store overensstemmelse i materialerne. Lidt flere er diagnosticeret med et svært belastningssyndrom og lidt flere med depressive lidelser, noget færre med intelligensdefekter. Dette kan imidlertid meget vel bero på en praksisforskydning med hensyn til, hvilke faktorer man lægger vægt på ved udvælgelsen af en hoveddiagnose. Der er i det foreliggende intet holdepunkt for at antage, at indikationerne stilles på et svagere medicinsk grundlag i det senere materiale.

1964-materialet er yderligere opdelt i relation til civilstand samt delvis i relation til indikationsramme. I tabellen har man kun medtaget de relative tal. De samlede absolutte tal er under hver kolonne anført i parentes. Sammenlignes kolonne 4 med kolonne 5, som repræsenterer alle ugifte, der fik tilladelse til abortus provocatus, ser man, at der blandt de ugifte er flere uden psykiatrisk hoveddiagnose - antagelig flere med eugenisk indikation og somatisk indikation. Mest markant er det meget lavere antal med belastningssyndrom og betragteligt højere tal med depressive tilstande. Også karakterafvigelser og intelligensdefekter spiller en større rolle blandt de ugifte, der indstilles til abortus provocatus. Ser man dernæst på kolonne 6, der repræsenterer de tidligere gifte, ligger de relative tal meget nærmere det samlede materiale (domineret af de gifte), men

det bemærkes, at der her er meget få uden psykiatrisk hoveddiagnose og også relativt mange med depressive lidelser.

I kolonnerne 7-9 er kun medtaget kvinder, der er indstillet til abortus provocatus i henhold til svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 1 (medicinsk indikation). Da den samlede indikationsmasse som anført ovenfor er stærkt domineret af de medinske indikationer, er tendenserne i store træk de samme som i de foregående opstillinger. Der er dog noget færre uden psykiatrisk hoveddiagnose, og ansøgere med svært belastningssyndrom dominerer yderligere. Blandt de ugifte spiller de depressive lidelser en meget dominerende rolle.

H. Illegale aborter

I tidens løb er der gentagne gange gjort forsøg på at foretage beregninger over antallet af illegale svangerskabsafbrydelser i Danmark. Udvalget har ikke ment at have grundlag for at foretage selvstændige beregninger, men må henvise til beregninger og skøn foretaget af andre.

I det følgende optrykkes et afsnit fra seksualoplysningsudvalgets betænkning om seksualundervisning i folkeskolen (betænkning nr. 484 af 1968 s. 22-24), hvori nogle af disse beregninger er nærmere omtalt og å jourført. De til afsnittet hørende tabeller er optrykt i tabelsamlingen som tabel 20-22.

»Beregninger med hensyn til illegale svangerskabsafbrydelser

Antallet af illegale aborter er vanskeligt at bedømme, idet man er henvist til at foretage beregninger behæftet med forskellige usikkerhedsmomenter. Disse beregninger er i det væsentlige foretaget på grundlag af antallet af hospitaliserede aborter. Antallet af hospitaliserede aborter foreligger oplyst for årene 1940 til 1950 og 1952, hvor oplysningerne herom på privat initiativ er indsamlet fra samtlige danske sygehuse. Siden 1960 registreres de hospitaliserede aborter i diagnosestatistikken til sundhedsstyrelsen.

Tabel 20 og tabel 22 er videreført af udvalget for årene 1963-1965. Af tabellen ses, at antallet af hospitaliserede aborter har været lettere faldende fra 1949 med 16.125 til 1962 med 14.765, hvorefter der er sket en mindre stigning til 15.048 i 1963, 15.586 i 1964 og 16.286 i 1965. Set pr. 1.000 fødsler

har antallet siden 1950 været faldende indtil 1963 fra 205 til 183, derefter er tallet i 1965 steget til 190. Ved fra det samlede antal hospitaliserede aborter at fradrage de til sundhedsstyrelsen anmeldte tilfælde af abortus provocatus får man antallet af hospitaliserede »andre« aborter, bestående af en blanding af spontane og illegale aborter, hvis relationskoefficient ikke er kendt. Af tabel 20 ses, at antallet af disse aborter har fulgt nogenlunde samme linie som det samlede antal hospitaliserede aborter. Den stigning, der er sket fra 1963 til 1965 i det samlede antal hospitaliserede aborter, genfindes dog ikke, idet antallet af hospitaliserede spontane og illegale aborter var 11.098 i 1965 mod 11.077 i 1963. Pr. 1.000 fødsler har antallet af »andre aborter« været faldende i hele perioden fra 159 i 1949 til 129 i 1965. Stigningen i antallet af hospitaliserede aborter fra 1963 til 1965 skyldes således udelukkende stigningen i de legale aborter.

Læge Agnete Bræstrup¹ har foretaget beregninger over de hospitaliserede aborter i relation til antal kvinder i alderen 15-49 år. I tabel 21 er gengivet disse beregninger for tilsvarende år som tabel 20. Da nogle af tallene var foreløbige er der i enkelte år afvigelser i forhold til tabel 20.

Af tabel 21 ses, at antallet af spontane og illegale aborter pr. 1.000 kvinder har været faldende fra 11,9 i 1949 til 10,0 i 1960, hvorefter der er mindre svingninger mellem 9,7 og 10,0. Selv om antallet af »andre« hospitaliserede aborter således er uforandret siden 1960, kan der godt være sket forskydninger mellem spontane og illegale aborter, idet det stigende fødselstal sandsynliggør en stigning i antallet af spontane aborter.

Et skøn over *det samlede antal illegale aborter* kan man herefter nå frem til ved først på grundlag af antallet af »andre« (spontane + illegale) hospitaliserede aborter sammenholdt med passende antagelser med hensyn til andelen af disse aborter, der indlægges efter foretagelse af indgrebet (hospitaliseringsfrekvensen), at beregne et tal for samtlige ikke-legale aborter. Lægges dette tal sammen med fødselstallet og antallet af legale aborter, får man dernæst det samlede antal svangerskaber. På grundlag af

¹ Læge Agnete Bræstrup: »Fertilitet«. Ugeskrift for Læger 1964, side 1729 ff.

et skøn over frekvensen af spontane aborter i forhold til samtlige graviditeter kan man herefter ved fra det samlede antal graviditeter at subtrahere de spontane aborter og ved yderligere at subtrahere fødslerne og de legalt provokerede aborter nå frem til den rest, der må formodes at repræsentere de illegalt provokerede aborter.

Denne metode har været anvendt bl. a. af svangerskabskommissionen af 1950. I betænkningen side 26 foretages beregninger af de illegale aborter, idet man ansætter hospitaliseringsfrekvensen til 50 pct. af de ikke-legale aborter og frekvensen af spontane aborter til 6 pct. af samtlige graviditeter. På grundlag heraf beregner man de illegale aborter i 1950 til at være 12-13.000.

Den samme metode er anvendt af Hoffmeyer og Nørgaard, der dog anvender et maksimums- og minimumsskøn for såvel hospitaliseringsfrekvensen som for forekomsten af naturlige spontane aborter og på grundlag heraf beregner et minimums- og maksimumsskøn over antallet af illegale aborter. Som den spontane abortfrekvens har man valgt henholdsvis 6 pct. og 10 pct., og som hospitaliseringsfrekvens henholdsvis 50 pct. og 70 pct.

Grænserne (maksimum-minimum) for illegale aborter er ifølge tabel 22 faldet stærkt fra 1949 (maksimum 19.875, minimum 7.993) til 1960 (maksimum 15.664, minimum 5.995), men har ikke forandret sig særligt siden 1960, d. v. s. der skulle være maksimalt 15-16.000 og minimalt 5-6.000

illegale aborter årligt. Forfatterne mener, at de maksimalt udregnede værdier har mest sandsynlighed for sig, men påpeger, at der bl. a. kan være variationer fra år til år. Disse beregninger er gennemført for hvert amt for sig og viser, at hovedstadsområdet ligger betydeligt højere end resten af landet med hensyn til illegale aborter. Medens minimums- og maksimumstallet for illegale aborter for hele landet pr. 1.000 fødsler ligger på henholdsvis ca. 80 og 200, ligger det for hovedstadsområdet på ca. 200 og 400, og for resten af landet på ca. 30 og 130, hvilket vil sige, at frekvensen af illegale aborter pr. 10 fødsler er ca. 3 i hovedstadsområdet, men kun godt 1 i provinsen.

Overlæge, dr. med. Teit Kærn har over for udvalget meddelt oplysning om nogle beregninger, hvor han anvender samme metode i sit skøn, men med flere antagelser om hospitaliseringsfrekvensen og kommer derved til et skøn mellem 3.000 illegale aborter, hvis alle hospitaliseres, og 14.000, hvis man regner med at 50 pct. hospitaliseres. Ved at tage hensyn til dødeligheden blandt legale aborter - ca. 40 dødsfald pr. 100.000 legale aborter - når han til, at dødeligheden for de illegale i henhold til hypoteserne ligger mellem 171 pr. 100.000, hvis alle indlægges og 33, hvis 50 pct. indlægges. Han antager, at dødeligheden ligger nærmest minimumstallet, svarende til de legale aborters, og når derved til et skøn på 10-12.000 illegale aborter, svarende til et gennemsnit hos Hoffmeyer og Nørgaard.«

Tabeller til Kapitel IV

Tabel 1.

Levendefødte i alt og pr. 1.000 indbyggere.

	Levendefødte i alt	Levendefød pr. 1.000 indby
1891-1900 gennemsnitlig	69.400	30,2
1901-1910 gennemsnitlig	74.200	28,6
1911-1920 gennemsnitlig	72.600	24,9
1921-1930 gennemsnitlig	71.200	20,8
1935	65.223	17,2
1940	70.121	18,3
1931-1940 gennemsnitlig	66.200	17,9
1945	95.062	23,5
1950	79.558	18,7
1941-1950 gennemsnitlig	85.311	21,0
1955	76.845	17,3
1960	76.077	16,6
1951-1960 gennemsnitlig	76.165	17,1
1961	76.439	16,6
1962	77.808	16,7
1963	82.413	17,6
1964	83.356	17,7
1965	85.796	18,0
1966	88.332	18,4
1967	81.410	16,8

Kilde: Uddrag af tabel 26, Statistisk Årbog 1968.

Tabel 2.

Levendefødte børn pr. 1.000 kvinder i aldersklasser. 1954-1966.

	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	Samlet fertilitet ¹
1954	40,6	161,8	151,0	93,0	46,6	14,4	1,1	2.542
1955	41,5	167,1	152,7	92,6	45,7	14,4	1,1	2.576
1956	42,2	169,7	153,9	91,7	45,7	13,8	0,9	2.590
1957	42,3	171,0	152,5	89,0	42,3	12,9	1,2	2.556
1958	40,6	172,5	153,1	87,8	40,7	11,4	0,8	2.535
1959	41,1	168,1	153,2	85,3	39,4	11,1	0,7	2.494
1960	41,8	170,7	157,6	87,7	38,7	11,5	0,7	2.543
1961	45,6	170,5	156,2	87,2	38,5	10,7	0,7	2.547
1962	44,9	172,2	156,2	86,7	37,8	10,4	0,6	2.544
1963	47,3	176,9	163,5	89,8	39,9	10,3	0,6	2.642
1964	47,3	176,2	161,4	87,1	38,2	9,6	0,6	2.602
1965	47,1	176,3	163,0	87,2	38,5	9,2	0,7	2.610
1966	49,6	179,2	161,3	87,6	36,5	8,2	0,6	2.615

Kilde: Uddrag af tabel 34, Statistisk Årbog 1968.

¹ Tallet angiver det antal børn, 1.000 kvinder vil føde i løbet af aldersårene 15-49 år, forudsat at de aldersbetingede fertilitetskvotienter holder sig på det pågældende kalenderårs niveau, og at ingen af disse kvinder dør før det fyldte 50. år.

Tabel 3.
Fødsler uden for ægteskab. 1961–1966.

		Levendefødte					Dødfødte	
		I alt	Heraf uden for ægteskab				I alt	Heraf uden for ægteskab
			Hele landet	Hovedstaden	Købstæderne	Sognekommunerne		
1961	antal.....	76.439	6.153	1.836	1.706	2.611	971	107
	af 1.000 fødte.....	.	80	151	83	60	.	110
1962	antal.....	77.808	6.490	1.889	1.827	2.774	934	77
	af 1.000 fødte.....	.	83	156	87	62	.	82
1963	antal.....	82.413	7.317	2.057	2.155	3.105	948	103
	af 1.000 fødte.....	.	89	157	95	67	.	109
1964	antal.....	83.353	7.784	2.060	2.351	3.373	906	93
	af 1.000 fødte.....	.	93	159	102	71	.	103
1965	antal.....	85.796	8.112	2.129	2.488	3.495	942	111
	af 1.000 fødte.....	.	95	165	105	71	.	118
1966	antal.....	88.332	8.983	2.220	2.938	3.825	875	102
	af 1.000 fødte.....	.	102	168	115	77	.	117

Kilde: Danmarks Statistik: Befolkningens Bevægelser, årene 1961-66.

Tabel 4 a.
Fødsler uden for ægteskab fordelt efter moderens alder. 1961–1966.

	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Fødsler i alt uden for ægteskab..	6.260	6.567	7.420	7.877	8.223	9.085
Heraf levendefødte.....	6.153	6.490	7.317	7.784	8.112	8.983
Fordelt efter moderens alder:						
15–19 år.....	44,0	44,8	45,3	44,7	43,1	42,4
20–24 år.....	30,6	31,2	31,6	33,1	35,3	35,9
25–29 år.....	12,5	12,3	12,4	12,1	11,8	12,2
30–34 år.....	7,2	6,6	5,8	6,0	5,7	5,8
35–39 år.....	4,2	3,8	3,6	3,2	3,1	2,7
40–44 år.....	1,5	1,3	1,3	0,9	1,0	1,0
45 år og derover.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabel 4 b.

Levendefødte uden for ægteskab
pr. 1.000 ikke-gifte kvinder:

15–19 år.....	15,7	16,0	17,5	18,0	18,4	20,8
20–24 år.....	27,6	28,7	31,8	33,2	35,2	36,9
25–29 år.....	32,1	33,3	38,4	39,2	39,6	45,1
30–34 år.....	23,8	23,7	24,0	27,1	27,0	30,7
35–39 år.....	12,8	12,4	13,8	13,3	13,6	13,6

Kilde: Danmarks Statistik: Befolkningens Bevægelser, årene 1961-66.

Tabel 5.

Ansøgere¹ om og tilladelser² til svangerskabsafbrydelse fordelt på aldersgrupper. 1953/54–1966/67.

	Under 15 år		15-17 år		18-19 år		20-24 år		25-29 år		30-34 år		34-39 år		40-44 år		45-49 år		I alt	
	An-søgere	Tilla-delser	An-søgere	Tilla-delser	An-søgere	Tilla-delser	An-søgere	Til-ladelser	An-søgere	Til-ladelser	An-søgere	Til-ladelser	An-søgere	Tilla-delser	An-søgere	Tilla-delser	An-søgere	Tilla-delser	An-søgere	Til-ladelser
1953/54.....	(418			–)	583	–	1.927	–	2.066	–	1.794	–	1.335	–	(674		–)	8.797	4.132	
1954/55.....	(534			–)	603	–	2.012	–	2.068	–	1.877	–	1.321	–	(745		–)	9.160	4.448	
1955/56.....	29	–	461	–	603	–	1.953	–	2.069	–	1.780	–	1.351	–	(777		–)	9.023	4.237	
1956/57.....	22	–	630	–	610	136	2.079	599	(4.061			1.849)	1.397	735	(770		413)	9.569	3.867	
1957/58.....	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8.771	3.552	
1958/59.....	35	31	558	–	564	–	1.895	610	(3.311			1.608)	(2.003				1.211)	8.366	3.697	
1959/60.....	31	17	627	–	528	–	1.839	652	(3.323			1.604)	(1.872				1.102)	8.220	3.611	
1960/61.....	38	29	653	127	611	132	1.823	655	1.759	839	1.469	794	1.210	744	(672		399)	8.235	3.719	
1961/62.....	28	20	651	137	625	174	1.814	714	1.845	981	1.482	863	1.157	725	(652		422)	8.254	4.036	
1962/63.....	35	30	631	116	530	147	1.635	704	1.611	849	1.316	804	1.009	643	(571		366)	7.338	3.659	
1963/64.....	44	29	621	132	583	157	1.739	808	1.629	952	1.308	826	959	634	518	361	61	37	7.462	3.936
1964/65.....	42	33	560	134	646	210	1.970	953	1.860	1.145	1.407	920	1.068	715	647	436	91	51	8.291	4.597
1965/66.....	38	27	670	183	731	259	2.152	1.112	1.893	1.247	1.461	1.037	1.216	914	680	512	80	50	8.921	5.341
1966/67.....	45	40	856	256	781	302	2.337	1.265	1.820	1.245	1.546	1.124	1.262	989	677	545	87	60	9.411	5.826

Kilde: Betænkning om seksualundervisning i folkeskolen, tabel 11, og oplysninger fra mødrehjælpen.

¹ Inclusive ansøgere, der viste sig ikke at være gravide (ca. 2 pct. årlig).

² Tilladelser meddelt af samråd og beslutninger truffet af overlæge i henhold til lovens § 3, stk. 2, efter indlæggelse ved mødrehjælpens foranstaltning.

Tabel 6.

Ansøgere¹ om svangerskabsafbrydelse fordelt efter alder og ansøgere pr. 1.000 kvinder.

	1960/61		1961/62		1962/63		1963/64		1964/65		1965/66		1966/67	
	Ansøgere	Ansøgere pr. 1.000 kvinder	Ansøgere	Ansøgere pr. 1.000 kvinder	Ansøgere	Ansøgere pr. 1.000 kvinder	Ansøgere	Ansøgere pr. 1.000 kvinder	Ansøgere	Ansøgere pr. 1.000 kvinder	Ansøgere	Ansøgere pr. 1.000 kvinder	Ansøgere	Ansøgere pr. 1.000 kvinder
Under 15 år.....	38	0,9 ²	28	0,7 ²	35	0,9 ²	44	1,2 ²	42	1,1 ²	38	1,1 ²	45	1,2 ²
15 år.....	653	5,4	651	5,1	631	4,9	130	3,2	107	2,8	158	4,2	189	5,3
16 år.....							242	5,7	215	5,3	216	5,7	318	8,4
17 år.....							249	5,7	238	5,6	296	7,4	349	9,3
Under 18 år i alt	691	4,2	679	4,0	666	3,9	665	4,1	602	3,8	708	4,7	901	6,1
18 år.....	611	9,0	625	8,6	530	6,8	272	6,4	299	6,9	358	8,5	364	9,1
19 år.....							311	7,7	347	8,2	373	8,6	417	9,9
Under 20 år i alt	1.302	5,6	1.304	5,4	1.196	4,8	1.248	5,1	1.248	5,1	1.439	6,1	1.682	7,3
20-24 år.....	1.823	12,1	1.814	11,8	1.635	10,3	1.739	10,5	1.970	11,2	2.152	11,5	2.337	11,8
25-29 år.....	1.759	12,6	1.845	13,1	1.611	11,3	1.629	11,2	1.860	12,6	1.893	12,6	1.820	11,9
30-34 år.....	1.469	10,2	1.482	10,4	1.316	9,3	1.308	9,3	1.407	10,1	1.461	10,5	1.546	11,0
35-39 år.....	1.210	7,7	1.157	7,5	1.009	6,7	959	6,4	1.068	7,3	1.216	8,4	1.262	8,9
40-44 år.....	672	2,2 ³	652	2,1 ³	571	1,9 ³	518	3,3	647	4,1	680	4,4	677	4,4
45 år og derover.....							61	0,4 ⁴	91	0,6 ⁴	80	0,5 ⁴	87	0,6 ⁴
I alt...	8.235	7,3	8.254	7,2	7.338	6,4	7.462	6,5	8.291	7,1	8.921	7,7	9.411	8,0

Kilder: For antal abortsøgende seksualoplysningsudvalgets betænkning om seksualundervisning i folkeskolen. For antal kvinder ialt i aldersgrupperne til beregning af abortsøgende pr. 1.000 kvinder er benyttet »Befolkningens bevægelser», der årligt udgives af Danmarks Statistik.

Anm.: Til beregning af de relative tal i tabellen er benyttet de beregnede folketal i aldersgrupper pr. 1. januar i perioden.

¹ Inclusive ansøgere, der viste sig ikke at være gravide.

² Pr. 1.000 14-årige.

³ Pr. 1.000 40-49 årige

⁴ Pr. 1.000 45-49 årige.

Tabel 7.

Ansøgere¹ om og tilladelser til svangerskabsafbrydelse i forhold til antal levendefødte. 1949–66.

	Fødsler i kalenderår	Ansøgere i finansår	Tilladelser i finansår	Ansøgere pr. 1.000 fødte	Tilladelser pr. 1.000 fødte	Legale aborter ² i kalenderår	Legale aborter pr. 1.000 fødte
	1	2	3	4	5	6	7
1949 (49/50).....	79.919	5.716	2.629	71,5	32,9	—	—
1950 (50/51).....	79.558	7.013	3.394	88,1	42,7	3.909	49,1
1951 (51/52).....	76.559	8.141	4.140	106,3	54,1	—	—
1952 (52/53).....	76.943	9.303	4.082	120,9	53,1	—	—
1953 (53/54).....	78.261	8.797	4.132	112,4	52,8	—	—
1954 (54/55).....	76.365	9.160	4.448	120,0	58,2	—	—
1955 (55/56).....	76.845	9.023	4.237	117,4	55,1	5.381	70,0
1956 (56/57).....	76.725	9.569	3.867	124,7	50,4	3.447	58,4
1957 (57/58).....	75.264	8.771	3.552	116,5	47,2	4.023	53,5
1958 (58/59).....	74.681	8.366	3.697	112,0	49,5	3.895	52,2
1959 (59/60).....	73.928	8.220	3.611	111,2	48,8	3.587	48,5
1960 (60/61).....	76.077	8.235	3.719	108,2	48,9	3.918	51,5
1961 (61/62).....	76.439	8.254	4.036	108,0	52,8	4.124	54,0
1962 (62/63).....	77.808	7.338	3.659	94,3	47,0	3.996	51,4
1963 (63/64).....	82.413	7.462	3.936	90,5	47,8	3.971	48,2
1964 (64/65).....	83.356	8.291	4.597	99,5	55,1	4.527	54,3
1965 (65/66).....	85.796	8.921	5.341	104,0	62,3	5.188	60,5
1966 (66/67).....	88.332	9.411	5.826	106,5	66,0	5.726	64,8

Kilde: Kolonne 1 Statistisk Årbog, kolonne 2 og 3 Betænkning om seksualundervisning i folkeskolen, tabel 15, kolonne 6 og 7 samme betænkning tabel 16 samt oplysninger fra mødrehjælpen.

Anm.: Sammenlignes kolonne 3 og kolonne 6 synes der for visse år (1955 (55/56), 1956 (56/57), 1957 (57/58), muligvis også 1958 (58/59), 1961 (61/62) og 1962 (62/63)) at være uoverensstemmelse mellem oplysninger vedrørende kalenderår og vedrørende finansår.

¹ Inclusive ansøgere, der viste sig ikke at være gravide.

² Samtlige legale aborter.

Tabel 8.

Ansøgere¹ om og tilladelser til svangerskabsafbrydelse i aldersgrupper pr. 1.000 levendefødte. 1953/54–1966/67.

	Under 20 år		20-24 år		25-29 år		30-34 år		35-39 år		40-44 år (40-49 år ²)		45-49 år		Ialt	
	Ansøgere	Tilladelser	Ansøgere	Tilladelser	Ansøgere	Tilladelser	Ansøgere	Tilladelser	Ansøgere	Tilladelser	Ansøgere	Tilladelser	Ansøgere	Tilladelser	Ansøgere	Tilladelser
1953/54.....	166,2	—	82,9	—	87,5	—	117,9	—	176,4	—	259,1	—	—	—	112,4	52,8
1954/55.....	185,4	—	87,0	—	91,5	—	125,2	—	186,6	—	304,8	—	—	—	120,0	58,2
1955/56.....	172,0	—	82,0	—	92,2	—	120,2	—	193,1	—	320,1	—	—	—	117,4	55,1
1956/57.....	192,3	—	86,0	—	—	—	—	—	195,4	—	337,0	—	—	—	124,5	50,4
1957/58.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	116,5	47,2
1958/59.....	171,8	39,8	76,0	24,5	84,1	—	113,8	—	204,1	—	372,6	—	—	—	112,0	49,5
1959/60.....	164,7	—	74,5	—	86,0	—	117,8	—	192,7	—	373,7	—	—	—	111,2	48,8
1960/61.....	167,3	—	71,3	—	79,8	—	115,6	—	197,7	—	362,3	—	—	—	108,2	48,9
1961/62.....	153,8	—	70,0	—	83,7	—	119,0	—	195,5	—	361,0	—	—	—	108,0	52,8
1962/63.....	132,4	—	60,7	—	72,1	—	107,1	—	176,5	—	324,8	—	—	—	94,3	47,0
1963/64.....	128,5	32,7	60,5	28,1	68,7	40,2	103,9	65,6	160,9	107,0	318,8	222,2	635,4	385,4	90,5	47,8
1964/65.....	124,3	37,5	65,2	31,5	78,2	48,2	115,9	75,8	191,7	128,3	428,2	288,6	1022,5	573,0	99,5	55,1
1965/66.....	144,1	47,0	66,8	34,5	77,7	51,2	119,9	85,1	219,8	165,2	477,9	359,8	708,0	442,5	104,0	62,3
1966/67.....	165,6	58,9	67,3	36,4	74,1	50,7	125,4	91,2	243,5	190,9	539,9	434,6	887,8	612,2	106,5	66,0

Kilde: Beregnet på grundlag af tabel 5 og oplysninger om levendefødte i »Befolkningens Bevægelser«, udgivet af Danmarks Statistik.

¹ Inclusive ansøgere, der viste sig ikke at være gravide.

² For årene 1953/54–1962/63 inklusive 40-49 år.

Tabel 9.

Tilladelser til svangerskabsafbrydelse i procent af ansøgere¹ i aldersgrupper 1956/57 — 1966/67.

	15-17 år	18-19 år	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	30-44 år	45-49 år	I alt
1956/57.....	—	—	21	29	(46)	53	(54)			40
1957/58.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40
1958/59.....	—	—	24	36	(52)	(66)				48
1959/60.....	—	—	23	39	(52)	(65)				48
1960/61.....	22	28	23	39	52	58	65	(68)		49
1961/62.....	23	30	27	43	57	61	66	(73)		53
1962/63.....	19	29	24	44	54	62	65	(69)		52
1963/64.....	22	25	25	48	60	64	68	74	70	54
1964/65.....	24	33	29	50	63	66	68	71	74	57
1965/66.....	28	36	32	53	67	72	76	78	77	61
1966/67.....	31	40	35	55	69	74	79	82	81	63

Kilde: Mødrehjælpens beretninger og oplysninger fra mødrehjælpen.

¹ Exclusive ansøgere, der viste sig ikke at være gravide.

Tabel 10.

Ansøgere om svangerskabsafbrydelse fordelt efter bopæl. 1966/67.

	Ansøgere 1966/67		Antal levendefødte 1966 ² pct.	Ansøgere pr. 1.000 levendefødte
	abs.	pct.		
Hovedstaden.....	2.566	27	15	195
Hovedstadens omegnskommuner.....	1.456	16	12	134
Hovedstadsområdet i alt.....	4.022	43	27	167
Provinsbyer med forstadskommuner....	3.008	32	35	99
Sognekommuner.....	2.372	25	38	70
Hele landet.....	9.411 ¹	100	100	106

Anm.: Inclusive ansøgere, der viste sig ikke at være gravide.

¹ Inclusive 9 med bopæl i udlandet.² Fordelt efter moderens bopæl.

Tabel 11 a.

Ansøgere¹ om svangerskabsafbrydelse fordelt efter civilstand. 1958/59 og 1964/65 — 1966/67.

Civilstand	1958/59			1964/65			1965/66			1966/67		
	Ansøgere		Kvinder i alt 15-49 år	Ansøgere		Kvinder i alt 15-49 år	Ansøgere		Kvinder i alt 15-49 år	Ansøgere		Kvinder i alt 15-49 år
	abs.	pct.	pct.	abs.	pct.	pct.	abs.	pct.	pct.	abs.	pct.	pct.
Ugifte.....	1.644	21	29	1.814	22	30	2.102	24	30	2.637	29	29
Gifte ²	5.606	74	67	5.780	72	66	6.102	70	66	6.017	65	67
Tidl. gifte.....	406	5	4	498	6	4	555	6	4	571	6	4
I alt.....	7.656	100	100	8.092	100	100	8.759	100	100	9.225	100	100

Tabel 11 b.

Tilladelsesprocenter efter civilstand.

Civilstand	1958-59	1964-65	1965-66	1966-67
Ugifte.....	31	35	38	42
Gifte ²	53	63	68	71
Tidl. gifte.....	57	65	74	78
I alt.....	48	57	61	63

¹ Exclusive ansøgere, der viste sig ikke at være gravide.

² Inclusive separerede.

Tabel 12.

Ansøgere om og tilladelser til svangerskabsafbrydelse fordelt på antal tidligere fødsler. 1964/65.

Antal tidligere fødsler	Samtlige				Heraf gifte			
	Ansøgere		Tilladelser		Ansøgere		Tilladelser	
	abs.	pct.	abs.	I pct. af gruppen	abs.	pct.	abs.	I pct. af gruppen
0 fødsler.....	1.495	18	492	33	108	2	49	45
1 fødsel.....	1.184	15	537	45	620	11	285	46
2 fødsler.....	1.980	24	1.183	60	1.640	30	981	60
3-4 fødsler.....	2.668	33	1.825	68	2.369	44	1.612	68
5 fødsler og derover....	761	9	559	73	712	13	518	73
Uoplyst.....	4	1	1	—	4	—	1	—
I alt.....	8.092	100	4.597	57	5.453	100	3.446	63

Kilde: Mødrehjælpens beretning 1967.

Tabel 13.

Ansøgere¹ om og tilladelser til svangerskabsafbrydelse ved hver mødrehjælpsinstitution. 1963/64–1966/67.

	1963/64				1964/65				1965/66				1966/67			
	Ansøgere	Tilladelser		Tilladelser i pct. af ansøgere	Ansøgere	Tilladelser		Tilladelser i pct. af ansøgere	Ansøgere	Tilladelser		Tilladelser i pct. af ansøgere	Ansøgere	Tilladelser		Tilladelser i pct. af ansøgere
		Samråd	Overlæge			Samråd	Overlæge			Samråd	Overlæge			Samråd	Overlæge	
Næstved.....	300	172	3	58	349	184	3	54	342	174	9	54	400	227	17	61
Holbæk.....	241	82	5	36	257	88	10	38	285	105	12	41	278	75	11	31
Nykøbing F. . .	207	124	1	60	250	140	2	57	223	117	2	53	231	138	5	62
Rønne.....	48	21	—	44	48	20	—	42	56	29	—	52	63	24	1	40
Odense.....	494	228	24	51	578	281	23	53	604	314	24	56	670	312	28	51
Sønderborg...	644	299	21	50	663	339	36	57	748	437	28	62	783	452	22	61
Århus.....	848	346	21	43	892	413	34	50	1.009	497	30	52	986	499	25	53
Ålborg.....	592	272	10	48	692	323	14	48	674	302	8	46	718	370	7	53
Holstebro.....	182	56	23	43	194	92	21	58	247	127	24	61	230	105	22	55
Esbjerg.....	301	153	5	53	349	142	1	41	334	155	4	48	349	161	4	47
København...	3.403	1.986	84	61	3.820	2.352	79	64	4.237	2.876	67	69	4.517	3.267	54	74
Hele landet...	7.260	3.739	197	54	8.092	4.374	223	57	8.759	5.133	208	61	9.225	5.630	196	63

Kilde: Mødrehjælpens beretninger og oplysninger fra mødrehjælpen.

Exklusive ansøgere, der viste sig ikke at være gravide.

Tabel 14.

Samrådstilladelser til svangerskabsafbrydelse fordelt efter lovhjemmel. Samtlige samråd 1964/65.

	Til- ladelser	Heraf i henhold til					
		§ 1, 1, 1	§ 1, 1, 2	§ 1, 1, 3	§ 1, 1, 4	Kombi- nationer	I alt
		Procent					
København							
Samråd I.....	516	86	0	9	1	4	100
Samråd II.....	579	85	0	9	1	5	100
Samråd III.....	438	84	1	8	1	6	100
Samråd IV.....	420	81	2	8	1	8	100
Samråd V.....	399	86	0	7	3	4	100
Næstved.....	184	90	1	5	—	4	100
Holbæk.....	88	74	3	17	2	4	100
Nykøbing F.....	140	61	1	22	1	15	100
Rønne.....	20	90	—	10	—	—	100
Odense							
Samråd Odense.....	205	81	1	7	2	9	100
Samråd Svendborg.....	76	83	1	2	1	13	100
Sønderborg							
Samråd Sønderborg.....	229	91	—	4	3	2	100
Samråd Vejle.....	110	80	0	18	1	1	100
Århus							
Samråd Århus.....	250	85	1	10	2	2	100
Samråd Randers.....	163	83	2	10	2	3	100
Ålborg							
Samråd Ålborg.....	210	78	3	15	2	2	100
Samråd Hjørring.....	76	72	1	20	2	5	100
Samråd Thisted.....	37	89	—	3	5	3	100
Holstebro.....	92	83	—	10	—	7	100
Esbjerg.....	142	86	1	6	1	6	100
Hele landet.....	4.374	83	1	9	2	5	100

Tabel 15.

Psykiatriske hoveddiagnoser fordelt på samtlige gravide ansøgere og ansøgere, der fik tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Mødrehjælpen i København 1. april 1955 til 31. marts 1957.

	Samtlige ansøgere				Ansøgere med tilladelse til ab. prov.			
	Antal ansøgere		Pct. af alle ansøgere		Antal ansøgere		Pct. af alle i diagnosegruppen	
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Organiske hjernelidelser (bl. a. følger efter hjernerystelse).....	30		0,4		13		43	
2. Manio-depressiv sindssygdom.....	14		0,2		10		71	
3. Schizofreni.....	13		0,2		11		85	
4. Psykogene sindssygdomme (bl. a. psykogen depression).....	347		4,6		220		63	
Alle organiske hjernelidelser og egentlige sindssygdomme.....		404		5,4		254		63
5. Symptomneuroser (bl. a. depressive).....	491		6,5		218		44	
6. Psykosomatiske neuroser (bl. a. hjerteneurose).....	60		0,8		23		38	
7. Seksualneuroser (bl. a. frigiditet).....	24		0,3		6		25	
8. Neurastheni (»Belastningsneurose«) med organisk ¹ baggrund. Let grad.....	226		3,0		31		14	
9. Samme. Svær grad.....	285		3,8		243		85	
10. Samme på familiær-social baggrund. Let grad.....	777		10,3		170		22	
11. Samme. Svær grad.....	1461		19,4		1337		94	
Alle neuroser.....		3324		44,1		2028		61
12. Graviditetsdysfori.....	64	64	0,8	0,8	7	7	11	11
13. Karakterafvigelser.....	475	475	6,3	6,3	160	160	11	11
14. Sinker og åndssvage.....	362		4,8		220		61	
15. Småtbegavede.....	42		0,6		10		24	
Alle intelligensdefekte.....		404		5,4		230		57
Alle psykiatriske hoveddiagnoser.....	4671	4671	62,0	62,0	2679	2679	57	57
Alle somatiske hoveddiagnoser.....	1010	1010	13,1	13,1	361	361	36	36
Ingen psykiatrisk eller somatisk hoveddiagnose.....	1884	1884	24,9	24,9	143	143	8	8
Samtlige ansøgere.....	7565	7565	100,0	100,0	3183	3183	42	42

¹ Opstået efter fødsel, infektion, hjernelæsion eller af konstitutionel natur.

Tabel 16.

Somatiske hoveddiagnoser fordelt på samtlige gravide ansøgere og ansøgere, der fik tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Mødrehjælpen i København 1. april 1955 til 31. marts 1957.

	Samtlige ansøgere				Ansøgere med tilladelse til ab. prov.			
	Antal ansøgere		Pct. af alle ansøgere		Antal ansøgere		Pct. af alle i diagnosegruppen	
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Afmagring og almen svækkelse i svær grad.....	208		2,8		35		17	
2. Fedme.....	101		1,4		18		18	
3. Blødning.....	25		0,3		3		12	
Alle ernæringsforstyrrelser og lign.....		334		4,5		56		17
4. Klimakterium.....	11		0,1		4		36	
5. Skjoldbruskkirtelsygdomme (bl. a. struma og Basedow).....	26		0,3		7		27	
6. Sukkersyge.....	24		0,3		10		42	
Alle hormonale lidelser.....		61		0,7		21		34
7. Åreknuder, årebetændelse og lign.....	27		0,4		7		26	
8. Lidelser i rygsøjle, led og muskler.....	79		1,0		44		61	
Alle lidelser i vener, knogler, led og muskler.....		106		1,4		51		53
9. Betændelse i kønsorganer.....	7		0,1		0		0	
10. Kønssygdomme.....	8		0,1		0		0	
11. Øvrige sygdomme i de kvindelige kønsorganer (bl. a. fremfald) undtagen svulster.....	7		0,1		1		14	
12. Godartede svulster i kønsorganer.....	3		0,0		3		100	
Alle lidelser i kønsorganer.....		25		0,3		4		16
13. Rhesus-negativ.....	33		0,4		6		18	
14. Røde hunde.....	55		0,7		47		85	
Alle tilstande med risiko for fosterbeskadigelse.....		88		1,1		53		60
15. Nyre- og urinvejslidelser (bl. a. blærebetændelse).....	17		0,2		9		53	
16. Tidligere og nuværende svangerskabskomplikationer (æggehvide i urinen). Tidligere fødselskomplikationer.....	54		0,7		16		29	
Alle urinvejslidelser samt svangerskabs- og fødselskomplikationer..		71		0,9		25		35
17. Lever- og galdevejslidelser.....	10		0,2		4		40	
18. Mavesår, mavekatarrh.....	8		0,1		3		23	
19. Tarmsygdomme (bl. a. brok, forstoppelse og diarrhoe).....	5		0,0		0		0	
Alle lidelser i lever, galdeveje og mave-tarmkanal.....		23		0,3		7		30
20. Hjerter- og arterielidelser.....	27		0,4		11		41	
21. Tuberkulose (aktiv og inaktiv).....	49		0,6		17		35	
22. Lidelser i lunger og luftveje (bl. a. bronchitis) undt. asthma.....	6		0,1		2		33	
23. Asthma og andre allergiske lidelser.....	17		0,2		9		53	
Alle hjerter- og lunge- samt allergiske lidelser.....		99		1,3		39		39
24. Følgetilstande efter børnelammelse.....	30		0,4		21		70	
25. Epilepsi.....	51		0,7		28		55	
26. Migræne.....	12		0,2		3		25	
27. Hovedpine, besvimelsestendens.....	6		0,1		1		17	
28. Lidelser i sanseorganer (bl. a. ørebetændelse, svær nærsynethed).....	36		0,4		20		56	
29. Øvrige lidelser i nervesystemet (bl. a. dissemineret sclerose og hjernebetændelse).....	18		0,2		12		67	
30. Misdannelser (fortrinsvis medfødte).....	31		0,4		22		71	
Alle lidelser i nerve- og sanseystemer samt misdannelser.....		184		2,4		107		58
31. Hudlidelser.....	12		0,2		8		67	
32. Diverse lidelser.....	7		0,0		5		71	
Alle diverse lidelser.....		19		0,2		13		68
Alle somatiske hoveddiagnoser.....	1010	1010	13,1	13,1	361	361	42	42
Alle psykiatriske hoveddiagnoser.....	4671	4671	62,0	62,0	2679	2679	57	57
Ingen somatisk eller psykiatrisk hoveddiagnose.....	1884	1884	24,9	24,9	143	143	8	8
Samtlige ansøgere.....	7565	7565	100,0	100,0	3183	3183	42	42

Tabel 17.

Samtlige psykiatriske diagnoser (hoved- og bidiagnoser) fordelt på samtlige gravide ansøgere og ansøgere, der fik tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Mødrehjælpen i København 1. april 1955 til 31. marts 1957.

	Samtlige diagnoser hos alle ansøgere				Samtlige diagnoser hos ansøgere med tilladelse til ab. prov.			
	Antal diagnoser		Pct. af alle ansøgere		Antal diagnoser		Pct. af alle i diagnosegruppen	
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Organiske hjernelidelser (bl. a. følger efter hjernerystelse).....	185		1,0		118		64	
2. Manio-depressiv sindssygdom.....	24		0,1		18		75	
3. Schizofreni.....	19		0,1		15		79	
4. Psykogene sindssygdomme (bl. a. psykogen depression).....	498		2,7		338		68	
Alle organiske hjernelidelser og egentlige sindssygdomme.....		726		3,9		489		67
5. Symptomneuroser (bl. a. depressive).....	698		3,8		351		50	
6. Psykosomatiske neuroser (bl. a. hjerteneurose).....	229		1,3		129		56	
7. Seksualneuroser (bl. a. frigiditet).....	424		2,3		284		67	
8. Neurastheni (»belastningsneurose«) med organisk ¹ baggrund. Let grad.....	271		1,5		54		20	
9. Samme. Svær grad.....	326		1,8		282		87	
10. Samme på familier-social baggrund. Let grad.....	916		5,0		242		24	
11. Samme. Svær grad.....	1603		8,8		1472		92	
Alle neuroser.....		4467		23,7		2814		62
12. Graviditetsdysfori.....	71	71	0,4	0,4	8	8	11	11
13. Karakterafvigelser.....	1721	1721	9,5	9,5	783	783	45	45
14. Sinker og åndssvage.....	578		3,2		369		64	
15. Småtbegavede.....	274		1,5		125		46	
Alle intelligensdefekte.....		852		4,7		494		58
Alle psykiatriske diagnoser.....	7837	7837	43,0	43,0	4588	4588	59	59
Alle somatiske diagnoser.....	10396	10396	57,0	57,0	5058	5058	49	49
Alle diagnoser.....	18233	18233	100,0	100,0	9646	9646	53	53

¹ Opstået efter fødsel, infektion, hjernelæsion eller af konstitutionel natur.

Tabel 18.

Samtlige somatiske diagnoser (hoved- og bidiagnoser) fordelt på samtlige gravide ansøgere og ansøgere, der fik tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Mødrehjælpen i København 1. april 1955 til 31. marts 1957.

	Samtlige diagnoser hos alle ansøgere				Samtlige diagnoser hos ansøgere med tilladelse til ab. prov.			
	Antal diagnoser		Pct. af alle ansøgere		Antal diagnoser		Pct. af alle i diagnosegruppen	
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Afmagring og almen svækkelse i svær grad.....	2230		12,2		921		41	
2. Fedme.....	1343		7,4		645		48	
3. Blodmangel.....	517		2,8		200		39	
Alle ernæringsforstyrrelser og lign.....		4090		22,4		1766		43
4. Klimakterium.....	196		1,1		165		84	
5. Skjoldbruskkirtelsygdomme (bl. a. struma og Basedow).....	223		1,2		112		50	
6. Sukkersyge.....	92		0,5		32		35	
Alle hormonale lidelser.....		511		2,8		309		60
7. Åreknuder, årebetændelse og lign.....	931		5,1		503		54	
8. Lidelser i rygsøjle, led og muskler.....	458		2,5		285		62	
Alle lidelser i vener, knogler, led og muskler.....		1389		7,6		788		57
9. Betændelse i kønsorganer.....	409		2,2		231		57	
10. Kønsygdomme.....	241		1,3		120		50	
11. Øvrige sygdomme i de kvindelige kønsorganer (bl. a. fremfald) undtagen svulster.....	134		0,7		71		53	
12. Godartede svulster i kønsorganer.....	68		0,4		40		59	
Alle lidelser i kønsorganer.....		852		4,6		462		55
13. Rhesus-negativ.....	1183		7,1		503		43	
14. Røde hunde.....	85		0,5		69		81	
Alle tilstande med risiko for fosterbeskadigelse.....		1268		7,6		572		45
15. Nyre- og urinvejslidelser (bl. a. blærebetændelse).....	120		0,6		73		61	
16. Tidligere og nuværende svangerskabskomplikationer (æggehvide i urinen). Tidligere fødselskomplikationer.....	336		1,8		134		40	
Alle urinvejslidelser samt svangerskabs- og fødselskomplikationer ..		456		2,4		207		45
17. Lever- og galdevejslidelser.....	140		0,8		78		56	
18. Mavesår, mavekatarrh.....	84		0,4		44		52	
19. Tarmsygdomme (bl. a. brok, forstoppelse og diarrhoe).....	65		0,3		18		28	
Alle lidelser i lever, galdeveje og mave-tarmkanal.....		289		1,5		140		48
20. Hjerter- og arterielidelser.....	235		1,3		128		55	
21. Tuberkulose (aktiv og inaktiv).....	164		0,9		86		52	
22. Lidelser i lunger og luftveje (bl. a. bronchitis) undtagen asthma ..	69		0,4		32		46	
23. Asthma og andre allergiske lidelser.....	51		0,3		26		51	
Alle hjerter- og lunge- samt allergisk lidelser.....		519		2,8		272		52
24. Følgetilstande efter børnelammelse.....	59		0,3		36		61	
25. Epilepsi.....	100		0,5		52		52	
26. Migræne.....	103		0,5		55		53	
27. Hovedpine, besvimelsestendens.....	263		1,4		129		49	
28. Lidelser i sanseorganer (bl. a. ørebetændelse, svær nærsynethed) ..	214		1,1		115		54	
29. Øvrige lidelser i nervesystemet (bl. a. dissemineret sclerose, hjernebetændelse).....	64		0,3		44		69	
30. Misdannelser (fortrinsvis medfødte).....	75		0,4		46		61	
Alle lidelser i nerve- og sansesystemer samt misdannelser.....		878		4,5		477		54
31. Hudlidelser.....	95		0,5		41		43	
32. Diverse lidelser.....	49		0,2		24		49	
Alle diverse lidelser.....		144		0,7		65		46
Alle somatiske diagnoser.....	10396	10396	57,0	57,0	5058	5058	49	49
Alle psykiatriske diagnoser.....	7837	7837	43,0	43,0	4588	4588	59	59
Alle diagnoser.....	18233	18233	100,0	100,0	9646	9646	53	53

Tabel 19.

Psykiatriske hoveddiagnoser hos kvinder, som i mødrehjælpen i København i henholdsvis 1955/56-1956/57 og 1. april-30. september 1964 opnåede tilladelse til abortus provocatus. 1964-materialet opdelt på civilstand og *indikationsramme*.

	Alle ansøgere med tilladelse til ab, prov. 1955/56 og 1956/57		Ansøgere med tilladelse til ab, prov. ¹ / ₄ -30/9 1964						
			Alle indikationer				Kun medicinsk indikation		
			Alle		Ugifte	Tidligere gifte	Alle	Ugifte	Tidligere gifte
	abs.	pct.	abs.	pct.	pct.	pct.	pct.	pct.	pct.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Neurastheni («Be- lastningsneurose») på familiær-social bag- grund. Svær grad . . .	1337	42	569	49	11	50	56	14	53
Samme. Let grad . . .	170	5	12	1	2	1	1	1	1
Neurastheni efter- fødsel	156	5	100	9	3	2	10	4	3
Depressive tilstande (Psykosier, neuroser og affektreaktioner).	263	12	191	17	34	25	20	52	27
Andre neuroser (Symptom-neuroser, organisk betingede neurasthenier)	221	7	47	4	2	4	4	3	4
Sindssygdomme	36	1	21	2	6	1	2	7	1
Karakterafvigelser . .	160	5	48	4	12	9	3	7	7
Intelligensdefekter . .	230	7	25	2	8	2	1	4	2
Dysfori. Tristhed . . .	90	3	20	2	4	2	1	3	1
Følger efter cranie- traumer o. lign.	8	0	2	0	0	0	0	0	0
Ingen psykiatrisk hoveddiagnose	412	13	116	10	18	4	2	5	1
I alt	3183	100	1151	100	100	100	100	100	100
(Abs. tal)					(171)	(170)	(946)	(108)	(154)

Tabel 20. Antal hospitaliserede aborter i Danmark i udvalgte år.
(Efter Hoffmeyer og Nørgaard)¹

	Levende- fødte	Samtlige hospitaliserede aborter		Legale aborter		Hospitaliserede spontane og illegale aborter	
		Ialt	Pr. 1.000 fødsler	Ialt	Pr. 1.000 fødsler	Ialt	Pr. 1.000 fødsler
1940.....	70.121	5.467	78	522	7	4.945	71
1945.....	95.062	12.480	131	1.577	17	10.903	115
1949.....	79.919	16.125	202	3.425	43	12.700	159
1950.....	79.558	16.320	205	4.101	52	12.219	154
1960.....	76.077	14.803	195	3.918	52	10.885	143
1961.....	76.439	14.902	195	4.124	54	10.778	141
1962.....	77.835	14.765	190	3.997	51	10.768	138
1963.....	82.410	15.048	183	3.971	48	11.077	134
1964.....	83.346	15.586	187	4.527	54	11.059	133
1965.....	85.791	16.286	190	5.188	60	11.098	129

¹ Kontorchef Magna Nørgaard og overlæge Henrik Hoffmeyer: »Konceptionshyppighed og svangerskabsforløb«, Ugeskrift for Læger 1964, side 355 ff.

Tabel 21. Hospitaliserede aborter pr. 1000 kvinder i udvalgte år.
(Efter Bræstrup).

År	Total antal kvinder 15-49 år	Antal legale aborter total	Antal legale aborter pr. 1.000 kvinder	Antal andre hospitaliserede aborter total	Antal andre hospitaliserede aborter pr. 1.000 kvinder
1940.....	1.048.300	522	0,5	4.945	4,7
1945.....	1.072.400	1.577	1,2	10.903	10,2
1949.....	1.063.800	3.425	3,2	12.700	11,9
1950.....	1.064.700	4.101	3,9	12.219	11,4
1960.....	1.084.600	3.918	3,6	10.885	10,0
1961.....	1.096.300	4.124	3,7	10.778	9,8
1962.....	1.107.900	3.997	3,6	10.736	9,7
1963.....	1.114.600	3.971	3,6	11.010	9,9
1964.....	1.120.500	4.527	4,0	10.922	9,7
1965.....	1.126.400	5.190	4,6	11.098	9,9

Tabel 22. Samtlige svangerskaber (maksimalt og minimalt), fødsler, illegale aborter (maksimalt og minimalt) samt legale aborter i Danmark i udvalgte år.
(Efter Hoffmeyer og Nørgaard).

	Samtlige svangerskaber maksimum	Samtlige svangerskaber minimum	Illegale aborter maksimum		Illegale aborter minimum		Legale aborter
			Ialt	Pr. 1000 levende- fødte	Ialt	Pr. 1000 levende- fødte	
1940.....	80.533	77.707	5.059	72	÷ 706	÷ 10	522
1945.....	118.445	112.215	14.700	155	4.354	46	1.577
1949.....	108.744	101.486	19.875	236	7.993	100	3.425
1950.....	108.097	101.115	17.953	226	7.345	92	4.101
1960.....	101.765	95.545	15.664	206	5.995	79	3.918
1961.....	102.119	95.959	15.428	202	5.800	76	4.124
1962.....	103.368	97.215	15.334	197	5.661	73	3.997
1963.....	108.535	102.205	15.642	190	5.603	68	3.971
1964.....	109.991	103.672	15.519	186	5.432	65	4.527
1965.....	113.175	106.833	15.405	180	5.171	60	5.188

Kapitel V

Udførelse af svangerskabsafbrydelser

I kapitel II er der bl. a. givet en beskrivelse af de undersøgelser, som mødrehjælpen skal iværksætte som led i behandlingen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse. Som et supplement hertil har udvalget fundet det naturligt at søge at give en beskrivelse af selve abortindgrebet og de undersøgelser, der må foretages i tilslutning dertil. Et vist kendskab til disse forhold er nødvendigt både for den kvinde, som skal træffe sin beslutning om at søge svangerskabet afbrudt, og for de myndigheder, der skal tage stilling **til**, i hvilket omfang svangerskabsafbrydelse bør være tilladt og under hvilke betingelser.

Den følgende fremstilling støttes på erklæringen fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, bilag 3, suppleret med oplysninger fra de gynækologer, som har deltaget i udvalgets arbejde. Arbejdsgangen kan variere betydeligt fra sygehus til sygehus, men beskrivelsen kan formentlig anses for typisk for en større obstetrisk-gynækologisk afdeling.

1. Forberedelse af operationen

Når samrådet har meddelt tilladelse til svangerskabsafbrydelse, sendes sagens akter til det sygehus, hvor operationen skal udføres. Sygehuset indkalder derefter patienten til indlæggelse snarest muligt. Indlæggelsen sker sædvanligvis dagen før operationen. Umiddelbart efter indlæggelsen foretages eventuelt supplerende undersøgelser, f. eks. blodprøver eller røntgenundersøgelse, men i øvrigt lægges vægt på de undersøgelser, som er foretaget i mødrehjælpens lægekonsultation. På grundlag af undersøgelserne i mødrehjælpen og på hospitalet udskrives journalen.

På operationsdagen får patienten ingen morgenmad af hensyn til eventuel narkose. Der indledes med en almindelig underlivsundersøgelse, hvor afdelingens læger specielt

søger at vurdere livmoderens størrelse. På basis af denne undersøgelse tages derefter endelig stilling til, hvorledes indgrebet skal udføres. Patienten underrettes herom, hvorefter hun normalt bringes tilbage til sengeafdelingen, idet man af praktiske grunde må samle indgreb af denne art til et senere tidspunkt på formiddagen. Et par timer senere køres hun påny til operationsstuen.

2. Operationen

Afgørende for, hvilken operationsmetode, der må anvendes, er først og fremmest tidspunktet i svangerskabet. I de første ca. 12 uger af svangerskabet fremkaldes en abort sædvanligvis ved en instrumentel fjernelse af fosteret gennem livmoderhalsen, der forinden udvides (udblokkes) ad mekanisk vej. Senere er fosteret så stort, at denne metode medfører risiko for bristninger i livmoderhalsen. De fleste gynækologer foretrækker derfor at forsøge at fremkalde et »naturligt« abortforløb, hvor ve-virksomheden udvider livmoderhalsen og udstøder fosteret. Denne proces sættes igang ved indsprøjtning af sæbekræm, saltvand eller glukoseopløsning. I nogle tilfælde foretrækker lægen dog at foretage abortindgrebet som et kejsersnit gennem bughule væggen.

a) Indgreb i svangerskabets tidlige stadier

Før indgrebet bedøves patienten universelt eller lokalt, og hun vil derfor ikke mærke noget til selve indgrebet. Dette indledes med en mekanisk udblokning (dilatation) af livmoderhalsen. Udblokningen kan ske ved hjælp af særlige metalstave, som indføres i livmoderhalsen, og som efterhånden udskiftes med kraftigere stave, indtil åbningen er tilstrækkelig stor **til**, at fosteret kan passere.

Udblokningen kan også ske ved anven-

delse af såkaldte laminariastifter fremstillet af udtørrede algestængler. Disse stifter har den egenskab, at de ved optagelse af vand udvider sig betydeligt. Indlægningen af laminariastifter er smertefri, og patienten bedøves derfor i dette tilfælde ikke. Hun bringes tilbage til afdelingen, og dagen efter fjernes stifterne under narkose.

Den nødvendige udvidelse af livmoderhalsen afhænger af fosterets størrelse, der står i direkte forhold til graviditetens længde. I 8. uge regnet fra sidste menstruations første dag er det tilstrækkeligt at udvide livmoderhalsen til en diameter af ca. 8 mm, i 10. uge til ca. 10 mm og i 12. uge til ca. 14 mm. Udblokningen varer i gennemsnit omkring 10 minutter, afhængig af størrelsen.

Derefter tømmes livmoderen for sit indhold af fostervæv, fostervæske og blod. Dette sker i almindelighed ved indførelse af en specielt konstrueret aborttang og en såkaldt curette (et skrabeinstrument), hvorved æghinderne og moderkagen løsnes fra livmodervæggen og sammen med fosteret fjernes gennem fødselsvejene. Blod og fostervand løber samtidig ud. Udskrabningen varer normalt 5-10 minutter. Blødningen i forbindelse med udskrabningen kan være ret betydelig. Det er ikke sjældent nødvendigt at give blodtransfusion, og i alle tilfælde har man blod parat.

I de seneste år er der udviklet en ny teknik til udtømmning af livmoderen, som nu også anvendes på enkelte danske hospitaler. Metoden, hvorved fosteret suges ud af livmoderen, stammer fra kinesiske gynækologer, og den har vundet stigende udbredelse, navnlig i Østeuropa. På samme måde som ved udskrabningsmetoden indledes med en udblokning af livmoderhalsen. Udblokningen kan dog være mindre og ved meget tidlige graviditeter er udblokning unødvendig. Derefter indføres i livmoderen et metalrør (eksspirator), der er forbundet med en sugpumpe. Ved udsugning løsnes og fjernes hele livmoderens indhold af fostervæv, æghinder, moderkage, fostervand og blod, der ved en graviditet i 11. - 12. uge gennemsnitlig udgør ialt ca. $\frac{1}{4}$ liter. Selve fosteret vejer på dette tidspunkt ca. 100 g. Udsugningen varer kun få minutter.

Når operationen er afsluttet, køres patienten tilbage til sengeafdelingen, og hvis der ikke optræder komplikationer, har hun kun

få gener og kan udskrives efter 3-4 dages forløb. I et ikke ubetydeligt antal tilfælde indtræder der imidlertid komplikationer, fortrinsvis i form af feber eller blødninger. En undersøgelse¹ foretaget på Frederiksberg hospital omfattende årene 1961-65 viser således, at af 287 tilfælde, hvor udskrabningsmetoden blev anvendt, indtraf der komplikationer i 43 pct. af tilfældene, heraf feber i 11 pct., og blødninger, der gav anledning til blodtransfusion, i 24 pct. Det bør dog fremhæves, at hovedparten af disse komplikationer er lette og normalt ikke medfører nogen væsentlig forlængelse af hospitalsopholdets varighed. Mere tungtvejende komplikationer forekom i 14 tilfælde svarende til ca. 5 pct., hvoraf der i 6 tilfælde måtte foretages fornyet udskrabning, i 3 tilfælde operativ åbning af bughulen. 6 patienter måtte genindlægges på hospitalet inden en måned efter udskrivningen.

Ved anvendelse af sugemetoden synes komplikationshyppigheden imidlertid at være betydeligt mindre. Erfaringerne fra de østeuropæiske lande, hvor metoden har vundet udbredelse, tyder herpå, og en undersøgelse² af de første 100 indgreb udført med denne teknik på Frederiksberg hospital viser det samme. Navnlig synes blodtabet at være væsentligt mindre, ligesom risikoen for beskadigelser af fødselsvejene er mindre. Det må derfor antages, at denne metode vil få stigende betydning, efterhånden som lægerne får mulighed for at sætte sig ind i teknikken.

b) Indsprøjtningmetoderne (2-seance indgreb)

Som nævnt anvendes de under a) omtalte metoder i almindelighed kun til fremkaldelse af abort i svangerskabets første 3 måneder, idet risikoen for læsioner på grund af fosterets størrelse derefter forøges væsentligt. Efter dette tidspunkt vil man i de fleste tilfælde forsøge at fremkalde aborten ved indsprøjtning af en væske i eller omkring ægget, hvorved dette løsnes og udstødes.

Narkose eller lokalbedøvelse anvendes normalt ikke, da indgrebet ikke er forbundet med væsentlige gener for patienten, og da der er en risiko i forbindelse med enhver

¹ Ugeskrift for læger, 1967, side 1351 ff.

² Ugeskrift for læger, 1967, side 1356 ff.

narkose. De fleste steder får patienterne dog en smertestillende indsprøjtning, før indgrebet foretages. Indgrebet består i, at der gennem skedevæggen indsprøjtes sæbekrøm, saltvand eller glukoseopløsning i eller omkring ægget. Selve indstikket er ikke særlig smertefuldt, men alligevel reagerer patienterne ofte på indgrebet, formentlig af angst for hele proceduren.

Efter dette indgreb føres patienten tilbage til sengeafdelingen, hvor hun må afvente, at ve-virksomheden begynder. Disse veer, der ganske svarer til fødselsveer, vil efterhånden udvide livmoderhalsen og derpå udstøde fosteret. Det tidsrum, der går fra indsprøjtningen til fosteret udstødes, varierer mellem 2 og 5 dage, men i ca. 25 pct. af tilfældene er proceduren ikke effektiv (d. v. s. veer ikke påbegyndt eller er påny ophørt) indenfor 3 dage, og indgrebet må således gentages, eller aborten må fremkaldes ved andre metoder, eventuelt operation gennem bugvæggen (»lille kejsersnit«). Ventetiden er en psykisk belastning for de pågældende kvinder, og smerterne ved abortveerne er ofte meget generende for kvinden og vanskelige at dulme, selv om der gives smertestillende midler. Det er ikke usandsynligt, at en del kvinder reagerer voldsommere på smerterne ved abortveerne, end de ville gøre på veer i tilslutning til fødsel, fordi deres situation psykologisk er en ganske anden.

Når fosteret er udstødt, hvilket kan medføre nogen blødning, føres patienten påny til operationsstuen, hvor der under bedøvelse foretages en afsluttende udskrabning og rensning af livmoderhulen. Derefter kan patienten udskrives et par dage senere, for så vidt der er tale om et ukompliceret forløb. Det samlede hospitalsophold vil således normalt vare ca. 6 dage, hvis den første indsprøjtning har været effektiv, og 7-10 dage, hvis proceduren har måttet gentages.

Også disse metoder medfører ofte komplikationer, således ifølge den tidligere omtalte undersøgelse fra Frederiksberg hospital i ca. 50 pct. af tilfældene. Heraf er dog langt det største antal lette blødninger eller moderate temperaturstigninger, som ikke er behandlingsmæssigt særligt krævende. I ca. 5 pct. af tilfældene er der tale om mere alvorlige komplikationer, og hyppigheden tiltager med graviditetens alder.

c) Kejsersnit

På grund af det noget usikre forløb af abortindgreb, der indledes med indsprøjtning gennem skeden af ægløsende væsker, foretrækker en del gynækologer ved svangerskabsafbrydelse efter den 12. uge at foretage indgrebet ved en egentlig operation, hvor bughulen åbnes og fosteret fjernes ved et lille kejsersnit gennem livmodervæggen. Metoden anvendes især, hvis der samtidig er indikation for sterilisation, idet den hertil fornødne lukning af æggelederne kan foretages under samme operation.

Under operationen er patienten universelt bedøvet og mærker derfor intet til selve indgrebet. Efter operationen må hun i nogle dage være sengeliggende af hensyn til sårhelingen og smerterne. Ved ukompliceret forløb kan udskrivningen fra hospitalet ske efter 8-10 dages forløb.

Denne metode har den fordel at være en engangsprocedure, men er forbundet med den risiko, der ledsager enhver operation, hvor bughulen åbnes. Komplikationerne er ikke hyppigere end ved abortindgreb, der foretages gennem fødselsvejene, men er i reglen af alvorligere karakter, når de indtræffer. Det kan således nævnes, at dødeligheden er ca. 1‰, noget højere end ved de øvrige metoder, og at så alvorlige komplikationer som blodpropper, lungebetændelser og tarm-læsioner forekom i lidt mere end 1 pct. af de operationer, der i årene 1961-65 udførtes på danske sygehuse.

Efter udskrivningen fra hospitalet foretages der ikke nogen efterbehandling af patienten, medmindre der skulle indtræde komplikationer. Kvinden har ret til hos sin praktiserende læge på samme måde som efter en fødsel at få foretaget 2 helbredsundersøgelser i henhold til svangerskabshygiejneloven. Ved den første af disse undersøgelser foretager lægen bl. a. en gynækologisk undersøgelse, hvor det konstateres, om fødselsvejene er normale, ligesom patienten får tilbud om vejledning i anvendelse af antikonceptionelle midler. En kvinde, der har fået foretaget svangerskabsafbrydelse, bør også af helbreds-mæssige grunde afholde sig fra samleje, indtil denne undersøgelse er overstået, og lægen ikke har fundet betænkeligheder ved genoptagelse af det seksuelle samliv.

Kapitel VI

Bistand i anledning af svangerskab

A. Indledning

I betænkningen af 1954 (kap. V) fremhævede svangerskabskommissionen kraftigt betydningen af det forebyggende arbejde, og man pegede på en række områder, hvor en forbedring og udbygning af den sociale og familiepolitiske lovgivning kunne påregnes at ville modvirke mange kvinders ønske om at søge svangerskabsafbrydelse. Kommissionens flertal afviste svangerskabsafbrydelse på social indikation bl. a. ud fra det hovedsynspunkt, at det må være samfundets uafviselige pligt at iværksætte sådanne hjælpeforanstaltninger, at der hos den sunde og normale kvinde ikke opstår noget ønske om at søge vanskelighederne løst ved afbrydelse af svangerskabet.

Som det nærmere er begrundet i kapitel VIII mener udvalgets flertal ikke at kunne fastholde afvisningen af svangerskabsafbrydelse, der er motiveret af personlige, familiemæssige eller sociale vanskeligheder. Det er efter udvalgets opfattelse ikke rimeligt at nægte de vanskeligt stillede kvinder tilladelse til svangerskabsafbrydelse, så længe samfundet faktisk ikke har stillet tilstrækkelige hjælpemuligheder til rådighed. Som den senere udvikling har vist, er de forpligtelser, som kommissionen opstillede i denne henseende, kun opfyldt i begrænset omfang. Resultatet er altså blevet, at man ikke har kunnet hjælpe en række vanskeligt stillede kvinder, hverken med adækvate støtteforanstaltninger eller med svangerskabsafbrydelse.

Udvalgsflertallets forslag om adgang til svangerskabsafbrydelse på social indikation betyder på ingen måde, at man tillægger familiepolitiske og sociale forbedringer mindre

betydning end den tidligere kommission som led i bestræbelserne for at bekæmpe legale og illegale aborter. Tværtimod er sådanne forbedringer sammen med en øget indsats for at fremme anvendelsen af antikonception efter udvalgets opfattelse de bedste midler til at nedbringe antallet af svangerskabsafbrydelser, og der bør sættes afgørende ind på at opnå sådanne forbedringer. Ingen gravid kvinde bør føle sig tvunget til at søge svangerskabet afbrudt udelukkende af sociale eller økonomiske grunde.

Udvalget kan ikke nærmere angive, i hvilket omfang økonomiske og sociale, herunder boligmæssige problemer er baggrunden for ønsket om svangerskabsafbrydelse. Mødrehjælpen har tidligere søgt at opgøre, hvilke begrundelser de abortsøgende opgiver som motiv for deres ønske om afbrydelse af svangerskabet. I betænkningen af 1954 anføres det, at ca. en trediedel af ansøgerne ved mødrehjælpen i København angiver helbreds-mæssige problemer, ca. en trediedel personlige forhold og ca. en trediedel praktiske og økonomiske problemer som hovedmotiv for ønsket om abort. Senere opgørelser viser nogenlunde samme fordeling. I de seneste år har man kun foretaget spredte opgørelser af de abortsøgendes motiver for abortønsket, idet det er mødrehjælpens opfattelse, at sådanne opgørelser kun i meget begrænset omfang kan belyse, hvilke vanskeligheder der i virkeligheden er skyld i, at svangerskabet er uønsket. I de fleste tilfælde er de forskellige motiver sammenvævede, uden at kvinden måske helt har gjort sig klart, hvilken indbyrdes vægt disse har for hendes beslutning. Dertil kommer, at mange kvinder bevidst eller ubevidst vil lade deres begrun-

delse for ønsket om svangerskabsafbrydelse være farvet af - måske endda direkte bestemt af - hvilke motiver det forventes, at mødrehjælpen og samrådet vil acceptere.

Det er derfor udvalgets opfattelse, at en objektiv beskrivelse af de abortsøgendes helbredsmaessige, personlige og sociale forhold ofte vil give et bedre indtryk af, hvilke vanskeligheder der begrundes, at kvinderne kommer i en situation, hvor de må søge svangerskabsafbrydelse. En sådan beskrivelse er bl. a. forsøgt givet foran i kapitel IV.

Det fremgår tydeligt heraf, at flertallet af de kvinder, der søger svangerskabsafbrydelse, i højere grad end befolkningen som helhed må kæmpe med en række vanskeligheder af personlig og social karakter. Særligt må det fremhæves, at en stor del af ansøgerne lever under boligmæssigt utilfredsstillende forhold. Mange - især af de yngste ansøgere - har ikke egen bolig, og andre bor i overbefolkede og dårlige lejligheder, der må anses for uegnede for familier med børn. Ligeledes lever mange af ansøgerne under dårlige eller usikre økonomiske forhold, hvilket ikke mindst gælder enligt stillede kvinder uden en egentlig uddannelse og gifte kvinder med mange børn. En meget betydelig del af de helbredsmaessige vanskeligheder, som de abortsøgende kvinder møder med, kan føres tilbage til de ydre forhold, hvorunder kvinden lever.

I det følgende gives en kort oversigt over den familiepolitiske og sociale lovgivning, som ud fra erfaringerne med administrationen af den gældende svangerskabslov synes særlig at være af betydning for de gravide kvinder.

B. Almene hjælpeforanstaltninger

1. Sundhedslovgivningen

a. Ved den i 1966 gennemførte ændring af *svangerskabshygienloven* (lov nr. 200 af 8. juni 1966) er der sikret enhver gravid kvinde et antal gratis helbredsundersøgelser hos læge og jordemoder, heraf 2 lægeundersøgelser efter afsluttet svangerskab. Disse undersøgelser opfylder flere formål. Man søger under hele svangerskabet at kontrollere moderens helbredstilstand for så tidligt som muligt at kunne sætte ind med behandling af eventuelle lidelser hos hende, både af

fysisk og psykisk art. Endvidere skal lægen søge at finde frem til eventuelle personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder, og hvor han møder sådanne vanskeligheder, bør han henvise patienten til en mødrehjælpsinstitution. Henvisning skal *omgående* ske, hvis disse vanskeligheder er årsag til et ønske om svangerskabsafbrydelse. Lægeundersøgelserne har tillige til formål at sikre barnets helbred ved at forebygge og eventuelt behandle sygdomme hos moderen og derved bl. a. forebygge for tidlig fødsel og andre fødselskomplikationer. Ved lægeundersøgelserne efter svangerskabets afslutning søger man endelig at kontrollere moderens helbredstilstand efter fødslen eller aborten, ligesom hun skal have tilbudt vejledning i anvendelse af antikonception.

b. Ved lov nr. 227 af 31. maj 1963 om *sundhedsplejerskeordninger* er det bestemt, at kommuner kan få halvdelen af udgifterne ved sundhedsplejerskeordninger refunderet af statskassen. Det hedder i lovens § 1, at der af kommunerne *bør* ansættes det fornødne antal sundhedsplejersker med det formål at støtte hjemmene i deres bestræbelser for at sikre spædbørnenes sundhed. Ordningen er ikke obligatorisk for kommunerne, og der findes fortsat en del kommuner uden en sundhedsplejerskeordning.

Det er udvalgets opfattelse, at denne ordning snarest muligt bør udbygges til at omfatte hele landet. Sundhedsplejerskerne kommer i kontakt med praktisk talt alle kvinder, der lige har født, og har derfor gode muligheder for at yde individuel vejledning, samtidig med at de kan formidle kontakten til de sociale institutioner, hvor sådan hjælp skønnes påkrævet.

2. Den sociale lovgivning

a. Bolighorhold

Som nævnt er manglende eller dårlig bolig et alvorligt problem for en stor del af de abortsøgende kvinder. I særlig grad gælder dette for de enlige kvinder. Problemet består ikke blot i vanskeligheder med at fremskaffe en passende bolig, men de har også ofte svært ved at magte at betale husleje og indskud.

Boligproblemet kan ikke søges løst særskilt for de abortsøgende. Det kan ikke være rimeligt at lade en kvinde, der har udtrykt ønske om abort, få fortrin ved anvisning af

lejlighed fremfor andre familier med børn. En løsning af dette vel nok det alvorligste enkeltproblem i forbindelse med ønske om abort kan derfor kun ske ved, at samfundet sikrer, at der til enhver tid kan anvises et tilstrækkeligt antal gode boliger til familier med børn, og på betalingsvilkår, som disse familier kan overkomme. Et skridt i retning af at nedbringe huslejen for familier med børn er taget med lov nr. 50 af 8. marts 1967 om boligsikring.

b. Børnepasning

Et andet vanskeligt problem for mange både enlige og gifte ansøgere om svangerskabsafbrydelse er pasning af børnene. For de udearbejdende kvinder er det en nødvendighed, at der er mulighed for at få børnene anbragt på dagplejeinstitutioner fra de er helt små. Ikke alene de enlige kvinder, men også mange gifte kvinder må af hensyn til familiens økonomi fortsætte udearbejdet efter fødslen. Også for den hjemmearbejdende kvinde med en stor arbejdsbyrde kan anbringelse af børnene i vuggestue eller børnehave betyde en sådan aflastning, at ønsket om afbrydelse af svangerskabet bliver mindre påtrængende.

Det er derfor af stor betydning - også som abortforebyggende foranstaltning - at der overalt findes et tilstrækkeligt antal dagplejepladser for både små og lidt større børn og med åbningstider, der tager fornødent hensyn til forældrenes arbejdstider. I store dele af landet er der endnu en sådan mangel på dagplejeinstitutioner, at selv de mest påtrængende behov ikke kan dækkes. Mange enlige mødre tvinges til midlertidigt eller for længere perioder at finde andre og mindre tilfredsstillende løsninger eller at leve af offentlig hjælp.

En hurtig udbygning af dagplejeinstitutionerne vil være en foranstaltning, der i høj grad kan lette vilkårene for enlige og familier med børn, og må samtidig anses for en forebyggende socialpædagogisk foranstaltning for de børn, der vokser op under familiemæssigt og socialt vanskelige forhold.

c. Økonomisk bistand

Svangerskabskommissionen gik i sin betænkning fra 1954 (side 39) ind for en generel adgang for alle kvinder, uanset om de

havde erhvervsarbejde eller ikke, til en kontant moderskabsydelse, der skulle dække udgifterne til forsvarlig pasning i barselsperioden samt til nødvendige anskaffelser i anledning af fødslen. Endvidere fandt man det ønskeligt, at der blev givet alle erhvervsarbejdende kvinder ret til ekstra dagpenge i den tid, de på grund af svangerskab og fødsel er arbejdsudygtige. Kommissionen foreslog endvidere reglerne om børnetilskud forbedret på forskellige punkter, bl. a. således at tilskuddet ydes uden hensyn til indtægt og udbetales kontant til barnets moder. Underholdsbidrag til børn foresloges udbetalt forskudsvis af det offentlige uden hensyn til indtægt.

På de fleste af disse punkter er der siden sket forbedringer. Underholdsbidrag (normalbidraget) kan nu fordres udbetalt forskudsvis uden hensyn til indtægt.

Børnetilskuddet er efterhånden forhøjet og udgør nu 855 kr. for hvert barn, dog yderligere 50 kr. for hvert barn udover de første 4 børn. Børnetilskuddet forhøjes med 400 kr. for hvert barn, hvis der er tale om en enlig forsørger. Tilskuddene modregnes så vidt muligt i de personlige skatter og udbetales uanset indtægt. Samtidig med kildeskattens indførelse den 1. januar 1970 gennemføres forskellige ændringer, jfr. lov nr. 236 af 3. juni 1967 om børnetilskud og andre familietydelser. Blandt andet vil børnetilskuddet blive udbetalt kontant til moderen gennem det sociale udvalg, og tilskuddet pristalsreguleres.

Samtidig med kildeskatten indføres endvidere en moderskabsydelse til afløsning af reglerne om mælkehjælp. Moderskabsydelsen er ens for alle uanset indtægt, men forhøjes med halvdelen for hvert barn, der fødes ud over ét. Ydelsen udbetales med halvdelen efter forløbet af 6. svangerskabsmåned og resten ved fødslen. Ifølge loven af 3. juni 1967 udgør moderskabsydelsens grundbeløb 600 kr., hvilket reguleres med 3 pct. for hver fulde 3 points udsving i reguleringspristallet over 100.

Også reglerne om erstatning for mistet arbejdsfortjeneste ved fravær fra arbejde på grund af svangerskab og fødsel ændres samtidig med kildeskattens indførelse, jfr. loven af 3. juni 1967, kapital III. Der ydes herefter dagpenge i indtil 14 uger til en kvinde, der udfører lønnet arbejde for

andre, uanset om hun er medlem af en sygekasse. Dagpengenes størrelse svarer til sygeforsikringslovens regler om dagpenge under sygdom, idet dog satsen for forsørgere anvendes i alle tilfælde.

For tjenestemænd og funktionærer gælder særlige regler om ret til frihed i forbindelse med fødsel med hel eller delvis løn.

En væsentlig del af svangerskabskommissionens forslag til generelle forbedringer af de gravide kvinders økonomiske vilkår før og efter fødslen er således først nu ved at blive gennemført. De forbedringer, der allerede er gennemført eller som gennemføres i forbindelse med kildeskattens ikrafttræden, kan imidlertid ikke hindre, at svangerskabet og fødslen for mange kvinder medfører økonomiske afsavn, ofte med alvorlige følger for hele familiens velfærd.

C. Individuel hjælp

Det er af største betydning, at der ved siden af den almene offentlige bistand i anledning af svangerskab og fødsel er muligheder for at yde supplerende bistand, hvor der særlig er behov derfor.

Sådan bistand kan i et vist omfang ydes i henhold til den sociale forsorgslovgivning. Således kan der i medfør af forsorgslovens § 47, stk. 3, i forbindelse med fødsel ydes offentlig hjælp efter forsorgslovens almindelige transskriterier bl. a. til beklædning, til andre anskaffelser til moderen, barnet eller hjemmet og til bistand i hjemmet. Endvidere er der i forsorgslovens § 58, stk. 2, hjemmel til efter en noget lempeligere transsbedømmelse at yde udvidet hjælp af begrænset varighed, hvis transssituationen skyldes fødsel. Endelig kan det komme på tale at yde hjælp efter § 27, stk. 2, nr. 5, i lov om børne- og ungdomsforsorg. Efter denne bestemmelse kan der ydes hjælp til betaling af huslig bistand i sygdomstilfælde eller til afhjælpning af forbigående vanskeligheder for familien, når anbringelse af børnene uden for hjemmet derved kan undgås.

Herudover er det hovedsagelig mødrehjælpsinstitutionerne, der efter den gældende lovgivning kan yde hjælp og bistand i anledning af svangerskab og fødsel. Mødrehjælpsinstitutionernes opgaver i denne henseende er angivet i mødrehjælpslovens § 1 og § 3.

Herefter skal mødrehjælpsinstitutionerne give svangre kvinder personlig, social og juridisk bistand, råd og vejledning med hensyn til deres svangerskab, derunder om den hjælp af økonomisk og lægelig art, der under svangerskabet og efter fødslen står til rådighed for dem selv eller til hjælp ved forsørgelse af det ventede barn. Til løsning af disse opgaver er der hjemlet adgang for institutionerne til bl. a. at oprette svangre- og mødre hjem, særlige observations- og behandlingshjem samt spædbørnehjem. Endvidere kan institutionerne i henhold til § 1, stk. 5, yde spædbørnstøj samt »i ganske særlige tilfælde yde direkte økonomisk støtte til imødegåelse af trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet«. Der kan endelig efter undersøgelse i det enkelte tilfælde ydes hjælp til uddannelse m. v. af enlige mødre.

Det må fremhæves, at ingen af de hjælpeforanstaltninger, som mødrehjælpsinstitutionerne kan iværksætte, er betinget af, at den pågældende kvinde har udtrykt ønske om afbrydelse af svangerskabet. Det ville ikke være rimeligt at stille den kvinde ringere, som ønsker at føde barnet og alene søger hjælp for at kunne byde barnet så gode kår som muligt.

Derimod er det i loven klart forudsat, at behovet for hjælp er forårsaget af graviditet og fødsel, og at der ikke er tale om behov for vedvarende hjælp. I modsat fald må kvinden henvises til de sociale udvalg. Endvidere er det en forudsætning, at hjælpebehovet ikke i tilstrækkeligt omfang kan imødekomes ved de generelle sikringsordninger.

I bilag 5 er optrykt en redegørelse fra mødrehjælpen i København, hvori der gøres rede for de forskellige former for hjælp og bistand, som mødrehjælpen kan tilbyde. I det følgende skal angøres hovedlinierne i hjælpearbejdet.

1. Råd og vejledning

Et hovedpunkt blandt mødrehjælps opgaver er at yde personlig hjælp og støtte til gravide kvinder. I den københavnske institution har man allerede for mange år siden som et led i dette rådgivende arbejde begyndt en mere systematisk familierådgivning. I mange tilfælde har det vist sig, at

man kun har kunnet yde en virkelig effektiv bistand, hvis også kvindens familiemedlemmer inddrages i samarbejdet, således at det er hele den familiære situation, der bliver genstand for rådgivning og behandling. Man prøver ved kombination af praktisk, økonomisk, psykologisk og lægelig støtte at hjælpe til bunds og på langt sigt. Rådgivningen ydes af et team bestående af eksperter, der efter behov inddrages i rådgivningen og behandlingen.

Man kan med hensyn til den nærmere tilrettelæggelse af mødrehjælpens familierådgivning henvise til Beretning om mødrehjælpsinstitutionernes virksomhed 1. april 1962-31. marts 1966, side 53-56.

Denne form for rådgivning er meget tid- og personalekrævende, og manglen på kvalificeret personale har bevirket, at familierådgivning kun i ringe omfang har kunnet tages op i mødrehjælpsinstitutionerne i provinsen. Heller ikke i den københavnske institution har man kunnet imødekomme behovet i tilstrækkeligt omfang.

Udvalget er opmærksom på, at børne- og ungdomsværnet efter loven om børne- og ungdomsforsorg kan tilbyde familier med børn løbende vejledning og støtte og er forpligtet til at rette sådant tilbud til familier, som må antages i særlig grad at trænge hertil, samt at kommunerne har adgang til at få deres familievejledningsordninger anerkendt efter denne lov, så udgifterne kan refunderes efter reglerne for børneforsorgsudgifter. Langt den overvejende del af landets indbyggere er bosat i kommuner, der har en anerkendt familievejledningsordning. Familievejledningen er i sit mål ikke væsensforskellig fra mødrehjælpens familierådgivning, men yder bistand til alle familier med børn og ikke specielt i tiden omkring en fødsel.

Udvalget tillægger disse opgaver stor betydning og kan anbefale en udbygning af bistandsmulighederne.

2. Direkte økonomisk støtte

I en årrække har der på de årlige finanslove været optaget rådighedsbeløb, der af mødrehjælpsinstitutionerne kan anvendes til direkte økonomisk hjælp over for øjeblikkelige vanskeligheder i forbindelse med svangerskab og fødsel.

Bevillingerne til dette formål har i de senere år udgjort følgende beløb:

1964/65:....	1.200.000 kr.
1965/66:.....	1.219.500 kr.
1966/67:.....	1.567.500 kr.
1967/68: ...	3.081.500 kr.
1968/69: ...	4.400.000 kr.

I 1967/68 henvendte over 22.000 kvinder sig til mødrehjælpen om hjælp og støtte i anledning af svangerskab og fødsel, hvortil kom ca. 18.000 kvinder, der tidligere havde henvendt sig, og som fortsat fik hjælp og vejledning. Mødrehjælpen har i 1967/68 således ialt haft forbindelse med næsten 40.000 kvinder. Heraf har ca. 6.200 kvinder fået direkte økonomisk støtte. Selv om ikke alle mødrehjælpens ansøgere har haft akutte økonomiske vanskeligheder, fremgår det imidlertid klart af disse tal, at mødrehjælpen kun har haft mulighed for at hjælpe relativt få med direkte økonomisk bistand. I den forbindelse må det fremhæves, at omtrent halvdelen af ansøgerne er ugifte kvinder, og at mellem en trediedel og en fjerdedel er unge under 20 år.

Til yderligere illustration af den økonomiske hjælps omfang kan der anføres følgende oversigt over de hovedgrupper af tilfælde, hvortil hjælpen har været udnyttet i 1967/68:

Hjælpens art	antal kvinder	beløb
Kompensation for tabt arbejdsfortjeneste	351	239 745
Betaling af hushjælp	235	122.583
Anskaffelser til moder og barn	3.393	668.926
Anskaffelser til hjemmet	1.436	715.353
Betaling af gæld og afdrag	695	241.373
Indskud til lejlighed	710	746.202
Hjælp til uddannelse og start af erhverv	52	80.441
Almindelig hjælp, støtte og opmuntring	1.127	175.951

Med den stigning i rådighedsbeløbene, der er sket i de sidste 2 år, er der skabt mulighed for, at mødrehjælpen kan hjælpe flere af ansøgerne over akutte økonomiske vanskeligheder. Endvidere kan man i flere tilfælde sætte ind med den mere koncentrerede og

omfattende økonomiske hjælp, som - eventuelt i forbindelse med familierådgivning - ofte vil være nødvendig for at opnå en tilfredsstillende løsning af vanskelighederne. Formålet med mødrehjælpens økonomiske støtte må være at hjælpe kvinden og hendes familie over de vanskeligheder, der opstår i forbindelse med svangerskab og fødsel. I mange tilfælde må man imidlertid erkende, at en varig forringelse af familiens forhold kun kan forhindres ved en ret omfattende økonomisk bistand over en vis periode. Dette synspunkt er anerkendt med hensyn til behovet for at kunne yde hjælp til uddannelse af enlige mødre, jfr. nedenfor, men har også gyldighed i andre henseender. Der er et stort behov for, at man i videre omfang kan sikre en arbejdsmæssig aflastning i en periode før og efter fødslen, for så vidt der efter lægelig bedømmelse er trang hertil, således at den udearbejdende for en tid helt eller delvis kan ophøre med sit erhverv, og den hjemmearbejdende husmor aflastes i hjemmet. Endvidere vil rekreationsophold for kvinder med små børn eller ferieophold for hele familien ofte være en god løsning for de kvinder, der midlertidig er kørt træt. Af helt afgørende betydning er en forbedring af de boligmæssige forhold. En stigende del af mødrehjælpens rådighedsbeløb benyttes til ydelse af indskud i lejlighed, ofte i samarbejde med kommunerne, samt til forudbetaling af husleje, til hjælp til det nødvendigeste indbo m. v. Hjelpeforanstaltninger af denne art er imidlertid ret bekostelige, og det må konstateres, at mødrehjælpen kun i få tilfælde har kunnet yde en virkelig effektiv hjælp. Udvalget må lægge vægt på, at der skabes mulighed for at løse disse opgaver. Det vil under alle omstændigheder være billigere for samfundet at forebygge varige vanskeligheder ved at stille de fornødne midler til rådighed.

5. Uddannelseshjælp

Som tidligere nævnt kan mødrehjælpsinstitutionerne efter undersøgelse i hvert enkelt tilfælde yde hjælp til uddannelse m. v. af enlige mødre. Bestemmelsen må ses i sammenhæng med de regler om individuel uddannelsesstøtte, der findes i forsorgsloven, revalideringsloven, børneforsorgsloven og enkepensionsloven. Der henvises herom til Dansk Socialrådgiverforenings redegørelse,

bilag 6, samt mødrehjælpens redegørelse, bilag 5.

I sidstnævnte redegørelse er der tillige givet oplysninger om administrationen af mødrehjælpens uddannelseshjælp. Det fremgår heraf, at der i årene 1964/65 - 1966/67 er ydet uddannelseshjælp til mellem 335 og 400 ansøgere, og at der i 1966/67 var bevilget 1 mill. kr. til dette formål. I 1967/68 forhøjedes bevillingen, således at der kunne ydes hjælp til over 700 ansøgere, og i 1968/69 er bevillingen blevet yderligere forhøjet til 3,2 mill. kr.

Mødrehjælpen har haft gode resultater med denne form for hjælp. Der kan derfor være grund til at udvide den, således at der dels kan ydes bistand til flere ansøgere, dels kan gives hjælp til mere langvarige uddannelsesformer.

Som anført kan mødrehjælpens uddannelseskonto kun anvendes til uddannelseshjælp til enlige mødre. Der er imidlertid også et behov for i et vist omfang at kunne yde hjælp til uddannelse af unge gifte kvinder og ugifte mødre, der lever sammen med barnets fader. I enkelte tilfælde har man kunnet yde en vis hjælp af mødrehjælpens rådighedsbeløb, men det må sikkert forudses, at behovet vil stige i de kommende år på grund af de mange unge ægteskaber.

4. Andre hjelpeforanstaltninger

Foruden de nævnte former for vejledning og støtte har mødrehjælpen i et vist omfang mulighed for at tilbyde ansøgere, der i særlig grad har behov derfor, ophold på forskellige hjem, hvor man dels kan tilbyde behandling og rekreation, dels kan løse et midlertidigt boligproblem.

Flere af institutionerne har særlige behandlings-, observations- og rekreationshjem, der modtager gravide kvinder, som er psykisk eller nervemæssigt medtagne under svangerskabet, eller som simpelthen trænger til hvile og aflastning. Hjemmene anvendes tillige til observation af kvinder, der søger svangerskabsafbrydelse.

Særlige svangrehjem for enlige gravide findes hos en del af institutionerne, hvor man dels søger at løse et akut boligproblem for unge gravide uden egen bolig, dels bistår med at lægge grunden til fremtidig planlægning af den enlige moders tilværelse.

På nogle af disse hjem kan mødrene komme tilbage en kortere tid med deres børn. Endvidere har mødrehjælpen samarbejde med private mødrethjem, hvor enligstillede mødre med spædbørn kan optages 1 år, eventuelt 2 år. Mødrene bor som regel gratis mod at stille deres arbejdskraft til rådighed. Det har imidlertid vist sig, at tiden er løbet fra denne form for anbringelse, der ikke bidrager til at løse mødrenes bolig- eller erhvervsproblemer på længere sigt.

Derimod er der behov for oprettelse af pensioner, hvor mødrene i en overgangsperiode kan bo, samtidig med at de fortsat passer deres erhvervsarbejde eller sættes i gang med en egentlig erhvervsoplæring. Pensionerne vil navnlig være til støtte for de ganske unge mødre, der på grund af boligforholdene og deres levevilkår i øvrigt vil have vanskeligt ved i den første svære tid efter fødslen at klare både barnet og udearbejdet eller en uddannelse. Da børne- og ungdomsforsorgens ungdomspensioner så vidt udvalget bekendt står foran en væsentlig udbygning, skal man foreslå, at der skabes mulighed for, at mødrehjælpen kan disponere over nogle af pladserne i disse ungdomspensioner, således at unge mødre i alderen 15-18 år kan få ophold her. For mødre, der er dårligt udrustede til umiddelbart at klare sig som enligstillede forsørgere, er der endvidere behov for hjem, hvor der i højere grad lægges vægt på et oplæringsarbejde for at sætte mødrene i stand til at klare sig selv og barnet uden for hjemmets beskyttende miljø.

D. Afsluttende betragtninger

Som anført er der i de seneste år sket visse forbedringer i den sociale lovgivning, ligesom bevillingerne til de individuelle hjælpe-

foranstaltninger er blevet forhøjet. Til trods herfor er der imidlertid fortsat et stort behov for forbedringer, hvis det abortforebyggende arbejde skal kunne løses tilfredsstillende. Både den generelle sociale lovgivning og mulighederne for individuelt udformet hjælp og støtte til gravide og familier med børn må forbedres.

Udvalget har i det foregående antydnet nogle muligheder for forbedringer af det sociale sikringssystem, men man har ikke set sig i stand til at fremsætte egentlige forslag, idet de sociale og familiepolitiske spørgsmål må ses i en større sammenhæng. En rationel abortforebyggelse forudsætter ikke alene bistand i tiden omkring fødslen, men også mere langsigtede hjælpeforanstaltninger, fordi kvindens ønske om svangerskabsafbrydelse jævnligt bunder i bekymringer over, hvorledes hun skal klare de problemer, hun vil møde under barnets opvækst.

Det er dog magtpåliggende for udvalget at fremhæve, at den rådgivning og vejledning, som mødrehjælpen efter den gældende lovgivning skal yde gravide, ikke i sig selv er tilstrækkelig, men må kunne følges op af effektiv økonomisk og praktisk bistand, hvor der er behov herfor. Hverken mødrehjælpen eller andre sociale myndigheder råder i dag over fyldestgørende muligheder for at yde en sådan hjælp. Intentionerne bag svangerskabshygiejnelovens bestemmelse om lægernes forpligtelse til at henvise gravide kvinder med behov for hjælp og støtte til mødrehjælpen kan derved i nogen grad blive illusoriske.

Det er vigtigt, at den myndighed, der skal rådgive og vejlede kvinden i en abortsituation, også kan tilsikre hende den hjælp, som hun skønnes at have brug for. Ellers mister rådgivningen en væsentlig del af sin værdi og tiltrækning.

Kapitel VII

Antikonception

Til grund for enhver diskussion om abort-problemet ligger det fra alle sider anerkendte synspunkt, at svangerskabsafbrydelse - legal eller illegal - er en uheldig form for børnebegrænsning. Det vil under alle omstændigheder være det bedste, om den nødudvej, som en abort næsten altid er, kunne undgås.

Forebyggelse af uønskede svangerskaber må derfor blive det vigtigste middel i bestræbelserne for en formindskelse af svangerskabsafbrydelsernes antal. Samfundet kan i denne henseende gøre en indsats på to områder. Dels kan man søge at begrænse antallet af de tilfælde, hvor et svangerskab er uønsket, ved at skabe større social og økonomisk tryk for gravide og familier med børn. Herom henvises til bemærkningerne foran i kapitel VI. Endvidere kan man søge at udbrede kendskabet til og anvendelsen af metoder og midler, der forhindrer, at uønskede svangerskaber opstår.

Udvalget anser det ikke som sin opgave at fremkomme med konkrete forslag med hensyn til det offentliges indsats for at fremme anvendelsen af antikonception. Dette spørgsmål må ses i sammenhæng med behovet for seksuel oplysning i videre forstand. Netop ud fra ønsket om en sådan bredere belysning af problemerne nedsatte regeringen i 1961 seksualoplysningsudvalget, der i september 1967 afgav betænkning om seksualundervisning i folkeskolen. Dette udvalg vil i en kommende betænkning bl. a. tage stilling til, hvorledes og i hvilket omfang det offentlige bør tilrettelægge arbejdet vedrørende vejledning i anvendelse af antikonception.

Svangerskabsudvalget er dog af den opfattelse, at der i forbindelse med en diskussion

om den fremtidige lovgivning om adgangen til svangerskabsafbrydelse nødvendigvis må indgå overvejelser om befolkningens adgang til og faktiske anvendelse af antikonceptionelle midler. Erfaringerne fra de østeuropæiske lande, som medlemmer af udvalget og af den svenske abortkomite har besøgt, bør i den forbindelse nævnes. I alle disse lande var eller havde adgangen til legal svangerskabsafbrydelse været væsentlig mere lempelig end i de nordiske lande, og overalt kunne man opvise aborttal, der langt overstiger, hvad man kender i Norden. Imidlertid var der store forskelle i antallet af aborter i de besøgte lande, hvilket sikkert bl. a. skyldes forskelle i indstillingen til anvendelsen af antikonception. I ingen af landene var der nogen langvarig tradition for anvendelse af antikonception, men medens man både i Jugoslavien, Polen og Tjecoslovakiet i de senere år havde iværksat et energisk arbejde med henblik på at udbrede anvendelsen af antikonception, var der i Rumænien, der før stramningen af lovgivningen i 1966 havde langt det største antal aborter, ikke igangsat tilsvarende bestræbelser. Når udvalget, som det andetsteds er anført, ikke mener, at en lempelse af adgangen til svangerskabsafbrydelse vil medføre en stigning i antallet svarende til de østeuropæiske lande, begrundes det bl. a. med forskellen i indstillingen til anvendelse af antikonception. Medens der f. eks. fra jugoslavisk side blev givet udtryk for, at store befolkningsgrupper - ikke mindst blandt mændene - stiller sig direkte modvilligt til anvendelse af antikonception, er problemet her i landet snarere et spørgsmål om at søge den fornødne viden om svangerskabsforebyggelse anvendt i praksis.

1. Svangerskabsforebyggende midler og metoder

Efter svangerskabslovens § 11 må genstande og stoffer, der er tjenlige til at forebygge svangerskab, kun forhandles, såfremt de er godkendt af justitsministeren efter forhandling med sundhedsstyrelsen.

I henhold hertil er der i årenes løb godkendt en lang række forskellige midler, der med større eller mindre sikkerhed kan beskytte mod besvængning.

For tiden foreligger herefter følgende metoder til forebyggelse af svangerskab:

1. Metoder anvendt af manden:
 - a. coitus interruptus (»afbrudt samleje«),
 - b. kondom.
2. Metoder anvendt af kvinden:
 - a. Ogino-Knaus (»rytme«-metoden, »sikre dage«),
 - b. pessar (vaginal- eller collumpessar),
 - c. kemiske midler (creme, stikpiller, skumtabletter, udskylning),
 - d. pessar i forbindelse med creme m. v.,
 - e. intrauterin prævention (»spiral«),
 - f. oral antikonception (»p-piller«).

Blandt disse metoder anses de nyeste svangerskabsforebyggende midler, p-piller og spiral, for de sikreste. Navnlig synes der at være omtrent fuld sikkerhed mod besvængning ved anvendelse af p-pillerne.

Foruden midlernes pålidelighed ved rigtig brug er imidlertid mange andre faktorer af betydning ved vurderingen af midlernes praktiske egnethed til forebyggelse af svangerskab. Midlerne skal være lette at anvende og passe til brugerens intelligens og håndlag. Midlet må ikke i brug virke æstetisk eller psykologisk frastødende for nogen af parterne. Endvidere skal midlet være uskadeligt, og prisen må ikke virke afskrækkende.

De fleste af de midler, der anvendes af kvinden, kan kun anvendes efter lægelig anvisning. Pessaret kræver, at lægen finder frem til den anatomisk rigtige type og størrelse, ligesom han må give kvinden individuel vejledning i brugen. Spiral kan kun opsættes af en læge, og før ordination af p-piller må der foretages en undersøgelse for at sikre, at den pågældende kvinde uden risiko

kan anvende dette middel. Endvidere må der foretages en efterfølgende lægelig kontrol, der navnlig for spiral og p-piller bør ske med regelmæssige mellemrum til konstatering af, at spiralen fortsat sidder på plads, eller at p-pillerne ikke har uønskede bivirkninger.

Det bør fremhæves, at der er væsentlige forskelle på de svangerskabsforebyggende midlers virkemåde, og at der i virkeligheden er en glidende overgang fra antikonception til svangerskabsafbrydelse. Medens de klassiske præventive midler som kondom og pessar er klart antikonceptive, d. v. s. befrugtningen forhindres, og det samme formentlig er tilfældet med p-pillerne, der dog muligvis også kan være antinidative, er der for spiralerne vedkommende antagelig snarere tale om, at nidationen, d. v. s. det befrugtede ægs indtrængen i livmoderslimhinden, forhindres. Det er tænkeligt, at det samme resultat, eventuelt også en forhindring af den tidlige fosterudvikling, i fremtiden vil kunne opnås ad medikamentel vej. Forsøg i denne retning er allerede gjort forskellige steder i verden. Man kunne måske ud fra teoretiske overvejelser komme til det resultat, at sådanne midler måtte anses som abortfremkaldende, såfremt en påbegyndt fosterudvikling standses. I relation til den danske svangerskabslovgivning er det dog rettest at betragte midlerne som præventive, for så vidt de anvendes på et tidspunkt, hvor et svangerskab ikke har kunnet konstateres. Fra kvindens synspunkt vil det være naturligt at betragte sådanne midler som metoder til behandling af udebleven menstruation.

2. Kendskab til og anvendelse af antikonception

En række af de af seksualoplysningsudvalget iværksatte undersøgelser søger at belyse spørgsmålet om befolkningens kendskab til og faktiske anvendelse af antikonceptionelle midler og metoder. Visse oplysninger herom findes i udvalgets betænkning I om seksualundervisning i folkeskolen, kapitel VI. En nærmere beskrivelse af disse undersøgelser vil fremkomme i udvalgets betænkning II, der bl. a. vil omhandle den individuelle vejledning i antikonception.

Man skal ikke gå nærmere ind på alle disse undersøgelser, men det bør fremhæves, at befolkningen som helhed har et ganske

godt kendskab til svangerskabsforebyggelse. Dette synes også at gælde kvinder, der søger et uønsket svangerskab afbrudt legalt eller illegalt, omend disse grupper formentlig har haft et noget ringere kendskab hertil, da de indledte seksuelt samliv, end befolkningen som helhed. Derimod er problemet snarere at motivere de kvinder, der ikke ønsker at blive gravide, eller deres mænd til at anvende prævention. En af seksualoplysningsudvalget tilrettelagt undersøgelse af kvinder indlagt på hospital med abort¹ viser, at mere end halvdelen af de kvinder, der havde aborteret legalt eller illegalt, overhovedet ikke havde anvendt nogen form for antikonception i den periode, hvor besvangringen var sket, til trods for at graviditeten var stærkt uønsket. En del af disse kvinder angav som grund for den manglende anvendelse af antikonception, at manden ikke havde været interesseret heri, medens andre fandt anvendelse af antikonceptionelle midler fysisk generende, uæstetisk eller hæmmende for deres seksuelle tilfredsstillelse. Imidlertid kunne flertallet ikke angive nogen konkret årsag til ikke at have anvendt svangerskabsforebyggelse. Det bør bemærkes, at undersøgelsen gennemførtes, før p-piller og spiraler var blevet godkendt som svangerskabsforebyggende midler.

Netop disse nye midler har i det sidste par år vundet en ganske betydelig udbredelse. På grundlag af salget af p-piller kan det anslås, at omkring hver femte kvinde i fertil alder anvender denne form for antikonception. I betragtning af, at mange kvinder ikke lever i faste samlivsforhold, og at mange andre gerne vil have et barn eller i hvert fald ikke har noget imod det, må det således fastslås, at en meget stor del af de kvinder, der har behov for antikonception, anvender denne form.

3. Vejledning i antikonception

Som nævnt forudsætter de fleste præventive midler, der anvendes af kvinden, forudgående undersøgelse og vejledning hos en læge. Flertallet af de praktiserende læger påtager sig at yde sådan vejledning, medens det

er udvalgets indtryk, at kun få læger principielt afviser at medvirke herved. I den forbindelse bør det fremhæves, at svangerskabshygiejneloven pålægger lægen ved den første helbredsundersøgelse efter et afsluttet svangerskab at tilbyde gratis vejledning i antikonception eller at henvise kvinden til anden lægelig vejledning. Bortset herfra må patienterne selv betale lægehonoraret for antikonceptionsvejledning, og der er principielt ikke mulighed for at få udgiften refunderet af sygekassen eller sygeforsikringen.

Foruden hos de praktiserende læger ydes der individuel vejledning i antikonception på følgende seksualvejledningsklinikker: Mødrehjælpen har i en længere årrække tilbudt antikonceptionel vejledning til sine klienter. Siden 1961 har der endvidere i mødrehjælpsloven været hjemmel for institutionerne til at yde gratis vejledning til alle, der henvender sig herom, og der findes nu rundt i landet 20 sådanne »åbne« mødrehjælpsklinikker. Foreningen for Familieplanlægning driver i det københavnske område 5 seksualvejledningsklinikker, medens Århus kommune driver en klinik i tilslutning til Århus kommunehospital.

Svangerskabslovens § 10 indeholder en bestemmelse om, at der til kommuner samt private foreninger og organisationer, der påtager sig organiseringen og driften af et oplysningsarbejde over for befolkningen om seksualhygiejne, kan ydes refusion af indtil halvdelen af udgifterne herved. Tilskud i henhold til denne bestemmelse har hidtil kun været ydet i beskedent omfang, således i finansåret 1968/69 med ialt 60.000 kr., fordelt med 30.000 kr. til Foreningen for Familieplanlægning og **30.000 kr. til Århus kommunes klinik**. Tilskuddene dækker væsentligt mindre end halvdelen af udgifterne ved driften af de nævnte klinikker, hvortil kommer, at familieplanlægningsforeningen driver et alment seksualoplysende arbejde af betydeligt omfang, som der hidtil ikke er ydet løbende statstilskud til.

Udvalget skal under henvisning til foranstående udtale, at man må lægge megen vægt på, at arbejdet med udbredelsen af kendskabet til og anvendelsen af antikonception fremmes mest muligt. Blandt de opgaver, der i den forbindelse synes mest presserende, skal man fremhæve følgende:

¹ Undersøgelsen er endnu ikke publiceret. En kort beskrivelse af undersøgelsen findes i Betænkning vedrørende seksualundervisning i folkeskolen, side 83-89.

- a) Der er behov for *videnskabelig forskning* både med henblik på fremskaffelsen af de bedst mulige antikonceptionelle midler og med henblik på belysning af og behandling af seksuologiske problemer i videre forstand. Der henvises i den forbindelse **til**, at svangerskabskommissionen i betænkningen af 1954 foreslog oprettelsen af forskningsklinikker i tilknytning til universiteterne. Klinikker af denne art er beklageligvis endnu ikke etableret her i landet.
- b) Befolkningens interesse for svangerskabsforebyggelse må stimuleres ved *propaganda- og oplysningsvirksomhed*.
- c) Det bør overvejes at gøre vejledning i svangerskabsforebyggelse *vederlagsfri*, ligesom mulighederne for at stille midlerne gratis til rådighed må undersøges. Adgangen til individuel vejledning i antikonception vil herved blive gjort lettere. Der kan dog stadig være behov for, at vejledningen hos de praktiserende læger suppleres af særlige klinikker og konsultationer, hvorved kvinderne sikres valgfrihed.
- Disse og andre spørgsmål i forbindelse med antikonceptions vejledning overvejes som nævnt for tiden i seksualoplysningsudvalget, der således også vil tage stilling **til**, hvorvidt der bør gennemføres ændringer i svangerskabslovens § 10.

Kapitel VIII

Indikationerne for svangerskabsafbrydelse

Således som udvalgets kommissorium er affattet, har man ment at burde tage stilling både til spørgsmålet om en eventuel indskrænkning og til spørgsmålet om en udvidelse af den gældende adgang til svangerskabsafbrydelse. Der er i udvalget enighed om, at de erfaringer, der er indvundet ved administrationen af 1956-loven, ikke giver holdepunkter for at antage, at de nuværende indikationer for svangerskabsafbrydelse bør begrænses, og man har derfor koncentreret drøftelserne om en lempelse af de gældende regler. Udfaldet heraf er blevet, at et flertal af udvalgets medlemmer (alle med undtagelse af Hoffmeyer) går ind for de i dette kapitel anførte betragtninger, medens mindretallet fremsætter de i kapitel XIV indeholdte synspunkter på indikationsspørgsmålet.

Flertallet har ved sin stillingtagen hertil set bort fra sådanne »absolutte« synspunkter, som at fostret har krav på retsbeskyttelse mod ethvert indgreb, eller at enhver kvinde har ret til at råde over sit eget legeme. Dogmatiske opfattelser af denne art er efter flertallets mening ikke egnede som grundlag for udvalgets vurdering af, om og i hvilket omfang svangerskabsafbrydelse skal være lovlig. I stedet har man taget som udgangspunkt, om de gældende regler i praksis har vist sig at være for snævre og i bekræftende fald, om adgangen til abort bør gøres fri, eller om det vil være rigtigst at bevare den nuværende ordning, men således at lovens indikationer udvides.

Det er udvalgets opfattelse, at svangerskabsloven i praksis ikke har givet tilstrækkelige muligheder for at gennemføre svangerskabsafbrydelse i alle tilfælde, hvor det må skønnes rimeligt, og at en ændring derfor er påkrævet.

Et grundsynspunkt, som også den tidligere svangerskabskommission lagde betydelig vægt på, må særligt fremhæves. Svangerskabsafbrydelse er en nødudvej, som man kun bør gribe til, når bedre løsninger af problemerne ikke findes eller er gennemførlige. Det er derfor af største vigtighed, at der fra samfundets side arbejdes på at skabe sådanne forhold, at ønsket om svangerskabsafbrydelse ikke eller kun sjældent opstår. Som nærmere omtalt i kapitel VII bør kendskabet til og anvendelsen af svangerskabsforebyggende midler udbredes, og det offentlige har her store forpligtelser at indfri. Det samme gælder den sociale og familiepolitiske lovgivning, hvor målet må være at skabe forudsætningerne for, at et barn ikke bliver uønsket, alene fordi dets fødsel medfører urimelige belastninger af familiens personlige og sociale forhold.

En række af disse samfundsmæssige problemer kan imidlertid uanset alle offentlige anstrengelser ikke forventes løst foreløbig, hvortil kommer, at samfundet kun i begrænset omfang kan løse de problemer af mere personlig karakter, der ofte er baggrunden for ønsket om afbrydelse af et svangerskab. Selv med den størst tænkelige udbredelse af brugen af antikonceptionelle midler, vil der alligevel i en række tilfælde opstå uønskede graviditeter, dels fordi de fleste af de kendte midler ikke er absolut sikre, dels og navnlig fordi mange mennesker af psykologiske eller andre grunde ikke konsekvent vil kunne anvende antikonception.

A. Fri abort?

Udvalget har først overvejet, om man bør foreslå adgangen til svangerskabsafbrydelse gjort fri i den forstand, at ethvert lægeligt

forsvarligt indgreb er lovligt (forudsat at visse betingelser er opfyldt, særligt at operationen foretages tidligt i svangerskabet, jfr. herom kapitel IX).

1. Fordele

Det har været anført, at man kun derved kan gøre sig håb om at afskaffe de illegale svangerskabsafbrydelser, som bør bekæmpes både på grund af den større risiko for helbreds-mæssige komplikationer og af hensyn til den despekt for retsordenen, som de mange upåtalte lovovertrædelser medfører.

Selv om adgangen til svangerskabsafbrydelse gøres fri, er der dog næppe tvivl om, at der fortsat vil forekomme et vist antal illegale aborter. Efter sagens natur er det vanskeligt fyldestgørende at belyse baggrunden for, at kvinder søger illegal abort, men det er udvalgets opfattelse, at der selv ved fri abort vil være kvinder, der af diskretionshensyn eller af andre grunde ikke ønsker at lade sig indlægge på et hospital. Der kan være tale om at søge undgået, at familie og omgangskreds bliver bekendt med graviditeten, eller at kvinden ønsker sin sædvanlige læge holdt udenfor. Mange andre mere eller mindre rationelle overvejelser kan spille ind. Erfaringerne fra lande med en yderst liberal eller endog helt fri adgang til abort viser da også, at der i et vist omfang foretages svangerskabsafbrydelser uden om systemet.

Til støtte for fri adgang til svangerskabsafbrydelse taler, at det for kvinderne er ydmygende og nedværdigende at måtte søge en belastende situation løst ved illegal abort.

Hvis man indfører fri abort, spares kvinderne endvidere for at skulle gennemgå de undersøgelser af deres personlige og sociale forhold, som er nødvendige under et system, hvor svangerskabsafbrydelse som hovedregel kun må udføres efter særlig tilladelse. Denne undersøgelsesprocedure føles uden tvivl af en del kvinder som en urimelig indtrængen i deres privatliv. Både undersøgelserne og uvisheden indtil samrådets afgørelse er en byrde for dem.

Heroverfor kan anføres, at lovens hensigt netop har været at sikre, at abortsøgende kvinder får kontakt med hjælpeinstitutionen, idet de derved får den oplysning og vejledning om samfundets hjælpeforanstaltninger, som kunne motivere dem til at gennemføre

svangerskabet, eller - hvis svangerskabet afbrydes - kunne støtte dem efter aborten.

Som et væsentligt argument for at afskaffe begrænsningerne i adgangen til svangerskabsafbrydelse vil man også pege på, at en samrådsafgørelse under alle omstændigheder må træffes efter et skøn, der er forbundet med nogen usikkerhed. Afgørelserne kan derfor ikke altid være helt retfærdige og vil endnu oftere af kvinden føles uretfærdige.

Forenklingen medvirker også til en fremskyndelse af indgrebet, hvad der af flere grunde må tillægges betydelig værdi, jfr. nærmere kapitel V og IX.

Fri adgang til svangerskabsafbrydelse vil ligeledes betyde en væsentlig administrativ forenkling for de institutioner, der nu skal konstatere, om betingelserne for legal svangerskabsafbrydelse er til stede. Mødrehjælpsinstitutionerne fritages for et betydeligt arbejde og kan i højere grad koncentrere sig om det egentlige mødrehjælpsarbejde, hvor der er mulighed for at gøre en virkelig indsats under graviditeten, eventuelt i samarbejde med lægen forhindre for tidlig fødsel, samt yde bistand i tiden efter fødslen. Til gengæld må man forvente, at sygehusvæsenet vil blive stærkere belastet.

2. Ulemper

Selv om vægtige grunde således kunne tale for at gøre adgangen til svangerskabsafbrydelse fri, mener udvalgets flertal, at en række modhensyn i hvert fald for tiden gør det betænkeligt at foreslå gennemført en fuldstændig liberalisering på dette område. Nogle af disse hensyn må antages i det væsentlige at være af forbigående art, medens andre vanskeligere lader sig afhjælpe i en overskuelig fremtid.

Som fremhævet i svangerskabskommissionens betænkning af 1954 (side 60 f), hvilket også svarer til mødrehjælpens og lægernes erfaringer, må man ofte stille sig tvivlende overfor, om enhver kvinde, der søger sit svangerskab afbrudt, virkelig helt frit tager stilling til spørgsmålet. Mange kvinder er under et betydeligt pres fra omgivelserne, som hyppigt mere af hensyn til egne interesser end ønsket om at varetage kvindens eller barnets tarv søger at overtale hende til at søge svangerskabet afbrudt, uden at hun selv har noget virkelig ønske derom. Dette pres

har naturligvis større virkning, jo mere afhængig kvinden er af sine omgivelser, og risikoen vil derfor typisk være størst for de ganske unge kvinder, hvor det nok især er forældrenes indflydelse, der vil gøre sig gældende, særlig hvis hun endnu ikke er økonomisk og boligmæssig selvstændig. For de voksne kvinders vedkommende er risikoen vel mindre, men også de kan dog ikke så sjældent føle et betydeligt pres fra ægtemand eller kæreste.

Endvidere har det været anført bl. a. i svangerskabskommissionens betænkning side 60, at nogle kvinder netop i de første måneder af svangerskabet, hvor beslutningen om afbrydelse skal tages, er tilbøjelige til at reagere mere alvorligt på vanskeligheder, som de under andre omstændigheder ville betragte som bagatelagtige eller i hvert fald mindre betydningsfulde.

Som det fremgår af erklæringen fra Dansk psykiatrisk Selskab, bilag 4, må man imidlertid antage, at egentligt sygelige forestninger i graviditetens første tre måneder er sjældne. I visse tilfælde kan en sådan depressiv stemning nok medføre en forvrængning af kvindens holdning til spørgsmålet om graviditetens gennemførlighed og den belastning den måtte udøve på hende, men forvrængningen forekommer næppe i et sådant omfang, at de pågældende kvinder kan betegnes som mindre egnede til at tage et velovervejet standpunkt. Erklæringen fra Dansk psykiatrisk Selskab tager ikke stilling til den usikkerhedstilstand, som svangerskabets konstatering ofte bringer kvinden i. Efter de for udvalget foreliggende oplysninger har praktiserende læger og gynækologer imidlertid erfaring for, at mange kvinder i de første måneder, efter at de er blevet gjort bekendt med en uønsket graviditet, kommer i en sådan grad ud af balance, at det kan påvirke deres stillingtagen til spørgsmålet om afbrydelse af svangerskabet. Også den dårlige fysiske almentilstand, som de fleste kvinder befinder sig i i de første svangerskabsmåneder, vil uden tvivl kunne virke ind på deres ønske om svangerskabsafbrydelse. Nogle kvinder, som alvorligt har overvejet svangerskabsafbrydelse, eventuelt søgt og fået afslag fra et samråd, affinder sig senere med graviditeten og kan på et senere tidspunkt ofte ikke forstå, at de har haft ønske om afbrydelse.

Det må antages, at omhyggelig rådgivning og undersøgelse hos læge og socialrådgiver, inden kvinden skal tage sin endelige beslutning, i væsentlig grad kunne afhjælpe de forannævnte betænkeligheder. Det er imidlertid mødrehjælpens erfaring, at mulighederne herfor i høj grad afhænger af, hvilken indstilling kvinderne møder med. Som tidligere nævnt gjaldt der før den nugældende svangerskabslov den regel, at svangerskabsafbrydelse i henhold til den medicinsk-socialt indikation først måtte foretages, efter at mødrehjælpen havde haft lejlighed til at vejlede den pågældende kvinde bl. a. om den bistand og de hjælpemidler af økonomisk og lægelig art, der stod til rådighed for hende selv eller til hjælp ved forsørgelsen af det ventede barn, såfremt hun gennemførte svangerskabet. Det viste sig, at de kvinder, der forinden henvendelsen i mødrehjælpen af lægerne havde fået at vide, at svangerskabet kunne afbrydes, betragtede denne samtale som en ren formalitet, jfr. side 61 i betænkningen fra 1954.

Det samme må antages at blive tilfældet, hvis fri abort indføres. De fleste kvinder vil møde i mødrehjælpen med en på forhånd fattet beslutning. Mødrehjælpens virksomhed i disse sager vil både af patienten og personalet blive betragtet som formålsløst, idet mødrehjælpen kun har ringe chance for at motivere hende til at efterprøve beslutningen. Endvidere vil dette forhold kunne få uheldig indflydelse på behandlingen af de tilfælde, hvor der senere kunne være behov for en dyberegående rådgivning og støtte.

Udvalgets flertal mener derfor, at en fri adgang til svangerskabsafbrydelse i hvert fald ikke bør kombineres med en obligatorisk forudgående vejledning hos mødrehjælpen, fordi den i langt de fleste tilfælde vil være uden virkning. Valget må således stå mellem fri abort uden tvungen vejledning i mødrehjælpen og bibeholdelse af et system, hvor der som hovedregel kræves tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter forudgående rådgivning.

Som omtalt i kapitel VII må der lægges stor vægt på arbejdet med at udbrede kendskabet til og anvendelsen af antikonceptionelle midler. En betydelig udvikling er for tiden i gang på dette område. Efter flertallets opfattelse vil det være uheldigt netop i en sådan periode at gøre svangerskabsafbry-

delse helt fri. Tilskyndelsen til at anvende antikonception bliver mindre stærk, hvis et eventuelt svangerskab altid kan fås afbrudt. Medens der således kan være en vis fare for, at fri adgang til abort kan modvirke de igangværende bestræbelser for at udbrede anvendelsen af antikonception - særligt hos de unge - er der mindre risiko for, at abort skal afløse antikonception som børnebe-grænsende metode i de familier, hvor antikonception hidtil har været brugt regelmæssigt.

Ved indførelse af fri adgang til svangerskabsafbrydelse vil man utvivlsomt kunne opnå, at en væsentlig del af de aborter, som nu udføres illegalt, bliver udført legalt under betryggende forhold på et hospital. Imidlertid er det et spørgsmål, om ikke stigningen i antallet af de legale aborter vil blive større end faldet i antallet af illegale aborter. En vis stigning i det samlede antal provokerede svangerskabsafbrydelser synes uundgåelig, idet det må forventes, at hovedparten af de kvinder, der nu får afslag på svangerskabsafbrydelse og føder barnet, hvad de fleste af afslagspatienterne gør, vil få foretaget indgrebet.

Til illustration af problemet kan nævnes et par resultater fra en af seksualoplysningsudvalgets undersøgelser, der omfattede godt 800 mødre, som kort forinden havde født et levende barn. Heraf oplyste 41 pct., at deres første graviditet var uønsket, og af de kvinder, ialt 220, som var blevet gravide første gang før det fyldte 20. år, erklærede 73 pct., at graviditeten var uønsket. Det må imidlertid kraftigt betones, at disse tal ikke er noget udtryk for, hvor mange, der har haft ønske om abort, endsige ville have fået abort foretaget, hvis de havde haft mulighed derfor. Det er en almindelig erfaring, at mange oprindeligt uønskede graviditeter hurtigt accepteres både af kvinden selv og hendes familie, således at det ikke er berettiget at tale om, at barnet er uønsket. Hertil kommer, at andre kvinder af religiøse eller etiske grunde ikke kunne tænke sig at få svangerskabet afbrudt, eller at frygt for selve indgrebet og dets eventuelle følger afholder dem fra at søge abort.

Uanset alle usikkerhedsmomenter må det efter flertallets mening påregnes, at gennemførelse af fri adgang til svangerskabsafbrydelse i hvert fald på nuværende tidspunkt

vil medføre en stigning i det samlede antal kunstigt fremkaldte svangerskabsafbrydelser. Situationen i de lande, der har en meget liberal abortlovgivning, påkalder sig i denne forbindelse opmærksomhed. Man har der mange steder aborttal, der nærmer sig eller endog overstiger fødselstallet. På grund af de store kulturelle, sociale og økonomiske forskelle og forskelle i indstillingen til anvendelsen af antikonception kan man dog ikke herfra drage nogen sikker slutning om, hvordan udviklingen i givet fald ville forløbe her i landet.

Hvor stor den forventede stigning i det samlede antal provokerede aborter vil blive, hvis fri abort indføres, mener udvalgsflertallet ikke at have mulighed for at fremsætte et blot nogenlunde rimeligt begrundet skøn over, men hvis der skulle indtræde en væsentlig stigning i aborttallet, vil flertallet se med megen betænkelighed herpå. Foruden rent befolkningspolitiske hensyn, som det ligger uden for udvalgets opgave at tage stilling til, skal man særlig fremhæve de sundhedsmæssige risikomomenter, som abortindgrebene medfører. Som det fremgår af redegørelsen fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, bilag 3, opstår der i direkte tilslutning til indgrebet i et betydeligt antal tilfælde komplikationer, og dette gælder også - omend i mindre grad - selv når operationen foretages tidligt i svangerskabet. De fleste af disse komplikationer er ganske vist lette og kan let behandles, men selve den omstændighed, at der ved ethvert abortindgreb er en risiko også for alvorligere komplikationer, bidrager til at gøre operationen til en belastning både for patienten selv og for den læge, der foretager indgrebet.

Man kan heroverfor indvende, at heller ikke gennemførelse af graviditeten og fødsel af barnet er risikofri. Det fremgår imidlertid af erklæringen fra Dansk gynækologisk Selskab, at dødeligheden ved gennemført svangerskab i perioden 1961-1965 var ca. 0,2 ‰, medens dødeligheden i tilslutning til legal svangerskabsafbrydelse i samme periode udgjorde ca. 0,4 ‰. Hyppigheden af alvorlige komplikationer i tilslutning til legal svangerskabsafbrydelse angives til ca. 5 pct., medens tilsvarende komplikationer i tilslutning til fødsel fandtes i knap 3 pct. af fødslerne i en fem-årig periode på Frederiksberg hospital.

Flertallet mener i øvrigt, at man ikke direkte kan sammenligne risikomomenter ved fødsel og ved abort, når der skal tages stilling til spørgsmålet om fri abort. For det første vil der netop i de tilfælde, hvor man kan forudse en særlig risiko ved gennemførelse af svangerskabet eller fødslen, allerede efter de gældende regler være adgang til legal svangerskabsafbrydelse. Dernæst må der tages hensyn også til de senfølger af fysisk eller psykisk art, som abortoperationen kan medføre. Specielt med hensyn til sterilitet, som kan indtræde både efter fødsel og efter abort, kan der være anledning til at understrege, at dette problem må tillægges en ganske anden betydning ved abort, særlig hos førstegangsgravide, end efter en fødsel, hvor kvinden dog i hvert fald har fået et barn.

Det fremgår af erklæringen fra Dansk psykiatrisk Selskab, bilag 4, at der hos nogle kvinder, der har fået foretaget svangerskabsafbrydelse, kan forekomme angereaktioner og selvbefræjdelser, men at sværere psykiske komplikationer er sjældne. Angereaktionerne forekommer med forskellig hyppighed i forskellige befolkningsgrupper, men det er dog alt i alt psykiaternes indtryk, at den eksisterende indikationspraksis har været en sådan, at afgørelserne i det lange løb - hvad enten de er faldet positivt eller negativt ud - har været mødt med tilfredshed hos de fleste. Det kan dog ikke udelukkes, at store grupper har afholdt sig fra at ansøge, fordi de forventede en negativ afgørelse.

Et hensyn, der også bør tages i betragtning ved overvejelserne om fri adgang til svangerskabsafbrydelse, er indstillingen hos de læger og øvrige hospitalspersonale, der skal udføre eller medvirke ved abortindgrebene. Det er almindeligt anerkendt, at man ikke kan pålægge gynækologer og kirurger nogen pligt til at foretage sådanne operationer, uanset om vægringen er begrundet i lægelige, etiske, religiøse eller andre hensyn. Det må imidlertid være en forudsætning for at indføre fri abort, at en væsentlig del af disse læger er villige til at udføre indgrebene alene på grundlag af kvindens begæring, medmindre der foreligger medicinsk kontraindikation. I modsat fald vil der opstå forskelsbehandling fra sted til sted, og den fri adgang til abort bliver derved illusorisk.

I den forbindelse kan der være anledning

til at omtale resultaterne fra en undersøgelse foretaget af TV-aktualitetsafdelingen i foråret 1967, hvor man stillede et repræsentativt udsnit af danske læger nogle spørgsmål om deres holdning til visse abortproblemer. Af de ialt 700 adspurgte læger svarede 550, hvilket giver en besvarelsesprocent på ca. 80. Heraf svarede 24 pct. ja til spørgsmålet om indførelse af fri ret til svangerskabsafbrydelse, heraf dog nogle først efter en kortere eller længere årrække, medens 76 pct. besvarede spørgsmålet benægtende. Blandt læger, der selv i en periode af mindst 2 år havde medvirket ved svangerskabsafbrydelser, var modstanden mod fri abort noget større end blandt andre læger. Derimod var der blandt lægerne en udbredt stemning for en udvidelse af adgangen til svangerskabsafbrydelse, idet flertallet kunne gå ind for adgang til svangerskabsafbrydelse for kvinder under 18 år, kvinder over 40 år og kvinder med mindst 3 børn, ligesom der var stort flertal (84 pct.) for en udvidelse af den medicinsk-soziale indikation. Et spørgsmål, om den pågældende læge af etiske grunde ville nægte selv at udføre et svangerskabsafbrydende indgreb, blev besvaret bekræftende af 16 pct. og benægtende af 84 pct. I TV-aktualitetsafdelingens kommentarer hertil anføres, at disse tal skal tages med noget forbehold, idet en hel del læger, der normalt ikke ville nægte at udføre et abortindgreb, afgjort ville nægte at udføre indgrebene ved indførelse af en helt fri abortret. Der er i denne henseende ingen væsentlig forskel mellem læger, der selv har udført svangerskabsafbrydelser, og andre læger.

Det må antages, at en væsentlig stigning i antallet af de hospitaliserede aborter vil stille større krav til sygehuskapacitet og sygehuspersonale, og med den mangel, der allerede under de herskende forhold er i disse henseender, kan man befrygte, at der vil opstå vanskeligheder for gennemførelsen af anden nødvendig sygehusbehandling. De forebyggende specialundersøgelser, som netop i disse år foregår hos de praktiserende læger, vil således stille større krav til sygehusvæsenet.

Man kunne tænke sig, at denne ulempe forsøgtes afhjulpet ved oprettelsen af særlige abortklinikker eller særlige afdelinger på sygehuse til udførelse af svangerskabsafbrydelser. Udvalget finder det imidlertid ikke

forsvarligt at stille forslag herom. Det vil efter udvalgets opfattelse ikke være muligt at få ansat eller fastholde et tilstrækkeligt antal kvalificerede gynækologer ved sådanne specialafdelinger eller -klinikker, som på grund af deres ensidighed ikke kan byde de yngre læger uddannelsesmuligheder eller de ældre læger tilfredsstillende arbejdsforhold. En uafbrudt udskiftning af lægerne vil blive følgen. Dernæst må det anføres, at hensynet til de abortsøgende kvinders naturlige krav på diskretion ikke kan tilgodeses på sådanne klinikker eller afdelinger. Både faglige og humane grunde bevirker, at det eneste mulige her i landet må være at blande abortpatienterne med andre patienter.

3. En *samlet afvejning* af de ovenfor nævnte hensyn, der taler for og imod indførelse af fri adgang til svangerskabsafbrydelse fører til, at udvalgets flertal ikke kan anbefale denne løsning, hvad enten den kombineres med en obligatorisk rådgivning i mødrehjælpen eller ikke. Flertallet vil understrege, at en række af de foran anførte faktorer for tiden er inde i en sådan udvikling, at det ikke er muligt at skønne over, om situationen i løbet af en kortere årrække har ændret sig afgørende. Dette gælder således befolkningens anvendelse af antikonception, hvor nye metoder er ved at blive indarbejdet, og hvor andre måske er under udvikling. Det gælder også den teknik, som anvendes ved udførelse af abortindgreb, hvorved dets farlighed måske kan formindskes væsentligt. Det vil også spille en rolle, i hvilket omfang der gennemføres forbedring af den familiepoltiske og sociale lovgivning.

Heller ikke de finske og svenske abortkomiteer er under de nordiske forhandlinger gået ind for fri adgang til svangerskabsafbrydelse.

B. Udvidelse af indikationerne?

Udvalget har dernæst overvejet spørgsmålet om behovet og mulighederne for en udvidelse og lempelse af de gældende abortindikationer.

I de senere års offentlige debat synes interessen at have samlet sig om indikationer, der i videre udstrækning end de gældende tillader at tage hensyn til den gravide kvin-

des personlige og sociale vanskeligheder, til hendes alder og modenhed samt til hendes eventuelle ønsker om afslutning af uddannelse. Endvidere har det været fremført, at der i højere grad burde kunne lægges vægt på, om den pågældende kvinde magter at tage vare på barnet, altså hensynet til barnets egne fremtidsmuligheder.

Som anført i kapitel II er der i den gældende lovgivning i et vist omfang hjemmel til at lægge vægt på sådanne omstændigheder, men det er som alt overvejende hovedregel en forudsætning, at der ud fra en lægelig vurdering foreligger en alvorlig fare for kvindens helbredstilstand. Kan en sådan fare ikke konstateres, er der ikke mulighed for svangerskabsafbrydelse, uanset hvor fortvivlet kvindens personlige eller sociale forhold end måtte være. Et af de hovedsynspunkter, der har ligget bag afvisningen af svangerskabsafbrydelse på en sådan *social indikation*, har været den principielle opfattelse, at det er samfundets pligt at iværksætte sådanne hjælpeforanstaltninger, at intet svangerskab med rimelighed kan ønskes afbrudt af disse grunde, jfr. svangerskabskommissionens betænkning af 1954, side 61. Kommissionen foreslog da også på en række punkter udbygning af det sociale trykkesystem med særlig sigte på en forbedring af svangre kvinders forhold både før og efter fødslen.

I den forløbne tid er der sket visse forbedringer af lovgivningen på dette område, men som det fremgår af redegørelsen i kapitel VI, er der på en lang række punkter endnu ikke opnået tilstrækkelige fremskridt. Mødrehjælpens muligheder for at yde personlig, social og økonomisk støtte er stadig såre begrænsede, og langsigtet hjælp som f. eks. uddannelseshjælp kan kun ydes i særdeles beskedent omfang og kun til enlige mødre. Det problem, som ofte skaber de største vanskeligheder for mødrehjælpens ansøgere, boligspørgsmålet, kan hverken mødrehjælpen eller nogen anden myndighed for tiden løse.

Disse og en række andre sociale problemer er af en sådan karakter, at det vil være urealistisk at regne med deres løsning i de nærmeste år, og udvalgets flertal mener derfor, at det ikke er forsvarligt at afvise en social indikation for svangerskabsafbrydelse ud fra sådanne betragtninger. For den en-

kelte kvinde, der søger sit svangerskab afbrudt, fordi fødslen vil betyde en alvorlig økonomisk eller boligmæssig belastning, er det en ringe trøst, at der måske ad åre vil være hjælp at finde. Hun har behov for at blive hjulpet *nu*, og i mange tilfælde er afbrydelse af svangerskabet den eneste mulighed.

For at illustrere, hvilke problemer der skal tages stilling til, har udvalget gennemgået en række tilfælde, hvor mødrehjælpens samråd efter de gældende indikationsbestemmelser har givet afslag på svangerskabsafbrydelse. I det følgende gengives i korte resumeer enkelte af disse eksempler.

Eksempel 1

23-årig kvinde gift med en ufaglært i stabilt ægteskab, 3 børn i alderen 3, knap 2 og knap 1 år, det ældste født uden for ægteskab. Alle børnene var ønskebørn. Som 18-årig provokeret fødsel i 7. måned på grund af dødt foster. Ingen særlige økonomiske problemer i ægteskabet, men boligforholdene er dårlige. Familien bor i gammeldags 1½ værelses lejlighed med toilet sammen med 6 andre familier. Patienten er bitter og trist, men ikke egentlig medtaget. Afslag.

Eksempel 2

28-årig frasepareret kvinde med 4 børn i alderen 6, 3, 2 og knap 1 år, heraf de 3 ældste fra ægteskabet. Yderligere en dødfødsel og 2 spontane aborter. Ægtemanden var drikfældig og ofte arbejdsløs. Hun har i et år samlevet med en 4 år yngre mand, der forsørger familien. Boligen en meget lille 2 værelses, kakkellovnsfyret lejlighed. Patienten virker energisk og veloplagt, men noget primitiv, præget af hysterisk temperament. Synes ikke hun har noget at byde endnu et barn. Afslag.

Eksempel 3

Gift kvinde, ca. 30 år. I ægteskabet 6 børn, født i årene 1959-1967. 2 par tvillinger, det sidste par ca. 1½ år gamle. Godt stabilt ægteskab. Driver i fællesskab en gård, idet manden har arbejde uden for gården, da de ellers ikke kan få det økonomisk til at løbe rundt. Hun er noget perfektionistisk og har under denne graviditet måttet opgive at deltage i gårdens drift. Hun er nu

trist, forstemt og angst for ikke at kunne klare sin betydelige arbejdsbyrde. Hun kan føle, at kræfterne ikke slår til. Ved de lægelige undersøgelser er der ikke fundet noget abnormt. Afslag.

Eksempel 4

Fodermesterkone med 4 børn i alderen 13, 11, 5½ og 1½ år, deltager i arbejdet i stalden og med malkning. 33 år. Godt ægteskab. Barnet på 5½ år er mongol, som åndssvageforsorgen ikke har kunnet skaffe eksternt plads. Jævnt begavet, har »dårlige nerver«, får librium. Åndssvagheden synes ikke arvelig. Kromosomundersøgt, intet abnormt. Har 4-5 ærtestore lymfomer, har ikke cancer. Stort vægttab i de sidste måneder. Ser træt, noget forslidt ud. Psykiatrisk undersøgelse konstaterer ingen psykisk lidelse. Afslag.

Eksempel 5

15-årig ugift skoleelev, der bor hos forældrene i økonomisk og boligmæssigt velordnede forhold, men forældrenes ægteskab er vaklende. Den 20-årige barnefader bor sammen med patienten, men står for at skulle på et længere udenlandsophold. Han har lovet ægteskab, men patientens familie er imod forbindelsen. Patienten frembyder ingen psykiske symptomer, men er på visse punkter moden, på andre uhyre umoden og barnlig, ganske som andre i samme alder. Afslag.

Det er udvalgsflertallets opfattelse, at der i disse og tilsvarende tilfælde burde være mulighed for at tillade legal svangerskabsafbrydelse, uanset at der ikke kan påvises nogen direkte fare for kvindens helbred.

Udvalget har overvejet, om det er muligt at finde frem til visse faste kriterier, som kan danne grundlag for en afgørelse af indikationsspørgsmålet i en række tilfælde. Man kan således tænke sig at lade kvindens alder eller antallet af børn være tilstrækkelig indikation. Sådanne faste grænser har den fordel, at man kan overlade det til sygehusene at foretage svangerskabsafbrydelse uden forudgående undersøgelse i mødrehjælpen.

1. Kvinder i fremskreden alder

Efter flertallets opfattelse er der ikke afgørende betænkeligheder ved at gøre adgan-

gen til svangerskabsafbrydelse uafhængig af samrådstilladelse for kvinder i slutningen af den fødedygtige alder. Langt de fleste af

disse ansøgere får allerede under den gældende lovgivning bevilget legal svangerskabsafbrydelse, hvilket følgende oversigt viser:

1967/68 (foreløbig opgørelse)		Antal ansøgninger afgjort af samråd eller overlæge	Heraf tilladelser		Afslag abs.
			abs.	pct.	
Under 35 år	København	3.322	2.477	74,6	845
	Provinsen	3.138	1.891	60,3	1.247
	Hele landet	6.460	4.368	67,6	2.092
35 år og derover	København	787	750	95,3	37
	Provinsen	1.141	1.005	88,1	136
	Hele landet	1,928	1.755	91,0	173
38 år og derover	København	483	468	96,9	15
	Provinsen	724	643	88,8	81
	Hele landet	1.207	1.111	92,0	96
40 år og derover	København	299	289	96,7	10
	Provinsen	443	401	90,5	42
	Hele landet	742	690	93,0	52

Det fremgår heraf, at kun 9 pct. af de ansøgere over 35 år, som opretholder deres ansøgning til samrådsafgørelse eller overlægebeslutning foreligger, får afslag på legal abort. For kvinder over 38 år er af slagsprocenten 8, og af kvinder over 40 år får 7 pct. afslag. Antallet af afslag er lidt mindre i København end i provinsens mødrehjælpsinstitutioner. I alt blev der i hele landet givet afslag til 96 ansøgere på 38 år og derover og til 52 ansøgere på 40 år og derover.

Dertil kommer, at antallet af fødsler i disse aldersgrupper er ret beskedent og har været kraftigt faldende i de senere år. For aldersgruppen på 35 år og derover er antallet af levendefødte faldet fra ca. 11.800 i 1950 (svarende til ca. 15 pct. af samtlige levendefødte) til ca. 5.600 i 1967 (svarende til ca. 7 pct.). For kvinder på 38 år og derover er fødselstallet i samme tidsrum faldet fra ca. 5.650 i 1950 til ca. 2.400 i 1967 (henholdsvis 7,1 pct. og 2,9 pct. af samtlige levendefødte). Kvinder på 40 år og derover havde i 1950 2.949 levendefødte mod 1.130 i 1967 (henholdsvis 3,7 pct. og 1,4 pct. af de levendefødte). Nedgangen i fødselstallet har været væsentlig større hos kvinder i disse aldersgrupper end faldet i det samlede fødselstal. Fra 1966 til 1967 er faldet i det samlede antal levendefødte 7,7 pct., men for

kvinder på 35 år og derover er faldet 14,1 pct., for 38 år og derover 14,7 pct. og for 40 år og derover 16,4 pct.

En liberalisering af adgangen til svangerskabsafbrydelse for kvinder i slutningen af den fødedygtige alder kan derfor næppe antages at medføre nogen væsentlig stigning i aborttallet. Samtidig vil man for en del abortsøgende opnå de fordele både for kvinderne og mødrehjælpen, der som beskrevet foran kan opnås ved bortfaldet af særlige undersøgelser af ansøgernes personlige forhold.

Udvalgets flertal lægger i øvrigt vægt på, at de fleste kvinder omkring 40 år og derover har opnået en sådan modenhed, erfaring og selvstændighed, at betænkelighederne ved at lade kvindens eget ønske om svangerskabsafbrydelse være afgørende er mindre end for de yngre ansøgere. Forudgående vejledning og rådgivning i mødrehjælpen er mindre påkrævet, og muligheden for at sætte ind med effektive støtteforanstaltninger er mindre. Der er typisk tale om kvinder, som for længst har fået de børn, som de kan tænke sig, ofte er børnene endda næsten voksne, og det er derfor forståeligt, at de føler det særligt tyngende måske efter mange års pause igen at skulle til at passe et spædbarn. I mange tilfælde vil en fødsel i denne

alder betyde, at kvinden i virkeligheden får et »dobbeltkuld« børn, hvilket understreges af den kendsgerning, at fødslen af det første barn gennemsnitlig sker tidligere nu end før.

Udvalgets flertal stiller under henvisning til foranstående forslag om, at svangerskabsafbrydelse kan foretages uden samrådstilladelse hos kvinder, der er fyldt 38 år inden udløbet af den 12. svangerskabsuge. Man er klar over, at der kan rejses principielle indvendinger mod indførelse af en sådan skarp grænse. Mange kvinder over denne alder er udmærket i stand til at klare en fødsel og pasningen af barnet, medens der på den anden side er mange lidt yngre kvinder, som vil blive langt alvorligere belastet. Det er imidlertid flertallets opfattelse, at de hensyn, der taler for at give kvinder i denne aldersklasse fri adgang til abort, er så tungtvejende, at principielle betænkeligheder ikke bør være til hinder for denne løsning. Ulemperne ved den faste grænse vil i vidt omfang kunne af bødes ved, at der ved anvendelsen af de øvrige indikationer, især den sociale indikation, tages hensyn til fremskreden alder, jfr. nærmere nedenfor.

Forslaget medfører, at de kvinder, der er fyldt 38 år, ikke behøver at søge mødrehjælpen, men af deres læge kan henvises direkte til sygehuset. Har graviditeten overskredet den 12 ugers grænse, som udvalget foreslår indført som almindelig regel for svangerskabsafbrydelse, jfr. kapitel IX, må kvinden dog henvises til mødrehjælpen, således at

samrådet kan tage stilling til, om en af lovens øvrige indikationer kan finde anvendelse.

2. Kvinder, der tidligere har født flere børn

Af oplysningerne i kapitel IV fremgår det, at 34 pct. af de kvinder, der i 1967/68 søgte mødrehjælpen om svangerskabsafbrydelse, har født 3 eller flere gange tidligere. I 1964/65 havde 42 pct. af ansøgerne født 3 eller flere gange. Det synes således at være en faldende tendens i andelen af ansøgere med mange børn. Faldet i de absolutte tal har dog været mere beskedent - fra 3.429 i 1964/65 til 3.125 i 1967/68 - idet der samtidig har været en stigning i det samlede ansøgertal - fra 8.092 i 1964/65 til 9.233 i 1967/68.

Det fremgår endvidere af redegørelsen i kapitel IV, at kvinder med flere børn relativt hyppigere får tilladelse til legal svangerskabsafbrydelse end kvinder uden eller med få børn. Af samtlige afgjorte ansøgninger (samrådsafgørelse eller overlægebeslutning) i 1967/68 blev der givet tilladelse i 73 pct., men andelen steg fra 65 pct. af ansøgere med under 3 fødsler til 86 pct. af ansøgere med 3 fødsler og 92 pct. af kvinder med mere end 3 fødsler. Denne tendens er ens for Københavns mødrehjælp og provinsens institutioner, men det er bemærkelsesværdigt, at Københavns højere tilladelseshyppighed er mest udpræget for kvinder med få tidligere fødsler, jfr. nedenstående oversigt.

Det vil ses, at medens der ikke er større

1967/68 (foreløbig opgørelse)		Antal ansø- ninger afgjort af samråd eller overlæge	Heraf tilladelser		Afslag abs.
			abs.	pct.	
0, 1 eller 2 tidligere fødsler	København	3.032	2,205	72,7	827
	Provinsen	2,446	1.330	54,4	1.116
	Hele landet	5.478	3.535	64,5	1.943
3 tidligere fødsler	København	700	661	94,4	39
	Provinsen	889	709	79,8	180
	Hele landet	1.589	1.370	86,2	219
3 eller flere tidligere fødsler	København	1.077	1.022	94,9	55
	Provinsen	1.833	1.566	85,4	267
	Hele landet	2.910	2.588	88,9	322
4 eller flere tidligere fødsler	København	377	361	95,8	16
	Provinsen	944	857	90,8	87
	Hele landet	1,321	1.218	92,2	103

forskkel mellem København og provinsen i tilladelseshyppighed for kvinder med mindst 4 tidligere fødsler, er forskellen betydeligt større for kvinder med 3 tidligere fødsler og endnu større for ansøgere med færre fødsler. I den københavnske institution er tilladelseshyppigheden omtrent ens for kvinder med 3 og for kvinder med flere børn.

Som man på grundlag af oplysningerne om antallet af børnerige familier i den samlede befolkning kunne vente, er andelen af ansøgere med flere børn større i provinsen end i København. 42 pct. af ansøgerne i provinsen mod 25 pct. i København har tidligere født 3 eller flere gange, og i provinsen havde 21 pct. mod 9 pct. i København født mindst 4 gange tidligere.

En lidt mindre del af ansøgerne med flere børn frafalder deres ansøgning efter henvendelsen til mødrehjælpen, end det er tilfældet for kvinder uden eller med få børn. 10 pct. af ansøgerne med mindre end 3 tidligere fødsler frafalder ønsket om abort eller aborterer spontant inden samrådsafgørelse mod 7 pct. af de kvinder, der tidligere har født mindst 3 gange.

Udvalget har på dette grundlag overvejet, om det er nødvendigt at opretholde kravet om samrådstilladelse for kvinder, der tidligere har født flere børn. Udvalgets flertal er af den opfattelse, at det er forsvarligt og rimeligt at opgive kravet for de ansøgere, der tidligere har født mindst 4 børn. Som nævnt får kun en ganske ringe del af disse kvinder afslag på deres ansøgning - i 1967/68 således ialt kun 103 - og kun 93 frafaldt ansøgningen inden samrådsafgørelsen, heraf nogle på grund af spontan abort. Hvis man fritager disse kvinder for undersøgelserne i mødrehjælpen, vil det betyde en administrativ forenkling, idet en del af mødrehjælpens abortansøgere kan henvises direkte til sygehuset. Det kan endvidere anføres, at en kvinde med flere børn selv under gode sociale kår ofte har en så stor arbejdsbyrde, at det kræver et betydeligt overskud af kræfter og energi at påtage sig omsorgen for endnu et barn. Hvis en kvinde ikke mener at kunne magte endnu et barn, er det rimeligt, at hun får adgang til abort, fordi der er en risiko for, at de andre børn i modsat fald vil komme til at lide derunder. Mulighederne for at afbøde sådanne mere kroniske vanskeligheder vil være meget begrænsede, fordi

der kun kan ydes væsentlig bistand, når det drejer sig om afhjælpning af forbigående vanskeligheder.

Udvalgets flertal er opmærksom på, at der kan være betænkeligheder ved at gå ind for en sådan grænse. Som alle faste grænser vil reglen kunne virke vilkårlig, og i den forbindelse kan man fremhæve, at den arbejdsmæssige byrde ved en børneflok ikke alene er afhængig af dens størrelse men også af andre omstændigheder, særlig aldersforskellen mellem børnene. Blot 2-3 barnefødsler i hurtig rækkefølge kan være en alvorlig belastning for mange kvinder både helbredsmæssigt og arbejdsmæssigt, medens den større børneflok med rimelige aldersforskelle lettere klares.

En samlet vurdering af de anførte fordele og ulemper fører imidlertid flertallet til at anbefale en regel, hvorefter svangerskabsafbrydelse kan udføres uden samrådstilladelse, når kvinden tidligere har født mindst 4 børn. I langt de fleste tilfælde vil det 5. barn medføre en betydelig arbejdsmæssig belastning af kvinden. Selv om dette, som nævnt, også ofte kan være tilfældet ved en mindre børneflok, finder flertallet dog, at en konkret vurdering i så fald er påkrævet, idet belastningen er afhængig af mange andre faktorer, f. eks. kvindens alder, familiens økonomiske og boligmæssige forhold, aldersforskellen mellem børnene o. s. v., jfr. herved nedenfor om en social indikation.

Da et væsentligt led i begrundelsen for bestemmelsen er den forøgede arbejdsbyrde, som yderligere et barn vil medføre for kvinden, foreslås det opstillet som en betingelse, at børnene bor hjemme og er under 18 år. Der henvises i øvrigt til bemærkningerne til lovudkastet.

3. De ganske unge kvinder

Under debatten om abortproblemerne har opmærksomheden i særlig grad været rettet mod ungdommens problemer. Det anføres, at et stigende antal unge bliver gravide på et tidspunkt, hvor de savner tilstrækkelig modenhed og materielle forudsætninger for at kunne tage sig af et barn.

Det er efter udvalgets mening utvivlsomt, at der er tale om et stadigt voksende problem. Af forskellige undersøgelser fremgår

det, at den fysiske modenhed indtræder tidligere end før, og at den seksuelle debut ligeledes er rykket frem i hvert fald for visse grupperes vedkommende. Her skal det blot nævnes, at den af seksualoplysningsudvalget iværksatte undersøgelse blandt kvinder, der lige havde født¹, viser denne tendens ganske tydeligt. Blandt de kvinder, som ved undersøgelsens foretagelse i 1965 var 30-35 år, havde 6,5 pct. haft samleje inden de fyldte 17 år, medens den tilsvarende andel af de 20-25 årige var 22,9 pct. Af de 30-35 årige havde 22,2 pct. debuteret før det fyldte 18. år, men 48,1 pct. af de nu 20-25 årige. Medianalderen² for første samleje var hos de 2 grupper henholdsvis 19 og 18 år. Andre undersøgelser både blandt kvinder og mænd viser en tilsvarende tendens³.

At der findes en vis sammenhæng mellem tidspunktet for den seksuelle aktivitets begyndelse og hyppigheden af svangerskabsafbrydelser fremgår bl. a. af den tidligere omtalte undersøgelse af kvinder indlagt på hospital med abort⁴. Medens der blandt de spontant aborterende kvinder var 15 pct., der havde haft første samleje, inden de fyldte 17 år, og 39 pct. inden 18 års alderen, var de tilsvarende tal for kvinder, der havde aborteret legalt 34 pct. og 53 pct. og for de illegalt aborterende henholdsvis 35 pct. og 58 pct. Der er således en klar tendens **til**, at de kvinder, der får svangerskabsafbrydelse, gennemgående indleder seksuelt forhold tidligere end andre kvinder, men man må ikke deraf uden videre slutte, at aborterne har deres årsag i selve det forhold, at disse kvinder debuterer tidligt. Tværtimod må det ud fra undersøgelsernes øvrige resultater antages, at begge omstændigheder i vid udstrækning betinges af andre forhold: dårlige sociale og økonomiske forhold, uheldige opvækstforhold, dårlige relationer til forældrene o. s. v.

Foruden den fremrykning af den seksuelle debutalder, som har kunnet konstateres, er der et andet forhold, som har betydning, når man skal tage stilling til abortindikationerne særligt for de unge. I vor kulturkreds har det altid været et karakteristisk træk, at det seksuelle samliv meget ofte indledtes før ægteskab¹. Når resultatet blev graviditet, giftede man sig. Den senere udvikling har imidlertid skabt mange vanskeligheder for opretholdelsen af denne tradition. De unges økonomiske uafhængighed indtræder senere på grund af de større krav til uddannelse både af mænd og kvinder. Vanskelighederne ved at få egen bolig er en anden afgørende faktor. Til trods herfor synes traditionen dog i det store og hele stadig at blive fulgt. Antallet af børn født uden for ægteskab i forhold til samtlige fødsler har vel været stigende i den sidste halve snes år, men overstiger dog stadig ikke antallet ved århundredets begyndelse, jfr. nærmere kapitel IV, side 30. Det skal her blot nævnes, at fødsler uden for ægteskab i perioden 1910-20 udgjorde omkring 11-12 pct. af samtlige fødsler. I 1955 var andelen faldet til 6,6 pct., men steg derefter til 9,5 pct. i 1965 og 11 pct. i 1967.

Antallet af førstefødsler inden 9 måneder efter ægteskabets indgåelse har været kraftigt stigende i de sidste 25 år. I 1940 udgjorde disse fødsler 36 pct. af samtlige førstefødsler i ægteskab, men i 1965 var tallet steget til 48 pct. Det vil sige, at i næsten halvdelen af samtlige de ægteskaber, hvori der fødes børn, er bruden gravid ved vielsen. Samtidig har ægteskabsalderen været stadig faldende. Den gennemsnitlige vielsesalder ved første ægteskab for kvinder er faldet fra 24,1 år i 1950 til 22,3 år i 1964. I 1965 var 6 pct. af kvinderne i aldersgruppen 15-19 år gift mod 4 pct. i 1950.

Der er ingen tvivl om, at det under de ændrede samfundsmæssige forhold medfører øgede vanskeligheder for de ganske unge kvinder at skulle klare et barn. I mange tilfælde må moderen helt opgive selv at tage sig af det. Barnet passes af hendes forældre, som det ofte vil ligge til byrde, eller det anbringes på en institution. Mange børn af ganske unge mødre starter med et alvorligt handicap, som kan præge dem hele livet.

¹ Seksualoplysning i folkeskolen, Betænkning nr. 484/1968, side 75 f.

² D. v. s. den alder, hvor 50 % af gruppen har haft første samleje.

³ Se bl. a. Preben Hertoft, Unge mænds seksuelle adfærd, viden og holdning, København 1968, side 136 f. Forfatteren anfører, at der ikke synes at være tale om et »skred« i nedadgående retning med hensyn til alderen for første coitus, kun om en tendens til, at de unge som før i tiden debuterede relativt tidligt, i dag debuterer endnu tidligere.

⁴ Betænkning om seksualundervisning i folkeskolen, side 87 f.

¹ Se bl. a. Preben Hertoft, Unge mænds seksuelle adfærd, viden og holdning, København 1968, side 25-27.

Ikke sjældent opstår der senere alvorlige konfliktsituationer mellem pigen og hendes forældre, hvis hun - eventuelt efter at være blevet gift - ønsker at få sit barn hjem, som bedsteforældrene har taget sig af i flere år og knyttet sig stærkt til. Der kan herved henvises til erklæringen fra Dansk psykiatrisk Selskab, bilag 4.

I 1966/67 fik 31 pct. af de 15-17 årige og 40 pct. af de 18-19 årige ansøgere tilladelse til svangerskabsafbrydelse mod 63 pct. af samtlige ansøgere. Denne forskel i tilladelseshyppigheden mellem de unge og de ældre ansøgere skyldes, at der langt sjældnere hos de unge kan konstateres nogen helbredsmæssig risiko, og at der ikke er mulighed for at tage hensyn til en umodenhed, der er rent aldersbetinget. Indikationen i lovens § 1, stk. 1, nr. 4, kan kun anvendes, når der er tale om særlige defekter og tager efter sin forhistorie ikke sigte på aldersbetinget uegnethed til at tage vare på et barn. Der har dog i de senere år været en mindre forskydning i retning af relativt flere i de unge aldersklasser, jfr. nærmere kapitel IV.

Udvalgets flertal mener, at der er behov for en lempelse af adgangen til svangerskabsafbrydelse for de ganske unge kvinder, men man kan ikke gå ind for, at adgangen gøres helt fri for kvinder under en vis alder.

I hvilket omfang kvindens unge alder og umodenhed bør give grundlag for svangerskabsafbrydelse må afhænge af et skøn, hvori indgår overvejelser af både lægelig og social karakter. Udvalget finder, at de fleste normalt udviklede kvinder i 15-16 års alderen er for umodne til at kunne klare et barn, men der må i høj grad tages individuelle hensyn, hvorfor en fikseret aldersgrænse ikke kan angives og ofte vil virke uretfærdig. Mange kvinder opnår først den fornødne åndelige modenhed betydeligt senere, medens der omvendt også findes ganske unge piger, der er i stand til at påtage sig ansvaret for barnet.

Endvidere er det netop for denne gruppe særlig vigtigt, at der gives dem en så omhyggelig rådgivning som muligt. Mange er yderst rådvilde og søger måske kun svangerskabsafbrydelse efter pres eller overtalelse fra familien eller barnets fader. De er helt uden kendskab til, hvilken hjælp og støtte de har mulighed for at opnå, og mødrehjælpen skulle netop her kunne yde en ganske væ-

sentlig bistand. Mødrehjælpen kan i en del tilfælde bistå de unge ved samtale med forældrene, midlertidige ophold på mødrehjælpen hjem, uddannelseshjælp o. s. v., og udvalget kan kun beklage, at begrænsningen i mødrehjælpen praktiske og økonomiske muligheder ofte forhindrer en virkelig effektiv hjælp.

Ikke sjældent må man dog konstatere, at svangerskabsafbrydelse vil være den bedste løsning, og udvalget foreslår derfor indført en ny bestemmelse, der giver adgang til svangerskabsafbrydelse, når kvinden »*på grund af ung alder eller umodenhed ikke for tiden formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde*«. Mange vanskeligheder vil tårne sig op for den unge kvinde, som skal påtage sig ansvaret for et barn uden at have opnået nogen form for økonomisk selvstændighed, og som navnlig ikke har opnået den voksne kvindes modenhed og ansvarsfølelse. Barnet vil let komme til at lide herunder.

Efter den etiske indikation kan der altid meddeles tilladelse til svangerskabsafbrydelse for piger, der ikke var fyldt 15 år ved besvangrelsen. Flertallet tilsigter med sit forslag at gøre det muligt under visse omstændigheder at tillade abort også efter denne alder, selv om kvinden ikke opfylder nogen af de andre abortindikationer, f. eks. ikke helbredsmæssigt vil blive belastet eller socialt er særlig ringe stillet.

Man foreslår, at det i bestemmelsen udtrykkeligt anføres, at der skal tages hensyn til *hvilken støtte kvinden kan forvente at få fra familie, barnets fader eller fra anden side*. I mange tilfælde vil pigens muligheder for at klare barnet naturligvis afhænge af, om hendes forældre er indstillet på og i stand til at støtte hende, f. eks. økonomisk til fortsættelse af uddannelse, pasning af barnet o. s. v. Ligeledes må det indgå i bedømmelsen, om forholdet til barnets fader er stabilt, om der er muligheder for ægteskab inden for en kortere tid, og i det hele taget om han er indstillet på og evner at støtte moderen både personligt og materielt. Endelig må der lægges vægt på, hvilken hjælp og støtte det offentlige i den konkrete situation har mulighed for at tilbyde. Som det flere gange er fremhævet, er det for bekæmpelsen af aborterne af afgørende betydning, at samfundet kan tilbyde effektive støtteforanstaltninger til vanskeligt stillede familier med

børn, og dette gælder ganske særligt over for de unge enligt stillede mødre. Specielt over for de unge må der peges på mulighederne for at yde såvel generel som individuel bistand til fortsat uddannelse, til fremskaffelse af rimelige boligforhold, vuggestue- og børnehavepladser o. s. v. Enhver forbedring af disse muligheder vil bidrage til at mindske abortbehovet.

4. Social indikation

Foruden de foran begrundede udvidelser af indikationerne for svangerskabsafbrydelse er der efter udvalgsflertallets opfattelse også behov for i videre omfang at kunne tage hensyn til et abortønske, der er begrundet i vanskeligheder for kvinden selv eller hendes familie.

Sådanne vanskeligheder kan nok tages i betragtning allerede under den gældende lov, men kun når kvindens helbred er truet. Det er flertallets opfattelse, at selv om der ikke kan påvises nogen risiko for kvindens helbred, kan der foreligge sådanne omstændigheder, at abort må skønnes at være den mest rimelige løsning, i visse tilfælde endda den eneste løsning. Man henviser herved til de foran anførte eksempler.

Flertallet foreslår derfor, at et svangerskab skal kunne tillades afbrudt, når *gennemførelse af svangerskabet eller omsorgen for barnet må antages at ville medføre en alvorlig belastning af kvinden, som ikke kan afværges på anden måde, således at det af hensyn til kvinden, til opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn må anses for påkrævet, at svangerskabet afbrydes.*

Den alvorlige belastning, som efter dette forslag skal kunne give indikation for svangerskabsafbrydelse, kan vel nærmest karakteriseres som en ydre belastning, som ikke nødvendigvis på ansøgningstidspunktet behøver at give sig udtryk i nogen fare for forringelse af kvindens helbred. En sådan ydre belastning kan imidlertid ofte medføre lige så alvorlige konsekvenser for kvinden og hendes familie, og flertallet ønsker i den forbindelse særligt at fremhæve hensynet til de øvrige børn. Endnu et barn i en familie med dårlige sociale forhold, ægteskabelige problemer, syge børn eller andre personlige vanskeligheder kan blive katastrofal for famili-

ens muligheder for at skabe rimelige forhold for børnene.

Som tidligere nævnt må det ofte anses for rimeligt at tillade svangerskabsafbrydelse, hvis familien i forvejen har flere børn. Selv om kvinden ikke opfylder betingelserne for at få svangerskabet afbrudt uden samrådstilladelse i henhold til den foran foreslåede 4-børns regel, må der dog lægges afgørende vægt på antallet af tidligere fødte børn. Særlig hvis kvinden påny bliver gravid hurtigt efter tidligere fødsler, således at hun endnu ikke helt er kommet til kræfter igen, samtidig med at børnene stadig kræver af hendes omsorg og arbejdsindsats, kan den nye graviditet være overordentlig belastende.

I øvrigt vil muligheden for, at kvinden på forsvarlig måde kan magte opfostringen af barnet, naturligvis afhænge af en række forskellige omstændigheder. Foruden antallet af tidligere fødte børn og disses alder og helbredstilstand må således kvindens personlige forhold tages i betragtning. Hendes almindelige helbredstilstand vil således ofte være af afgørende betydning for hendes muligheder for at klare pasningen af flere børn, og i den forbindelse må også hendes alder spille en rolle.

I hvilken udstrækning barnets fødsel medfører en sådan alvorlig belastning, at svangerskabsafbrydelse bør tillades, afhænger også af de omstændigheder, hvorunder kvinden lever. Af helt afgørende betydning for familiens muligheder for at byde barnet gode opvækstvilkår, er dens boligforhold. Dårlige boligforhold er meget ofte baggrunden for ønsket om svangerskabsafbrydelse, og da samfundet ikke har løst boligproblemet, er der ingen anden udvej end at give tilladelse til svangerskabsafbrydelse for den kvinde, som dog er så ansvarsbevidst, at hun ikke ønsker at føde flere børn under sådanne utilfredsstillende vilkår.

Ved bedømmelsen af, om svangerskabsafbrydelse bør tillades, må der også kunne tages hensyn til familiens almindelige økonomiske og sociale vilkår. En familie, hvis økonomiske forhold f. eks. på grund af arbejdsløshed, sygdom eller særlig store forsørgerbyrder i forvejen er hårdt anspændt, kan blive i den grad belastet af yderligere et barn, at vilkårene for de øvrige børn væsentligt forringes.

Mange forskellige hensyn skal altså ta-

ges i betragtning ved afgørelsen af, om svangerskabet kan tillades afbrudt efter den foreslåede bestemmelse. Man foreslår derfor bestemmelsen udbygget med en udtrykkelig anvisning om, at *der ved afgørelsen skal tages hensyn til kvindens alder, hendes arbejdsbyrde og hendes personlige forhold i øvrigt, samt til familiens boligmæssige, økonomiske og helbredsmæssige forhold*. Hermed er dog ikke tilsigtet nogen udtømmende angivelse af de hensyn, der skal kunne tillægges betydning, men også andre omstændigheder kan spille en rolle. Det afgørende synspunkt er, om fødsel af barnet medfører så store byrder for familien, at svangerskabsafbrydelse må anses for påkrævet.

Udvalgets flertal vil gerne fremhæve, at den foreslåede bestemmelse ikke giver hjemmel til at tillade svangerskabsafbrydelse, uden at der efter en samfundsmæssig betragtning foreligger tungtvejende grunde herfor. Dette har man bl. a. søgt at udtrykke ved at opstille som en betingelse for anvendelse af bestemmelsen, at den alvorlige belastning *ikke kan afværges på anden måde*. Heri ligger bl. a., at den bistand og støtte både af økonomisk og personlig art, som samfundet stiller til rådighed, er af afgørende betydning for, om svangerskabsafbrydelse bør tillades. I en række tilfælde er ønsket om svangerskabsafbrydelse i overvejende grad begrundet i forhold af en sådan art, at samfundet har mulighed for effektivt at sætte ind med hjælpeforanstaltninger. Som det er omtalt i kapitel VI, har man imidlertid kun i beskedent omfang realiseret disse muligheder, men i det omfang det sociale sikkerhedssystem udbygges, indskrænkes bestemmelsens anvendelsesområde naturligvis, og samfundet vil således ved tilrettelæggelsen af sin sociale politik i vid udstrækning kunne øve indflydelse på antallet af svangerskabsafbrydelser, der tillades efter bestemmelsen.

C. Sammenfatning

Udvalgets flertal kan ikke anbefale indførelse af fri adgang til svangerskabsafbrydelse på nuværende tidspunkt. For så vidt angår kvinder over 38 år eller kvinder, der har født 4 børn, som alle bor hjemme og er under 18 år, finder man imidlertid, at en række af de hensyn, der taler imod fri abort, i mindre grad gør sig gældende. Da kvinder i

disse grupper ydermere under den gældende lovgivning får tilladelse til svangerskabsafbrydelse i godt 90 pct. af de tilfælde, hvor de søger herom, mener flertallet, at betænkelighederne ved at gøre indgrebet frit bør vige for de betydelige fordele, ikke mindst af praktisk administrativ art, der vil kunne opnås herved. Lovudkastets § 1, nr. 2-3, er udarbejdet i overensstemmelse hermed.

Der har efter flertallets mening i praksis vist sig at være behov for en udvidelse af indikationerne for svangerskabsafbrydelse, navnlig således at man får hjemmel til i videre omfang end nu at tillade svangerskabsafbrydelse for ganske unge kvinder og til at tillade afbrydelse på social indikation. § 3, nr. 5-6, i lovudkastet tager sigte på disse forhold.

Man kunne rejse det spørgsmål, om de foreslåede udvidelser af indikationsrammerne vil medføre en sådan forøgelse af antallet af svangerskabsafbrydelser, at motiveringen for overhovedet at opretholde nogen begrænsning i adgangen hertil mister sin betydning. Det er flertallets opfattelse, at dette ikke er tilfældet, men at udvidelserne er en tiltrængt ajourføring af den gældende lovgivnings bestemmelser i lyset af de erfaringer, som er indvundet i de godt 10 år, loven har virket.

Særligt med hensyn til den sociale indikation har flertallet nøje overvejet, om lovudkastets kriterier er tilstrækkelige til at sikre en rimelig administration af bestemmelsen, eller om afgrænsningen over for de tilfælde, hvor tilladelse ikke bør gives, kan frygtes at blive så vanskelig, at man af den grund må foretrække at undlade en sådan bestemmelse. Der kan herved henvises til de betænkeligheder, som mindretallet anfører i denne henseende (kap. XIV). Flertallet mener imidlertid, at vanskelighederne ved at administrere bestemmelsen ikke vil blive større end dem, der i dag gør sig gældende for den social-medicinske indikations vedkommende. Der er tale om en glidende overgang mellem de to bestemmelsers rækkevidde, og det forekommer flertallet kunstigt at opretholde et skarpt skel mellem tilfælde, hvor en *truende* psykisk svækkelsestilstand skønnes at foreligge, og i øvrigt ligeartede tilfælde, hvor dette krav ikke skønnes opfyldt. Hertil kommer, at man også på andre lovgivningsområder kender bestemmelser, som giver den administrerende myndighed vide rammer for et

frit skøn. Flertallet henleder herved opmærksomheden på, at man for nylig på et beslægtet område, nemlig for så vidt angår sterilisation, har stået over for samme problem og løst det på en tilsvarende måde. Efter sterilisationslovens § 4, stk. 1, nr. 3, kan en kvinde få tilladelse til sterilisation, ikke blot når hensynet til hendes helbred gør det påkrævet, men også hvis hendes og familiens personlige og sociale forhold er sådan, at hun ikke vil kunne magte at tage sig af flere børn på forsvarlig vis. Selv om de hensyn, der generelt taler imod henholdsvis ste-

rilisation og svangerskabsafbrydelse, er delvis forskellige, således at man ikke kan opstille helt samme kriterier for disse indgreb, gør de hensyn, der ligger til grund for den her nævnte sterilisationsbestemmelse sig også gældende i abortsituationen. Det vil derfor forekomme mindre rimeligt, hvis sådanne hensyn ikke kan anerkendes som grundlag for svangerskabsafbrydelse, fordi de ikke menes at kunne administreres forsvarligt, men derimod nok kan begrunde sterilisation, der har langt alvorligere følger for kvinden.

Kapitel IX

Fristen for foretagelse af svangerskabsafbrydelse

Den gældende svangerskabslovs § 1, stk. 2, bestemmer, at afbrydelse af svangerskab, bortset fra den medicinsk-socialt indikation i § 1, stk. 1, nr. 1, normalt ikke må foretages efter udløbet af den 16. svangerskabsuge. Bestemmelsen er et udtryk for det ønskelige i, at svangerskabsafbrydelse udføres så tidligt som muligt i svangerskabet. Som det fremgår af redegørelsen i kapitel II, foreslog kommissionsbetænkningen af 1954 den tidligere 3 måneders frist forlænget til 20 uger, der dog under folketsbehandlingen ændredes til 16 uger. Man tilsigtede bl. a. hermed at give kvinden rimelig tid til at overveje sin situation, efter at mødrehjælpen havde haft lejlighed til at forsøge at få hende til at se mere positivt på mulighederne for at gennemføre svangerskabet.

Til støtte for at udføre et svangerskabsafbrydende indgreb så tidligt som muligt i svangerskabet taler efter udvalgets opfattelse en række vægtige hensyn.

Fra et biologisk synspunkt er der ikke tvivl om, hvornår livet begynder, nemlig ved befrugtningen, men det er dog givet, at de fleste vil anlægge en helt forskellig vurdering af et nybefrugtet æg og et flere måneder gammelt foster. Denne gradvise ændring i vurderingen af fosteret i dets forskellige udviklingsfaser har også ud fra biologiske og fysiologiske synspunkter en vis berettigelse. Æggets befrugtning er ikke tilstrækkelig til at starte fosterudviklingen. Først når et befrugtet æg har fæstnet sig i livmoderslimhinden, kan udviklingen mod et levedygtigt foster siges at være i gang. Dermed indledes også en række processer, som efterhånden medfører forskellige subjektive og objektive forandringer hos kvinden. Den kvindelige organisme indstilles lidt efter lidt til svanger-

skabet og den forestående fødsel. Samtidigt udvikles ægget fra en encellet organisme til et væsen, der efter 6-7 ugers forløb begynder at antage »menneskelige« former. Omtrunt på samme tidspunkt begynder fosterbevægelserne, der dog først kan erkendes af kvinden selv omkring 18.-20. uge. Fosterets hjerteslag er ligeledes normalt hørbar omkring 20. uge. Fosteret anses i almindelighed for at være levedygtigt fra omkring den 28. svangerskabsuge, men det er dog i adskillige tilfælde lykkedes at holde liv i endnu tidligere fødte børn.

Det har med disse bemærkninger været hensigten at vise, at der ud fra både biologiske og psykologiske synspunkter er en ganske afgørende forskel på svangerskabet i dets tidligste og dets sene stadier. Dette må naturligvis også have indflydelse på indstillingen til afbrydelse af svangerskabet, hvilket i sig selv taler for, at en indiceret svangerskabsafbrydelse bør foretages så tidligt som muligt.

I kapitel V er der givet en kort beskrivelse af de mest anvendte metoder ved afbrydelse af svangerskab. Det fremgår heraf og af erklæringen fra Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik, bilag 3, at de metoder, som kan anvendes ved abort i svangerskabets tidlige stadier, ud fra lægelige synspunkter har store fordele fremfor dem, der må benyttes ved indgreb senere i svangerskabet.

Risikoen for komplikationer i forbindelse med svangerskabsafbrydelse er mindre, jo tidligere i svangerskabet indgrebet udføres. Dette spørgsmål er nærmere belyst i den nævnte erklæring fra Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik. Det fremgår heraf, at hyppigheden af umiddelbare komplikationer

er stigende med svangerskabets alder, og at der navnlig er en betydelig forskel mellem indgreb udført før og efter den 12. uge. Indgreb før udløbet af den 12. uge er kun ledsaget af ca. halvt så mange komplikationer som de sene indgreb, og specielt er alvorligere komplikationer sjældnere. Selskabets redegørelse er hovedsagelig baseret på undersøgelser af danske materialer, herunder særligt analyser af 21.730 anmeldelser til sundhedsstyrelsen 1961-65¹ samt af 634 tilfælde udført på Frederiksberg hospital i samme tidsrum². Det kan hertil føjes, at en af den svenske 1965 Års Abortkomite iværksat stikprøveundersøgelse, der endnu ikke er offentliggjort, af 1.427 legale aborter ved 10 forskellige sygehuse (1964) viser ganske det samme billede. Det bør herved fremhæves, at medens det store flertal af legale svangerskabsafbrydelser her i landet udføres før udløbet af den 12. uge, udførtes kun ca. 10 pct. af indgrebene i den svenske undersøgelse før dette tidspunkt.

Erfaringerne fra de østeuropæiske lande peger i samme retning. Abortindgreb udføres praktisk taget altid før den 12. uge. Komplikationsfrekvensen opgives overalt som meget ringe, betydeligt lavere end undersøgelserne fra de nordiske lande viser. Den større anvendelse af udsugningsmetoden kan her spille en rolle, manglen på internationalt anerkendte definitioner af, hvad der skal forstås ved en komplikation ligeledes, og endelig er det sandsynligt, at en del komplikationer ikke kommer til lægernes kendskab i de lande, hvor abortindgrebene udføres ambulantly eller med en meget kort indlæggelsestid på hospitalet. Disse forhold må tages i betragtning ved en sammenligning af de foreliggende oplysninger om komplikationshyppigheden ved abortindgreb i østlandene med danske forhold.

Hvorvidt risikoen for sene komplikationer i forbindelse med svangerskabsafbrydelse også er større ved de sene indgreb, er det vanskeligere at udtale noget sikkert om. De senfølger, der især kan tænkes at opstå, er sterilitet, mere eller mindre kroniske underlivslidelser samt psykiske eftervirkninger navn-

lig i form af angerreaktioner og selvbefrejdelser. Som det fremgår af erklæringerne fra Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik, bilag 3, og Dansk psykiatrisk Selskab, bilag 4, findes der kun få og spredte undersøgelser, der kan belyse disse problemer, og undersøgelser, der særligt tager sigte på at vurdere betydningen af tidspunktet for indgrebet, eksisterer så vidt vides endnu ikke.

Det er dog nærliggende at antage, at risikoen for senfølger er større ved de sene indgreb. For sterilitet og underlivslidelser kan man pege på, at sandsynligheden for, at sådanne følger skal forekomme, må være størst, hvor der i direkte tilslutning til abortindgrebet er konstateret komplikationer. Psykiske følger i form af selvbefrejdelser o.lign. vil sikkert også hyppigere forekomme ved de sene indgreb, hvor moderens følelse for fosteret utvivlsomt er mere udtalt end i svangerskabets første uger.

Ikke bare den forøgede risiko, men også den større belastning, som de sene indgreb påfører kvinden, gør det ønskeligt, at svangerskabsafbrydelse udføres tidligst muligt. Som det nærmere er beskrevet i kapitel V, er der en væsentlig forskel på karakteren og omfanget af et svangerskabsafbrydende indgreb i svangerskabets første uger og senere. Indgreb før udløbet af den 12. uge kan normalt udføres i en enkelt seance og uden alvorligere gener for patienten, medens senere indgreb ofte er ret smertefulde og har et mere usikkert og længerevarende forløb. Den for patienten sikkert mest skånsomme metode, sugemetoden, som formodentlig vil vinde stigende udbredelse, er kun egnet til svangerskabsafbrydelse op til omkring 12. uge.

For de gynækologer og øvrige hospitalspersonale, der skal udføre eller medvirke ved udførelsen af de svangerskabsafbrydende indgreb, er det ligeledes mere belastende, jo senere i svangerskabet indgrebet udføres. Den mere komplicerede teknik og bevidstheden om den større risiko for komplikationer gør, at mange læger, som i øvrigt ikke principielt er modstandere af at udføre et indiceret abortindgreb, finder de sene indgreb særdeles tyngende.

Som nævnt varer hospitalsopholdet betydeligt længere ved indgreb efter den 12. uge end ved tidligere indgreb. Normalt kan opholdets varighed ved indgreb før den 12. uge

¹ C. E. Olsen, H. Borch Nielsen og E. Østergaard: Ugeskrift for Læger 1967, side 1341-51.

² H. Borch Nielsen, C. E. Olsen og E. Østergaard: Ugeskrift for Læger, 1967, side 1351-56.

begrænses til 3-4 dage, medens senere indgreb i reglen kræver hospitalsophold i 6-10 dage, selv om forløbet er komplikationsfrit. Denne forlængelse af hospitalsopholdet ved de sene indgreb kan i sig selv være en byrde for kvinden både psykisk og ofte tillige økonomisk. Endvidere medfører den for sygehusvæsenet og dermed for samfundet ret betydelige merudgifter, idet hver sygedag koster det offentlige 250-300 kr., og hospitalspladser beslaglægges til gene for anden hospitalsbehandling.

Svangerskabskommissionen nåede på grundlag af en undersøgelse af de dengang foreliggende oplysninger om risikoen i betænkningen af 1954 til det resultat, at man ikke af lægelige grunde burde fastholde en 3 måneders grænse, hvis andre hensyn stærkt talte for at udvide denne frist. Dette standpunkt kan ikke længere opretholdes fuldtud. Tværtimod må man efter det nu tilvejebragte erfaringsgrundlag tage som udgangspunkt, at vægtige hensyn taler for, at svangerskabsafbrydelse bør udføres tidligst muligt i svangerskabet, og at fristen bør sættes ved udløbet af den 12. uge.

Baggrunden for, at svangerskabskommissionen foreslog en udvidelse af fristen, var, at den gældende 3 måneders frist havde vist sig at have uheldige virkninger, idet det ofte voldte vanskelighed at få en sag om svangerskabsafbrydelse omhyggeligt undersøgt så hurtigt, at fristen kunne overholdes. Man henviste endvidere til, at der ved en forlængelse ville blive bedre tid og mulighed for at sætte ind med passende behandling over for de mere eller mindre udprægede svanger-

skabsdysforier (nedtrykt sindstilstand), eventuelt ved indlæggelse på psykiatriske afdelinger eller særlige hjem. Endelig blev der taget hensyn til, at der både i Sverige og Finland gjaldt en længere frist.

Det er udvalgets opfattelse, at der ikke længere er helt så stærke grunde for at bevare den længere frist.

Fra psykiatrisk side synes man at tillægge de nævnte svangerskabsdysforier mindre betydning end tidligere. Dansk psykiatrisk Selskab anfører i sin erklæring, bilag 4, at egentlige endogene forstemninger i graviditetens første 3 måneder sjældent har en sådan styrke, at de vil kunne anvendes som argumentation mod at fastsætte en 12 ugers frist for foretagelse af svangerskabsafbrydelse.

Der har i de senere år været en klar tendens til, at de abortsøgende kvinder henvender sig tidligere i mødrehjælpen end før, jfr. nedenstående oversigt.

Det fremgår heraf, at næsten 70 pct. af ansøgerne i den københavnske institution henvender sig før udløbet af den 10. uge og ca. 85 pct. før den 12. uges udløb mod henholdsvis ca. 60 pct. og ca. 80 pct. i 1958/59. Tilsvarende opgørelser foreligger ikke for alle mødrehjælpsinstitutionernes vedkommende, men det er udvalgets indtryk, at der ikke er større afvigelser i denne henseende. Det er dog muligt, at ansøgere med bopæl i landdistrikterne gennemgående møder en smule senere end ansøgere fra byerne.

Dernæst er det af betydning, at varigheden af sagernes behandling er blevet kortere i de senere år, jfr. omstående oversigt.

Graviditetens alder ved første gynækologiske undersøgelse. Mødrehjælpen i København.

	1958/59		1962/63		1964/65		1966/67	
	abs.	pct.	abs.	pct.	abs.	pct.	abs.	pct.
1-6 uger.....	232	7	261	9	274	8	196	5
over 6-10 -	1.754	52	1.587	53	1.964	56	2.634	63
- 10-12 -	629	19	526	18	585	17	715	17
- 12-14 -	318	10	284	10	339	10	381	9
- 14-16 -	219	7	187	6	332	9	228	6
- 16-18 -	80	2	57	2				
- 18 uger.....	111	3	63	2				
I alt.....	3.343	100	2.965	100	3.494	100	4.154	100
Ikke oplyst.....	29	-	14	-	-	-	-	-

Anm.: 1958/59 vedrører samtlige ansøgere, de øvrige år ansøgere, der fik tilladelse eller afslag.

Medens kun ca. 30 pct. af sagerne i mødrehjælpen i København i 1958/59 var afsluttet inden 14 dage fra ansøgerens første henvendelse til mødrehjælpen, forelå i 1966/67 i ca. 65 pct. af de samrådsbehandlede sager en afgørelse inden 14 dage. I 20 pct. af tilfældene kunne afgørelsen foreligge i løbet af en uge eller mindre. Om årsagerne til denne forkortelse af undersøgelsestiden henvises til kapitel X. Heller ikke på dette punkt foreligger der nyere opgørelser for samtlige øvrige mødrehjælpsinstitutioner, men en undersøgelse foretaget på udvalgets foranledning af ekspeditionstiden ved mødrehjælpsinstitutionen i Ålborg 1965/66 viser, at varigheden af sagsbehandlingen her kun er en ubetydelighed højere end i København. Nogen væsentlig forskel mellem mødrehjælpsinstitutionerne i København og provinsen synes der efter det for udvalget foreliggende ikke at være.

En tredje faktor, der spiller en rolle for, hvornår svangerskabsafbrydelse kan ske, er det tidsrum, der går fra samrådstilladelsen, til indlæggelsen på sygehuset finder sted. Der findes ikke nogen samlet statistisk opgørelse af disse ventetider. En stikprøveundersøgelse foretaget i mødrehjælpen i København af 212 ansøgere fra oktober 1965 viste, at 72 pct. blev indlagt inden 7 dage, og at 8 pct. først blev indlagt mellem 11 og 14 dage efter samrådsbeslutningen. Det bemærkes, at tidspunktet for indlæggelsen afhænger af de enkelte sygehuse, der efter at have fået underretning om samrådets tilladelse indkalder patienten. Da der er et stort pres og venteliste ved en række af landets kirurgiske afdelinger, vil det vanskeligt kunne undgås, at der visse steder opstår nogen ven-

tetid også for abortpatienter, selv om man overalt bestræber sig for at behandle sådanne patienter hurtigst muligt.

Det er ikke muligt på grundlag af det foreliggende statistiske materiale nøjagtigt at opgøre, hvor stor en del af de legale svangerskabsafbrydelser, der sker før udløbet af den 12. svangerskabsuge. De foran nævnte oplysninger om graviditetens alder hos mødrehjælpens ansøgere og om ekspeditionstiden kan ikke give nogen sikker vejledning, bl.a. fordi materialet også medregner ansøgere, der ikke har fået udført svangerskabsafbrydelse. Sygehusenes indberetninger til sundhedsstyrelsen om foretagne legale aborter angiver graviditetens alder i måneder, hvorved der opstår en betydelig usikkerhed.

Udvalgets forslag til ændringer i lovgivningen vil i et vist omfang kunne bidrage til, at fristen lettere kan overholdes. En del kvinder kan således indlægges direkte på hospitalet. Dette gælder ansøgere, der er fyldt 38 år eller har født 4 børn tidligere. Endvidere kan sygehuslægen efter udvalgets forslag i videre omfang selv træffe bestemmelse om svangerskabsafbrydelse efter medicinsk indikation, end den gældende lovgivning giver mulighed for.

En nedsættelse af lovens frist for udførelse af abortindgreb vil formentlig i sig selv kunne bidrage til, at kvinderne i videre udstrækning møder tidligere, hvis de ønsker svangerskabet afbrudt. Når det i befolkningen bliver almindelig kendt, at muligheden for at få svangerskabet afbrudt bliver væsentlig mindre efter den 12. uge, må det antages, at en stor del af de kvinder, der nu kommer efter den 12. uge, vil komme før.

Det må dog påregnes, at der fortsat vil

Sagsbehandlings varighed. Mødrehjælpen i København.

	1958/59	1960/61	1962/63	1964/65	1965/66	1966/67
Procent						
Indtil 1 uge.....	6	40	24	21	21	20
over 1-2 uger.....	25		41	39	45	44
- 2-3 -	29	46	21	24	21	23
- 3-4 -	19		8	10	8	8
- 4 uger.....	21	14	6	6	6	5
I alt, procent.....	100	100	100	100	100	100
I alt, sager.....	3.229	-	2.885	3.415	-	4.103

Anm.: 1958/59 så vidt muligt samtlige sager, de øvrige år samrådsbehandlede sager. Varigheden er regnet fra 1. henvendelse til samrådets afgørelse.

forekomme en del tilfælde, hvor der er behov for at kunne tillade svangerskabsafbrydelse efter den 12. svangerskabsuge. Indikationen kan være så tungtvejende, at de hensyn, der normalt fører til at fastholde 12 ugers fristen, må vige. Dette kan især tænkes, hvor der foreligger alvorlige medicinske grunde for svangerskabsafbrydelse, men også i andre tilfælde bør der være mulighed for at overskride fristen. I hvilke tilfælde fravigelse bør kunne ske, må afhænge af et skøn, hvor der især tages hensyn til indikationens styrke sammenholdt med den forøgede risiko og belastning, som indgrebet må antages at ville medføre for den pågældende kvinde. Det er derfor en selvfølge, at jo større overskridelse af fristen, der i det konkrete tilfælde vil blive tale om, des mere tungtvejende grunde må der kræves, medens der ved mindre overskridelser ikke bør stilles for strenge krav. I et vist omfang bør der tillige tages hensyn til, om overskridelsen må anses for undskyldelig. En sådan overskridelse kan f. eks. skyldes, at nødvendige undersøgelser i mødrehjælpen har været særlig tidkrævende. Men selv hvor overskridelsen skyldes, at ansøgeren først søger mødrehjælpen efter fristens udløb, bør der tages hensyn til baggrunden for den sene henvendelse. Nogle kvinder bliver først meget sent

klar over, at de er gravide, f. eks. svagtbevagede kvinder eller kvinder i nærheden af overgangsårene, som i nogen tid har haft uregelmæssige eller helt udeblevne blødninger. Nogle ganske unge udskyder erfaringsmæssigt henvendelsen til lægen eller mødrehjælpen af frygt for forældrenes reaktion over for en mulig graviditet.

Under henvisning til foranstående foreslår udvalget, at man ændrer den gældende frist fra udløbet af den 16. til udløbet af den 12. svangerskabsuge. Fristen skal dog ikke gælde i tilfælde af medicinsk indikation efter udkastets § 1, nr. 1, og samrådet kan tillade fravigelse af fristen.

Det vil være en væsentlig forudsætning for at opnå den ønskede virkning, at der i forbindelse med ændringen fra samfundets side gøres en indsats for at oplyse befolkningen om betydningen af, at de abortsøgende kvinder kommer så tidligt som muligt i svangerskabet. Da mødrehjælpen og lægerne må have en vis tid til de forberedende undersøgelser, er det ikke tilstrækkeligt, at kvinderne henvender sig umiddelbart før den 12. uges udløb. Endelig må det betones, at det af hensyn til den pågældende kvinde selv altid vil være en fordel at få indgrebet udført tidligst muligt. En abort i 8. uge er et lettere og mere farefrit indgreb end en abort i 12. uge.

Kapitel X

Behandlingen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse

I kapitel II er der redegjort for den gældende ordning med hensyn til behandlingen af ansøgninger om afbrydelse af svangerskab og for spørgsmålet om, hvem der kan træffe bestemmelse om udførelse af indgrebet. Hovedreglen er, at de fornødne lægelige og sociale undersøgelser skal foretages af mødrehjælpen, og at afgørelsen derefter træffes af et samråd normalt bestående af mødrehjælpslederen, en gynækolog og en psykiater. Kun i de relativt fåtallige tilfælde, hvor faren for kvindens liv eller helbred er begrundet i sygdom, der er konstateret på et sygehus, kan overlægen på egen hånd træffe afgørelse om svangerskabsafbrydelse. Omkring 10 pct. af de legale svangerskabsafbrydelser foretages uden samrådsbeslutning, men i en del af disse tilfælde har mødrehjælpen indlagt kvinden på sygehuset til observation. Det er således forholdsvis sjældent, at legal svangerskabsafbrydelse sker, uden at mødrehjælpen har haft forbindelse med kvinden.

På baggrund dels af erfaringerne med administrationen af den gældende lovgivning, dels af udvalgets forslag til ændringer i loven, særligt med hensyn til indikationerne, jfr. kapitel VIII, og til fristen for indgrebet foretaget, jfr. kapitel IX, har udvalget overvejet, om der kan være anledning til at foreslå ændringer i bestemmelserne om behandlingen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse, herunder hvem der skal kunne træffe bestemmelse om indgrebet. Udgangspunktet er, som der nærmere er redegjort for i kapitel VIII, at svangerskabsafbrydelse fortsat som hovedregel kun må foretages efter særlig tilladelse, men at der kan være

grund til i videre omfang end hidtil at gøre undtagelse fra denne regel.

Hovedsynspunktet bag den gældende ordning er, at der til grund for en kvindes ønske om svangerskabsafbrydelse ofte vil ligge vanskeligheder af en sådan art, at man med den fornødne lægelige og sociale sagkundskab og tilstrækkelige økonomiske midler skulle have gode muligheder for at sætte ind med foranstaltninger, der kan afhjælpe eller dog begrænse disse vanskeligheder. Det er derfor mødrehjælpsinstitutionernes opgave ikke alene at konstatere, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse er til stede, men også at sætte ind med rådgivning og økonomisk bistand i alle tilfælde, hvor en sådan hjælp skønnes at være af betydning for kvindens endelige stillingtagen til, om hun ønsker at gennemføre svangerskabet eller opretholde ansøgningen om svangerskabsafbrydelse.

Udvalget lægger meget stor vægt på, at der fra det offentlige side kan tilbydes en sådan bistand, som sammen med bestræbelserne for at udbrede kendskabet til og anvendelsen af antikonception må anses for at være samfundets mest effektive midler til at begrænse antallet af uønskede svangerskaber og dermed tillige de legale og illegale svangerskabsafbrydelser. En nærmere redegørelse for udvalgets synspunkter i disse henseender findes i kapitel VI og VII.

Til trods for de stærkt begrænsede økonomiske og personalemæssige muligheder, som mødrehjælpsinstitutionerne hidtil har måttet arbejde under, finder udvalget, at disse institutioner i de forløbne år har ydet et

særdeles værdifuldt arbejde både med hensyn til den abortforebyggende indsats og ved undersøgelserne af, om ansøgeren opfylder lovens betingelser for at opnå tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Det er udvalgets opfattelse, at mødrehjælpen er væsentlig bedre egnet end nogen anden myndighed til at varetage begge formål, og at man derfor bør bygge på denne også under en ændret svangerskabslovgivning.

Fra forskellig side har der været fremsat kritik af mødrehjælpens arbejde i sager om svangerskabsafbrydelse. Man har navnlig hæftet sig ved de store og indgående undersøgelser af ansøgerens personlige og familiemæssige forhold, som mødrehjælpen normalt må foretage.

Udvalget finder i den anledning grund til at fremhæve, at det er en følge af den gældende lovgivning, at svangerskabsafbrydelse kun kan tillades, når der foreligger fyldestgørende dokumentation for indikation i henhold til loven. En sådan dokumentation vil i de fleste tilfælde kræve grundige undersøgelser, således som det også er foreskrevet i de administrative forskrifter for mødrehjælpsinstitutionernes behandling af disse sager, jfr. herom nærmere kapitel II, side 14. Iøvrigt vil omfanget af de forberedende undersøgelser afhænge af de krav hertil, som stilles af samrådene og svangerskabsnævnet. Mødrehjælpsinstitutionerne er derfor uden væsentlig indflydelse på omfanget af undersøgelserne.

Det er udvalgets opfattelse, at en abortlovgivning, der som hovedregel kræver tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter en konkret vurdering i hvert enkelt tilfælde, normalt må forudsætte en fyldig beskrivelse af den pågældende kvindes helbredsmaessige, personlige og sociale situation. I modsat fald vil resultatet enten blive, at afgørelserne bliver tilfældige og vilkårlige, eller at adgangen til abort i virkeligheden gøres fri.

Også flertallets udkast til ny lovgivning forudsætter, at der i almindelighed må foretages undersøgelser af ansøgerens forhold. Forslaget om udvidelse af adgangen til svangerskabsafbrydelse uden samrådstilladelse vil dog i samme omfang kunne overflødiggøre undersøgelser i mødrehjælpen, jfr. nedenfor. Endvidere vil der efter udvalgets mening være gode muligheder for en begrænsning af mødrehjælpens undersøgelser, så-

fremt de praktiserende læger i videre omfang end nu ved henvisningen til mødrehjælpen giver fyldige redegørelser for kvindens og hendes families forhold, herunder også familiens sociale situation, samt eventuelt giver sin mening om indikationsspørgsmålet til kende.

Disse muligheder for at begrænse omfanget og varigheden af mødrehjælpens forberedende arbejde tillægger udvalget betydelig værdi, især hvis udvalgets forslag om, at svangerskabsafbrydelse i almindelighed bør ske før udløbet af 12. svangerskabsuge, gennemføres. Begrænsning af mødrehjælpens undersøgende arbejde vil også betyde en aflastning, som kan komme de patienter til gode, hvor der i særlig grad er mulighed for at yde en virkelig hjælp.

A. Samrådstilladelse - overlægebeslutning

En begrænsning af undersøgelsesarbejdet og den tid, der må medgå hertil, kan især opnås, hvis det i flere tilfælde end hidtil kan overlades til den opererende læge at træffe beslutning om svangerskabsafbrydelse. Flertallet foreslår, som det nærmere er begrundet i kapitel VIII, at sygehusoverlægen skal kunne foretage indgrebet uden samrådstilladelse i alle tilfælde, hvor der er tale om fare for kvindens liv eller alvorlig fare for forringelse af hendes helbred, samt når kvinden er fyldt 38 år eller tidligere har født 4 børn, der bor hjemme og er under 18 år. I disse tilfælde skønnes der ikke i almindelighed at være noget behov for at lade mødrehjælpen foretage nogen undersøgelse af kvindens forhold.

For så vidt angår den medicinske indikation vil den opererende gynækolog eller kirurg som regel ved sin egen undersøgelse kunne konstatere, om betingelserne er opfyldt. I de tilfælde, hvor andre specialundersøgelser skønnes påkrævede, ses der ikke at være nogen fordel forbundet med altid at lade disse foregå gennem mødrehjælpen, idet gynækologen, eventuelt ved indlæggelse på en af hospitalets andre afdelinger, normalt har tilsvarende muligheder for at fremskaffe de fornødne oplysninger. Hvis overlægen skønner, at speciallægeundersøgelsen lettest kan foretages i mødrehjælpen, vil han eventuelt kunne henvise patienten til undersøgelser der.

Med hensyn til patienter, som er fyldt 38 år eller tidligere har født 4 børn, gælder det, at den opererende læge uden vanskelighed kan konstatere, om betingelserne er opfyldt. At kvinden har født mindst 4 børn, som bor hjemme og er under 18 år, kan f. eks. dokumenteres ved erklæring fra folkeregisteret, men bør i øvrigt fremgå af erklæringen fra den læge, der har henvist hende til hospitalet. Heller ikke de formelle krav til ansøgningen, som opstilles i lovudkastets § 4, vil det i almindelighed volde vanskelighed for hospitalslægen at påse overholdt.

Udvalget går ud fra, at en kvinde, der opfylder betingelserne for svangerskabsafbrydelse uden samrådstilladelse, i almindelighed henvises direkte til sygehuset af sin praktiserende læge. Det er betydningsfuldt, at lægen inden henvisningen har drøftet spørgsmålet igennem med patienten og helst også med hendes ægtefælle, således at hospitalet eventuelt kan undlade at indkalde denne.

Denne adgang for den praktiserende læge til at henvise en abortsøgende kvinde direkte til sygehuset også i tilfælde, hvor abortønsket ikke er begrundet i rent helbredsmaessige forhold, kunne ved en umiddelbar betragtning synes at stride mod bestemmelsen i svangerskabshygienlovens § 3. Efter denne bestemmelse skal lægen *omgående* henvise en kvinde, hvis personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder er årsag til et ønske om svangerskabsafbrydelse, til en mødrehjælpsinstitution. Udvalget mener imidlertid ikke, at det er fornødent at foreslå bestemmelsen ændret i denne anledning. Lægen bør fortsat opfordre patienten til at henvende sig til mødrehjælpen, hvis han skønner, at personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder er årsag til abortønsket, selv om hun opfylder betingelserne for at få svangerskabet afbrudt uden samrådstilladelse. I sin henvisningsskrivelse til sygehuset bør lægen give oplysning om patientens stilling til opfordringen om at søge bistand i mødrehjælpen.

I denne forbindelse må det fremhæves, at også sygehuslægen naturligvis bør opfordre en patient, som han finder har behov for de hjælpeforanstaltninger, som mødrehjælpen har mulighed for at tilbyde, til at søge denne bistand. Er der mulighed for, at mødrehjælpens tilbud kan få indflydelse på kvindens

beslutning, er der særlig anledning til at henvise hende til en sådan institution, før svangerskabsafbrydelsen foretages. I andre tilfælde kan det måske være mere hensigtsmæssigt at opfordre hende til at søge bistand, efter at indgrebet er foretaget.

Selv om det således må forudses, at en del kvinder, der kan få svangerskabet afbrudt uden samrådstilladelse, alligevel henvender sig i mødrehjælpen enten af egen drift eller efter henvisning, vil den foreslåede udvidelse af den opererende læges adgang til på egen hånd at træffe beslutningen dog efter udvalgets mening for et ret betydeligt antal kvinder medføre en væsentlig tidsbesparelse og samtidig en aflastning af mødrehjælpsinstitutionerne. Det fremgår således af mødrehjælps opgørelser for 1967/68, at 15 pct. af alle ansøgerne om svangerskabsafbrydelse havde mindst 4 børn (i København 9 pct. og i provinsen 21 pct.), og at 14 pct. var over 38 år (i København 12 pct. og i provinsen 17 pct.), hvorved det dog må erindres, at disse 2 grupper er delvis sammenfaldende. Endvidere må det bemærkes, at forenklingen kun kommer de kvinder til gode, som søger svangerskabsafbrydelse før udløbet af den 12. svangerskabsuge. Aflastningen i mødrehjælpen vil ikke blot være mærkbar for så vidt angår de kvinder, der slet ikke kommer til mødrehjælpen. Også for de øvrige kvinder i disse grupper vil der være tale om en mærkbar forenkling, idet mødrehjælpen ikke behøver at foranstalte andre undersøgelser end dem, der er nødvendige for at tage stilling til, hvilken bistand man kan tilbyde.

Denne aflastning vil dog modvirkes af den stigning i det rådgivende og undersøgende arbejde, som må påregnes at ske bl.a. som følge af udvalgets forslag til lempelse i indikationerne.

B. Samrådenes sammensætning

Udvalget har overvejet, om det ved en ændret sammensætning af samrådene skulle være muligt at opnå en hurtigere og mere smidig sagsbehandling.

Udvalgets flertal finder, at samrådene fortsat bør rumme repræsentanter for den sociale, den gynækologisk-kirurgiske og den psykiatriske sagkundskab. Den foreslåede udvidelse af adgangen til svangerskabsafbry-

delse i tilfælde, der overvejende er begrundet i personlige, sociale og økonomiske vanskeligheder, kan efter flertallets mening ikke bevirke nogen ændring hverken i samrådenes sammensætning eller af samrådsmedlemmernes antal. Der kan være grund til at fremhæve, at det ved oprettelsen af samrådene i sin tid ikke var tanken, at de enkelte medlemmer kun skulle tage stilling til forhold, der vedrørte deres fagområde, og det har da også i den forløbne tid vist sig, at samrådene afgør sagerne efter en helhedsvurdering af de fremkomne oplysninger. Denne indstilling lægger udvalget vægt på at kunne bevare og om muligt udbygge, idet det i det store og hele gnidningsløse samarbejde mellem mødrehjælpsinstitutioner og sygehuse i høj grad er betinget heraf. Udvalget finder dog, at der i loven bør være mulighed for at lade psykiateren afløse af en anden læge med socialmedicinsk indsigt, hvilket særligt kan få praktisk betydning, hvis socialmedicin anerkendes som et lægevidenskabeligt speciale. Et af udvalgets medlemmer (Hoffmeyer) finder, at samrådenes sammensætning ikke er hensigtsmæssig med henblik på afgørelse af, om svangerskabsafbrydelse bør tillades på social indikation, se mindretalsudtalelsen i kap. XIV.

Man har overvejet, om det vil være praktisk muligt at medinddrage den gynækolog eller kirurg, som til sin tid skal udføre abortindgrebet, på et tidligere tidspunkt i sagsbehandlingen.

Som det fremgår af redegørelsen i kapitel II, er det en undtagelse, at den opererende læge personligt har set patienten, før hun efter samrådstilladelsen møder på hospitalet. Den lægelige undersøgelse i mødrehjælpen foretages normalt af institutionens faste læge. I samrådsafgørelsen deltager som tidligere nævnt gynækologen eller kirurgen, men flertallet af de legale svangerskabsafbrydelser må dog udføres af en kollega, fordi kun et enkelt sygehus i området er repræsenteret i samrådet. Denne ordning lider af visse mangler. Både for kvinden og den pågældende læge ville det være en fordel, hvis det var den samme læge, der foretog den forberedende undersøgelse af patienten, deltog i samrådsbehandlingen og udførte indgrebet. For kvinden ville det bl. a. betyde, at den fornyede gynækologiske og alment kliniske undersøgelse, som hun normalt må gen-

nemgå på sygehuset umiddelbart før operationen, kunne spares eller i alt fald reduceres væsentligt. Endvidere ville hun ikke kunne risikere, at overlægen nægter at udføre indgrebet, således at hun må indlægges på et andet hospital. For lægen vil det bl. a. medføre den fordel, at hans stillingtagen i samrådet kunne bygge på hans egne iagttagelser af kvinden, ligesom han ikke risikerede problemer af kollegial art med den læge, som skal tage stilling til, om han vil udføre indgrebet.

Udvalget mener imidlertid ikke, at en sådan løsning er praktisk gennemførlig. I givet fald måtte gynækologens forberedende undersøgelse foregå på hospitalet. Det er vel muligt, at der i hvert fald ved visse hospitaler kunne oprettes konsultationer, hvor denne lægeundersøgelse kunne foretages, men for patienterne medfører dette den ulempe, at de må henvende sig flere forskellige steder. Ordningen vil i modsætning til den nu hos mødrehjælpen koncentrerede sagsbehandling sikkert i mange tilfælde bevirke en forsinkelse af sagen. Dertil kommer, at der må være betydelige betænkeligheder ved en ordning, som forudsatte, at det betydelige antal læger, der udfører svangerskabsafbrydelse, alle skulle deltage i samrådenes arbejde. Risikoen for uensartede afgørelser ville blive forøget, og rent praktisk ville det formentlig være yderst vanskeligt at få arrangeret samrådsmøder, når det ene medlem måtte udskiftes måske fra sag til sag.

I praksis har de forannævnte mangler ved den gældende ordning heller ikke givet anledning til særlige vanskeligheder. Kun sjældent kommer mødrehjælpen ud for, at en sygehusoverlæge afviser at udføre indgreb, som er blevet tilladt af et samråd. På ganske enkelte sygehuse nægter overlægen principielt at udføre abortindgreb generelt eller for visse grupper af tilfælde, men da mødrehjælpen er bekendt med overlægernes indstilling, kan man normalt undgå at indlægge patienterne på disse sygehuse.

Den hidtidige bestemmelse om, at tilladelse til svangerskabsafbrydelse kun kan gives, hvis der er enighed herom mellem alle samrådets medlemmer, bør efter udvalgets opfattelse opretholdes. Netop denne bestemmelse har haft stor betydning for at sikre, at der normalt ikke opstår vanskeligheder med at få indgrebet udført.

C. Mødrehjælpens forberedende arbejde

I kapitel II er der givet en udførlig redegørelse for, hvorledes mødrehjælpens forberedende arbejde i sager om afbrydelse af svangerskab er tilrettelagt. Det fremgår heraf, at en kvinde, der søger et svangerskab afbrudt, ofte må give møde i institutionen flere gange til samtale med socialrådgiver og psykiater og til gynækologisk og almen-klinisk undersøgelse. I en vis udstrækning har man i mødrehjælpen i København ved omlægninger i arbejdsgangen kunnet begrænse antallet af besøg ved i vidt omfang at lade psykiateren foretage også den sociale undersøgelse eller ved så vidt muligt at lade flere undersøgelser foregå i direkte fortsættelse af hinanden. En sådan omlægning af arbejdsgangen har det ikke været muligt at gennemføre i provinsinstitutionerne, dels fordi en stor del af klienterne henvender sig i de ambulante konsultationer, dels fordi man ikke i provinsen, bortset fra et par enkelte institutioner, har heldags-psykiater knyttet til institutionen.

Udvalget har ikke anset det som sin opgave at foreslå detaljerede retningslinier for behandlingen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse. Udarbejdelsen af sådanne retningslinier bør overlades til de administrative myndigheder i samarbejde med mødrehjælpsinstitutionerne. Visse hovedsynspunkter skal dog fremhæves.

Hensigten med at overlade det forberedende undersøgelsesarbejde i sager om svangerskabsafbrydelse til mødrehjælpsinstitutionerne har været dels at sørge for, at ansøgerne fik tilbudt den støtte og bistand, som samfundet kan stille til deres rådighed, dels at sikre saglig forsvarlig og så vidt muligt ensartet undersøgelse af, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger.

Disse opgaver bør efter udvalgets opfattelse fortsat påhvile mødrehjælpsinstitutionerne. Netop fordi mødrehjælpen i forbindelse med behandlingen af ansøgningen om svangerskabsafbrydelse kan træde til med tilbud om økonomisk bistand eller anden støtte, er der en mulighed for, at tilbuddet opfattes af ansøgeren som et alternativ til afbrydelse af svangerskabet. Dette forudsætter imidlertid ofte ret grundige og omfattende undersøgelser af kvindens personlige og sociale forhold, som kan gå ud over, hvad der direkte er nødvendigt for at tage stilling til

betingelserne for svangerskabsafbrydelse. Som tidligere anført vil effektiviteten af disse bestræbelser dog også være afhængig af de hjælpemuligheder, mødrehjælpen råder over.

Denne interesse i at sikre en grundig og omhyggelig forberedelse af sagerne før forelæggelsen for samrådet kan imidlertid kollidere med interessen i, at behandlingstiden af disse sager bliver så kortvarig som mulig. Ud fra lægelige synspunkter er det ønskeligt, at abortindgreb udføres så tidligt som muligt i svangerskabet. Enhver forsinkelse forøger den belastning og den risiko, som er forbundet med indgrebet. Samtidig er den tid, hvori kvinden må vente på samrådets afgørelse, en alvorlig belastning for hende, ligesom mange kvinder finder det belastende at skulle underkaste sig de undersøgelser af deres personlige og sociale forhold, som mødrehjælpen er forpligtet til at foretage.

En række hensyn taler således for at begrænse de forberedende undersøgelser af de abortsøgende mest muligt både med hensyn til varighed og intensitet. Disse hensyn må afvejes over for interessen i at foretage mere dybtgående undersøgelser. En sådan afvejning ligger bl. a. til grund for udvalgets forslag om, at visse grupper af kvinder kan få svangerskabet afbrudt uden nærmere undersøgelser af deres personlige og sociale forhold, idet sådanne undersøgelser typisk skønnes unødvendige. I andre tilfælde finder udvalget derimod, at undersøgelse gennem mødrehjælpen er påkrævet, men det betyder ikke, at der i alle tilfælde er behov for lige omfattende undersøgelser. Efter udvalgets opfattelse vil det i nogle tilfælde være forsvarligt - således som det også sker i dag - at undlade den psykiatriske undersøgelse og begrænse den sociale undersøgelse i andre tilfælde. Dette er tilfældet, hvis svangerskabsafbrydelse kun skønnes indiceret i en mulighed for arvelig defekt hos barnet eller ved ansøgning om svangerskabsafbrydelse på etisk indikation.

I hvilket omfang der i øvrigt bør foretages nærmere undersøgelser af ansøgernes forhold må afhænge af omstændighederne. I den forbindelse vil udvalget imidlertid gerne fremhæve et særligt forhold, som har en ganske væsentlig indflydelse på mødrehjælpens muligheder for at begrænse undersøgelserne.

Den nugældende svangerskabslov fore-

skriver i § 3, stk. 3, at mødrehjælpsinstitutionen i almindelighed bør indhente oplysninger fra kvindens sædvanlige læge. Bestemmelsen må ses i sammenhæng med svangerskabshygienelovens tidligere omtalte regel i § 3, hvorefter lægen skal henvise en kvinde, der ønsker svangerskabsafbrydelse på grund af personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder, til mødrehjælpen.

Lægerne henviser da også i vidt omfang deres patienter til mødrehjælpen, og 85-90 pct. af mødrehjælpens abortansøgere er henvist af læger. Selv om der landet over er et godt samarbejde mellem lægerne og mødrehjælpen, kan der dog være grund til at understrege, at de praktiserende læger med deres ofte ganske indgående kendskab til ansøgenes forhold i høj grad kan lette mødre-

hjælpens arbejde. Der findes fortsat læger, som udfærdiger en så kortfattet henvisning til mødrehjælpen, at den ikke er mødrehjælpen til megen støtte. Det er vigtigt, at lægen over for mødrehjælpen giver oplysning ikke blot om sygdomme og andre rent medicinske forhold, men at han tillige bestræber sig på at redegøre for kvindens og hendes families forhold i det hele, personlige og ægteskabelige vanskeligheder, familiens sociale og økonomiske forhold o. s. v. Dette synspunkt falder i øvrigt godt i tråd med den større betoning, som man i de senere år har lagt på lægens og herunder også den praktiserende læges indsats i det socialmedicinske arbejde, både på dette og alle andre områder, hvor socialmedicinske synspunkter tillægges betydning.

Kapitel XI

Klageadgang

Som nævnt i kapitel II nærede den tidligere svangerskabskommission betænkelighed ved at foreslå oprettet en egentlig appelinstans, for hvilken samrådenes afgørelser kunne indbringes. Svangerskabsnævnet fik derfor kun tillagt tilsynsførende og rådgivende beføjelser og skulle på dette grundlag virke for en ensartet praksis blandt samrådene.

Det fremgår af det side 52 i betænkningen fra 1954 anførte, at svangerskabskommissionen navnlig lagde vægt på, at man måtte forvente et meget betydeligt antal klagesager, hvilket ville overbelaste appelinstansen, sætte fordelen ved den lokale afgørelse over styr og undergrave samrådenes autoritet. Til disse hensyn, som også udvalget finder væsentlige som argumenter imod en klageadgang, må føjes nogle, der vil blive en følge af udvalgets forslag om at nedsætte den almindelige frist for udførelse af abortindgreb fra 16. svangerskabsuge til 12. uge. En nedsættelse af fristen vil reducere værdien af en klagemulighed betydeligt, fordi klageinstansen kun kan forventes at omgøre en afgørelse, der kommer til behandling på et tidspunkt, hvor fristen er overskredet væsentligt, såfremt man finder afgørelsen åbenbart urigtig. For nogle kvinders vedkommende kan indførelse af en klageadgang samtidig med en forkortelse af fristen for indgrebets udførelse måske ligefrem betyde en forringelse af deres nuværende muligheder for at få foretaget svangerskabsafbrydelse. Der tænkes her på kvinder, som samrådet har bedømt som ambivalente over for spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse og derfor har givet afslag på deres ansøgning. Sådanne

kvinder reagerer undertiden så voldsomt på meddelelsen om afslaget, at der deri findes grundlag for at genoptage sagen. Indfører man en klageadgang, er det sandsynligt, at disse kvinder i vid udstrækning ønsker afslaget prøvet af klageinstansen, og deres reaktion vil da formentlig først fremkomme, hvis også klagen fører til afslag. Muligheden for at genoptage sagen kan da være glippet, hvis fristen i mellemtiden er udløbet, og der ikke skønnes at foreligge tilstrækkelige grunde til desuagtet at give tilladelse.

Man kan også med føje drage i tvivl, om de praktiske resultater af et klageorgans virksomhed vil stå i rimeligt forhold til prisen herfor. Det drejer sig ikke alene om udgifterne til det administrative apparat, der må etableres, og som bliver væsentligt større end svangerskabsnævnets administration, men også om den nødvendige indsats af højt kvalificeret arbejdskraft, som måske med større fordel kunne anvendes til andre formål. Efter almindelig administrativ erfaring er det nærliggende at antage, at klageinstansen - selv bortset fra hensynet til 12 ugers fristen - vil udvise tilbageholdenhed med at ændre den afgørelse, der er truffet i første instans efter et skøn over samtlige omstændigheder i sagen, herunder eventuelt et samrådsmedlems personlige indtryk af kvinden. Det må erindres, at klageinstansens afgørelse - i modsætning til samrådets - altid må blive en papirafgørelse, og at der ikke vil være nogen væsentlig kvalitativ forskel mellem den sagkundskab, der er repræsenteret i henholdsvis klageinstansen og samrådet.

Det kan heller ikke udelukkes, at der kan opstå vanskeligheder med at få hvervene

som lægekyndige medlemmer af samrådene besat, hvis samrådenes afgørelser skal kunne underkendes.

For at søge belyst, i hvilket omfang en klageinstans kan forventes at ville ændre samrådenes afgørelser, har svangerskabsnævnet efter aftale med udvalget foretaget følgende forsøg.

Nævnet anmodede i sommeren 1968 samtlige samråd om at indsende de sager, hvori der i tiden fra den 15. maj til den 15. august 1968 blev meddelt afslag på ansøgning om svangerskabsafbrydelse, til gennemsyn, dog højst 25 sager fra hvert samråd. Man modtog ialt 326 sager, og kun for 5 samråds vedkommende - ud af 21 - fik den nævnte begrænsning i sagsantallet betydning. Nævnets medlemmer har derefter gennemgået sagerne med henblik på en bedømmelse af, om man ville have omgjort afgørelsen, hvis nævnet havde fået forelagt sagen som klagesag. Kun i 2 tilfælde har man fundet tilstrækkeligt grundlag for at kunne tilsidesætte samrådets skøn. I 8 tilfælde, hvor ansøgerne var 15-16 år gamle, nåede nævnet til det resultat, at der måske kunne have været givet tilladelse efter den gældende lov.

Udvalgets medlemmer er alle enige om, at de foran nævnte grunde, der taler imod indførelse af en adgang til at påklage et afslag på en ansøgning om svangerskabsafbrydelse, har en betydelig vægt. Fem medlemmer (Kn. O. Christensen, Juel Henningsen, Hoffmeyer, Saunte og Østergaard) fremhæver endvidere, at man udsætter kvinderne for unodig lidelse ved at anvise dem en klagemulighed, som for de allerflestes vedkommende kun vil medføre skuffede forhåbninger. Det er af væsentlig betydning, at afgørelsen i abortsagerne træffes så hurtigt som muligt, fordi ventetiden inden afgørelsen ofte er den mest belastende for kvinden. Et afslag accepteres ret hurtigt af de fleste kvinder under den gældende ordning, men hvis en klageadgang indføres, må man forvente, at de fleste, der får afslag, ikke affinder sig hermed, før klagemuligheden er udnyttet. Under hensyn hertil finder disse medlemmer, at ulemperne ved en klageadgang er så betydelige, at de overstiger de fordele, som en appelordning måtte frembyde, og de må derfor fraråde en ændring af den bestående administration af loven.

Tre af udvalgets medlemmer (Bayer, Gersing og Ytting) mener, at man ikke bør gennemføre en revision af svangerskabslovgivningen uden at prøve en eller anden form for klageordning nærmere i praksis. Det af svangerskabsnævnet udførte forsøg kan efter deres mening ikke føre til den slutning, at en appelordning vil være uden praktisk værdi. En efterfølgende prøvelse, som den nævnet har måttet foretage, kan ikke uden videre sidestilles med den vurdering, som en klageinstans med reel mulighed for at ændre afgørelsen vil anlægge. Det må erkendes, at der til trods for nævnets tilsynsførende virksomhed stadig er væsentlige forskelle mellem tilladelsesprocenterne ved de enkelte samråd, jfr. kapitel IV, afsnit F, og tabel 13. Disse forskelle kan ikke alene forklares med forskelle i klientlets sammensætning. Visse faktorer synes endda at forstærke indtrykket af forskellig praksis. Således er der i provinsen en større andel af ansøgere med mange børn og i fremrykket alder end i hovedstadsområdet. Til trods for, at tilladelsesprocenten stiger med antallet af tidligere fødte børn og med kvindens alder, er tilladelseshyppigheden for samtlige ansøgere dog væsentlig højere i København end i provinsen som helhed. Der kan næppe gives nogen éntydig forklaring på, hvorfor tilladelsesprocenterne varierer så stærkt, men det er sandsynligt, at det i nogen grad skyldes en for restriktiv anvendelse af lovens indikationsbestemmelser ved visse samråd, og man kan ikke udelukke, at en klageinstans kan have større mulighed for at råde bod herpå, end svangerskabsnævnet har haft. Klageinstansens betydning vil ikke blot vise sig i adgangen til at omgøre samrådenes afgørelser, men også - og måske navnlig - i den effektivisering af tilsynsvirksomheden som bliver en følge af, at klageinstansen løbende får forelagt et større antal sager. Også det forhold, at man i forvaltningslovgivningen kun i meget få tilfælde har afskåret borgerne fra enhver mulighed for rekurs, må tages i betragtning til fordel for en appelordning, hvis en sådan er praktisk mulig. Den manglende klagemulighed bliver særlig iøjnefaldende, når samråds-tilladelsen skal være énstemmig.

Mødrehjælpens repræsentant (Skalts) fremsætter følgende særudtalelse:

Jeg er for så vidt enig i de anførte argumenter for en ankeinstans og mener specielt,

at en sådan ville være en meget betydelig fordel for mødrehjælpsinstitutionerne. Mødrehjælpen og samrådene har fra befolkningen været udsat for megen kritik vedrørende afgørelse om legal svangerskabsafbrydelse - en kritik, der også er gået ud over mødrehjælpens øvrige hjælpearbejde. Man må forudse, at også administrationen af en ny lov vil give anledning til utilfredshed. Indførelse af en klageadgang, således at samrådene ikke er eneafgørende af indikationsspørgsmålet, vil formentlig i hvert tilfælde i et vist omfang lede kritikken uden om mødrehjælpen. Når jeg alligevel ikke kan gå ind for en klageinstans, skyldes det, at jeg finder, at man i dette spørgsmål må lægge helt afgørende vægt på hensynet til kvinderne. Jeg kan her ganske tilslutte mig de af Kn. O. Christensen, Juel Henningsen, Hoffmeyer, Saunte og Østergaard anførte betragtninger.

Hertil kommer yderligere, at det er særdeles tvivlsomt, om samrådet, specielt det gynækologiske/kirurgiske medlem, vil bøje sig for ankeinstansens afgørelse, såfremt den går imod samrådet. I samrådene, hvor kirurgen/gynækologen er medbestemmende, føler han sig forpligtet til at modtage kvinden, hvis overlægen på hjemstedssygehuset nægter at udføre operationen. Det skal imidlertid nævnes, at mødrehjælpen har haft et par sterilisationssager, hvor samrådet afsløj ansøgningen. Afslaget blev omstødt af justitsministeriet efter høring af retslægerådet, men samrådskirurgen nægtede desuagtet at udføre operationen. Når kirurgen end ikke vil bøje sig for en sådan afgørelse, vil jeg anse det for givet, at der vil forekomme tilfælde, hvor afgørelser fra en ankeinstans i abortsager ikke accepteres. Hvis den pågældende overlæge nægter at foretage indgrebet - hvad han jo har ret til - kan det blive meget vanskeligt og tidsrøvende, måske umuligt at finde frem til anden overlæge, der er villig til at foretage indgrebet. Man vil således kunne komme ud for tilfælde, hvor afgørelser, truffet efter lovens bestemmelser, ikke vil kunne realiseres.

Den omstændighed, at en kvinde, selv om ankeinstansen har givet hende tilladelse til svangerskabsafbrydelse, dog ikke kan være sikker på, at indgrebet vil blive foretaget, eller at hun eventuelt skal indlægges på et hospital fjernt fra sit hjemsted, vil være meget uheldig.

For mig at se vil adgang til anke medføre en betydelig belastning for kvinden og ofte uden at føre til det resultat, hun ønsker. Af hensyn til kvinden kan jeg derfor ikke gå ind for ankeadgang.

Udvalgets medlemmer har uanset deres principielle holdning til appelspørgsmålet været enige om, at udvalget tillige burde tage stilling til, hvorledes en klageordning i givet fald bedst kunne indrettes.

Efter sterilisationslovens § 3, stk. 4, kan samrådets afslag på en ansøgning om tilladelse til sterilisation indbringes for justitsministeriet. Da ministeriet ikke har lægelig medhjælp, må det indhente en udtalelse fra retslægerådet, forinden afgørelsen træffes. På grund af abortsagernes stærkt hastende karakter er en tilsvarende løsning på dette område ikke mulig.

Af andre muligheder synes den bedste udvej at være oprettelse af et centralt ankenævn, der i lighed med det bestående svangerskabsnævn er sammensat i alt væsentligt som samrådene. Vanskeligheden ved denne løsning ligger i, at man som foran anført må regne med et så betydeligt antal sager, at nævnet ikke vil kunne overkomme arbejdet, der må forudsættes udført af medlemmerne som bibeskæftigelse. Det ses side 33 i kapitel IV, at i årene 1966/67 og 1967/68 fik henholdsvis 28 pct. og 25 pct. af ansøgerne afslag, hvilket svarer til henholdsvis 2.600 og 2.300. De seneste ansøgertal viser en nedgående tendens, og den liberalisering af indikationsbestemmelserne, som lovudkastet indebærer, vil også medvirke til en formindskelse af antallet af afslag. Til gengæld må det navnlig i den første tid efter lovens ikrafttræden forventes, at den nye lov vil kalde nogle ansøgere frem, som tidligere enten ville have gennemført svangerskabet eller fået foretaget illegal abort. Erfaringerne fra 1956-lovens ikrafttræden peger i den retning.

Så mange sager vil ikke kunne behandles af et nævn, der er bygget op som det nuværende svangerskabsnævn. Men vanskeligheden vil muligt kunne overvindes ved at beskikke et så stort antal medlemmer af nævnet, at det kan arbejde i flere afdelinger. Man kan heroverfor indvende, at derved går den væsentligste fordel ved klageordningen tabt, idet man så alligevel ikke opnår en ens-

artet praksis. Den nødvendige koordinering af afdelingernes arbejde kan imidlertid tænkes sikret af nævnets formand med bistand af sekretariatet, som formentlig bør ledes af en halvtidsansat jurist. Også formandshvervet må forudsættes udført som bibeskæftigelse, og formanden vil derfor ikke kunne deltage i behandlingen af alle sager, men han må holde sig underrettet om de afgørelser, der træffes i afdelingerne, og sørge for det nødvendige samarbejde imellem dem.

Det er påkrævet, at ankenævnet tillige får tillagt de rådgivende og tilsynsførende beføjelser, der nu tilkommer svangerskabsnævnet, herunder adgangen til at pålægge

et samråd at indsende sager til gennemsyn i nævnet. Dette er bl. a. nødvendigt for at sikre, at et samråd ikke udvikler en tilladel sespraksis, der er videregående, end man har tilsigtet med loven, og det er hensigtsmæssigt, at disse beføjelser henlægges til ankenævnet, der således også bliver den centrale overordnede myndighed inden for lovens område.

For det tilfælde, at en klageadgang ønskes gennemført, har man udformet lovudkastets § 2, stk. 3, efter de ovenfor nævnte retningslinier. De nærmere regler om ankenævnets virksomhed vil kunne fastsættes administrativt i medfør af lovudkastets § 13.

Kapitel XII

Straffebestemmelserne

I kapitel VIII har udvalget taget stilling til spørgsmålet om svangerskabslovens indikationsbestemmelser. Udgangspunktet er, at svangerskabsafbrydelse kun bør foretages, når der foreligger særlige grunde herfor, medens kvindens eget ønske i almindelighed ikke bør være tilstrækkelig indikation. Udvalget foreslår forskellige udvidelser i adgangen til svangerskabsafbrydelse, men om noget afgørende brud med principperne i den hidtidige lovgivning er der ikke tale. Svangerskabsafbrydelse må fortsat anses for en uheldig form for fødselsbegrænsning, som man kun bør anvende, når svangerskabet eller fødslen i det konkrete tilfælde medfører farer eller vanskeligheder, der ikke på anden måde kan afværges.

Ved bedømmelsen af, i hvilket omfang overtrædelse af lovens regler bør sanktioneres ved straf, må det efter udvalgets mening være afgørende, om man derved på en hensigtsmæssig måde kan fremme det ønskede formål: at undgå svangerskabsafbrydelse uden for lovens rammer.

Ud fra dette synspunkt finder udvalget, at der fortsat bør foreskrives straf for den, som afbryder en andens svangerskab i strid med lovens bestemmelser.

Derimod kan der med føje rejses tvivl om det hensigtsmæssige i at opretholde et strafansvar for den kvinde, der afbryder sit eget svangerskab eller lader det afbryde af andre.

I betænkningen af 1954 nåede den tidligere svangerskabskommission til det resultat (side 64), at man ikke mene at kunne stille forslag om fuldstændig straffrihed for kvinderne. Man henviste herved til de juridiske betæneligheder, der ville være forbundet

med en ordning, hvorefter man straffede den, som foretog indgrebet, men ikke kvinden selv, uanset hvor stærkt hun havde tilskyndet til indgrebet. Endvidere fremhævedes risikoen for, at mændene ville lægge et endnu stærkere pres på kvinderne for at formå dem til at lade fortage svangerskabsafbrydelse.

Efter udvalgets opfattelse taler en række hensyn med en sådan vægt for at afskaffe straffebestemmelsen for kvinden, at betænelighederne herved må vige. For det første må det antages, at strafferegions præventive funktion er stærkt begrænset. Det kan vel ikke udelukkes, at straf fe truslen nu og da kan afholde en kvinde fra at søge sit svangerskab afbrudt illegalt, men da det må anses for almindeligt kendt, at praktisk taget ingen kvinder straf forfølges, må den generalpræventive virkning af bestemmelsen allerede af denne grund anses for ubetydelig. Snarere end frygten for idømmelse af straf kunne man vel tænke sig, at ubehaget ved at få sagen draget frem med politiafhøring m. v. til følge kunne virke afskrækkende på kvinden, men heller ikke dette kan udvalget tillægge større vægt som argument for at opretholde et strafansvar. Kun en forsvindende del af de illegale aborter kommer overhovedet til politiets kundskab, således at også risikoen for politimæssige undersøgelser er minimal. I øvrigt vil denne risiko fortsat bestå ved indførelse af straffefrihed for kvinden, for så vidt som hun kan risikere at måtte optræde som vidne i en eventuel sag mod abortøren.

Blandt de overvejelser, som en kvinde gør sig med hensyn til, om hun skal søge sit svangerskab afbrudt illegalt, indgår sikkert

kun i undtagelsestilfælde betragtninger over, om hendes handlemåde er strafbar eller kan føre til politimæssig undersøgelse. Frygten for selve indgrebet og for de mulige uønskede følger heraf sammenholdt med det ubehag, som mange kvinder føler ved at skulle opsøge en kvaksalver, spiller efter udvalgets opfattelse en langt større rolle for hende.

Hvis man således antager, at straffetruslen ikke kan bidrage synderligt til at begrænse antallet af ulovlige svangerskabsafbrydelser, har det efter udvalgets mening intet formål at opretholde bestemmelsen. Her-til kommer, at det ofte vil virke stødende at straffe den kvinde, der kort forinden har gennemgået det smertefulde og stærkt belastende indgreb, som en svangerskabsafbrydelse er. Denne betragtning ligger formentlig også til grund for den tiltalepraksis, som gennem en længere årrække har udviklet sig, og som har ført til, at tiltale kun rejses i rene undtagelsestilfælde, hvadenten kvinden selv har udført indgrebet eller har tilskyndet andre til at udføre det. Det er endvidere principielt uheldigt at opretholde straffebestemmelser, som ikke effektivt kan håndhæves, og som i virkeligheden end ikke forsøges håndhævet. Herved kommer strafforfølgning til at virke yderligere uretfærdig og tilfældig over for de få kvinder, som bliver draget til ansvar. Respekten for straffesystemet og for de strafforfølgende myndigheder forringes.

Til støtte for ophævelse af strafansvaret for kvinden har det synspunkt tillige været fremført, at straffetruslen kan føre til en forøget risiko ved illegal svangerskabsafbrydelse, idet kvinder vil være tilbageholdende med at søge læge eller lade sig indlægge på hospital, hvis der i tilslutning til indgrebet indtræder komplikationer. Denne betragtning kan vel ikke ganske afvises, men udvalget føler sig dog overbevist om, at kvinder, der har fået foretaget et illegalt indgreb, kun sjældent afholder sig fra at søge fornøden lægelig bistand af frygt for at blive draget strafferetligt til ansvar. Det er formentlig almindelig bekendt, at læger og andet hospitalspersonale har tavshedspligt, og at man på hospitalet i almindelighed end ikke søger at konstatere, om der er tale om et ulovligt indgreb.

Yderligere har det været anført, at straffe-

truslen mod kvinden er en hindring for bekæmpelsen af de illegale abortører, som kvinderne ikke kan anmelde til politiet uden selv at risikere strafforfølgning. Udvalget nærer imidlertid ikke megen tiltro til, at en ophævelse af kvindens strafansvar får nogen væsentlig effekt i denne henseende, dels fordi risikoen for strafforfølgning allerede nu er rent teoretisk, dels fordi kvinden i mange tilfælde vil finde det forkasteligt at anmelde en person, som har »hjulpet« hende i en vanskelig situation. Det kan tænkes, at afskaffelse af kvindens strafansvar kan medføre en tendens til flere illegale aborter. En person, som tidligere har medvirket til et illegalt indgreb, udsættes ofte for pres fra kvinder, der fra veninder eller arbejdskammerater har hørt om hans virksomhed. Dette pres, måske i form af trussel om anmeldelse, kan abortøren have vanskeligere ved at modstå, når han ikke længere kan henvise til, at strafansvaret rammer dem begge. Udvalget finder imidlertid, at denne betragtning ikke kan tillægges afgørende betydning.

Sammenfattende kan man sige, at det efter udvalgets opfattelse stiller sig særdeles usikkert, hvilken virkning ophævelse af kvindens strafansvar vil få for mulighederne for at drage de illegale abortører til ansvar, men denne problemstilling finder udvalget også kun af begrænset værdi. Afgørende må det være, at straffetruslen må antages at være uden synderlig generalpræventiv eller specialpræventiv virkning, at strafansvaret for kvinden virker urimeligt hårdt, og at bestemmelsen ikke længere anvendes i praksis. Udvalget stiller derfor forslag om, at bestemmelsen om straf for kvinden ophæves, således at hun er straffri, hvadenten hun selv foretager et svangerskabsafbrydende indgreb eller lader svangerskabet afbryde af andre.

Samtidig foreslår udvalget de i svangerskabsloven af 1956 § 6, stk. 2, og § 7 anførte straffebestemmelser ophævet.

Bestemmelsen i § 6, stk. 2, foreskriver under visse betingelser straf for den, der har besvangret en kvinde uden for ægteskab og undladt at yde hende støtte og bistand, således at undladelsen har været af væsentlig betydning for hendes beslutning om at afbryde svangerskabet illegalt. Begrundelsen for denne bestemmelse, der stammer fra 1937-loven, var, at når man straffer kvinden for svangerskabsafbrydelse, bør den mand, der

har haft afgørende betydning for hendes beslutning, ikke kunne gå fri. På denne baggrund forekommer det naturligt at ophæve bestemmelsen, når strafansvaret for kvinden afskaffes. Hertil kommer, at der aldrig har været rejst tiltale efter bestemmelsen.

Heller ikke bestemmelsen i § 7 har givet anledning til tiltalerejsning siden 1956. Bestemmelsen foreskriver straf for den, der ved ulovlig tvang eller ved trusler om økonomiske tab eller om forringelse af stilling i personlig, familie- eller samfundsmæssig henseende eller ved løfte om belønning formår en kvinde til at lade sit svangerskab afbryde legalt eller illegalt. Bestemmelsen er efter udvalgets mening for vidtgående. Udvalget kan tiltræde, at det må søges undgået, at en kvinde alene søger et svangerskab afbrudt, fordi hun presses dertil af sine omgivelser, men bestemmelsen i § 7 synes ikke egnet til at bidrage i væsentlig grad hertil. Betydelig mere relevant er i den forbindelse en omhyggelig vejledning og rådgivning f. eks. i mødrehjælpen. De groveste tilfælde af pres vil fortsat kunne straffes efter straffelovens regler om ulovlig tvang.

Bestemmelsen i lovens § 4 om tavshedspligt for de sygehuslæger, som udfører abortindgreb, og personalet ved disse sygehuse, foreslås ophævet som overflødig. Straffelovens § 263, stk. 2, indeholder en tilsvarende bestemmelse, som formentlig kan finde anvendelse i alle de tilfælde, der omfattes af svangerskabslovens § 4.

Udvalget forslår ligeledes bestemmelsen i den gældende lovs § 5 udeladt i en ny lovgivning. Efter denne bestemmelse straffes den, som til brug ved afgørelsen af, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger, bevidner noget, hvorom han intet kendskab har, eller forsætligt afgiver urigtige oplysninger.

Efter straffelovens §§ 161-163 straffes den, der over for en offentlig myndighed afgiver falsk erklæring på tro og love eller lignende højtidelig måde, hvor sådan form er påbudt, eller afgiver urigtig erklæring om forhold, angående hvilke han er pligtig til at afgive forklaring, eller som i øvrigt til brug i retsforhold, der vedkommer det offentlige, afgiver urigtig skriftlig erklæring eller skriftligt bevidner noget, hvorom han intet kundskab har. I forhold til disse bestemmelser betyder svangerskabslovens § 5 en udvidelse

af strafansvaret, for så vidt som det ikke er nogen betingelse, at de urigtige oplysninger er afgivet skriftligt. Udvalget finder imidlertid ikke, at der er tilstrækkelig begrundelse for denne skærpelse af strafansvaret, der også rammer den pågældende kvinde selv, navnlig under hensyn til, at man foreslår strafansvaret for kvinden for illegal svangerskabsafbrydelse ophævet.

Efter aftale med justitsministeriet har udvalget indhentet en udtalelse fra straffelovrådet over et udkast til straffebestemmelser i overensstemmelse med foranstående. I skrivelse af 3. januar 1969 har straffelovrådet udtalt, at man fuldt ud kan tiltræde udvalgets hovedsynspunkter. Med hensyn til straffebestemmelsernes udformning har rådet stillet visse ændringsforslag, som udvalget i alt væsentligt har fulgt.

Straffelovrådet har henledt opmærksomheden på, at der, når kvindens eget forhold gøres straffrit, opstår en række tvivlsspørgsmål med hensyn til, hvilke former for medvirken til svangerskabsafbrydelse, der kan straffes. Rådet har herom udtalt:

»Af den almindelige medvirkensregel i straffelovens § 23 vil følge, at den, der yder egentlig bistand til lægens eller kvaksalverens virksomhed, vil falde ind under udkastets straffebestemmelser. Dette vil gælde f. eks. klinikhjælp og personer, der optræder som akkvisitører.

Herudover må det imidlertid antages, at man efter de almindelige regler under strafansvaret vil kunne inddrage visse personer, der optræder som mellemmand i sager, som de har personlig tilknytning til, når deres virksomhed har været af særlig intens karakter i forhold til selve gerningsmanden. Der tænkes f. eks. på tilfælde, hvor den, der har besvangret kvinden, selv retter henvendelse til kvaksalveren og får en aftale istand, betaler udgifterne og i øvrigt træffer alle praktiske arrangementer for at få kvinden til at benytte sig af aftalen. Det er klart, at denne situation kan forekomme i forskellige varianter. Virksomheden, den pågældende udfolder, kan være mindre intensiv, end den her beskrevet, eller den kan f. eks. udfoldes af kvindens forældre. Hvornår virksomheden bliver så klart knyttet alene til kvindens forhold, at man ikke efter almindelige regler vil kunne straffe for medvirken til det ulovlige indgreb, kan ikke udtrykkes generelt.

Efter straffelovrådets opfattelse bør denne uklarhed undgås, og man finder det rimeligt at begrænse ansvaret til den ovenfor omtalte persongruppe, der yder egentlig bistand til den ulovlige virksomhed.«

Lovudkastets § 8, stk. 4, tager sigte på det af straffelovrådet anførte og er affattet som foreslået af rådet.

Straffelovrådet har endvidere fremhævet, at der også med hensyn til selve gerningsmandens virksomhed opstår afgrænsningsvanskeligheder. Medens indgreb, som kvinden selv foretager i overværelse af og under instruktion fra lægen eller kvaksalveren, vil falde ind under straffebestemmelserne, kan det ikke antages, at blot salg af genstande, der kan anvendes til kvindens egen svangerskabsafbrydelse, vil kunne straffes uden udtrykkelig hjemmel hertil. Dette gælder formentlig, selv om der ved salget medfølger instruktion i anvendelsen.

En sådan retstilstand vil efter straffelovrådets opfattelse være klart uforenelig med det hovedsynspunkt, der i øvrigt er lagt til grund ved lovudkastets udformning, nemlig at svangerskabsafbrydelse fortsat må anses for en uheldig form for fødselsbegrænsning.

Straffeloven indeholder følgende bestemmelse i § 243.

»Med bøde eller hæfte indtil 3 måneder eller under skærpende omstændigheder med fængsel i samme tid straffes den, som indfører, tilvirker eller stiller til salg, samlet eller delt, genstande, der fremtræder som bestemt til seksuel hygiejne, men hvis væsentligste

formål må antages at være afbrydelse af svangerskab. Uden for foranstående bestemmelse falder lægers og hospitalers forsyning med instrumenter og lignende i kurativt øjemed.«

Bestemmelsen omfatter kun genstande, der fremtræder som bestemt til andet end svangerskabsafbrydelse.

Det har hidtil været uden praktisk betydning, at man efter bestemmelsen ikke vil kunne ramme genstande, der åbent fremtræder som bestemt til svangerskabsafbrydelse, idet sådanne forhold vil kunne straffes efter den gældende svangerskabslovs § 6, stk. 4, jfr. straffelovens § 23.

På denne baggrund har straffelovrådet udarbejdet en selvstændig bestemmelse om straf for salg af genstande eller stoffer, der må antages at være bestemt til svangerskabsafbrydelse. Den af rådet foreslåede bestemmelse er optaget i lovudkastet som § 9, og der henvises til bemærkningerne side 119 med hensyn til den nærmere beskrivelse af bestemmelsen.

Gennemføres en bestemmelse som den foreslåede, mener straffelovrådet, at straffelovens § 243 samtidig vil kunne ophæves. Man er opmærksom på, at straffelovsbestemmelsen indeholder en selvstændig kriminalisering af indførsel og tilvirkning af de omhandlede genstande, men finder det ikke betænkeligt at indskrænke kriminaliseringen af forberedelseshandlinger til sådanne, der vil kunne rammes efter de almindelige regler om forsøg i straffelovens § 21.

Kapitel XIII

Udkast til lov om svangerskabsafbrydelse m. v.

Svangerskabsafbrydelse uden tilladelse

§ 1. Et svangerskab må afbrydes uden særlig tilladelse:

1) Når afbrydelsen er nødvendig for at afværge fare for kvindens liv eller for en alvorlig forringelse af hendes fysiske eller psykiske helbred, og denne fare er begrundet i forhold af udelukkende eller ganske overvejende lægelig karakter.

2) Når kvinden er fyldt 38 år inden udløbet af 12. svangerskabsuge.

3) Når kvinden har født mindst 4 børn, som bor hjemme og er under 18 år.

Svangerskabsafbrydelse efter tilladelse

§ 2. Et svangerskab må endvidere afbrydes, hvis der er givet tilladelse dertil.

Stk. 2. Tilladelsen gives af samråd, hvoraf der oprettes et eller flere ved hver mødrehjælpsinstitution. Hvert samråd består af institutionens leder eller en medarbejder med tilsvarende uddannelse samt to læger. Den ene læge skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi og så vidt muligt ansat ved et stedligt sygehus, medens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

Stk. 3. Samrådets afslag på en ansøgning om svangerskabsafbrydelse kan indbringes for et ankenævn, der tillige fører tilsyn med samrådenes virksomhed. Ankenævnet består af en formand og et af justitsministeren fastsat antal andre medlemmer. Formanden skal have juridisk embedseksamen og kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde. I behandlingen af hver sag deltager 3 medlemmer, herunder formanden eller et medlem,

der opfylder betingelserne for at kunne beskikkes som formand for nævnet. De to andre medlemmer skal være læger, der opfylder betingelserne i stk. 2 for at være medlemmer af et samråd.

Stk. 4. Samrådenes og ankenævnets medlemmer samt de nødvendige stedfortrædere for samrådsmedlemmerne beskikkes af justitsministeren for indtil 4 år ad gangen.

Stk. 5. Tilladelsen kan kun gives, når der er enighed herom i samrådet eller ankenævnet.

§ 3. Tilladelsen kan gives:

1) Når svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet medfører fare for en forringelse af kvindens helbred. Ved afgørelsen tages hensyn ikke alene til fysisk eller psykisk sygdom, men også til tilstedeværende eller truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande. Der skal endvidere tages hensyn til de forhold, hvorunder kvinden lever.

2) Når svangerskabet skyldes et forhold som anført i straffelovens § 210 eller en krænkelse af kvindens kønsfrihed som anført i straffelovens §§ 216-224.

3) Når der er fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller på grund af beskædigeelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig fysisk eller psykisk lidelse.

4) Når kvinden på grund af fysisk eller psykisk lidelse eller svag begavelse ikke formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde.

5) Når kvinden på grund af ung alder eller umodenhed ikke for tiden formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde.

Ved afgørelsen tages hensyn til, hvilken støtte hun kan forvente at få fra familie, barnets fader eller anden side.

6) Når svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet må antages at ville medføre en alvorlig belastning af kvinden, som ikke kan afværges på anden måde, således at det af hensyn til kvinden, til opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn må anses for påkrævet, at svangerskabet afbrydes. Ved afgørelsen tages hensyn til kvindens alder, hendes arbejdsbyrde og hendes personlige forhold i øvrigt, samt til familiens boligmæssige, økonomiske og helbreds-mæssige forhold.

Fælles bestemmelser

§ 4. Svangerskabsafbrydelse efter § 1, nr. 2 og 3, må kun foretages, og tilladelse efter §§ 2-3 må kun gives, når følgende betingelser er opfyldt:

1) Kvinden skal have bopæl her i landet.

2) Anmodning om svangerskabsafbrydelse skal fremsættes af kvinden selv. Er hun på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan anmodningen fremsættes af en dertil beskikket værge.

3) Er kvinden under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, skal ansøgningen tiltrædes af forældremyndighedens indehaver, henholdsvis værgen, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod.

4) Er kvinden gift og samlever med sin ægtefælle, skal dennes udtalelse indhentes, medmindre særlige omstændigheder taler derimod.

5) Ansøgeren og den, der i henhold til nr. 3 skal tiltræde ansøgningen, skal være vejledet af en læge om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med foretagelsen.

§ 5. Bortset fra svangerskabsafbrydelse efter § 1, nr. 1, må afbrydelse ikke finde sted, hvis 12. svangerskabsuge efter et lægeligt skøn er overskredet, medmindre samrådet eller ankenævnet har meddelt særlig tilladelse hertil.

§ 6. Afbrydelse af svangerskab må kun foretages af en læge på et statsligt eller kom-

munalt sygehus eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

Stk. 2. Nægter overlægen på det sygehus eller den sygehusafdeling, hvorunder kvinden hører, at foretage indgrebet, skal han henvise hende til mødrehjælpen, der kan lade hende indlægges på et andet sygehus.

§ 7. Udgifterne i anledning af svangerskabsafbrydelse afholdes af pågældende selv. Hvis hun ikke har midler hertil, afholdes udgifterne af statskassen. Har hun ophold på en særforsorgsinstitution, jfr. forsorgslovens § 70, betales udgifterne af vedkommende institution.

Stk. 2. I det i § 6, stk. 2, omhandlede tilfælde afholdes den del af udgifterne, som ville være forbundet med indlæggelse og foretagelse af indgrebet på sygehuset på kvindens hjemsted, i overensstemmelse med stk. 1. Indenrigsministeren kan fastsætte bestemmelser om, at de med kvindens sygehusophold i øvrigt forbundne udgifter for det sygehus, hvor indgrebet foretages, helt eller delvis skal refunderes af sygehuset på kvindens hjemsted.

Stk. 3. Vedkommende mødrehjælpsinstitution kan, såfremt særlige hensyn til kvinden taler derfor, godkende, at indgrebet foretages på et sygehus uden for kvindens hjemsted. I så fald afholdes de derved forårsagede udgifter i overensstemmelse med stk. 1.

Straffebestemmelser

§ 8. En læge, der afbryder en andens svangerskab i strid med § 1, § 2, stk. 1, eller § 5, straffes, medmindre højere straf er forskyldt efter borgerlig straffelov, med hæfte eller fængsel indtil 2 år, under formildende omstændigheder med bøde.

Stk. 2. Den, som afbryder et svangerskab uden at iagttage bestemmelserne i § 4 eller § 6, stk. 1, straffes med bøde.

Stk. 3. Den, som uden at være læge afbryder en andens svangerskab, straffes med fængsel indtil 4 år, medmindre højere straf er forskyldt efter borgerlig straffelov.

Stk. 4. Bestemmelserne i stk. 1 og 3 finder tilsvarende anvendelse på den, der bistår ved den pågældendes virksomhed.

§ 9. Den, som til andre end sygehuse sælger genstande eller stoffer, der må antages at være bestemt til afbrydelse af svangerskab eller i øvrigt mod vederlag stiller sådanne genstande til rådighed, straffes med bøde, hæfte eller under særligt skærpende omstændigheder med fængsel indtil 4 år.

§ 10. Overtrædelser, der begås af uagtsomhed, straffes ikke efter denne lov.

Forskellige bestemmelser

§ 11. Der kan af staten ydes kommuner eller private foreninger eller organisationer, som påtager sig organiseringen og driften af et oplysningsarbejde over for befolkningen om seksualhygiejne, refusion af indtil halvdelen af udgifterne herved.

Stk. 2. Tilskuddet til private foreninger eller organisationer kan, såfremt oplysningsarbejdet har særlig tilknytning til bestemte kommuner, betinges af, at disse deltager i udgifterne med indtil halvdelen af det beløb, der ydes af staten.

§ 12. Genstande, eller stoffer, der er tjenlige til at forebygge svangerskab, må kun forhandles, såfremt de er godkendt af justitsministeren efter forhandling med sundhedsstyrelsen. Justitsministeren kan om fornødent efter forhandling med handelsministeriet fastsætte priserne, som skal være tydeligt angivne på emballagen, og kan fastsætte de til gennemførelsen af en effektiv begræns-

ning af og kontrol med priserne fornødne bestemmelser om vilkårene for adgangen til at omsætte de nævnte genstande eller stoffer. De omhandlede genstande og stoffer må kun forhandles fra apoteker eller fra udsalgssteder, der er godkendt af embedslægen efter forhandling med politiet.

Stk. 2. Erhvervsmæssig undersøgelse af urinprøver med henblik på påvisning af svangerskab må kun foretages af læger og apotekere samt af personer, som af sundhedsstyrelsen autoriseres hertil.

Stk. 3. Overtrædelse af de i denne paragraf fastsatte bestemmelser straffes med bøde.

§ 13. Justitsministeren kan fastsætte regler om behandlingen af anmodninger om svangerskabsafbrydelse samt om ankenævnets virksomhed.

Ikrafttrædelse m. v.

§ 14. Loven træder i kraft den

Stk. 2. Samtidig ophæves lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v. samt § 6 A i lov om mødrehjælpsinstitutioner, jfr. lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956.

§ 15. Loven gælder ikke for Færøerne og **Grønland**, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovudkastets enkelte bestemmelser

Til § 1

Bestemmelsen angiver de tilfælde, hvor svangerskabsafbrydelse lovligt kan foretages, selv om der ikke er givet tilladelse hertil af et samråd eller af det i § 2, stk. 3, omhandlede ankenævn. Opregningen er udtømmende, og i andre tilfælde må svangerskabsafbrydelse derfor kun foretages efter tilladelse i henhold til §§ 2-3.

De regler, der i øvrigt gælder for foretagelse af svangerskabsafbrydelse, jfr. udkastets §§ 4-7, finder også anvendelse i de tilfælde, hvor afbrydelsen sker med hjemmel i denne bestemmelse.

Det er sygehusets (sygehusafdelingens) overlæge, der afgør, om betingelserne for at afbryde svangerskabet er til stede. Er han i tvivl herom, bør han henvise kvinden til at henvende sig til mødrehjælpen for at søge om tilladelse til afbrydelsen. Selv om betingelserne utvivlsomt er opfyldt, er overlægen altid berettiget til at nægte at udføre indgrebet, jfr. § 6, stk. 2.

Det første skøn over, om svangerskabsafbrydelse kan ske efter denne bestemmelse, eller om det er nødvendigt at søge samrådstilladelse, forudsættes i almindelighed udført af kvindens sædvanlige læge. Lægen bør på den ene side tilstræbe, at alle abortsøgende kvinder, som efter hans skøn opfylder de nævnte betingelser, indlægges direkte på sygehuset, men på den anden side bør han ved udøvelsen af dette skøn nøje overveje risikoen for, at kvinden afvises af sygehuset, fordi man der ikke finder indikation for svangerskabsafbrydelse uden samrådstilladelse. Undertiden kan det derfor være hensigtsmæssigt, at lægen drøfter spørgsmålet med sygehuslægen, før han afgør, om det vil være rigtigst at indlægge kvinden direkte eller henvise hende til mødrehjælpen. I tvivlstilfælde bør henvisning til mødrehjælpen i reglen ske.

Henvider kvinden sig til mødrehjælpen

uden henvisning fra en læge, bør man også dér så tidligt som muligt tage stilling til, om hun umiddelbart bør indlægges på sygehuset med henblik på at søge afbrydelsen gennemført uden særlig tilladelse, eller om sagen efter sædvanlig forberedelse skal afgøres af samrådet.

Svangerskabsafbrydelse efter nr. 2 og 3 må ikke ske efter udløbet af 12. svangerskabsuge, medmindre der er givet særlig tilladelse hertil, jfr. § 5.

Om forholdet mellem disse bestemmelser og reglerne i svangerskabshygiejneloven henvises til bemærkningerne side 95.

Til nr. 1

Bestemmelsen omhandler de tilfælde, hvor lægelige hensyn i sig selv er tilstrækkelige til at begrunde svangerskabsafbrydelse. Den svarer til reglen i den gældende lovs § 3, stk. 2, hvorefter sygehusets overlæge kan træffe bestemmelse om svangerskabsafbrydelse, såfremt den alvorlige fare for kvindens liv eller helbred, som efter lovens § 1, stk. 1, nr. 1, giver grundlag for afbrydelsen, er begrundet i sygdom, og dette er konstateret på sygehuset. Betingelserne for, at overlægen på egen hånd kan træffe afgørelse, er dog i det foreliggende udkast ændret noget.

Det er fundet tilstrækkeligt, at afbrydelsen skønnes nødvendig for at afværge fare for kvindens liv, idet kravet om, at faren skal være »alvorlig«, er opgivet. Selv om risikoen for, at svangerskabet eller fødslen kan medføre kvindens død, kun er ringe, bør hun ikke tvinges til at gennemføre svangerskabet, hvis den sædvanlige risiko ved svangerskab og fødsel er forøget i ikke uvæsentlig grad. I forhold til gældende praksis er der efter udvalgets mening mere tale om en formel end om en reel ændring.

Udvalget finder det også mindre træffende, når den gældende lov kræver, at der skal foreligge alvorlig fare for kvindens hel-

bred. Det afgørende må være, om *helbredsforringelsen* vil blive alvorlig, men det betyder ikke, at der aldrig skal lægges vægt på risikoens størrelse. Medens der ved meget alvorlige lidelser ikke bør kræves nogen særlig høj grad af risiko, kan der i andre tilfælde være anledning til at tage hensyn til, om sandsynligheden for helbredsforringelsen er særlig stor.

Det udtales udtrykkeligt, at bestemmelsen omfatter forringelse af både fysisk og psykisk helbred. Medens den gældende bestemmelse stiller krav om, at faren er begrundet i sygdom, og at dette er konstateret på sygehus, er det efter udkastet kun en betingelse, at faren er begrundet i ganske overvejende lægelige forhold. Det er ikke nødvendigt, at den opererende læge selv har konstateret farens tilstedeværelse, men han kan lægge en erklæring fra en anden læge, f. eks. en speciallæge i psykiatri til grund. Det vil ofte være naturligt, at en ønsket erklæring fra en speciallæge efter undersøgelse af kvinden afgives af en læge knyttet til sygehuset, men der er intet til hinder for, at erklæringen kan afgives af en læge, der ikke er ansat ved sygehuset, og forud for indlæggelsen på dette.

Til nr. 2

Bestemmelsen, der er ny, giver adgang til svangerskabsafbrydelse for kvinder, der er fyldt 38 år, eller som passerer denne aldersgrænse inden udløbet af 12. svangerskabsuge. Om den nærmere begrundelse for dette forslag henvises til bemærkningerne side 80 f, og om fristens beregning henvises til bemærkningerne ad § 5.

Der er intet i vejen for, at en kvinde, som på et tidligt stadium af svangerskabet henvender sig om svangerskabsafbrydelse kan få foretaget indgrebet, selv om hun endnu ikke er fyldt 38 år, hvis hun dog fylder 38 inden det tidspunkt, da 12 ugers fristen ville være udløbet.

Sygehusets overlæge er berettiget til at lade foretage afbrydelse af svangerskabet blot på grundlag af dokumentation for kvindens fødselsdato sammenholdt med en undersøgelse af graviditetens alder.

Til nr. 3

Om baggrunden for flertallets forslag til denne bestemmelse, der er ny, henvises til bemærkningerne side 81 f.

Svangerskabsafbrydelse kan kun foretages med hjemmel i bestemmelsen, såfremt kvinden godtgør over for overlægen, at hun har født mindst 4 børn, at alle 4 børn er under 18 år, og at de bor hos hende. Beviset for opfyldelsen af de to første betingelser vil i reglen lettest kunne føres ved forevisning af børnenes dåbsattester, og for bopælsbetingelsens vedkommende ved tilvejebringelse af folkeregisterattest. Andre former for dokumentation kan også komme på tale, men det understreges, at der ikke må være tvivl om, hvorvidt kvinden opfylder betingelserne. Er der det, må hun henvises til at søge tilladelse til svangerskabsafbrydelse gennem mødrehjælpen, medmindre der er grundlag for at afbryde svangerskabet efter bestemmelsen i nr. 1 eller nr. 2.

Det samme er tilfældet, hvis kvinden kun delvis opfylder de nævnte betingelser. Har hun således kun født to børn, kan hun ikke få svangerskabet afbrudt efter denne bestemmelse, selv om hun yderligere må tage sig af to eller flere børn, f. eks. mandens børn fra et tidligere ægteskab, og afbrydelsen skønnes påkrævet på grund af hendes store arbejdsbyrde. Tilsvarende gælder, hvis hun kun har tre børn under 18 år, men et eller flere hjemmeboende over denne alder, eller hvis et af børnene fornylig er flyttet hjemmefra, således at hun nu kun har tre hjemme.

Til § 2

Bestemmelsen angår tilladelse til svangerskabsafbrydelse, og dens hovedindhold er en beskrivelse af de organer, der giver sådanne tilladelser.

De gældende bestemmelser herom blev ved samrådenes oprettelse i 1956 indsat som § 6 A i mødrehjælpsloven, men både af systematiske og andre grunde finder man det mest hensigtsmæssigt, at reglerne anbringes i den samme lov, som angiver betingelserne for svangerskabsafbrydelse. Det bliver her ved kraftigere fremhævet, at samrådene er selvstændige organer, som af praktiske grunde etableres i tilslutning til mødrehjælpsinstitutionerne, men i øvrigt er helt uafhængige af disse.

Samrådenes eneste opgave har hidtil været at tage stilling til ansøgninger om svangerskabsafbrydelse, men siden den 1. april 1968 skal de tillige træffe afgørelse i sager om sterilisation, jfr. § 3 i lov nr. 234 af

3. juni 1967 om sterilisation og kastration. Begge disse sagsområder henhører under justitsministeriet, medens mødrehjælpsinstitutionernes almindelige virksomhed henhører under socialministeriet. Dette forhold taler også for en overflytning af samrådene til justitsministeriets forretningsområde.

Til stk. 1

Bestemmelsen fastsætter, at svangerskabsafbrydelse udover de i § 1 nævnte tilfælde kun må foretages efter tilladelse.

Til stk. 2

Bestemmelsen svarer til det væsentlige til mødrehjælpslovens § 6 A, stk. 1, 1. pkt. Foruden redaktionelle ændringer foreslås den hidtidige mulighed for om fornødent at udpege lægekyndige medlemmer, der ikke opfylder de i loven angivne uddannelseskra- v, ophævet som overflødig. Det hidtidige krav om, at speciallægen i gynækologi eller kirurgi om muligt skal være en stedlig overlæge foreslås endvidere lempet således, at det pågældende medlem så vidt muligt skal være ansat ved et stedligt sygehus. Herved opnås praktisk taget samme sikkerhed for, at sygehuset vil udføre indgrebet, som hvis overlægen er medlem af samrådet. Endelig foreslås det, at en læge med særlig socialmedicinsk indsigt skal kunne beskikkes i stedet for en speciallæge i psykiatri.

Til stk. 3

Bestemmelsen, der er ny for så vidt angår hjemmelen til at påklage samrådets afslag til et ankenævn, træder i stedet for mødrehjælpslovens § 6 A, stk. 3. Med hensyn til begrundelsen for bestemmelsen henvises til kapitel XI. Som det der er anført, fraråder et flertal af udvalgets medlemmer, at man ændrer den bestående administration af loven. Bestemmelser er derfor kun medtaget som et subsidiært forslag.

Klageretten tilkommer ansøgeren, d. v. s. kvinden - uanset hendes eventuelle umyndighed - eller i det i § 4, nr. 2, 2. pkt., nævnte tilfælde den beskikkede værge. Et tidligere meddelt samtykke til en anmodning om svangerskabsafbrydelse skal ikke fornys i tilfælde af klage, jfr. § 4, nr. 3. Det samme gælder udtalelsen fra ansøgerens ægtefælle, jfr. § 4, nr. 4. Der gælder ingen klagefrist,

men det følger af § 5, at klagen bør indgives snarest muligt efter meddelelsen om afslaget. Udvalget anbefaler, at man opretholder den gældende praksis, hvorefter afslaget meddeles ansøgeren mundtligt. Ansøgeren har dog krav på efter begæring at få en skriftlig bekræftelse af afgørelsen. Der bør samtidig gives hende vejledning om klageadgangen, og klagen bør kunne iværksættes ved, at ansøgeren mundtligt meddeler mødrehjælpen, at hun ønsker afgørelsen prøvet af ankenævnet.

Antallet af nævnets medlemmer må fastsættes efter behov. Ved lovens ikrafttræden bør der efter udvalgets skøn beskikkes mindst 5 medlemmer foruden formanden, således at nævnet kan virke i to afdelinger. Det er ønskeligt, at der tilvejebringes en ordning, hvorefter medlemmerne på skift gør tjeneste i begge afdelinger.

Til stk. 4

Bestemmelsen svarer til reglen i mødrehjælpslovens § 6 A, stk. 1, 2. pkt., og stk. 3, sidste pkt., idet dog kompetencen til at beskikke medlemmer af samrådene og ankenævnet samt suppleanter for samrådsmedlemmerne henlægges til justitsministeren, jfr. ovenfor.

Til stk. 5

Bestemmelsen svarer til den gældende bestemmelse i mødrehjælpslovens § 6 A, stk. 2, 2. pkt., og til sterilisationslovens § 3, stk. 3.

Også i ankenævnet bør der kræves enighed mellem de 3 medlemmer, der deltager i behandlingen af en sag, for at tillade svangerskabsafbrydelse.

Til § 3

Bestemmelsen, der træder i stedet for den gældende svangerskabslovs § 1, stk. 1, angiver udtømmende de tilfælde, hvor der kan gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Sammen med § 1 afgrænser den området for legal svangerskabsafbrydelse.

I overensstemmelse med hidtidig praksis er der intet til hinder for at kombinere indikationsbestemmelserne. Der kan derfor gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse, selv om betingelserne ikke fuldt ud er opfyldt efter nogen enkelt af bestemmelserne i nr. 1-6, når der er væsentlig støtte for en til-

ladelse i mindst to af bestemmelserne, og en samlet vurdering af forholdene tilsiger, at svangerskabsafbrydelse foretages. Det er ikke fundet nødvendigt at optage en udtrykkelig bestemmelse herom i loven. Der kan herved henvises til, at dette spørgsmål er løst på tilsvarende måde i sterilisationslovgivningen, jfr. bemærkningerne til § 4 i forslag til lov om sterilisation og kastration (Folketingstidende 1966-67, Tillæg A, spalte 650).

Udvalgsflertallets generelle betragtninger vedrørende indikationerne for svangerskabsafbrydelse er fremsat i kapitel VIII, side 73-87.

Til nr. 1

Bestemmelsen indeholder den medicinske sociale indikation og svarer med enkelte ændringer til § 1, stk. 1, nr. 1, i den gældende svangerskabslov. Den supplerer den rent medicinske indikation i udkastet § 1, nr. 1, og tager navnlig sigte på tilfælde, hvor en bedømmelse af faren for kvindens helbred forudsætter en nærmere undersøgelse af hendes personlige og sociale forhold.

Bestemmelsen omtaler ikke udtrykkeligt tilfælde, hvor en gennemførelse af svangerskabet medfører fare for kvindens liv. Der vil i sådanne tilfælde være indikation for svangerskabsafbrydelse uden tilladelse i udkastets § 1, nr. 1, og der er naturligvis intet i vejen for, at samrådet, hvis faren konstateres under undersøgelserne i mødrehjælpen, meddeler tilladelse efter § 3, nr. 1.

Medens § 1, stk. 1, nr. 1, i svangerskabsloven af 1956 stiller krav om, at afbrydelsen er nødvendig for at afværge »alvorlig fare for kvindens . . . helbred«, er det efter udkastet tilstrækkeligt, at der foreligger »fare for en forringelse af kvindens helbred«. Udvalget finder, at den hidtidige formulering er noget misvisende, idet det afgørende ikke blot bør være størrelsen af den konstaterede risiko, men fuldt så meget karakteren af den helbredsforringelse, svangerskabet må forventes at medføre. Dette svarer vistnok også til den fortolkning, som samrådene i praksis lægger til grund. Endvidere kan fremhævelsen af, at faren skal være alvorlig, give anledning til en mere restriktiv anvendelse af bestemmelsen end tilsigtet. Det er naturligvis ikke hensigten med ændringsforslaget at give adgang til svangerskabsafbrydelse ved en hvilken som helst ri-

siko for helbredsforringelse. Afgørelsen må træffes efter et skøn over karakteren af den mulige helbredsforringelse sammenholdt med størrelsen af risikoen for, at denne forringelse indtræffer.

De øvrige ændringer er af redaktionel karakter.

Til nr. 2

Bestemmelsen giver adgang til at tillade svangerskabsafbrydelse på grundlag af den såkaldte etiske indikation. Ændringerne i forhold til den tilsvarende bestemmelse i § 1, stk. 1, nr. 2, i svangerskabsloven af 1956 er alene af redaktionel karakter.

Straffelovrådet har over for udvalget henstillet, at der i bestemmelsen indsættes en henvisning til straffelovens § 226, hvorefter visse uagtsomme overtrædelser af de anførte straffelovsbestemmelser kan straffes. Straffelovrådet har herved henvist til, at udkastet kan give anledning til tvivl om, hvorvidt det er en forudsætning for svangerskabsafbrydelse, at der foreligger forsæt hos gerningsmanden, eller om også uagtsomme forhold er omfattet af ordlyden. Det er straffelovrådets opfattelse, at det ikke i disse tilfælde bør være afgørende for kvindens adgang til at få svangerskabet afbrudt, om gerningsmanden har handlet forsætligt eller blot uagtsomt.

Udvalget kan tiltræde dette synspunkt, men finder, at kvinden også bør have adgang til svangerskabsafbrydelse, selv om gerningsmanden end ikke har handlet uagtsomt og således bliver frifundet af subjektive grunde, eller han af andre grunde ikke vil kunne straffes, f. eks. hvis han er under 15 år. Den gældende bestemmelse fortolkes i praksis i overensstemmelse hermed. Uanset den af straffelovrådet nævnte tvivl om rækkevidden af bestemmelsen i den foreslåede udformning, har udvalget derfor ikke fundet tilstrækkelig anledning til at foreslå en ændret formulering.

I henhold til § 1, stk. 3, i 1956-loven er det i visse tilfælde en betingelse for svangerskabsafbrydelse, at forbrydelsen er anmeldt til politiet, og at anmeldelsen ikke er afvist som urigtig. Denne bestemmelse foreslås udeladt. Kravet om politianmeldelse bidrager til at komplicere sagsbehandlingen og trække den i langdrag, hvilket modvirker bestræbelserne for at få abortindgrebene udført så tidligt som muligt i svangerskabet. Under hensyn til, at mødrehjælpstinstitutio-

nerne kan have vanskeligt ved at skønne over, om der virkelig er hold i kvindens påstand om, at hun er blevet voldtaget eller udsat for et tilsvarende overgreb, bør samrådet dog fortsat have adgang - men ikke pligt - til at kræve, at politianmeldelse er sket, og at anmeldelsen ikke er afvist af politiet som grundløs. Nærmere regler herom vil imidlertid kunne fastsættes af justitsministeren i medfør af udkastets § 13.

Til nr. 3

Bestemmelsen omfatter først og fremmest den eugeniske indikation og svarer til 1956-lovens § 1, stk. 1, nr. 3. Bortset fra en sproglig forenkling indeholder udkastet alene den ændring i forhold til den gældende bestemmelse, at det ikke kræves, at faren altid skal være nærliggende. Hvor stor faren for afkommet skal være, for at der kan gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse, må afhænge af farens art. Ved svære lidelser bør man ikke stille for store krav til risikoen, medens omvendt en mindre alvorlig lidelse kun bør kunne begrunde svangerskabsafbrydelse, hvis risikoen er betragtelig. Som det fremgår af bemærkningerne side 11 fortolkes bestemmelsen i praksis på denne måde, og denne fortolkning finder udvalget rimelig. Lovteksten bør imidlertid tydeliggøres i overensstemmelse hermed.

Til nr. 4

Bestemmelsen svarer til reglen i 1956-lovens § 1, stk. 1, nr. 4, men uden dennes karakter af en undtagelsesbestemmelse. Den tager sigte på de samme persongrupper som den hidtidige bestemmelse, jfr. herom side 11, men hovedvægten lægges på, om lidelsen er af en sådan karakter, at den forhindrer kvinden i at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde. Derimod finder man det mindre afgørende, om lidelsen i øvrigt kan karakteriseres som alvorlig for den pågældende kvinde selv.

Til nr. 5

Om baggrunden for denne bestemmelse, der er ny, henvises til bemærkningerne side 82 f.

Som det er tilfældet med indikationen i nr. 4, er det afgørende hensyn også her, at kvinden ikke er i stand til at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde. Man har

imidlertid fundet det rigtigst at udskille de tilfælde, hvor uegnetheden alene skyldes kvindens ungdom eller umodenhed, til en selvstændig bestemmelse. I modsætning til de kvinder, der omfattes af reglen i nr. 4, er der her tale om kvinder, som der ikke er lægelige holdepunkter for at betegne som unormale. Tværtimod vil bestemmelsen formentlig finde størst anvendelse netop på ganske normale unge piger, som blot endnu ikke har nået en sådan grad af modenhed, at de er egnede til at tage vare på et barn. Det foreslås derfor også, at det afgørende skal være, om kvinden *for tiden* formår at tage sig af barnet. Det altovervejende flertal af disse unge kvinder vil i løbet af få år udvikle den fornødne modenhed og ansvarsfølelse.

Det er udvalgets opfattelse, at de fleste 15-16 årige piger er for umodne til at kunne påtage sig opfostringen af et barn, men afgørelsen af, om svangerskabsafbrydelse bør tillades, må træffes efter et konkret skøn. Enkelte 15 årige piger har allerede udviklet en sådan ansvarsbevidsthed, at de, hvis de kan få tilstrækkelig støtte, vil være i stand til at skabe betryggende forhold for barnet, medens andre kvinder endnu i 18-19 års alderen ikke kan byde et barn forsvarlige livsvilkår, fordi de hverken psykisk er modne nok eller i øvrigt har forudsætninger herfor.

Det er udtrykkelig anført i bestemmelsen, at man ved afgørelsen skal tage hensyn til, hvilken støtte kvinden kan forvente at få fra andre, f. eks. fra sin familie eller fra barnets fader. Der tænkes her ikke alene på økonomisk støtte, men også på andre former for bistand i den tid, hvor kvinden ikke kan magte opgaven selv. Også den støtte, som hun har mulighed for at opnå fra samfundet, f. eks. gennem mødrehjælpen, skal tages i betragtning.

Var pigen under 15 år, da hun blev gravid, kan svangerskabsafbrydelsen også tillades efter bestemmelsen i nr. 2.

Til nr. 6

Bestemmelsen, der er ny, giver adgang til svangerskabsafbrydelse på såkaldt social indikation. Med hensyn til den nærmere begrundelse for dette forslag henvises til side 85 f.

Bestemmelsen tager sigte på tilfælde, hvor svangerskabet, fødslen eller den senere pleje af barnet vil være en sådan byrde for kvin-

den, at en samlet vurdering af forholdene tilsiger afbrydelse af svangerskabet, selv om der (endnu) ikke kan påvises nogen fare for hendes helbred. Som det fremgår af de side 79 anførte eksempler har der i praksis vist sig behov for en sådan bestemmelse til supplerings af den medicinsk-social indikation i nr. 1.

Det er ikke alene hensynet til kvinden, der kan gøre svangerskabsafbrydelsen påkrævet, også hensynet til en forsvarlig opfostring af familiens øvrige børn - hvad enten der er tale om fællesbørn eller en af ægtefællernes særbørn - kan være afgørende. Det samme gælder, hvis det ventede barn bringer opretholdelsen af hjemmet i fare.

I bestemmelsens andet punktum angives en række forhold, der skal tages i betragtning ved afgørelsen. *Kvindens alder* kan spille en væsentlig rolle for den belastning, som gennemførelse af svangerskabet udsætter hende for. For en kvinde, der nærmer sig den aldersgrænse på 38 år, som efter § 1, nr. 2, giver adgang til svangerskabsafbrydelse uden forudgående samrådstilladelse, vil en uønsket graviditet således kunne betyde en katastrofal omvæltning, som kan gøre det påkrævet at afbryde svangerskabet.

Den belastning, som svangerskabet og senere fødslen medfører for kvinden, afhænger i høj grad af den *arbejdsbyrde*, som i forvejen påhviler hende. Her er særlig antallet af og alderen på tidligere fødte børn afgørende, ligesom hendes muligheder for at få hjælp til pasning af børnene må tages i betragtning. Af *andre personlige forhold*, som bør kunne tillægges vægt, kan nævnes kvindens almindelige konstitution, hendes familiemæssige forhold, om hun lever i ægteskab eller skal klare opdragelsen af børnene alene.

Endvidere fremhæves familiens *boligmæssige, økonomiske og helbredsmæssige forhold*. Boligforholdene er af afgørende betydning for familiens muligheder for at skabe tålelige opvækstvilkår for børnene. Det samme gælder selvsagt de økonomiske forhold, men også alvorlig sygdom eller invaliditet hos et medlem af familien kan stille sådanne krav til kvinden, at hun ikke vil kunne klare tillige at passe et spædbarn, uden at hun selv eller de øvrige børn i urimelig grad vil lide herunder.

Opregningen af de nævnte forhold tilsiger ikke at være udtømmende, men alle relevante hensyn må indgå i en samlet vurdering af, om det må anses for påkrævet, at svangerskabet afbrydes. Det nævnes udtrykkeligt i bestemmelsen som en forudsætning for en tilladelse til svangerskabsafbrydelse, at belastningen af kvinden ikke kan afværges på anden måde. I det omfang, vanskelighederne kan afhjælpes ved de hjælpeforanstaltninger, som det offentlige, herunder mødrehjælpen, kan tilbyde, kan svangerskabsafbrydelse derfor ikke tillades. Økonomisk bistand, hjælp til forbedring af boligforholdene, mulighed for at skaffe plads i vuggestue eller børnehave o. s. v. vil her blive af betydning.

Til § 4

Bestemmelsen svarer med redaktionelle ændringer i det væsentlige til den gældende lovs § 2. Den indeholder en række betingelser af mere formel art, som må opfyldes, før en anmodning om svangerskabsafbrydelse kan imødekommes, medmindre afbrydelsen sker på medicinsk indikation efter § 1, nr. 1. I sidstnævnte tilfælde må det bero på almindelige regler for operationers foretagelse, hvilke samtykkeerklæringer m. v. der skal indhentes.

Søges svangerskabsafbrydelsen gennemført efter § 1, nr. 2 eller 3, d. v. s. uden samrådstilladelse, skal sygehusets (sygehusafdelingens) overlæge påse, at betingelserne er opfyldt. I andre tilfælde skal kravene være opfyldt, inden samrådet kan tage stilling til ansøgningen, og det må påhvile mødrehjælpsinstitutionen som led i det forberedende undersøgelsesarbejde at fremskaffe de fornødne erklæringer m. v. Den læge, som foretager et abortindgreb i henhold til samrådstilladelse, kan derfor gå ud fra, at betingelserne er opfyldt, og behøver ikke at anstille undersøgelser herom.

Til nr. 1

Bestemmelsen udelukker kvinder, der har bopæl i udlandet, fra at få foretaget svangerskabsafbrydelse i Danmark, medmindre indgrebet er påkrævet af rent lægelige grunde, jfr. § 1, nr. 1. Det er derimod uden betydning, om kvinden har dansk indfødsret eller er fremmed statsborger.

I den gældende svangerskabslov findes ingen tilsvarende bestemmelse. Justitsministeriet har dog i praksis antaget, at abortindgreb, bortset fra afbrydelse der er nødvendig af rent medicinske grunde, kun må foretages på kvinder, der har bopæl her i landet.

Udvalget finder, at en udtrykkelig regel herom bør optages i loven. Kvinder, der kun har midlertidigt ophold her i landet, eller som er rejst hertil alene med henblik på at få foretaget svangerskabsafbrydelse, bør kun kunne få indgrebet udført her, hvis betingelserne i § 1, nr. 1, er til stede. Mødrehjælpens undersøgelser af, om der er grundlag for at give samrådstilladelse til svangerskabsafbrydelse, vil i almindelighed ikke forsvarligt kunne gennemføres, hvis ansøgeren ikke har fast bopæl her i landet. Hertil kommer, at en udenlandsk kvinde ikke bør kunne få foretaget en svangerskabsafbrydelse her i landet, som ikke ville være lovlig efter hendes hjemlands lovgivning.

Til nr. 2

Det foreslås udtrykkelig nævnt i loven, at kvinden selv skal anmode om svangerskabsafbrydelse, men i lighed med gældende ret kræves det ikke, at ansøgningen skal indgives skriftligt.

Undtagelse fra kravet om, at kvinden selv skal indgive ansøgning, gøres kun, når hun er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet. I så fald kan anmodningen fremsættes af en dertil beskikket værge. Det er fundet unødvendigt at bibeholde den gældende lovs forskrift om, at værgebeskikkelsen skal ske efter indstilling fra det sociale udvalg, og beskikkelsen skal derfor foretages efter de almindelige retningslinier for beskikkelse af værger. Efter 1956-loven kan begæring endvidere fremsættes af anstaltslederen, hvis kvinden er inddraget under for-
sorg på visse nærmere angivne anstalter. Udvalget finder det imidlertid bedst stemmende med moderne forsorgsmæssige principper, at der også i sådanne tilfælde beskikkes en særlig værge til at tage stilling til spørgsmålet.

Til nr. 3

Bestemmelsen svarer med en redaktionel ændring til den gældende lovs § 2, nr. 1.

Til nr. 4

Bestemmelsen svarer med sproglige ændringer til den gældende lovs § 2, nr. 3.

Efter bestemmelsen skal der i almindelighed indhentes en udtalelse fra ægtemanden, hvis ægtefællerne lever sammen. I andre tilfælde skal faderen til det ventede barn ikke spørges. Det vil dog være naturligt ved mere faste samlivsforhold at give ham lejlighed til at udtale sig, men noget krav herom bør ikke opstilles i loven.

Til nr. 5

Bestemmelsen foreskriver pligt til at vejlede kvinden om de lægelige spørgsmål i forbindelse med indgrebet, før dette udføres. Drejer det sig om en pige under 18 år eller om en umyndiggjort i personlig henseende, skal vejledningen tillige meddeles forældremyndighedens indehaver, henholdsvis værgen. I det i nr. 2, 2. pkt., nævnte tilfælde er værgen ansøger, og vejledningen skal da gives ham.

En tilsvarende bestemmelse findes ikke i svangerskabsloven af 1956, men i de administrative forskrifter for mødrehjælpens virksomhed i sager angående svangerskabsafbrydelse er det anført, at lægeerklæringen skal indeholde oplysning om, hvorvidt kvinden er blevet underrettet om risici i forbindelse med indgrebet. Selv om en sådan oplysningspligt må anses som et naturligt led i lægeundersøgelsen forud for et operativt indgreb, anser man det hensigtsmæssigt at understrege dens betydning ved at optage en bestemmelse herom i selve loven. Sterilisationslovens § 10 indeholder en lignende bestemmelse.

Til § 5

Bestemmelsen træder i stedet for § 1, stk. 2, i den gældende lov, og den væsentligste ændring er, at den deri nævnte frist nedsættes fra 16. svangerskabsuge til 12. svangerskabsuge. Med hensyn til udvalgets begrundelse for dette forslag henvises til kapitel IX.

Den gældende bestemmelse omfatter ikke svangerskabsafbrydelse efter lovens § 1, stk. 1, nr. 1, d. v. s. afbrydelse på medicinsk, herunder social-medicinsk indikation. Som nævnt side 17, er der imidlertid i praksis en udpræget tendens fra sygehuslægerne side til også at kræve fristen overholdt ved indgreb i henhold til samrådstilladelse på social-medicinsk indikation. Udkastets § 1, nr. 1, undtager alene den rene medicinske indikation fra fristbestemmelsen.

Som det fremgår af det side 17 anførte, regner man graviditetens alder fra sidste menstruations første dag. For at modvirke en for snæver anvendelse af denne teoretiske beregningsmetode, som i praksis kan føre til åbenbart urimelige resultater, har udvalget fundet det rigtigst som vejledning ved fristberegningen at indføre ordene »efter et lægeligt skøn«.

Efter udkastet kan samrådet eller ankenævnet meddele særlig tilladelse til, at svangerskabsafbrydelse foretages efter den 12. svangerskabsuge. I den almindelige tilladelse til afbrydelse af svangerskabet bør man udtrykkelig tage stilling til dette spørgsmål, hvis det kan forudses, at indgrebet ikke kan ske inden fristens udløb. Såfremt den opererende læge ved indlæggelsen konstaterer, at graviditeten væsentligt har overskredet fristen, skal han - eventuelt telefonisk - indhente samrådets afgørelse af, om indgrebet desuagtet må foretages. Det må være en selvfølge, at der tages det videst mulige hensyn til kvinden, og at man navnlig bør undgå at hjemsende hende fra sygehuset, før der er taget stilling til fristspørgsmålet.

I overensstemmelse med gældende ret foreslås der ikke fastsat nogen tidsgrænse opad for meddelelse af tilladelse til afbrydelse af svangerskab, og det beror på samrådets frie skøn, om den almindelige 12 ugers frist bør tillades overskredet. Det er indlysende, at jo større overskridelse af fristen, der i givet fald vil blive tale om, des mere tungtvejende grunde må der kræves. Derimod bør der ikke stilles for strenge krav ved mindre overskridelser af fristen. Man skal i den forbindelse pege på, at der navnlig i den første tid efter den nye lovs ikrafttræden kan være grund til at håndhæve reglen lempeligt.

I øvrigt bør der ved afgørelsen af, om tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter den 12. uge kan gives, tages hensyn til indikationens styrke sammenholdt med den forøgede risiko og belastning, som indgrebet må antages at medføre for den pågældende kvinde. Endvidere bør der tages hensyn til, om forsinkelsen må anses for undskyldelig, f. eks. at graviditeten først har kunnet fastslås på et relativt sent stadium, eller at undersøgelserne i mødrehjælpen uden kvindens egen skyld har taget særlig lang tid.

Særligt med hensyn til kvinder, der søger deres svangerskab afbrudt efter § 1, nr. 2 og 3, (38 års aldersgrænsen og 4-børns reglen) skal man fremhæve, at tilladelse til overskridelse af fristen i et sådant tilfælde kun bør meddeles, hvis der er grundlag for at give tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter en af bestemmelserne i § 3, og det i øvrigt findes rimeligt at dispensere fra fristen.

Til § 6

Bestemmelsen i *stk. 1* svarer med en redaktionel ændring til den gældende lovs § 3, stk. 1.

Bestemmelsen i *stk. 2* svarer til § 3, stk. 4, sidste pkt., i den gældende lov med den ændring, at overlægen, hvis han nægter at udføre indgrebet, har pligt til at henvise kvinden til mødrehjælpen. Dette er navnlig en følge af, at reglerne i lovudkastets § 1, nr. 2-3, må formodes at medføre, at et betydeligt større antal kvinder end hidtil søger legal svangerskabsafbrydelse uden først at have været i forbindelse med mødrehjælpen.

Til § 7

Bestemmelsen svarer med en redaktionel ændring i stk. 1 til den gældende lovs § 9.

Til §§ 8-10

Svangerskabslovens straffebestemmelser foreslås ændret på forskellige punkter. Den væsentligste ændring er ophævelsen af strafansvaret for kvinden, hvad enten hun selv foretager det svangerskabsafbrydende indgreb eller lader det udføre af andre. Om begrundelsen for dette forslag og for de øvrige principielle ændringsforslag henvises til kapitel XII.

Efter aftale med justitsministeriet har udvalget forelagt et udkast til straffebestemmelser for straffelovrådet. I skrivelse af 3. januar 1969 har rådet tiltrådt udvalgets hovedsynspunkter og foreslået visse ændringer i udformningen af bestemmelserne. Disse ændringsforslag har udvalget i alt væsentligt fulgt. Bestemmelsen i § 9 er ligeledes indsat efter forslag af straffelovrådet.

Til § 8, sik. 1

Bestemmelsen træder i stedet for den gældende lovs § 6, stk. 3, 1., 2. og 4. pkt. Den foreskriver straf for den læge, som afbryder

en andens svangerskab uden samrådstilladelse, selv om betingelserne i § 1 for at foretage indgrebet uden tilladelse ikke er opfyldt. Endvidere kan lægen straffes, hvis han afbryder et svangerskab efter udløbet af den i § 5 nævnte 12 ugers frist, uden at der foreligger særlig tilladelse hertil fra samrådet eller ankenævnet. Man har udeladt betegnelsen »autoriseret« om lægen.

I den gældende bestemmelse er der en særlig strafferamme, der tager sigte på tilfælde, hvor lægen vel har foretaget indgrebet uden tilladelse fra et samråd, men hvor betingelserne i lovens § 1 for at tillade afbrydelsen må antages at have været til stede. Straffen er i så fald hæfte eller under formildende omstændigheder bøde, medens strafferammen i andre tilfælde er fængsel indtil 2 år.

Lovudkastets strafferamme er udformet med henblik på, at det fortsat skal være muligt at foretage en tilsvarende vurdering af forseelsens strafværdighed.

De hidtidige bestemmelser om forhøjet straf under skærpende omstændigheder foreslås udeladt. Som skærpende omstændigheder nævner den gældende lov særlig, at handlingen er foretaget for vindings skyld, eller at den har medført kvindens død eller betydelig skade på legeme eller helbred. Sådanne omstændigheder vil også efter udvalgets udkast kunne tages i betragtning ved straffastsættelsen, men det synes ikke efter retspraksis at være behov for en forhøjelse af maksimumsstraffen for disse tilfælde. Såvidt det er udvalget bekendt, har ingen læger i de senere år været idømt straf af fængsel i over 2 år for ulovlig svangerskabsafbrydelse. Udkastet udelukker i øvrigt ikke, at der idømmes højere straf, hvis der er hjemmel i borgerlig straffelov, jfr. f. eks. § 241 om uagtsomt manddrab, eller § 249, stk. 2, om uagtsom grov legemsbeskadigelse.

Den gældende lov indeholder en særlig bestemmelse om straf for den, der afbryder et svangerskab uden kvindens eget samtykke. Straffen er, hvad enten gerningsmanden er læge eller ikke, fængsel indtil 12 år. Udvalget foreslår denne bestemmelse udeladt, da den ikke kan antages at have nogen væsentlig selvstændig betydning. Handlinger af denne art vil i almindelighed kunne straffes efter straffelovens bestemmelser om forbrydelser mod liv og legeme.

Til stk. 2

Bestemmelsen, der træder i stedet for den gældende lovs § 6, stk. 3, 3. pkt., foreskriver straf af bøde for den læge, som udfører et svangerskabsafbrydende indgreb uden at iagttage visse formelle forskrifter.

Lægen er således ansvarlig for, at betingelserne i § 4 (bopæl her i landet, samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge, erklæring fra ægtefællen og vejledning om risikoen) er opfyldt, forinden en svangerskabsafbrydelse i henhold til § 1, nr. 2 og 3, udføres. Derimod påhviler der ikke den opererende læge nogen pligt til at foretage nogen undersøgelse af, om disse betingelser er overholdt, hvis indgrebet sker efter samrådstilladelse. Bestemmelsen gælder heller ikke for svangerskabsafbrydelser på medicinsk indikation efter § 1, nr. 1, da det i disse tilfælde må afhænge af de almindelige regler for operationers udførelse, hvilke betingelser man må kræve opfyldt.

Endelig kan lægen straffes, hvis han udfører en svangerskabsafbrydelse uden for et af de i § 6, stk. 1, nævnte sygehuse.

Den gældende bestemmelse foreskriver straf af hæfte eller under formildende omstændigheder bøde. Udvalget finder imidlertid bødestraf tilstrækkelig.

Straffelovrådet har om bestemmelsen udtalt, at man har overvejet, hvorvidt det kan anses for rimeligt, at straf også for så vidt angår overtrædelse af disse mere ordensprægede forskrifter kræver forsæt hos lægen, jfr. § 10. Under hensyn til, at læger i øvrigt er underkastet de særlige regler i lægelovens § 18 (en læges grovere eller gentagne forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald straffes med bøde eller hæfte), har straffelovrådet imidlertid kunnet tiltræde, at det hidtidige forsætskrav opretholdes.

Til stk. 3

Bestemmelsen angår svangerskabsafbrydelse udført af en kvaksalver. I overensstemmelse med den gældende lovs § 6, stk. 4, foreslås maksimumsstraffen fastsat til fængsel i 4 år, medens udvalget ikke finder tilstrækkelig anledning til at bibeholde den gældende højere strafferamme, når der forelig-

ger skærpende omstændigheder. Der henvises herved til bemærkningerne til stk. 1. Heller ikke reglen om straf forhøjelse i gentagelsestilfælde synes der at være tilstrækkelig begrundelse for at bibeholde, idet der er mulighed for inden for den almindelige strafferamme at tage hensyn hertil. Såvidt udvalget bekendt har der ikke i de senere år i retspraksis foreligget tilfælde, hvor højere straf er blevet idømt, selv om der har været tale om gentagelse.

Til stk. 4

Bestemmelsen, der er ny, er indsat efter forslag af straffelovrådet. Rådets begrundelse herfor er gengivet side 105.

Det fremgår af rådets bemærkninger, at ordet »bistår« er anvendt i en snævrere betydning, end udtrykket »bistand« anvendes i straffelovens § 23.

Til § 9

Bestemmelsen, der er ny, er indsat efter forslag af straffelovrådet. Rådets begrundelse herfor er gengivet side 106.

Det følger af udkastets § 10, at overtrædelse af bestemmelsen kun vil kunne straffes, hvis der foreligger forsæt hos gerningsmanden. Der vil derfor være en forudsætning for strafansvaret, at sælgeren har vidst eller dog anset det for overvejende sandsynligt, at det solgte vil blive anvendt til svangerskabsafbrydelse. Man er opmærksom på, at der ved svangerskabsafbrydelse kan anvendes genstande og stoffer, der også har anden anvendelse. Er der tale om salg af sådanne genstande eller stoffer, må det først antageliggøres, at indkøbet blev foretaget med henblik på svangerskabsafbrydelse. Det må herefter på grundlag af de konkrete omstændigheder afgøres, om der hos sælgeren foreligger forsæt til overtrædelsen.

De handlinger, der vil kunne straffes efter denne bestemmelse, vil være af meget forskellig grovhed. På den ene side kan der være tale om almindelig forretningsmæssigt salg af instrumenter til en læge, der ikke har tilknytning til et hospital. Den handlendes overtrædelse er her af så subsidieret betydning, at den nærmest får karakter af en ordensforseelse, og derfor ikke med rimelighed bør medføre andet end bøde. På den anden side vil der kunne være tale om virksomhed, hvor forholdet grænser tæt op til gerningsmandsvirksomhed som kvaksalver. Med

henblik på disse tilfælde er der i bestemmelsen åbnet mulighed for under særligt skærpende omstændigheder at anvende fængsel i op til 4 år, svarende til den for kvaksalveren foreslåede strafferamme.

Til § 10

Bestemmelsen svarer til den gældende lovs § 6, stk. 5.

Til § 11

Bestemmelsen svarer til gældende lovs § 10, stk. 1 og 2. Stk. 3, der fastsætter, at statstilskuddene afholdes ved bevilling på de årlige finanslove, er udeladt som overflødig.

Til § 12

Bestemmelsen er enslydende med den gældende lovs § 11.

Som påpeget af straffelovrådet burde strafferegien i stk. 3 af systematiske grunde placeres i tilknytning til lovudkastets øvrige straffebestemmelser. Da det i forbindelse med en kommende ændring af apotekerloven må overvejes at overføre bestemmelsen til denne lov, har udvalget dog ikke villet foreslå den ændret nu.

Til § 13

I medfør af at denne bestemmelse kan der bl. a. fastsættes regler svarende til dem, der findes i den gældende lovs § 3, stk. 3, jfr. socialministeriets cirkulæreskrivelse nr. 163 af 28. september 1963, bilag 1. Det må anses for mest hensigtsmæssigt, at disse regler fastsættes administrativt.

Til §§ 14 og 15

Som følge af overflytningen af bestemmelsen om samrådene fra mødrehjælpsloven til denne lov kan det komme på tale at foretage nogle yderligere, mindre ændringer af mødrehjælpsloven. Udvalget har imidlertid ikke fundet det påkrævet at stille forslag herom.

Svangerskabsloven gælder for Grønland med den ændring, at svangerskabsafbrydelse kan ske efter samråd mellem to læger, så længe der ikke findes mødrehjælpsinstitutioner i landsdelen. Ved kgl. anordning af 20. juni 1959 er loven med samme ændring sat i kraft på Færøerne. Udvalget har fundet det rigtigst indtil videre at holde spørgsmålet om, hvorvidt den nye lov skal gælde umiddelbart for disse landsdele, åbent.

Paralleltekster

Lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v.

§ 1.

Stk. 1. En kvinde kan få sit svangerskab afbrudt i følgende tilfælde:

1) Når svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred. Ved bedømmelsen af denne fare skal der på grundlag af en vurdering af samtlige omstændigheder, herunder de forhold, hvorunder kvinden må leve, tages hensyn ikke alene til fysisk eller psykisk sygdom, men også til tilstedeværende eller truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande.

2) Når kvinden er blevet besvangret under sådanne omstændigheder, som omhandles i Borgerlig Straffelov af 15. april 1932 § 210 (eller § 210, jfr. § 212), samt når svangerskabet skyldes krænkelse af kvindens kønsfrihed under sådanne omstændigheder, der omhandles i straffelovens §§ 216-223 eller disse paragraffer sammenholdt med § 224.

3) Når der er nærliggende fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller på grund af beskadigelser eller sygdom, pådraget i fosterlivet, vil blive lidende af sindssygdom, åndssvaghed, andre svære mentale forstyrrelser, epilepsi eller alvorlig og uhelbredelig abnormitet eller legemlig sygdom.

Udkast til Lov om svangerskabsafbrydelse m. v.

§ 1. Et svangerskab må afbrydes uden særlig tilladelse:

1) Når afbrydelsen er nødvendig for at afværge fare for kvindens liv eller for en alvorlig forringelse af hendes fysiske eller psykiske helbred, og denne fare er begrundet i forhold af udelukkende eller ganske overvejende lægelig karakter.

§ 3. Tilladelsen kan gives:

1) Når svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet medfører fare for en forringelse af kvindens helbred. Ved afgørelsen tages hensyn ikke alene til fysisk eller psykisk sygdom, men også til tilstedeværende eller truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande. Der skal endvidere tages hensyn til de forhold, hvorunder kvinden lever.

2) Når svangerskabet skyldes et forhold som anført i straffelovens § 210 eller en krænkelse af kvindens kønsfrihed som anført i straffelovens §§ 216-224.

3) Når der er fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller på grund af beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig fysisk eller psykisk lidelse.

4) Når i ganske særlige tilfælde alvorlige fysiske og psykiske defekter eller andre lægeligt begrundede forhold medfører, at kvinden skønnes uegnet til at tage vare på sit barn.

4) Når kvinden på grund af fysisk eller psykisk lidelse eller svag begavelse ikke formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde.

5) Når kvinden på grund af ung alder eller umodenhed ikke for tiden formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde. Ved afgørelsen tages hensyn til, hvilken støtte hun kan forvente at få fra familie, barnets fader eller anden side.

6) Når svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet må antages at ville medføre en alvorlig belastning af kvinden, som ikke kan afværges på anden måde, således at det af hensyn til kvinden, til opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn må anses for påkrævet, at svangerskabet afbrydes. Ved afgørelsen tages hensyn til kvindens alder, hendes arbejdsbyrde og hendes personlige forhold i øvrigt, samt til familiens boligmæssige, økonomiske og helbredsmæssige forhold.

§ 1. Et svangerskab må afbrydes uden særlig tilladelse:

2) Når kvinden er fyldt 38 år inden udløbet af 12. svangerskabsuge.

3) Når kvinden har født mindst 4 børn, som bor hjemme og er under 18 år.

Stk. 2. Afbrydelse af svangerskab må i de i § 1, stk. 1, nr. 2-4, omhandlede tilfælde normalt ikke foretages efter udløbet af den 16. svangerskabsuge.

§ 5. Bortset fra svangerskabsafbrydelse efter § 1, nr. 1, må afbrydelse ikke finde sted, hvis 12. svangerskabsuge efter et lægeligt skøn er overskredet, medmindre samrådet eller ankenævnet har meddelt særlig tilladelse hertil.

Stk. 3. Skyldes svangerskabet krænkelse af kvindens kønsfrihed under sådanne omstændigheder, som omhandles i straffelovens § 216, § 217, stk. 2, § 218 og § 221 eller disse paragraffer sammenholdt med § 224, må afbrydelse af svangerskab ikke finde sted, medmindre der er sket anmeldelse til politiet om forbrydelsen, og anmeldelsen - efter stedfunden politiundersøgelse - ikke er afvist som urigtig.

Stk. 4. Ophævet ved lov nr. 234 af 3. juni 1967 om sterilisation og kastration.

§ 2.

Svangerskabsafbrydelse må, medmindre den er begrundet i en som følge af sygdom foreliggende alvorlig fare for kvindens liv

§ 4. Svangerskabsafbrydelse efter § 1, nr. 2 og 3, må kun foretages, og tilladelse efter §§ 2-3 må kun gives, når følgende betingelser er opfyldt:

eller helbred, ikke finde sted, forinden følgende betingelser er opfyldt:

1) Er kvinden under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, skal der indhentes samtykke fra indehaveren af forældremyndigheden, henholdsvis værgeren, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod.

2) Er kvinden på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan begæringen om dettes foretagelse fremsættes af en hertil efter indstilling af det sociale udvalg beskikket særlig værge eller, forsåvidt hun er inddraget under forsorg af en statsanstalt eller en i henhold til § 67 i lov om offentlig forsorg godkendt anstalt, af anstaltslederen.

3) Er kvinden gift og samlever med sin ægtefælle, skal der gives denne lejlighed til at udtale sig, medmindre særlige omstændigheder taler derimod.

§ 3.

Stk. 1. Afbrydelse af svangerskab må kun foretages af en autoriseret læge på et af statens eller kommunens sygehuse eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

Stk. 2. Såfremt faren for kvindens liv eller helbred i de i § 1, stk. 1, nr. 1, omhandlede tilfælde er begrundet i sygdom og dette er konstateret på et af de i nærværende paragrafs stk. 1 omhandlede sygehuse, kan bestemmelsen om svangerskabsafbrydelse træffes af sygehusets overlæge.

Stk. 3. Ønsker i andre tilfælde en kvinde sit svangerskab afbrudt, må hun rette henvendelse herom til en mødrehjælpsinstitution. Den pågældende mødrehjælpsinstitution undersøger, om de i §§ 1 og 2 fastsatte betingelser for indgrebets foretagelse er tilstede, og bør herunder i almindelighed indhente oplysninger fra kvindens sædvanlige læge. Tillige skal mødrehjælpsinstitutionen i fornødent omfang søge assistance af special-

1) Kvinden skal have bopæl her i landet.

3) Er kvinden under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, skal ansøgningen tiltrædes af forældremyndighedens indehaver, henholdsvis værgeren, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod.

2) Anmodning om svangerskabsafbrydelse skal fremsættes af kvinden selv. Er hun på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan anmodningen fremsættes af en dertil beskikket værge.

4) Er kvinden gift og samlever med sin ægtefælle, skal dennes udtalelse indhentes, medmindre særlige omstændigheder taler derimod.

5) Ansøgeren og den, der i henhold til nr. 3 skal tiltræde ansøgningen, skal være vejledet af en læge om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med foretagelsen.

§ 6. Afbrydelse af svangerskab må kun foretages af en læge på et statsligt eller kommunalt sygehus eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

(Se udkastets § 1, nr. 1).

læge, indhente erklæring fra arvebiologisk institut eller lade kvinden indlægge på sygehus eller dertil egnet hjem til observation eller behandling. Bestemmelse om, hvorvidt svangerskabsafbrydelse kan foretages, træffes derefter af det i § 6 A, stk. 1, i lov nr. 119 af 15. marts 1939 om mødrehjælpsinstitutioner, som ændret ved lov nr. 176 af 23. juni 1956, omhandlede samråd, bestående af 2 læger og mødrehjælpsinstitutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person med tilsvarende uddannelse.

Stk. 4. Når bestemmelse om svangerskabsafbrydelse foreligger, skal kvinden på begæring modtages på det sygehus (sygehusafdeling), hvorunder hun hører. Sygehusets (sygehusafdelingens) overlæge er berettiget til at forelægge spørgsmålet om indgrebet foretagelse for det i § 6 A, stk. 3, i lov nr. 119 af 15. marts 1939 om mødrehjælpsinstitutioner, som ændret ved lov nr. 176 af 23. juni 1956, omhandlede nævn til vejledende erklæring. Nægter overlægen at foretage indgrebet, kan patienten indlægges på et andet sygehus, om fornødent ved vedkommende mødrehjælpsinstitutions foranstaltning.

§ 4.

De i § 3 nævnte læger samt personalet ved de i § 3 nævnte sygehuse er under ansvar efter Borgerlig Straffelov § 263, jfr. § 275, forpligtet til at iagttage tavshed om de privatlivet tilhørende forhold, som de i anledning af spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse måtte erfare eller få formodning om, medmindre de ifølge lovgivningen er forpligtet til at udtale sig, eller medmindre de handler i berettiget varetagelse af almen interesse eller egen eller andres tarv.

§ 5.

Den, som til brug ved afgørelse af, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger, bevidner noget, hvorom han intet kendskab har, eller forsætlig afgiver urigtige oplysninger, straffes efter reglerne i Borgerlig Straffelov § 162.

§ 6.

Stk. 1. En kvinde, der selv afbryder sit svangerskab eller lader det afbryde af en person, der ikke er autoriseret læge, straffes, selvom de i § 1 foreskrevne betingelser for lovlig svangerskabsafbrydelse er tilstede, med bøde. Afbryder hun sit svangerskab, eller lader hun det afbryde, vidende om, at

Stk. 2. Nægter overlægen på det sygehus eller den sygehusafdeling, hvorunder kvinden hører, at foretage indgrebet, skal han henvise hende til mødrehjælpen, der kan lade hende indlægge på et andet sygehus.

betingelserne for lovlig svangerskabsafbrydelse ikke er tilstede, er straffen hæfte indtil 3 måneder. Under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde.

Stk. 2. Fremkommer der under en sag, der er rejst til straf for ulovlig svangerskabsafbrydelse mod en udenfor ægteskab besvangret kvinde eller hendes medhjælpere eller mod hendes medhjælpere for forsøg på ulovlig svangerskabsafbrydelse, sådanne oplysninger, at det må anses for godtgjort, hvem der har besvangret hende, straffes denne med fængsel indtil 1 år, under formildende omstændigheder med hæfte, såfremt det godtgøres, at han trods henvendelser fra kvindens side om støtte af personlig eller økonomisk art har undladt at yde hende en efter forholdene rimelig støtte og bistand, og denne undladelse har været af væsentlig betydning for hendes beslutning om at afbryde svangerskabet.

Stk. 3. En autoriseret læge, der afbryder et svangerskab eller yder bistand hertil, vidende om, at de i § 1 foreskrevne betingelser for lovlig svangerskabsafbrydelse ikke er tilstede, straffes med fængsel indtil 2 år. Under skærpende omstændigheder, særlig når handlingen er foretaget for vindings skyld, eller hvis den har medført kvindens død eller betydelig skade på legeme eller helbred, er straffen fængsel indtil 4 år. Finder en efter § 1 lovlig svangerskabsafbrydelse sted uden iagttagelse af forskrifterne i §§ 2 og 3, er straffen hæfte eller under formildende omstændigheder bøde. Afbrydes et svangerskab uden kvindens samtykke, er straffen fængsel indtil 12 år.

Stk. 4. Den, som uden at være autoriseret læge afbryder et svangerskab eller yder bistand hertil, straffes med fængsel indtil 4 år. Under skærpende omstændigheder, særlig når handlingen er foretaget for vindings skyld, eller hvis den har medført kvindens død eller betydelig skade på legeme eller helbred, er straffen fængsel indtil 8 år. I gentagelsestilfælde, eller såfremt gerningsmanden har handlet uden kvindens samtykke, er straffen fængsel indtil 12 år.

Stk. 5. Foranstående straffebestemmelser omfatter ikke uagtsomt forhold.

§ 8. En læge, der afbryder en andens svangerskab i strid med § 1, § 2, stk. 1, eller § 5, straffes, medmindre højere straf er forskyldt efter borgerlig straffelov, med hæfte eller fængsel indtil 2 år, under formildende omstændigheder med bøde.

Stk. 2. Den, som afbryder et svangerskab uden at iagttage bestemmelserne i § 4 eller § 6, stk. 1, straffes med bøde.

Stk. 3. Den, som uden at være læge afbryder en andens svangerskab, straffes med fængsel indtil 4 år, medmindre højere straf er forskyldt efter borgerlig straffelov.

Stk. 4. Bestemmelserne i stk. 1 og 3 finder tilsvarende anvendelse på den, der bistår ved den pågældendes virksomhed.

§ 10. Overtrædelser, der begås af uagtsomhed, straffes ikke efter denne lov.

§ 7.

Den, der ved ulovlig tvang, jfr. Borgerlig Straffelov § 260, eller ved trusler om økonomisk tab eller om forringelse af stilling i personlig, familie- eller samfundsmæssig henseende eller ved løfte om belønning formår en svanger kvinde, der ønsker at gennemføre sit svangerskab, til at lade dette afbryde, straffes, selvom afbrydelsen finder sted under iagttagelse af de herom givne regler, med fængsel indtil 2 år; straffen er dog fængsel indtil 4 år, såfremt afbrydelsen foretages af en person, der ikke er autoriseret læge.

§ 8.

Strafansvaret for de i §§ 6 og 7 omhandlede forhold forældes efter reglerne i §§ 93 og 94 i Borgerlig Straffelov af 15. april 1930. Påtale efter § 6, stk. 1, kan dog ikke finde sted, når der er forløbet 1 år efter svangerskabsafbrydelsen.

§ 9.

Stk. 1. Udgifterne i anledning af svangerskabsafbrydelse afholdes af pågældende selv. Hvis hun ikke har midler hertil, afholdes udgifterne af statskassen eller, forsåvidt hun er inddraget under en af de i § 66 i lov nr. 181 af 20. maj 1933 nævnte forsorgsgrene, af vedkommende anstalt.

Stk. 2. I det i § 3, stk. 4, sidste punktum, omhandlede tilfælde afholdes den del af udgifterne, som ville være forbundet med indlæggelse og foretagelse af indgrebet på sygehuset på kvindens hjemsted, i overensstemmelse med stk. 1. Indenrigsministeren kan fastsætte bestemmelser om, at de med kvindens sygehusophold iøvrigt forbundne udgifter for det sygehus, hvor indgrebet foretages, helt eller delvis skal refunderes af sygehuset på kvindens hjemsted.

Stk. 3. Vedkommende mødrehjælpsinstitution kan, såfremt særlige hensyn til kvinden taler derfor, godkende, at indgrebet foretages på et sygehus udenfor kvindens hjemsted. I så fald afholdes de derved forårsagede udgifter i overensstemmelse med stk. 1.

§ 10.

Stk. 1. Der kan af staten ydes kommuner eller private foreninger eller organisationer, som påtager sig organiseringen og driften af et oplysningsarbejde overfor befolkningen

§ 7. Udgifterne i anledning af svangerskabsafbrydelse afholdes af pågældende selv. Hvis hun ikke har midler hertil, afholdes udgifterne af statskassen. Har hun ophold på en særforsorgsinstitution, jfr. forsorgslovens § 70, betales udgifterne af vedkommende institution.

Stk. 2. Uændret, dog ændres »§ 3, stk. 4, sidste punktum« til »§ 6, stk. 2,«.

Stk. 3. Uændret.

§ 11. *Stk. 1.* Uændret.

om seksualhygiejne, refusion af indtil halvdelen af udgifterne herved.

Stk. 2. Tilskuddet til private foreninger eller organisationer kan, såfremt oplysningsarbejdet har særlig tilknytning til bestemte kommuner, betinges af, at disse deltager i udgifterne med indtil halvdelen af det beløb, der ydes af staten.

Stk. 3. Udgifterne ved ydelsen af de i stk. 1 og 2 nævnte statstilskud afholdes ved bevilling på de årlige finanslove.

§ 11.

Stk. 1. Genstande eller stoffer, der er tjenlige til at forebygge svangerskab, må kun forhandles, såfremt de er godkendt af justitsministeren efter forhandling med sundhedsstyrelsen. Justitsministeren kan om fornødent efter forhandling med handelsministeriet fastsætte priserne, som skal være tydeligt angivne på emballagen, og kan fastsætte de til gennemførelsen af en effektiv begrænsning af og kontrol med priserne fornødne bestemmelser om vilkårene for adgangen til at omsætte de nævnte genstande eller stoffer. De omhandlede genstande og stoffer må kun forhandles fra apoteker eller fra udsalgssteder, der er godkendt af embedslægen efter forhandling med politiet.

Stk. 2. Erhvervsmæssig undersøgelse af urinprøver med henblik på påvisning af svangerskab må kun foretages af læger og apotekere samt af personer, som af sundhedsstyrelsen autoriseres hertil.

Stk. 3. Overtrædelse af de i denne paragraf fastsatte bestemmelser straffes med bøde.

§ 12.

Stk. 1. Justitsministeren fastsætter nærmere regler til lovens gennemførelse.

Stk. 2. Overtrædelse af de af justitsministeren i medfør af denne paragraf givne forskrifter til gennemførelse af de i §§ 1-4 givne regler straffes med bøde eller hæfte indtil 3 måneder.

§ 13.

Stk. 1. Denne lov træder i kraft den 1. oktober 1956.

Stk. 2. Samtidig ophæves lov nr. 163 af 18. maj 1937 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v. som ændret ved

Stk. 2. Uændret.

§ 12. Uændret

Stk. 2. Uændret.

Stk. 3. Uændret.

§ 13. Justitsministeren kan fastsætte regler om behandlingen af anmodninger om svangerskabsafbrydelse samt om ankenævnets virksomhed.

§ 14. Loven træder i kraft den

Stk. 2. Samtidig ophæves lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anled-

lov nr. 89 af 15. marts 1939 samt § 235, stk. 2, i Borgerlig Straffelov af 15. april 1930, jfr. bekendtgørelse nr. 215 af 24. juni 1939.

Stk. 3. Regeringen bemyndiges til ved kgl. anordning at sætte loven i kraft på Færøerne, evt. med sådanne ændringer, som måtte følge af øernes særlige forhold.

Stk. 4. Indtil der i Grønland kan oprettes mødrehjælpsinstitutioner eller dertil svarende institutioner, skal svangerskabsafbrydelse i Grønland i de i § 3, stk. 3, omhandlede tilfælde kunne ske efter samråd mellem den autoriserede læge, der foretager indgrebet, og en anden autoriseret læge.

*Lov om mødrehjælpsinstitutioner, lovbe-
kendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956.*

§ 6 A.

Stk. 1. Ved hver mødrehjælpsinstitution oprettes et eller om fornødent flere samråd, jfr. § 3, stk. 3, i lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v., bestående af institutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person med tilsvarende uddannelse og 2 læger, hvoraf så vidt muligt den ene skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, om muligt en stedlig overlæge, den anden speciallæge i psykiatri. Samrådene medlemmer og de fornødne suppleanter for dem udpeges af socialministeren, de lægelige medlemmer og disses suppleanter efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen og for højst 4 år ad gangen.

Stk. 2. Det påhviler samrådet i overensstemmelse med § 3, stk. 3, i lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v. at træffe bestemmelse om, hvorvidt betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger. Bestemmelse om, at svangerskabsafbrydelse kan foretages, kan kun træffes, når der foreligger eenstemmighed herom i samrådet.

Stk. 3. Der oprettes et for hele landet fælles nævn til at følge samrådenes virksomhed og gennem rådgivning overfor disse at virke for en ensartet praksis i sager angående svangerskabsafbrydelse. Nævnet består af en leder af en mødrehjælpsinstitution eller en socialpraktiker med nøje kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde og 2 læger, hvoraf den ene skal være speciallæge i psykiatri, den anden speciallæge i gynækologi eller kirurgi. Nævnets medlemmer og de for-

ning af svangerskab m. v. samt § 6 A i lov om mødrehjælpsinstitutioner, jfr. lovbe-
kendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956.

§ 15. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

§ 2.

Stk. 2. Tilladelsen gives af samråd, hvoraf der oprettes et eller flere ved hver mødrehjælpsinstitution. Hvert samråd består af institutionens leder eller en medarbejder med tilsvarende uddannelse samt to læger. Den ene læge skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi og så vidt muligt ansat ved et stedligt sygehus, medens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

Stk. 4. Samrådenes og ankenævnets medlemmer samt de nødvendige stedfortrædere for samrådsmedlemmerne beskikkes af justitsministeren for indtil 4 år ad gangen.

Stk. 5. Tilladelsen kan kun gives, når der er enighed herom i samrådet eller ankenævnet.

Stk. 3. Samrådets afslag på en ansøgning om svangerskabsafbrydelse kan indbringes for et ankenævn, der tillige fører tilsyn med samrådenes virksomhed. Ankenævnet består af en formand og et af justitsministeren fastsat antal andre medlemmer. Formanden skal have juridisk embedseksamen og kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde. I behandlingen af hver sag deltager 3 medlemmer, herunder formanden eller et medlem der opfylder betingelserne for at kunne be-

nødne suppleanter for dem udpeges af socialministeren for højst 4 år ad gangen, de lægelige medlemmer efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen.

Straffeloven

§ 243.

Med bøde eller hæfte indtil 3 måneder eller under skærpende omstændigheder med fængsel i samme tid straffes den, som indfører, tilvirker eller stiller til salg, samlet eller delt, genstande, der fremtræder som bestemt til seksuel hygiejne, men hvis væsentligste formål må antages at være afbrydelse af svangerskab. Uden for foranstående bestemmelse falder lægers og hospitalers forsyning med instrumenter og lignende i kurativt øje-med.

skikkes som formand for nævnet. De to andre medlemmer skal være læger, der opfylder betingelserne i stk. 2 for at være medlemmer af et samråd.

§ 9. Den, som til andre end sygehuse sælger genstande eller stoffer, der må antages at være bestemt til afbrydelse af svangerskab eller i øvrigt mod vederlag stiller sådanne genstande til rådighed, straffes med bøde, hæfte eller under særligt skærpende omstændigheder med fængsel indtil 4 år.

Kapitel XIV

Mindretalsindstilling (Hoffmeyer)

Indikationerne for abortus provocatus med særligt henblik på de medicinske, social-medicinske og sociale indikationer

Lovgivningens udvikling

Definitionsproblemer

I debatten om medicinske indikationer for abortus provocatus har man stedse måttet slås med en række afgrænsningsproblemer. Loven har kun kunnet fungere som en ramme. Denne egenskab ved lovgivningen skal iøvrigt ikke kritiseres, idet den vel snarest er en dyd, som gør den praktisk anvendelig på et område med så vage faktiske grænser, som det foreliggende.

Udbygningen af samråds-institutet har sikret den administrative ensartethed, som har betinget nogenlunde - men også kun nogenlunde - homogenitet i afgørelserne.

Moderne skandinavisk lovgivning har medført en udvidelse af de medicinske indikationer fra såkaldte »rene«, til »social«-medicinske indikationer. Man har imidlertid i dansk lovgivning opretholdt, at hovedkriteriet fortsat skal være den alvorlige fare for liv eller helbred. Det »sociale« indebærer blot, at helbredet er truet som følge af ydre, sociale omstændigheder. Denne problemstilling har givet anledning til megen diskussion, specielt i relation til begrebet »fare for liv eller helbred«. Man føres i denne forbindelse hurtigt ind på meget teoretiske betragtninger over sundhed og sygdom. I praksis er disse begreber tilsyneladende lettest at definere i den somatiske medicin. Det er da også indenfor dette område, at man fortrinsvis har talt om »rene« medicinske indikationer. Anlægges imidlertid blot nogenlunde snævre kriterier for et sådant begreb, viser det sig,

at der så godt som ikke findes praktiske tilfælde, der kan tilfredsstille et så snævert kriterium.

Når de fleste accepterer en noget videre definition af medicinske indikationer, indebærer det, at man accepterer, at psykologisk-psykiatriske og sociale momenter medinddrages i betragtningerne over indikationerne — i disse spiller kvindens og hendes omgivers subjektive holdning til graviditeten uvægerligt også en rolle. I det social-lægelige arbejde ved mødrehjælpsinstitutionerne fandt man størstedelen af de positive indikationer hos de gravide, der søgte abort på grund af det, man her i landet kaldte belastningssygdommen hos husmødre eller »belastningssyndromet«¹.

Diskussionen omkring de social-medicinske indikationer

Dette grundlag for indikationerne har givet anledning til megen debat. Fra lægelig side har man ofte svært ved at acceptere det brede social-medicinske sygdomsbegreb, som den beskrevne praksis indebærer. Man føler, at medicinsk set uvæsentlige argumenter anføres til støtte for indikationer, som i virkeligheden bygger på et subjektivt ønske fra kvindens side om at blive fri for at gennemføre et uønsket svangerskab. Særlig i de senere år har ikke få kirurger og gynækologer udtrykt, at de i og for sig kunne acceptere at udføre såvel disse som eventuelt også flere

¹ Syndrom: kompleks af samtidigt forekommende symptomer med evt. forskellig baggrund.

abortindgreb, blot loven indeholdt klare indikationsrammer for indgreb på basis af tyn- gende personlige, familiære eller sociale forhold.

Det er imidlertid vanskeligt at følge argumentationen. Alle praktiske lægelige afgørelser på et sådant felt er social-medicinske. I praktisk lægegerning og ikke mindst i de sociale institutioner, herunder mødrehjælpen, præsenterer kvinderne sig i disse tilfælde med en personlig og social problematik, i hvis baggrund såvel medicinske som psykologiske og sociale faktorer indgår på næsten uadskillelig vis.

Afgrænsningen af det medicinske indikationsbegreb til den anden side - overfor »rene« sociale indikationer - er ikke mindre delikat. I indikationsafgørelsen i tilfælde, hvor helbredsmæssige faktorer spiller en stadig mindre rolle, hvorimod velfærdsmæssige og sociale faktorer helt dominerer situationen, præges af betydelig usikkerhed. Navnlig vil lægen være uden særlige forudsætninger for en sådan prognostik.

Det må erkendes, at betydelig usikkerhed gør sig gældende ved indikationer baseret på social belastning hos kvinder med beskedne helbredsmæssige defekter, når indikationskriteriet er »alvorlig fare for liv eller helbred«. Den stærke subjektive overbevisning hos mange kvinder om, at abortus provocatus er nødvendig og gavnlig, har betinget, at man trods alt har opstillet indikationer bl. a. udfra en anerkendelse af, at tvivlen bør komme den ansøgende til gode, d. v. s. imødekomme hendes subjektive indstilling.

Demografiske forhold

Den demografiske situation

I vidt omfang er abortønsket led i et i vort samfund almindeligt accepteret og stærkt motiveret ønske om børnebegrænsning. Det enkelte individs personlighed og situation betinger store variationer i holdningen - nogle få vil ingen børn have, nogle få vil have ubegrænset antal, men flertallet følger det, som karakteriserer landet. At vi har den befolkningssammensætning, vi har, viser, at befolkningen må være meget aktiv i præventiv henseende. Den enkelte handler

1 Ordet »præventiv« vil her blive anvendt omtrent synonymt med »børnebegrænsning«, omfattende adfærd der begrænser forplantningen og således omfatter både aborter og anticonception.

imidlertid ikke for at tilfredsstille et teoretisk demografisk mønster men for at tilfredsstille personlige, følelsesmæssige, sociale eller helbredsmæssige behov.

Den anticonceptionelle adfærd

Hvordan effektuerer en befolkning nu en sådan demografisk adfærd? Nogle åbenbart ved en helt systematisk anticonceptionsmetode. Nogle anvender tilsvarende metoder, men anatomiske og fysiologiske forhold forringer måske resultaterne. Andre anvender samme effektive metoder men af psykologiske, sociale eller helbredsmæssige grunde knapt så systematisk. Atter andre anvender af mange forskellige grunde mindre effektive metoder. Endelig vil der være en gruppe som næsten aldrig eller aldrig anvender anticonception. Motivationsanalyser peger på en række vidt forskellige baggrundsfaktorer for den holdning spændende fra ringe intelligens over uvidenhed til sløseri og komplicerede psykologiske situationer.

Da børnebegrænsningsmotivet dominerer, og da de faktiske tal viser at det lykkes størstedelen af befolkningen nogenlunde at holde børneantallet på det ønskede niveau, må det være fordi de uønskede svangerskaber konverteres til aborter.

Abortadfærden

Aborterne repræsenterer i Danmark kun en ringe del af alle de uønskede svangerskaber, der ville opstå, hvis ingen anvendte nogen form for svangerskabsforebyggelse. Også abortadfærden hos de kvinder, der anvender abort som præventions- eller børnebegrænsningsmetode, kan opdeles i en række forskellige motivations- og adfærdsmønstre.

Børnebegrænsningsmotivet

Aborter er oftest betinget af et ønske om børnebegrænsning eller familieplanlægning. Ønsket om børnebegrænsning og familieplanlægning er stærkt følelsesmæssigt forankret i langt den største del af befolkningen. Det er knyttet til meget effektive sociale konventioner, som for de ugiftes vedkommende har en særlig karakter (moraliske kvaliteter samt realistiske, praktiske omstændigheder), men også for de giftes vedkommende er af meget forpligtende natur i forbindelse med personens og familiens soci-

ale status og prestige. En graviditet, der truer den meget værdsatte levestandard, truer den sociale status og truer med, at børneantallet overskrider de accepterede normer i det pågældende samfund, skaber en konflikt - i visse tilfælde af overordentlig styrke. Denne konflikts ydre manifestationer er det, vi møder i form af akutte og kroniske - fysiske og psykiske - reaktioner på det uønskede svangerskab i abortklientelet. Den enkelte personlighed med dens større eller mindre konflikttolerance og med dens særegne reaktionstilbøjeligheder farver det ydre billede. På samme måde indgår helbredsmæssige og praktiske faktorer i det billede, kvinden præsenterer, når **hun** møder som abortsøgende, evt. med et belastningsyndrom.

Dette er også forklaringen på, at belastningssyndromet meget **vel** kan forekomme også hos den socialt relativt velstillede. Børnebegrænsningskonflikten, kampen for en hæderlig status for familie og børn, er lige hård i næsten alle samfundslag.

Anticonception og abort tjener samme funktion: prævention eller børnebegrænsning, familieplanlægning. Den moderne børnebegrænsningsideologi begyndte i visse samfundsgrupper. I løbet af de sidst forløbne 100 (200) år har den bredt sig til stadig større dele af befolkningen, og er nu så godt som alment accepteret. Særlig i periodens begyndelse, men fremdeles i vidt omfang, er i første række afbrudt samleje og i mindre omfang abort de fremherskende præventive metoder. I den senere periode har tekniske anticonceptionelle metoder spillet en stigende rolle. Medens aborter tidligere kun kunne foretages illegalt, er de i de seneste årtier legaliserede på stadig videre indikationer, idet dels lovteksterne, dels den praktiske fortolkning har tilladt en sådan udvikling. Hertil komme de stadig mere liberale straffebestemmelser for illegal abort (jfr. kap. II s. 19). I det nu foreliggende lovforslag foreslås straffen helt ophævet. Man har usikre oplysninger om bevægelserne i det samlede abortantal, men det er sandsynligt, at det totale antal aborter er faldet de senere år. Afgørende for om et givet par anvender en eller anden form for anticonception eller »nødsages« **til** at anvende abort - legalt eller illegalt - er en række meget forskelligartede forhold af anatomi-

misk-fysiologisk, psykologisk eller social natur — forhold som snart er uomgængelige for det enkelte par i den givne situation og snart tilhører det personlige ansvars sfære, d. v. s. er et bevidst valg, som man er ansvarlig for. På tilsvarende forskelligartet måde vil ny udvikling i anticonceptions- og abortteknik samt i anticonceptionspolitik (oplysning, prisforhold, tilgængelighed) påvirke de beskrevne adfærdsfordelinger. Afgørende er, at børnebegrænsnings- og planlægningsmotiver har deres kraftige tag i størstedelen af befolkningen.

Det må også understreges, at det nu eksisterende demografiske mønster for befolkningens sammensætning måske ikke er det mest ideelle, selvom det har været medbetin- gende for udviklingen af den relativt høje sociale status. En liberalisering af abortad- gangen kunne teoretisk medføre en enorm forøgelse af aborterne, som det er set i Japan og Østeuropa. I disse lande drejede det sig imidlertid om en konvertering af uønskede fødsler til aborter. I Danmark (som iøvrigt i de vestlige lande) ville det dreje sig om en konvertering af anticonception til abort. Dette er formentlig væsentlig mindre sand- synligt.

Lægelige synspunkter

De lægelige synspunkter

Lægelige interesser knytter sig til, at abortus provocatus kan foretages, hvor dette er *lægeligt* indiceret, også hvor der blot er tvivl om indikationen. Den nuværende lov og lovfortolkning tilfredsstiller vistnok ethvert ønske i så henseende. Næppe nogen læge mener, at abortus provocatus ikke kan opnås i ethvert tilfælde, hvor han finder dette *lægeligt* indiceret. At mange læger udfra personlige synspunkter ønsker videre indikationer er en anden sag.

Moderne anticonceptions- og abortmetodik

Den beskrevne delvise sammenflydning (fusion) mellem de forskellige præventionsformer inklusive aborterne og også delvise fusion mellem legale og illegale aborter samt den beskrevne historiske udvikling mod stadig liberalere grænser for legale aborter har fået et nyt aspekt gennem de sidste års udvikling. Som anført i kap. VII s. 70 har udviklingen af de moderne anticonceptionelle

midler udfra rent teoretiske overvejelser kunnet rejse tvivl om, hvorvidt dens indgriben fandt sted på et så sent tidspunkt, at den i virkeligheden måtte anses som abortfremkaldende.

Til trods for denne tvivl om midlernes effekt i forhold til såvel konceptions- som nidationstidspunktet er der ikke i betydeligere omfang fra hverken lægelig eller anden side rejst alvorlige indvendinger mod de nye metoder.

Tidlige abortindgreb

Mens anticonception således sættes ind på stadig senere tidspunkt udvikler abortteknikken sig i retning af stadig tidligere indgreb. Nærværende udvalg er enig om, at lovgivningen bør strammes på dette punkt, så størstedelen af abortindgrebene foretages før 12. svangerskabsuge.

Med introduktionen af eksspirator-metoden er udviklingen mod tidlige abortindgreb yderligere accentueret.

Den nyere udvikling af henholdsvis anticonception og abort synes således at nærme de to præventionsmetoder til hinanden i henseende til, at deres angrebstidspunkt i forplantningsmekanismen nærmer sig, ligesom foranstaltningerne bliver biologisk, psykologisk og etisk identiske i stigende grad.

Sociale indikationer

Sociale indikationer i almindelighed

Udvalgets flertal har foreslået, at abort skal kunne opnås også på visse rent sociale kriterier. Man har foreslået adgang til svangerskabsafbrydelse dels i lovforslagets § 1, nr. 2, for kvinder, der er fyldt 38 år, inden udlobet af 12. svangerskabsuge, dels i lovforslagets § 1, nr. 3, for kvinder, der har født mindst 4 børn, som bor hjemme, og er under 18 år samt endelig i lovforslagets § 3, nr. 6, for kvinder udsat for en række sociale belastninger, der truer deres sociale funktionsduelighed.

2 principper kan anvendes for formulering af indikationskriterier. Enten skarpt formulerede nøjagtige kriterier, der kan »måles og vejes« eller vagt formulerede, alment holdte bestemmelser, der må fortolkes i det enkelte tilfælde. I første tilfælde skaber man et klart retsgrundlag, der ikke giver basis for vilkårlighed og også gør det tyde-

ligt for ansøgeren, om hun er berettiget eller ej. I andet tilfælde må der skabes en fortolkningspraksis, og en vis vilkårlighed vil uvægerligt gøre sig gældende, ligesom det er vanskeligt for ansøgeren helt præcis at forstå grundlaget for den konkrete afgørelse. Man har i lovforslaget benyttet sig af begge principper - det præcise i § 1, nr. 2 og 3, det vage i § 3, nr. 6. Kriteriet for anvendelsen af det ene eller det andet princip bør være, om de faktiske forhold lader sig klassificere med større eller mindre lethed og nøjagtighed.

»Automatiske« sociale indikationer

Der foreligger imidlertid intet grundlag for at antage, at der i de faktiske forhold er noget skarpt skel ved 38-års alderen så lidt som ved nogen anden aldersmæssig grænse blandt de kvinder, der søger abortus provocatus. Med stigende alder stilles efter den gældende lov et stigende relativt antal indikationer men der er intetsteds noget skarpt skel. Abortindikationerne er baseret på en kombination af medicinske, sociale og personlige faktorer, herunder aldersmæssige, men ikke så der er nogen entydig sammenhæng mellem alders- og øvrige faktorer. Der vil ikke sjældent findes kvinder på f. eks. 36 år, som alt taget i betragtning, og hvad enten man arbejder med medicinske eller med sociale indikationer, vil forekomme mere berettigede til »automatisk« abortindikation end andre på f. eks. 40 år, hvis medicinske, sociale og personlige forhold måske er helt tilfredsstillende, så de meget vel kunne gennemføre et svangerskab. En 38-års grænse vil virke som en meget vilkårlig sortering og vil forekomme mange vanskeligt stillede endog væsentlig yngre kvinder ganske urimelig.

I § 1, nr. 3, er vilkårs-situationen yderligere specificeret. Helt raske kvinder i gode kår, der har 4 egne børn under 18 år hjemme får automatisk abort, mens en i det væsentlige rask kvinde i trange kår, der har 3 egne børn og 1 adoptiv- eller plejebarn ikke kan opnå abort medmindre forholdene er så grelle, som skildret i § 3, nr. 6, (»social indikation«).

Såfremt det hævdes, at § 3, nr. 6, skaber mulighed for en glidende overgang og hindrer urimeligheder omkring de »automatiske« indikationer, må den tænkes admini-

streret så liberalt, at hele indikationsapparatet meget let bliver illusorisk.

En betinget »automatisk« adgang til legal abort indebærer, at man mener at kunne tilsidesætte en væsentlig del af de etiske, helbredsmæssige og psykologiske argumenter imod helt fri adgang til abort indenfor afgrænsede grupper. Har disse modargumenter en sådan mindre værdi i disse grupper end i andre, eller kan de ikke også tilsidesættes for andre gruppers vedkommende?

Nøjagtigt definerede abortindikationer kan ikke være ønskelige, da den præcise afgrænsning af kriterierne ikke svarer til præcise grænser i de forhold, der faktisk motiverer behovet for abort. De vil derfor virke uretfærdige og usmidige.

Udvalgets flertal motiverer bl. a. valget af henholdsvis 38-års-grænse og 4-børns-grænse med, at en stor del af de kvinder, som falder udenfor disse grænser i forvejen opnår abortus provocatus (92 pct. af begge kategorier), samt at fødselshyppigheden er lav udenfor disse aldersgrænser. Indstillingshyppigheden er imidlertid af samme høje størrelses-orden for de der blot er over 35 år (91 pct.) samt for de, der har 3 eller flere tidligere fødsler (89 pct.). De relative tal giver således intet argument for ikke at sætte grænserne for »automatisk« indikation lavere end foreslået. At det absolutte tal for »automatisk« indicerede abortindgreb vil blive større ved en lavere grænse kan næppe begrunde en højere grænse, da de relative tal er udtryk for, at de faktiske forhold er de samme såvel over som et godt stykke under de foreslåede grænser.

Samrådsbetinget social indikation

Medens lovforslagets § 1, nr. 2 og 3, med sine bestemmelser om »automatiske« indikationer endnu har en vis lægelig berettigelse, da en betydelig del af de pågældende ansøgere efter den gældende lov opnår medicinsk indikation, indebærer lovforslagets § 3, nr. 6, et afgørende brud med de medicinske hovedkriterier, som hidtil har været grundlag for legal abort.

Afgrænsningen mellem social-medicinsk og social indikation

En social eller velfærds-indikation blev allerede foreslået af den første svangerskabskommission i 30-erne, og det er forståeligt,

at forslaget atter fremsættes. Det er i mange henseender vilkårligt, at kun det medicinske indikationsområde er accepteret af lovgivningen. Principielt måtte mange andre indikationer, herunder måske ikke mindst de sociale, kunne anses for værdige til at komme i betragtning. Der findes ikke noget ret skarpt skel mellem social-medicinske og sociale eller personlige indikationer.

»Nødvendigheds«-kriteriet og hjælpeforanstaltningerne

Filosofien bag de hidtidige abortlovgivninger har været, at indgrebet skal være »nødvendigt« for at undgå fare. Svangerskabsloven er derfor indbygget i en social lovgivning. Når kun det medicinske indikationsområde accepteredes som legalt skete det bl. a. under hensyn til, at sociale indikationer modsvarede situationer, hvor samfundet principielt mente sig, eller i hvert fald burde være, i stand til at gøre indgrebet »unødvendigt«.

Mødrehjælpsarbejdet rummer gennem årene mange eksempler på, at en social støtte har kunnet være effektiv.

Der er ikke tvivl om, at udvidet støtte til mødrehjælpen, mere udbygget generel familielovgivning samt en effektiv forbedring af boligsituationen - for blot at nævne nogle områder - fremdeles kunne forebygge »nødvendigheden« af en del aborter på social indikation, især så længe det drejer sig om kvinder, der endnu ikke har fået et sådant antal børn, at det tidligere skildrede generelle børnebegrænsningsmotiv gør sig gældende. Overfor dette hjælper næppe nogen social støttelovgivning. Det er nødvendigt at gøre sig dette sidste klart, når man overvejer målsætningen for svangerskabs- og mødrehjælpslovgivning.

Imidlertid har de forløbne år peget på problemstillinger, som ved den første svangerskabslovs gennemførelse ikke stod helt klare. For det første er der grænser for, hvor omfattende en støttelovgivning, hvor ekstraordinær en særstilling og hvilke præferencer, man kan give en enkelt gruppe i befolkningen. Allerede den eksisterende støttelovgivning kan sommetider bidrage til skævheder, når alene det forhold, at en kvinde har ansøgt om abortus provocatus kan betinge fordele fremfor den i øvrigt ligestillede eller dårligere stillede, der af en eller anden

grund ikke har ansøgt. Alt i alt rummer de, der søger abort, formentlig en større frekvens af kvinder med lav tolerance (medicinsk, socialt, personligt) - det er imidlertid ikke altid lige begrundet at belønne denne økonomisk og materielt. For det andet viste det sig meget snart særligt i mødrehjælpsarbejdet, at rent personlige eller familiære motiver i adskillige tilfælde spillede en dominerende og ikke sjældent enerådende rolle. Mødrehjælpen har gennem hele sin udvikling lagt megen vægt på at yde støtte på disse områder og betonedet yderligere dette gennem udviklingen af familierådgivningsarbejdet. Dette er imidlertid en økonomisk og personalemæssig kostbar indsats, og den støtte, dette arbejde har fået, har været endnu mere kummerlig end til det sociale støttearbejde. Selvom en udbygning af dette arbejde utvivlsomt ville have abortforebyggende effekt, er det på den anden side dels indlysende, at mange af disse problemer er af så intrikat natur, at de ikke lader sig løse, dels at andre rent praktiske forhold (bl. a. mangel på kvalificeret personale) sætter ret snævre grænser for arbejdets udvidelse.

Positive begrundelser for social indikation

Det må således konkluderes, at både på det rent sociale område som navnlig på det personligt-familiære område eksisterer de »nødvendige« hjælpeforeanstaltninger ikke. Det må også konstateres, at en række omstændigheder indebærer, at det ville være utopisk at tænke sig dem udbygget i absolut ideelt omfang - dette gælder ikke mindst overfor de personligt og familiært motiverede ansøgere. Der er derfor god grund til at udvide indikationsrammerne til også at gælde sociale indikationer.

Kriterierne for social indikation

Hovedkriteriet i lovforslagets § 3, nr. 6, er, at svangerskabet eller omsorgen for barnet vil medføre »en alvorlig belastning af kvinden«. I sin videre tekst forsøger lovforslaget nærmere at præcisere såvel belastningens art som belastningsforøgelsens konsekvenser. Hvad angår selve hovedkriteriet, forekommer det tvivlsomt, om dette kan vurderes objektivt af udenforstående.

På det medicinske indikationsområde er hovedkriteriet »alvorlig fare for liv eller hel-

bred«. Selv når det drejer sig om socialmedicinske indikationer, befinder vi os på et kendt felt med videnskabelig og praktisk tradition for opstilling af prognoser og udøvelse af skøn på basis af objektivt iagttagne forhold. Læger, der er specielt trænet i denne tradition, udøver skønnene på basis af materiale indsamlet dels af dem selv, dels af socialkyndige. Naturligvis kan de medicinske abortindikationer ikke tillægges nogen absolut objektivitet, og som anført tidligere, har man i vidt omfang ladet tvivlen komme ansøgeren til gode. Drejer det sig derimod om vurderingen af, hvad der blot er »alvorligt belastende«, er det svært at se, på hvilket videnskabeligt og praktisk grundlag en sådan vurdering skal foretages, og man må frygte en betydelig grad af uensartethed og vilkårlighed. Navnlig må det også være vanskeligt at afgøre, hvilken vægt henholdsvis kvindens egen bedømmelse af situationens alvor, og de bedømmende undersøges, incl. samrådets vurdering skal tillægges. Der vil blive tale om et forsøg på en velfærdsprognostik, hvor det imidlertid er betænkeligt at tro, at man kan udvikle en definition og en praksis af større objektiv værdi. Hvis dette ikke er tilfældet, vil det blive bedømmernes, samrådenes og til syvende og sidst samfundets værdinormer (eller moralske synspunkter), der bliver kriterium for bedømmelsen. Det er betænkeligt at dogmatisere en sådan procedure, som indebærer, at samfundskomiteer (samråd) skal kodificere, hvilke sociale situationer, hvilken velfærdsgrad, der skal være acceptable for det enkelte individ.

Hvem kan stille social indikation?

Er det ikke mere end tvivlsomt, om nogen anden bedre end kvinden selv kan vurdere en social, velfærds-mæssig eller personlig risiko?

Det er også vanskeligt at se, hvilke fagfolk samrådene egentlig skulle bemandes med for at være kvalificerede til at træffe sådanne afgørelser. Mest relevante var måske socialrådgivere suppleret med - måske politisk valgte - bisiddere, der især kunne varetage kvindens personlige interesser. Læger kan ikke skønnes særligt kvalificerede til at vurdere disse prognoser udenfor deres erfaringsfelt. Det er misvisende, således som lovforslaget gør det, at tildele læger en fast ja

endog en dominerende placering i samrådene også i relation til de sociale indikationer. De forekommer uden særlig kompetence i denne forbindelse. At læger medinddrager sociale forhold i vurderingen af faren for liv eller helbred i henhold til den medicinske indikation indebærer ikke, at de er sagkyndige vedrørende bedømmelsen af sociale forholds betydning for en helt anden fare, som intet har med helbredet at gøre.

Hvem udelukker man?

Lovforslaget indeholder visse præcisioner, dels til karakteristik af, hvilken belastning, man især har haft i tankerne, dels af hvilke konsekvenser af belastningen, der først og fremmest betinger sociale indikationer.

Trods de meget generelle og vage præciseringer vil det blive vanskeligt at imødekomme f. eks. unge, ugifte gravide (for så vidt barnets tarv tilsiger det, er de dog omfattet af § 3, nr. 5.), gifte kvinder med store familiære eller personlige problemer, der lever i tilfredsstillende materielle kår, kvinder med helt personlige motiver (uønsket barnefader) eller som befinder sig i en konventions-konflikt (ekstramatrimoniel gravid, føler sig for gammel etc.).

Først og fremmest vil man åbenbart ikke imødekomme den gruppe kvinder, for hvem hovedmotivet er at opretholde, eventuelt forbedre en iøvrigt nogenlunde tilfredsstillende social status. Kvindens personlige holdning til barnet er heller ikke nævnt, således at kvinder, der enten slet ikke ønsker børn eller kun ønsker et begrænset antal måske kun 1 eller 2 børn men iøvrigt lever under tilfredsstillende ydre forhold, ikke kan imødekommes.

Personlige og familiære motiver for abort

Det hovedkriterie, som lovforslaget tilsigter at lægge til grund for adskillelsen mellem positive og negative sociale indikationer svarer således stort set til skellet mellem på den ene side egentlig sociale og på den anden side personlige eller familiært betingede motiver. Som fremhævet er der en betydelig motivoverlappning mellem alle indikationsområderne. Det gælder ikke mindst mellem sociale og personlige indikationer. Ovenførte fortegnelse over grupper, som lovforslaget formentlig tilsigter at udelukke fra positive indikationer, demonstrerer, at forslags-

stillerne har foretaget en vurdering af, hvilke motiver man anser for acceptable. Denne vurdering er ikke baseret på en objektiv påvisning af, at denne gruppe løber en særlig kvalificeret risiko, men kun på en subjektiv, ideologisk forudsætning om, at man finder den »sociale« gruppe mere værdigt trængende som abortansøgere. Gruppen med mere personlige motiver rummer erfaringsmæssigt mange, som er overordentlig bestemte i deres ønske om abort. Den rummer mange, som reagerer med stor — omend ikke sygelig - affekt på det uønskede svangerskab, og den rummer mange, hvis forhold til barnet løber stor risiko for at blive af negativ art, fordi barnet var så inderligt uønsket. Ikke mindst fra psykologisk og børnepsykiatrisk side har man ofte fremhævet ønskeligheden af, at indikationsformulering og indikationspraksis tog mere hensyn til at forebygge forekomsten af dårlige, sygdomsvoldende moder-barn-forhold, som betragteligt bidrager til børnepsykiatrisk- og børneforsorgs-klientel og dermed også til adskillige andre problem-klienteler. Hensynet til barnets tarv har iøvrigt været stærkt motiv for udvalget specielt ved udformningen af de milde formuleringer af § 3, nr. 4 og 5. Det er muligvis flertallets tanke, at netop nævnte bestemmelser vil imødekomme det her påviste behov. Meget slette moder-barn forhold vil dog kunne udvikles selvom det under graviditeten ved en enkeltundersøgelse ikke er muligt at påvise nogen lidelse hos moderen og selv om moderen er af moden alder. Mange af de gravide kvinder, der henvender sig om abort med mulighed for udvikling af en problematik, som den anførte, vil måske umiddelbart fremtræde som robuste, og deres ydre forhold vil være helt tilfredsstillende — selv en dyberegående undersøgelse har sommetider svært ved at afsløre problematikken. Det er derfor forståeligt, at deres motiver ikke vinder så umiddelbar en »sympati« hverken hos lovforslagsstillerne eller ved den praktiske bedømmelse i samrådene.

Konklusion vedr. social indikation

Konklusionen af disse betragtninger bliver da, at det er så godt som umuligt både teoretisk og praktisk at trække en tilstrækkelig skarp og velmotiveret grænse mellem rene sociale og andre ikke-medicinske indikationer, samt at læger ikke i særlig grad er

kompetente til at deltage i disse afgørelser samt endelig, at det i høj grad beror på vilkårlighed og uberettigede værdi-normer, når flertallet ikke vil imødekomme de mere personligt motiverede abortansøgere. Til trods for, at jeg som anført kan acceptere indikation for abortus provocatus på ikke-medicinsk grundlag, kan jeg af de her nævnte grunde ikke tilslutte mig forslaget om en isoleret social indikation for abortus provocatus.

Sociale indikationers indflydelse på illegale aborter

Udvalgets flertal har muligvis med sit forslag også tilsigtet at imødekomme en større del af de kvinder, der søger illegal abort. Imidlertid taler såvel erfaringerne fra det praktiske arbejde med abortsøgende som nogle af de nyere materialer (f. eks. Freund¹) for, at det illegale abortklientel rummer en overvægt af kvinder med mere personlig motivation for abort - netop disse kvinders bestemte overbevisning om ikke at ville gennemføre svangerskabet henviser dem til ikke at udsætte sig for overtalelsesforsøg og gå direkte til en illegal afbrydelse. En effektiv mindsning af de illegale aborter vil derfor først opnås, når de personligt motiverede medinddrages under indikationerne.

Som medunderskriver af betænkningen af 1964 om sterilisation og kastration, har jeg accepteret begrebet sociale indikationer for sterilisation samt lægers kompetence til i samrådene at tage stilling til sådanne indikationer. Selvom der er betydningsfulde forskelle i problemstillingen mellem abort og sterilisation, ville jeg dog i dag være tilbøjelig til også at foretrække fri adgang til sterilisation. Også på dette område har moderne anticonceptionsmetoder væsentligt mindsket behovet for operative indgreb.

Sammenfatning

Abortlovgivning og praksis tenderer mod stadig liberalere adgang til legal abort og stadig mindsket straf for illegal abort. Lovforslaget indebærer en yderligere udvikling i denne retning, og straffen for illegal abort forslås helt afskaffet.

Det kan således med ret stor vished forudsiges, at der før eller senere vil være stemning for en helt fri adgang til abort.

En afgrænset social indikation forekommer ikke tilfredsstillende.

Fri abort

Det vil derfor være at foretrække, at adgangen til abortus provocatus gøres fri med de begrænsninger med hensyn til kontraindikationer og tidsfrister som også flertallet anfører i sin diskussion af forslaget om fri abort (kap. VIII s. 74).

Fordele

Man ville opnå:

Illegale aborter ville forsvinde så godt som totalt indebærende de fordele flertallet anfører i sin diskussion af forslaget om fri abort (kap. VIII s. 74 f). Man har, som også flertallet anfører, i enkelte østeuropæiske lande, hvor man har eller har haft fri adgang til abort, oplevet, at der stadig forekom et vist antal illegale aborter. Dette behøvede næppe gøre sig gældende i Danmark, selvom det naturligvis ikke absolut kan udelukkes, at ganske enkelte af diskretionsmæssige eller andre grunde fremdeles enten selv eller illegalt vil lade indgrebet provokere.

Megen kvalificeret arbejdskraft blandt læger, socialrådgivere, jurister og andre kan spares i det meget uproduktive undersøgelses- og udredningsarbejde til fordel for en indsats på mere konstruktivt niveau, f. eks. rådgivnings- og behandlingsarbejde, som er stærkt tiltrængt men i øjeblikket må lades ligge, fordi udredningsarbejdet kræver uhyre megen tid. Alt i alt vil lovforslaget med dets rammeudvidelser medføre, at kun en yderst begrænset del af samtlige ansøgere ikke vil få abort bevilliget. Dette gør det yderligere betænkeligt for et sådant formål at binde store højt kvalificerede personalestyrker i denne lovgivnings administration.

En af svangerskabslovgivningens tristeste konsekvenser er den ofte meget ydmygende stilling ansøgeren bringes i overfor de læger, rådgivere og institutioner, hvortil de skal henvende sig for at opnå legal abort. Dette er en for lægeligt og rådgivende arbejde iøvrigt ukendt, ødelæggende og uværdig situation. Hvor forstående og imødekommende.

1 Lise Freund i betænkning om seksualundervisning i folkeskolen s. 87.

ansøgeren end mødes, forbliver hun dog applicant, som må blotte sine mest personlige følelser for at overbevise hende fremmede personer om en ret, som hun selv føler sig overbevist om at være i besiddelse af. Det er ofte fremhævet, at denne situation i væsentlig højere grad end selve abortindgrebet kan have belastende indflydelse på den enkelte kvinde mange år frem.

Betænkkeligheder

Kontraindikationer specielt af psykiatrisk, social og etisk natur vil i almindelighed ikke kunne respekteres. Graviditetsdepressioner og akutte affektreaktioner vil betinge indgreb, der senere fortrydes. En del kvinder vil udsættes for pres. Dette er vel det væsentlige af den pris, der må betales for en fri adgang til abort.

Abortindgrebets komplikationsrisiko må ses på baggrund af indikationens alvor. Særlig skærpes denne problemstilling i relation til de kvinder, der ikke allerede har børn. Sterilitetsrisikoen vil her gøre sig alvorligt gældende. Også disse forhold vil derfor bidrage til omkostningerne ved en fri adgang til abort. Især må man være betænkelig ved den sandsynlige mulighed for, at ganske unge samt iøvrigt umodne kvinder gentagne gange lader abortus provocatus foretage. Det må dog ud fra foreliggende erfaringer skønnes, at der vil blive tale om et stærkt begrænset antal tilfælde med en sådan adfærd. Forskellige forhold taler for, at fri adgang til abort kan medføre en væsentlig stigning i det samlede abortantal. Jeg hælder imidlertid til den opfattelse, at abort for langt de fleste er en meget modbydende udvej og befolkningen så anticonceptionsindstillet, at forskydningen næppe vil blive betydelig.

Endelig må de gynækologiske afdelingers kapacitet overvejes. Da man i dag regner med, at en betydelig del af de illegale aborter efterbehandles i de gynækologiske og kirurgiske afdelinger, vil det under hensyn til, at det samlede abortantal ikke ventes væsentligt forskudt, næppe være nogen overvældende kapacitetsforøgelse de gynækologiske afdelinger behøver.

Med hensyn til den abortforebyggende virksomhed må det erkendes, at fri adgang til abort indebærer en svækkelse af denne virksomhed. På den anden side må det også nævnes, at den meget høje indstillingsfre-

kvens af kvinder, der søger legal abort sammenholdt med det fremdeles høje antal illegale aborter, taler for, at hjælpeforanstaltningernes abortforebyggende effektivitet overfor det samlede aborttal kun har været ringe. I praksis har hjælp og rådgivning i vidt omfang været givet til kvinder, som også fik foretaget abortus provocatus. De pågældende kvinder repræsenterer et klientel, som har brug både for abort og social samt personlig hjælp.

Diskussion

Som det fremgår af kommentarerne til de enkelte punkter, mener jeg således, at fri adgang til provokeret abort har sin pris - en pris kvinderne først og fremmest kommer til at betale, og som man ikke bør se bort fra. Udvidede sociale og rådgivningsmæssige foranstaltninger samt udvidet anticonceptionsaktivitet vil kunne bøde lidt herpå, men vil ikke være absolut effektive. Trods disse betænkkeligheder finder jeg dog, at vi i dagens situation i Danmark - navnlig under hensyn til, at ingen argumenter taler afgørende for en betydelig forøgelse af det samlede abortantal - kan lægge hovedvægten på de fordele en fri adgang til abort vil indebære. Udviklingen peger ret utvetydigt på, at vi alligevel inden længe vil nå dertil. Vanskelighederne ved at arbejde med en isoleret social indikation, som den er indeholdt i lovforslaget, vil kun befordre denne udvikling. Det af flertallet anbefalede lovforslag repræsenterer en overordentlig kompliceret lovstruktur, som trækker en række mere eller mindre fiktive afgrænsninger indenfor et område, som i realiteten ikke ret godt lader sig opdele. Det vil fortsat binde en betydelig stab af højt kvalificerede personer i et omfattende undersøgelses- og bedømmelsesarbejde, som hurtigt må vise sig relativt illusorisk, navnlig fordi lovforslagets mange »mildnende« formler helt utvivlsomt vil medføre, at kun et ubetydeligt mindretal vil blive udelukket fra abortus provocatus. Det komplicerede og omfattende lovkompleks står ikke i forhold til de forventelige resultater.

Man kan beklage, at enkelte kvinder må betale en pris for friheden, men frigivelsen er i overensstemmelse med tidens tendens til at afstå fra formynderi overfor den enkelte borger, som til gengæld må påtage sig et større personligt ansvar.

Socialministeriets cirkulæreskrivelse nr. 163 af 28. september 1956 om mødrehjælpsinstitutionernes forberedende undersøgelsesarbejde i sager vedrørende svangerskabsafbrydelse samt disse sagers behandling i samrådene

Ifølge § 3, stk. 3, i lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab, jfr. § 1 i lovekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956 om mødrehjælpsinstitutioner, skal mødrehjælpsinstitutionerne til brug for behandlingen i samrådene af spørgsmål om, hvorvidt svangerskabsafbrydelse kan tillades, foretage visse forberedende undersøgelser med henblik på, om de i svangerskabslovens §§ 1 og 2 fastsatte betingelser for indgrebs foretagelse er til stede.

Med oprettelse af samråd og et for hele landet fælles nævn, jfr. § 6 A, stk. 3, i loven om mødrehjælpsinstitutioner, har det været hensigten at skabe mulighed for en ensartet praksis i sager angående svangerskabsafbrydelse. For at dette skal kunne opnås, er det nødvendigt, dels at samrådene har et såvidt muligt ensartet grundlag for bedømmelsen af de forelagte tilfælde, dels at de følger såvidt muligt ensartede retningslinier. Under hensyn til, at der her er tale om en fuldstændig nydannelse, har man næret betænkelighed ved på nuværende tidspunkt at fastsætte detaljerede retningslinier, men har dog på den anden side anset det for formålstjenligt at anføre følgende:

I. Mødrehjælpsinstitutionernes forberedende undersøgelser.

Disse undersøgelser er dels af social, dels af lægelig art.

A. Den sociale undersøgelse bør omfatte oplysning om:

- 1) Kvindens og eventuel ægtefælles/samlevers data, civilstand og erhverv,
- 2) kvindens levnedsløb, arbejdsmæssige forhold og personlige evner og anlæg, herunder særlig
 - a) barndomsforhold, skolegang og senere beskæftigelse,
 - b) ægteskabelige forhold (forhold til samlever),
 - c) boligforhold (i fornødent omfang med referat fra besøg i hjemmet)
 - d) kvindens egne og eventuel ægtefælles/samlevers økonomiske forhold,
 - e) antal børn og disses data,
 - f) tidligere aborter,
- 3) referat af samtale med ægtefælle/samlever eller andre pårørende,
- 4) hvilke hjælpeforanstaltninger, der vil kunne finde anvendelse, og hvilken efterbehandling, der kan blive tale om.

Det bør ved undersøgelsen yderligere sikres, at de i svangerskabslovens § 2 nævnte betingelser (erklæring fra værge m. fl.) er opfyldt.

B. Med hensyn til den lægelige undersøgelse bemærkes først, at der i henhold til svangerskabslovens § 3, stk. 3, i almindelighed skal indhentes oplysninger fra kvindens sædvanlige læge. Desuden skal mødrehjælpsinstitutionen i fornødent omfang søge

assistance af speciallæge, indhente erklæring fra arvebiologisk institut eller lade kvinden indlægge på sygehus eller dertil egnet hjem til observation eller behandling.

Den lægelige undersøgelse bør iøvrigt omfatte:

- 1) Arvelig disposition,
- 2) oplysning om kvindens tidligere og nuværende helbredstilstand (somatisk og psykisk) - også fra kvindens egen læge - samt eventuel tilstedeværende eller truenende fysisk eller psykisk svækkelsestilstand,
- 3) objektiv undersøgelse (højde, vægt, urinprøve, puls, blodtryk m. v.), i fornødent omfang psykiatrisk (herunder eventuelt psykologisk) specialundersøgelse,
- 4) exploration og i fornødent omfang gynækologisk specialundersøgelse,
- 5) redegørelse for eventuel risiko forbundet med svangerskabets gennemførelse,
- 6) redegørelse for, hvorvidt almindelige helbredsmæssige foranstaltninger kan finde anvendelse til undgåelse af svangerskabsafbrydelse, jfr. svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 1,
- 7) oplysning om, hvorvidt kvinden er blevet underrettet om risici i forbindelse med svangerskabsafbrydelse.

1 eksemplar af journalerne og andet materiale af betydning for sagens behandling i samrådet bør inden samrådsmødet tilstilles medlemmerne - eventuelt suppleanterne - af samrådet.

II. Sagernes behandling i samrådet.

Ifølge § 6 A, stk. 2, i loven om mødrehjælpsinstitutioner kan bestemmelse om, at svangerskabsafbrydelse kan foretages, kun træffes, når der foreligger *eenstemmighed* herom i samrådet. Samtlige medlemmer (eventuelt suppleanter) må være *til stede* for at afgørelse kan træffes i samrådet. Det understreges, at ethvert medlem (suppleant) af samrådet i tvivlstilfælde er berettiget til at kræve, at der, forinden afgørelse træffes, afæskes det i mødrehjælpslovens § 6 A, stk. 3,

omhandlede fælles nævn en udtalelse, hvorefter sagen tages op til fornyet behandling og afgørelse i samrådet.

Hvis der efter behandlingen i samrådet fremkommer *nye oplysninger* af betydning for spørgsmålet om, hvorvidt svangerskabsafbrydelse bør tillades, påhviler det samrådet at tage spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse op til fornyet behandling.

De på mødet vedtagne beslutninger indføres med angivelse af tid og sted for mødet og mødets deltagere i en af socialministeriet dertil autoriseret protokol, der ved mødets afslutning underskrives af medlemmerne (suppleanterne). I protokollen anføres samrådets journalnummer, kvindens navn, fødselsdato og bopæl samt mødrehjælpens journalnummer. I tilfælde af beslutning om svangerskabsafbrydelse finder nøje angivelse sted af den eller de lovbestemmelser, i henhold til hvilke beslutningen er truffet. I det omfang, samrådet kan træffe sin beslutning på grundlag af det af mødrehjælpsinstitutionen i den enkelte sag oplyste og er *enigt* om at indstille kvinden til svangerskabsafbrydelse eller om at meddele afslag, indføres samrådets beslutning i protokollen under henvisning til mødrehjælpens journal. Er der indenfor samrådet *ikke enighed* om afgørelsen, må de forskellige vota anføres. Er yderligere oplysninger helt eller delvis grundlag for samrådets afgørelse, må disse indføres i protokollen.

Såfremt afgørelsen træffes på grundlag af svangerskabslovens § 1, stk. 1, pkt. 4, bør protokollatet være særlig udførligt, da det her drejer sig om en principielt ny indikation. I disse tilfælde indsendes protokoludskrift til det i mødrehjælpslovens § 6 A omhandlede fælles nævn, adresse: Socialministeriet.

I samtlige tilfælde skal der i sager, hvor samrådet har truffet beslutning om, at svangerskabsafbrydelse kan ske, ved mødrehjælpsinstitutionens foranstaltning tilgå det sygehus, hvor kvinden indlægges, til brug for sygehusets journal et eksemplar af det sociale og lægelige materiale tillige med bekræftet afskrift af samrådets beslutning.

Endvidere påhviler det mødrehjælpsinstitutionen at give den læge, der har henvist kvinden, meddelelse om resultatet af henvendelsen vedrørende svangerskabsafbrydelse.

Nævnet angående svangerskabsafbrydelse

København K, den 10. april 1968

Svangerskabsudvalget har til brug ved sit arbejde anmodet nævnet angående svangerskabsafbrydelse om en redegørelse for nævnets virksomhed.

I denne anledning skal man oplyse følgende:

Nævnets opgave er ifølge mødrehjælpslovens § 6 A af følge samrådenes virksomhed og gennem vejledning over for disse at virke for en ensartet praksis i sager angående svangerskabsafbrydelse. Nævnet består ifølge loven af en leder af en mødrehjælpsinstitution eller en socialpraktiker med nøje kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde, en speciallæge i psykiatri og en speciallæge i gynækologi eller kirurgi. Medlemmerne, en suppleant for hvert af disse samt en sekretær for nævnet beskikkes af socialministeriet for en 4-årig periode. Nævnet har for tiden følgende sammensætning:

Borgmester, fru Edel Saunte,
overlæge, dr. med. Valdemar Madsen og
overlæge, dr. med. Emma Vestergaard.

Hertil kommer følgende suppleanter:

Rådmand, fru Oda Christensen,
overlæge, dr. med. Hans Bjerre og
overlæge Henrik Hoffmeyer.

Nævnets sekretær er ekspeditionssekretær i socialministeriet fru H. Loft.

Såfremt både et medlem og dettes suppleant er forhindret i at deltage i sagsbehandlingen, beskikker socialministeriet et ad hoc-medlem for den enkelte sag.

Nævnets vejledende virksomhed udøves i første række gennem samrådenes og hospitalslægenes adgang til at forelægge indikati-

onsspørgsmålet til udtalelse. Sådanne sager indsendes til nævnet i 7 eksemplarer, således at der fra sekretariatet tilgår hvert medlem et eksemplar, på grundlag af hvilket votering finder sted. Nævnet tilrettelagde oprindeligt sit arbejde med henblik på, at de enkelte sager skulle behandles i egentlige møder. På grund af sagernes hastende karakter viste denne fremgangsmåde sig imidlertid uanvendelig, og man gik herefter over til at afholde telefonmøder. Man har herved opnået, at sagernes ekspeditionstid er bragt ned til et minimum, idet nævnets medlemmer fra første færd har indstillet sig på, at afholdelsen af sådanne telefonmøder i videst muligt omfang har prioritet fremfor deres øvrige virksomhed. Hvor en sag fra samrådets side ikke skønnes tilstrækkelig oplyst eller der i øvrigt under nævnens behandlingen findes anledning til at indhente speciallægeerklæringer, udtalelser fra Universitetets Arvebiologiske Institut eller andre institutioner, eller det eventuelt skønnes påkrævet at lade patienten indlægges til observation på hospital, foranlediger nævnet de fornødne foranstaltninger iværksat, eventuelt således at nævnet på det foreliggende grundlag selv indhenter speciallægeerklæring i det konkrete tilfælde. I denne situation vil endnu et møde være påkrævet, men i flertallet af tilfælde vil nævnet på første møde træffe beslutning og så vidt muligt søge at nå frem til en enstemmig udtalelse. Nævnet har siden nedsættelsen i 1956 i tre tilfælde afgivet dissenterende votum.

Nævnet lægger ved udformningen af sine erklæringer vægt på at redegøre for samtlige de forhold, der er anset for relevante for sagens bedømmelse, og for de synspunkter, der

er kommet til orde under voteringen, således at udtalelsen ikke alene kan tjene til vejledning for samrådet i det enkelte tilfælde, men også, eventuelt ved senere offentliggørelse, kan være oplysende i almindelighed for samrådene i deres arbejde.

Fra et samråds indsendelse af en sag til vejledende udtalelse forløber der normalt maksimalt en uge, inden nævnets udtalelse er samrådet i hænde, hvilket svarer til det gængse interval mellem samrådsmøderne. Hvis skriftligt svar undtagelsesvis ikke kan foreligge på første samrådsmøde efter sagens forelæggelse for nævnet, gives der telefonisk meddelelse om nævnets stilling til sagen, som herefter følges op af den skriftlige udtalelse.

Der er i årene 1962—1964 af *samrådene* forelagt nævnet i alt 78 sager til vejledende udtalelse, medens antallet af sådanne sager i tiden 1. januar 1965-31. december 1967 har udgjort i alt 58 sager.

Fordelingen på de enkelte samråd af sager, forelagt inden for sidstnævnte 3 årsperiode, fremgår af følgende:

Samråd III, København	7 sager
Samråd IV, København	3 sager
Samrådet i Odense	5 sager
- i Svendborg	1 sag
— i Ålborg	5 sager
- i Hjørring	6 sager
— i Thisted	4 sager
- i Esbjerg	6 sager
— i Sønderborg	2 sager
- i Holstebro	1 sag
— i Holbæk	17 sager
- i Nykøbing F.	1 sag

De af samrådene forelagte sager har fordelt sig på følgende sagstyper:

Indikation i henhold til svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 1	8 sager
§ 1, stk. 1, nr. 1 og 3	5 sager
§ 1, stk. 1, nr. 1 og 4	6 sager
§ 1, stk. 1, nr. 3	16 sager
§ 1, nr. 1, nr. 3 og 4	4 sager
§ 1, stk. 1, nr. 4	19 sager

Inden for de tilfælde, hvor der er rejst spørgsmål om indikation for abortus provocatus i henhold til lovens § 1, stk. 1, nr. 1, har den største sagsgruppe vedrørt patienter med mere eller mindre alvorlige belastningsyndromer, medens der i § 1, stk. 1, nr. 4 - tilfældene for flertallets vedkommende er indgået diagnoserne intelligensdefekt, karakterneurose eller psykopati, ofte i forbindelse med ung alder.

I ialt 22 tilfælde har nævnet tilrådet abortus provocatus, medens indgrebet er frarådet i ialt 36 tilfælde.

Nævnets udtalelse er fulgt ved samrådsbehandlingen i samtlige tilfælde, hvorom der senere er indsendt eller telefonisk indhentet meddelelse om det passede, hvorved bemærkes, at der i 3 sager, om hvilke der er afgivet vejledende udtalelser, intet foreligger om udfaldet af samrådsbehandlingen.

I perioden 1. januar 1962-31. december 1964 indsendtes der i alt 18 sager af *overlæger*, på hvis sygehusafdeling patienter i henhold til samrådsbeslutning var blevet indlagt til svangerskabsafbrydelse, men hvor overlægen ikke umiddelbart kunne tiltræde afgørelsen. Antallet af disse sager har i 3 årsperioden 1965-1967 været 4. Heraf vedrører 2 sager beslutninger, truffet af samråd I i København, og 2 sager beslutninger, truffet af Århus-institutionens samråd I. I 3 af tilfældene var der tvivl om, hvorvidt der forelå indikation i henhold til lovens § 1, stk. 1, nr. 1, medens 1 tilfælde henhørte under § 1, stk. 1, nr. 4. I de 3 tilfælde tilrådede nævnet foretagelse af abortus provocatus, medens indgrebet frarådedes i det sidste tilfælde, hvor abortus provocatus imidlertid var foretaget på andet sygehus, inden forelæggelse for nævnet havde fundet sted. I de øvrige 3 tilfælde blev nævnets udtalelse fulgt.

Af hensyn til *nævnets arbejde med at følge samrådenes virksomhed* har nævnet anmodet samrådene om til orientering at indsende følgende kategorier af sager:

- 1) Alle sager angående svangerskabsafbrydelse i medfør af svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 4, også de sager, hvori der ikke meddeles tilladelse til afbrydelse.
- 2) Sager, hvori samrådet har truffet bestemmelse om svangerskabsafbrydelse og

hvor kvinden efter de for rådet foreliggende oplysninger tidligere har fået sit svangerskab afbrudt.

- 3) Sager, hvori der afgives indstilling om eller foretages sterilisation i henhold til svangerskabslovens § 1, stk. 4, i det omfang disse sager er samrådene bekendt, eller hvor spørgsmålet om anvendelse af denne bestemmelse giver anledning til tvivl.

Nævnet har herved anmodet om at få tilsendt udskrift af samrådsprotokollen med angivelse af navne på deltagerne i vedkommende samrådsmøde og endvidere om oplysning om tidspunktet for foretagelse af abortus provocatus (eller oplysninger om, at indgrebet ikke er foretaget, og begrundelsen herfor) og om tidspunktet for eventuel foretagelse af sterilisation, eller hvad der i øvrigt måtte være foretaget vedrørende sterilisations- eller antikonceptionsspørgsmålet. Endelig har man udbedt sig oplysning om, hvad der eventuelt måtte være foretaget med henblik på pågældende patients inddragelse under børne- og ungdomsforsorg, under åndssvageforsorg eller lignende.

Nævnet har i årene 1962-1964 i overensstemmelse hermed til orientering modtaget ialt 2.083 sager, hvoraf 403 var § 1, stk. 1, nr. 4-sager, medens 1.445 tilhørte den ovenfor under 2) anførte kategori. I kalenderåret 1965 indsendtes ialt til orientering 697 sager, hvoraf 136 affødte sådanne bemærkninger fra nævnets side, at man skriftligt orienterede vedkommende samråd herom. I 1966 udgjorde antallet af orienterings-sager 769, hvoraf 132 gav anledning til skriftlige bemærkninger, medens tallene i 1967 var 838 sager, hvoraf 92 førte yderligere korrespondance med sig. (Herudover har nævnets sekretær i adskillige tilfælde indhentet telefoniske oplysninger til belysning af uklarheder i de indsendte sager). I enkelte tilfælde har nævnet direkte henvendelse til den hospitalsafdeling, på hvilken en patient har været indlagt til abortus provocatus, specielt hvor lovens frist for indgrebets foretagelse er skønnet overskredet, ligesom nævnet efter aftale med socialministeriet direkte korresponderer med Statens Åndssvageforsorg, hvor de til orientering indsendte sager måtte give anledning hertil.

I forbindelse med nævnets almindelige rådgivende virksomhed indhentes, hvor de til orientering indsendte sager giver anledning hertil, speciallægeudtalelser vedrørende enkelte særlige sygdomme eller andre forhold, der måtte kunne afgive indikation for svangerskabsafbrydelse. Gennem nævnets beretning eller ved henvendelse til nævnet orienteres samrådene om sådant materiale.

Endvidere har der for at skabe overblik over anvendelsen af svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 4, af overlæge A. Myschetzky, Bispebjerg Hospital, efter anmodning fra nævnet været foretaget en undersøgelse af spørgsmålet, dels på grundlag af samtlige de i tidsrummet 1. oktober 1956-31. marts 1961 til svangerskabsnævnet indsendte sager vedrørende den nævnte bestemmelse, der af landets samråd er forelagt til vejledende udtalelse, dels på grundlag af sager, der i perioden 1. april 1958-31. marts 1961 er indsendt til orientering for nævnet fra de københavnske samråd.

Nævnet indkaldte oprindelig med regelmæssige mellemrum fra samtlige samråd alle de af samrådet i en givet periode - normalt et kvartal - behandlede sager til gennemsyn. Da der herved ikke konstateredes afgørelser stridende mod gældende lovgivning, indskrænkede man sig til at foretage indkaldelser, hvor der opstod mistanke om, at et samråd administrerede loven på en i forhold til de øvrige samråds praksis afvigende måde. Inden for de sidste 3 år er dette kun sket i ét tilfælde, hvor nævnet efter gennemsyn af et kvartals sager uden bemærkninger til de trufne afgørelser udbad sig samtlige sager fra det sidste år forelagt. I intet tilfælde fandt man imidlertid samrådets afgørelse angribelig eller urimelig efter gældende lov.

I de første år efter svangerskabslovens ikrafttræden foretog nævnet jævnlige rejser til landets mødrehjælpsinstitutioner for på møder med de enkelte samråds medlemmer at yde disse den vejledning, der måtte være behov for. En virksomhed af denne art har imidlertid på længere sigt vist sig praktisk uigennemførlig og som altovervejende hovedregel ej heller påkrævet, hvorfor møder kun afholdes, hvor nævnet opfordres hertil af samrådet eller hvor nævnet finder anledning til mundtlig drøftelse af generelle problemer.

P. n. v.
E. Saunte

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

17.9.1968

Til det af Justitsministeren pr. 21. februar 1967 nedsatte svangerskabsudvalg.

I besvarelse af udvalgets forespørgsel angående de med svangerskabsafbrydelse forbundne helbredsmæssige risici skal Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi herom udtale følgende, som i det væsentlige er baseret på danske erfaringer, forelagt og refereret i Ugeskrift for læger 121, nr. 41, 1967. For visse af de stillede spørgsmåls vedkommende har oplysningerne måttet hentes fra udlandet, fortrinsvis fra Sverige og de østeuropæiske lande, hvor legale svangerskabsafbrydelser udføres i stort tal.

Indledningsvis skal teknikken ved svangerskabsafbrydelse beskrives for at give de på dette område ikke særlig sagkyndige en forståelse af indgrebets forskellige karakter og størrelsesorden i svangerskabets første uger og senere.

Efter vor nuværende viden eksisterer der ingen pålidelig medikamentel eller hormonal metode til afbrydelse af svangerskabet, når dette først er etableret med det befrugtede ægs indvækst i livmoderens slimhinde, hvilket sker ca. en uge efter befrugtningen og ca. en uge før første udeblivende menstruation. Svangerskabsafbrydelsen må derfor foretages instrumentelt, som en operation, hvor man efter passende udblokning af livmoderhalsen indfører en curette (skrabeinstrument) eller en suger, hvormed ægget løsnes og fjernes. Den nødvendige udblokning af livmoderhalsen er afhængig af æggets og fosterets størrelse. I 8. uge (regnet fra sidste normale menstruation) er det tilstrækkeligt at udvide livmoderhalsen til en diameter af ca. 8 mm., i 10. uge til ca. 10 mm. og i 12. uge til ca. 14 mm. Disse indgreb kan udføres

i en seance og hospitalsopholdets varighed er ved ukompliceret forløb 3-4 dage.

Senere er fosteret så stort, at den nødvendige udvidelse af livmoderhalsen er forbundet med en betydelig risiko for bristninger i livmoderhalsen, hvorfor de fleste gynækologer i disse tilfælde foretrækker at forsøge at fremkalde et naturligt abortforløb, hvor effektiviteten efterhånden udvider livmoderhalsen og derpå udstøder fosteret. Dette sidste søger man at opnå ved at indsprøjte sæbekræm, saltvand eller glukoseopløsning ind i eller omkring ægget, hvorved dette i de fleste tilfælde løsnes og udstødes indenfor et tidsrum af 2-5 dage.

Hos ca. 25 pct. af kvinderne er proceduren ikke effektiv indenfor 3 dage og må eventuelt gentages, eller aborten må fremkaldes eller afsluttes med andre metoder, som f. eks. punktur af ægsækken og partiel fjernelse af ægdele, hvorefter resten overlades til naturen. I alle tilfælde vil der efter fosterets fjernelse eller udstødelse blive foretaget en afsluttende udtømmning eller rensning af livmoderhulheden ved udskrabning. I en del svangerskabsafbrydelser efter 12. uge vil abortforløbet således strække sig over en uges tid, og kvinden må 2 undertiden 3 eller 4 gange på operationsstuen, inden aborten er afsluttet. Dette er selvfølgelig en svær psykisk belastning for de pågældende kvinder, og smerterne i forbindelse med abortveerne kan undertiden være lige så stærke eller stærkere end ved en normal fødsel, selv om der gives de nødvendige smertestillende midler. Hospitalsopholdets varighed ved ukompliceret forløb er ca. 6 dage. I de ca. 25 pct. hvor flere indgreb må udføres er hospitalsopholdets varighed ved iøvrigt ukomplice-

ret forløb 7-10 dage. På grund af det noget usikre forløb ved sidstnævnte metode foretrækker en del gynækologer ved svangerskabsafbrydelse efter 12. uge, især hvis der samtidig er indication for sterilisation, at foretage indgrebet ved en operation, hvor bughulen åbnes, og fosteret fjernes ved et lille kejsersnit, hvorefter der udføres Sterilisationsoperation i de tilfælde hvor dette er indiceret. Operationen har den fordel at være en engangsprocedure, men er forbundet med den risiko, som ledsager enhver operation, hvor bughulen åbnes. Komplikationerne er ikke hyppigere end ved de per vaginam udførte indgreb, men er i reglen af alvorligere karakter, når de indtræffer, og dødeligheden er ca. 1 pro mille, noget højere end ved de vaginale indgreb. Hospitalsopholdets varighed er ved dette indgreb 8-10 dage ved ukomplikeret forløb.

Det fremgår tydeligt heraf, at der er en væsentlig forskel på karakteren og størrelsesordenen af et svangerskabsafbrydende indgreb i svangerskabets første uger og senere. I 8. uge er det et mindre indgreb end i 10. uge, som igen er mindre end i 12. uge, men disse indgreb kan dog næsten altid udføres i en seance og overståes med 3-4 dages hospitalsophold, medens indgrebene efter 12. uge har et lidt mere usikkert og længerevarende forløb.

Også med hensyn til forekomsten af primære komplikationer i tilslutning til indgrebet er der en tydelig forskel, idet de tidlige indgreb (før 12. uge) kun er ledsaget af ca. halvt så mange komplikationer som de sene og specielt er alvorlige komplikationer sjældnere.

Kriterierne for, hvad der bør anføres som en komplikation, er ikke fastlagte, og komplikationshyppigheden i tilslutning til svangerskabsafbrydelse angives derfor noget varierende i forskellige undersøgelser, men den ovenfor anførte tendens går igen i forskellige materialer uanset de anførte kriterier.

I Sundhedsstyrelsens store materiale baseret på 21730 anmeldelser om abortus provocatus i årene 1961-65 fandtes en gennemsnitlig komplikationshyppighed på godt 4 pct. uanset anvendt metode med noget lavere hyppighed ved tidlige end ved sene afbrydelser. De fleste meddelelser fra hospitalsafdelinger i Danmark anfører en væsentlig

højere komplikationshyppighed, men man kan formentlig gå ud fra, at der til Sundhedsstyrelsen stort set kun har været anmeldt de væsentligste komplikationer, og sorterer man i et hospitalsmateriale de letteste komplikationer fra, finder man ganske tilsvarende ca. 5 pct. komplikationer, som derfor må anses for risikoen ved de svangerskabsafbrydende indgreb, således som de har været udført i de senere år i Danmark.

I den ovenfor omtalte periode 1961-65 forekom 9 dødsfald i tilslutning til legal svangerskabsafbrydelse, svarende til en dødelighed på 0,4 pro mille. Til sammenligning skal anføres, at dødeligheden ved gennemført svangerskab i den samme periode var 0,2 pro mille. 7 af de 9 dødsfald efter svangerskabsafbrydelse indtraf ved sene aborter efter 12. uge.

Det skal fremhæves, at indgreb efter 12. uge kun udgør ca. 1/6 af samtlige indgreb. Den yngste af de døde var 28 år, den ældste 44.

Nogen sikker forøget risiko ved svangerskabsafbrydelse hos ganske unge kvinder er der ifølge danske materialer ikke.

Ifølge et patientmateriale fra Frederiksborg Hospital er der heller ingen forøget komplikationsrisiko hos førstegangsgravide. Hos kvinder over 40 år er der en lidt forøget risiko for blodpropper i tilslutning til de store abortindgreb. (Sundhedsstyrelsens materiale). Spørgsmålet om der er nogen særlig risiko ved gentagne svangerskabsafbrydelser findes ikke belyst i danske materialer, men af Malcolm Potts rapport »Legal abortion in Eastern Europe« fremgår det, at statistikkerne for Tjsekslovakiet viser, at svangerskabsafbrydelser (og vel især gentagne) disponerer til senere fødselskomplikationer som placenta prævia, abruptio placentae, cervixincompetens og forlænget fødselsforløb. Risikoen for disse fødselskomplikationer er i det hele ikke stor, men som nævnt forøget efter svangerskabsafbrydelse, og der synes navnlig på grund af erfaringer fra Ungarn desuden at være en tendens til senere for tidlig fødsel, i hvert fald er procenten af for tidlige fødsler og deraf betinget perinatal mortalitet fordoblet efter indførelsen af fri abort.

Risikoen for sene følger af svangerskabsafbrydelse i form af f. eks. selvbebrejdelser,

underlivslidelse eller sterilitet findes hidtil ikke belyst i danske undersøgelser, idet systematiske efterundersøgelser af disse patienter af flere grunde er vanskelige af gennemføre.

Sådanne efterundersøgelser er nu igang, men vil ikke give oplysninger før i løbet af 5-6 år.

Af svenske arbejder (Lindahl, Svanberg) fremgår det, at risikoen for senere sterilitet højst er 4-5 pct. og sandsynligvis lavere. Ek-blad har hos 479 kvinder, som fik foretaget abort på psykiatrisk indication fundet, at 11 pct. senere fortrød indgrebet. Denne ret forbavsende høje procent af fortrydelser og i visse tilfælde belastende skyldfølelse hænger formentlig sammen med, at det i alle tilfælde drejede sig om afbrydelser på psykiatrisk indication, og i mange tilfælde senere afbrydelser, hvor moderens følelse for fosteret utvivlsomt er mere udtalt end i svangerskabets første uger.

Om risikoen for alvorlige komplikationer og senere sterilitet ved illegal abort kan man ikke give nogen pålidelige oplysninger og tal, først og fremmest fordi illegale aborter ikke registreres som sådanne i hospitalerne, og en ukendt del hospitaliseres ikke. Kun ad omveje kan man danne sig et skøn over de illegale aborters antal her i landet, et skøn som falder imellem 7000 og 15000.

Det er dog en kendsgerning, at illegale aborter hyppigt er inficerede, ikke helt sjældent med alvorlige infektioner, som medfører langvarigt hospitalsophold, senere underlivslidelser og eventuelt deraf følgende sterilitet. Da illegale aborter hyppigere er ledsaget af alvorlige komplikationer end legale, må den deraf følgende risiko for senere sterilitet formodes at være størst efter illegal abort. Som en sikker oplysning skal det anføres, at i den samme femårsperiode, hvor der indtraf 9 dødsfald efter legal abort, var der 13 dødsfald i tilslutning til andre aborter, som formentlig alle må tilskrives illegale indgreb.

Om risikoen for senere sterilitet efter gennemgået fødsel er det vanskeligt at give tal-mæssige oplysninger. Sterilitet efter tidligere fødsel, såkaldt sekundær sterilitet forekommer ikke særlig sjældent, men i en hel del af disse tilfælde er der ingen årsagssammenhæng imellem den tidligere fødsel og steriliteten.

Komplikationer i tilslutning til fødsel, af samme art som ved abort, nemlig abnorm blødning, vævsbristninger, blodansamlinger, infektion forekommer i et 5 års hospitalsmateriale i knapt 3 pct. af 6634 fødsler (Frederiksberg Hospital 1961-66).

Der er her set bort fra de komplikationer, der skyldes svangerskabet som sådan, abnorme fosterstillinger og abnormt fødselsforløb, som man ikke finder det rimeligt at anføre i denne sammenhæng.

Med ovenstående mener Selskabet at have besvaret svangerskabsudvalgets spørgsmål og skal endelig navnlig ud fra risikomæssige betragtninger som sit syn på en eventuel udvidelse af adgangen til legal svangerskabsafbrydelse samt på en eventuel udvidelse eller indskrænkning af den efter svangerskabslovens § 1 stk. 2 i almindelighed gældende frist på 16 uger for afbrydelse af svangerskab udtale følgende:

Det fremgår af besvarelsen, at enhver svangerskabsafbrydelse er forbundet med en ikke negligabel risiko for primære komplikationer og senere følger. Denne risiko er forøget med stigende graviditetsalder og med de mere komplicerede indgreb, som må udføres ved svangerskabsafbrydelse efter 12. svangerskabsuge.

For at være lægeligt forsvarligt kræver svangerskabsafbrydelse en motivering, som kan bære denne risiko og særlig tungtvæjende bør motiveringen være ved en svangerskabsafbrydelse efter 12. svangerskabsuge. En indskrænkning i adgangen til svangerskabsafbrydelse efter 12. uge er derfor efter Selskabets mening tilrådelig.

Når svangerskabsafbrydelse er tilstrækkeligt motiveret, bør indgrebet udføres så tidligt som muligt i svangerskabet, hvor det i alle henseender er mindst belastende.

Indgrebet bør som hidtil kun foretages på hospital for derved at formindske risikoen og bevare muligheden for en omhyggelig registrering af forløbet.

Besvarelsen er efter opfordring af selskabets bestyrelse udarbejdet af overlæge Erling Østergaard.

P. b. v.

P. Lebech

Dansk Psykiatrisk Selskab
Formanden

Glostrup d. 21. august 1968

Til Svangerskabsudvalget.

Under henvisning til udvalgets skrivelse af 16. juni 1967 kan det oplyses, at Dansk Psykiatrisk Selskabs daværende bestyrelse anmodede overlæge Henrik Hoffmeyer om at være formand i et udvalg af psykiatere, hvis medlemmer man anmodede ham selv om at udpege, til besvarelse af udvalgets skrivelse. I udarbejdelsen af besvarelsen har deltaget følgende kolleger:

Johannes Andreassen, Århus. Inger M. Barslund, Hillerød. Harriet Bratlund, Århus. Elisabeth Bruun, København. Kirsten Fotel-Andersen, København. Einar Geert-Jørgensen, Frederiksberg. Inge Gyrin, Nivå. Thøger Harder, Slagelse. Knud Jacobsen, Odense. Helge Kjems, Århus. Ketty Kjærbye Kristensen, København. Asger Louw, Helsingør. Andrej Myschetzky, København. Aksel Petersen, København. Lisbet Uhrbrand, København. Emma Vestergaard, København.

Samt følgende læger under åndssvageforsorgen:

Aksel Olsen, Farum. Martin Clausager, Brejning. Gunnar Wad, Vodskov. P. A. Schwalbe-Hansen, Birkerød. Ellen Eriksen, Vodskov. Grethe Kralund, Rødby Havn. Oluf Scheel Thomsen, Rødovre.

Med skrivelse af 22. juli 1968 har overlæge Henrik Hoffmeyer fremsendt udvalgets besvarelse af svangerskabsudvalgets spørgsmål. Besvarelsen fremsendes hoslagt i 12 eksemplarer.

Med venlig hilsen
Gudmund Magnussen
Overlæge, dr. med.

I skrivelse af 16. juni 1967 har det af justitsministeren af 21. februar 1967 nedsatte svangerskabsudvalg stillet en række spørgsmål til Dansk Psykiatrisk Selskab.

Selskabet har ladet spørgsmålene besvare af et udvalg bestående af psykiatriske speciallæger med særlig erfaring og interesse indenfor det pågældende område.

Svangerskabsudvalgets skrivelse kan opdeles i en række enkeltspørgsmål som er drøftet særskilt.

Der spørges først om *svangerskabet specielt i dets første uger kan medføre sådanne ændringer i en kvindes psykiske tilstand*, at hun vil være mindre egnet til i denne periode at tage et ud fra hendes almindelige forudsætninger velovervejte standpunkt til spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse.

Spørgsmålet må vedrøre de endogene evt. hormonalt betingede stemningssvingninger, som karakteriseres som »fysiologisk depression«, og som antages at forekomme i de første 3 svangerskabsmåneder. Tilstanden er delvis beslægtet med »præmenstruelle forstemninger«. Tilstanden må adskilles fra f. eks. de psykogene reaktioner, der kan opstå hos kvinder, som er plaget af udtalte opkastninger i svangerskabets begyndelse eller har andre fysiske besvær i forbindelse med svangerskabet og i tilslutning hertil udvikler en sekundær reaktion af depressiv eller anden natur. Der kan ligeledes udvikles psykogene evt. panikprægede reaktioner på selve graviditetens konstatering navnlig hos kvinder, hvem graviditeten på en eller anden måde kommer på tværs. Endelig eksisterer en mulighed for, at en graviditet kan udløse en depressiv fase hos en manio-depressiv eller manio-depressivt disponeret patient. Dette sidste synes dog at forekomme overordentlig sjældent.

De psykiatriske erfaringer med hensyn til forekomsten af »fysiologiske depressioner« i svangerskabets første trimester er ikke omfattende. Praktiserende læger og obstetrikere har formentlig større erfaring, idet de har nærmere kontakt med denne patientkategori.

Egentlig endogene forstemninger i graviditetens første trimester forekommer men er sjældne. De ytrer sig i et for den pågældende personlighed abnormt sortsyn, som senere under graviditeten på en måde, der ikke umiddelbart lader sig forklare af de ydre omstændigheder, ændres til en mere optimistisk holdning. Forekom sådanne tilstande i mere betydeligt omfang, måtte det have indflydelse på spørgsmålet om tidsfristerne for foretagelse af abortus provocatus. I mere betydelig grad forekommer disse tilstande imidlertid så sjældent, at de ikke med større styrke kan anvendes som argumentation mod at fastsætte f. eks. en 12-ugers frist for foretagelsen af abortus provocatus. Selv om den depressive stemning nok i visse tilfælde også kan medføre en »forvrængning« af kvindens holdning til spørgsmålet om graviditetens gennemførlighed og den belastning den måtte udøve på hende, var der dog almindelig enighed om, at denne forvrængning næppe forekom i et sådant omfang, at de pågældende kvinder kunne betegnes som egentligt »mindre egnede« til at tage et velovervejet standpunkt.

Svangerskabsudvalget beder i sit andet spørgsmål oplyst, *om der findes danske eller udenlandske videnskabelige undersøgelser af eventuelle psykiske følger efter svangerskabsafbrydelse*. Der må i denne forbindelse først og fremmest tænkes på de efterundersøgelser af abortklientelet, som er foretaget i lande som Sverige og Danmark. Derimod er der næppe nogen interesse knyttet til forskning i lande med fuldstændig anden lovgivning og helt andre kulturelle forudsætninger på dette område. Det må være af interesse at tage stilling såvel til de evt. psykiske følger af svangerskabsafbrydelse som til de evt. psykiske følger af, at der var meddelt afslag på ansøgning om svangerskabsafbrydelse. De vigtigste foreliggende undersøgelser er:

Statens offentliga utredningar 1953: 29: Abortfrågan, Betänkande avgivet af 1950-års abortutredning, Stockholm 1953.

Ekblad: Induced Abortions on Psychiatric

Grounds. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, Supplementum 99 København 1955.

Glaus: Über Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Verhütung, Schweiz 1962.

Kerstin Höök: Refused Abortion: Follow-up Study of 249 Women Whose Applications Were Refused by the National Board of Health in Sweden, Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum nr. 168. København 1963.

Endelig bør nævnes den af afdøde dr. Lise Freundt for seksualoplysningsudvalget udarbejdede foreløbige redegørelse for en undersøgelse af aborterende kvinder.

Man går ud fra, at disse arbejder er svangerskabsudvalgets medlemmer bekendte.

I sin videre formulering af dette spørgsmål, anmoder svangerskabsudvalget selskabet om, såfremt man ikke ser sig i stand til at referere danske eller udenlandske videnskabelige undersøgelser, da at afgive en vejledende udtalelse om spørgsmålet på grundlag af almindelige erfaringer. Der spørges specielt, *om der kan påvises større eller varierende psykiske belastninger ved illegal end ved en legal svangerskabsafbrydelse, samt om visse grupper af kvinder er særlig udsat for sådanne skader* f. eks. ganske unge kvinder, kvinder der gentagne gange har fået foretaget abort, psykisk afvigende kvinder, kvinder fra bestemte miljøer eller kvinder, der har fået svangerskabet afbrudt efter pres eller overtalelse fra omgivelserne.

Udtrykkene »psykiske følger« og »psykiske belastninger« må formentlig omfatte såvel egentlige psykopatologiske reaktioner som mere adækvate, muligt i visse tilfælde neurotisk farvede, reaktioner i form af anger og fortrydelse. Med hensyn til de førstnævnte, forekommer sådanne formentlig overordentlig sjældent. Kun enkelte eksempler på sævre psykotiske reaktioner på foretaget abortus provocatus er kendte her i landet, men svære neurotiske angerreaktioner kan forekomme hos sensitive og depressive karakterneurotikere, hvor man jævnligt vil finde kontraindikation mod abortus provocatus. Netop det forhold, at de kontraindicerende momenter overvejes hver gang, der stilles indikation for abortus provocatus, er nok årsag til, at man så sjældent møder sværere psykiske komplikationer efter foretagen

svangerskabsafbrydelse. Stærk religiøs overbevisning må i mange tilfælde forsigtiggøre indikationsstillingen. Det bør understreges, at der nok er en tendens til, at de stærkt kontraindicerende faktorer forekommer hos kvinder hos hvem de indicerende faktorer også jævnlige er tungtvejende. Til disse overvejelser må dog også føjes, at man har et bestemt indtryk af, at angerreaktionerne forekommer med forskellig frekvens i forskellige befolkningsgrupper. F. eks. mødes i abortklientellet kvinder fra landbomiljø, som allerede har en del børn, og som er psykisk modne og veludrustede men ofte trætte og forslidte og således med ret tungtvejende indikationer for abortus provocatus. Uden nogen mere udtalt personlig religiøs holdning har sådanne kvinder kunnet anmode mødrethjælpens læge om at skjule deres ønsker om at gennemføre svangerskabet for ægtemanden. Man har da måttet befri dem for ansvaret ved klart at meddele manden, at afslaget beroede på en samrådsbeslutning, således at han ikke fik mistanke om, at hustruen ikke selv ønskede afbrydelse.

Der er næppe nogen afgørende forskel på de reaktioner, man møder hos kvinder, der har fået foretaget illegal abort og hos kvinder, der har fået foretaget legal abort. Der kan i en del tilfælde udvikle sig en større frygt for de rent fysiske konsekvenser af illegal abort, hvorimod der skønnes at være stor tillid til, at legale abortindgreb foretages under så betryggende omstændigheder som muligt. Der er muligvis en tendens **til**, at visse kvinder ikke skelner helt skarpt mellem behandlingen ved legal og illegal svangerskabsafbrydelse. Mange kvinder indlægges dagen efter, at den illegale abort er sat igang, og det forekommer da, at det ikke står dem helt klart, om indgrebet var legalt eller illegalt. Der er nok en stigende tilbøjelighed til at betragte den illegale abort som noget »naturligt« på linie med »retten« til at få foretaget legal abort. En kvinde, der arbejder på en stor arbejdsplads, vil være klar over, at en hel del af de øvrige kvindelige arbejdere har været i kontakt med samme kvak-salver, som hun selv.

Angerreaktionerne efter legal abort synes, når de forekommer, mest udviklet hos gifte kvinder med relativt få børn. Sådanne kvinder kan føle sig udsatte for et indirekte pres, idet de stræber efter at holde sammen på

hjemmet, familien og opretholde dens standard intakt. Af og til ytrer fortrydelsen eller angeren sig kun indirekte f. eks. ved, at den pågældende bliver mere omsorgsfuld - måske pylret — overfor de tidligere fødte børn. Svangerskabsafbrydelser hos unge skønnes ikke ansvarlige for større komplikationshyppigheder end i ældre aldersgrupper. Snarere tåler de unge patienter bedre abortindgrebene - de føler, at det er deres »ret«, og de tænker ikke så meget over sagen.

Alt i alt mener man dog, at den eksisterende indikationspraksis har været en sådan, at afgørelserne i det lange løb - hvadenten disse er faldet positivt eller negativt ud — har været mødt med tilfredshed hos de fleste, der har ansøgt om legal abort. Det kan dog ikke udelukkes, at store grupper har afholdt sig fra at ansøge, fordi de - oftest med rette - forventede en negativ afgørelse.

Spørgsmålet om, *hvorvidt procedurerne omkring opnåelsen af tilladelse til svangerskabsafbrydelse samt om selve operationen og opholdet på hospitalet kan virke psykisk traumatiserende* må besvares med, at der ikke er tvivl om, at mange kvinder føler sig overordentlig ydmygede ved forundersøgelserne. I en del tilfælde ytres også en del bitterhed mod manden. Derimod skønnes procedurerne på hospitalet eller omkring operationen og selve operationen ikke i noget særligt omfang at være årsag til senere psykiske reaktioner omend ikke få giver udtryk for, at såvel personale som medpatienter »ser ned på dem« og behandler dem ringere. Man har indtryk af, at tilstedeværelsen af sådanne reaktioner afhænger meget af såvel den behandlende afdeling som af kvinden. Særligt skal det dog fremhæves, at 2-seance-indgrebene, hvor der ofte går flere dage inden aborten afsluttes, og hvor procedurerne ofte må gentages, kan være stærkt psykisk belastende, især hvor det drejer sig om stærkt neurotiserede kvinder.

En del kvinder med åndssvaghed, psykopatiske træk eller sådanne kvinder, som får foretaget svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation er tilbøjelige til at fortryde abortindgrebet, ligesom disse kan føle sig under et vist pres fra deres omgivelser eller lægers side med hensyn til spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse. Netop blandt psykopatiske og i enkelte tilfælde blandt åndssvage kvinder finder man ikke sjældent, at

de allerede inden, indgrebet er foretaget, fortryder deres ansøgning og afstår fra at få det foretaget. Blandt lettere åndssvage og sinker finder man af og til senere - når de ydre forhold er blevet meget bedre - en vis fortrydelse over tidligere abortindgreb, men sådanne reaktioner kan evt. være inducerede af omgivelserne. Det er ikke indtrykket, at disse fortrydelsesreaktioner har haft karakteren af egentlige psykopatologiske reaktioner. Man kan vel i en del tilfælde se fortrydelsen som udslag af, at svagtbegavede mennesker er et let bytte for omgivelsernes holdning, og at de på den anden side senere på ringe foranledning kan komme til at mene det stik modsatte.

Udover ovennævnte gruppe finder man, at kvinder af og til føler sig pressede af forældre, barnefader eller øvrige omgivelser til at lade svangerskabsafbrydelse foretage. Man er tilbøjelig til at mene, at samtalerne på Mødrehjælpen i reglen er i stand til at afdekke sådanne pressituationer, således at de pågældende kvinder kan gennemføre deres svangerskab. Det kan dog hænde, at en kvinde, der ikke selv ønsker abort, kun henvender sig, fordi hun føler, at hun står stærkere, når samrådet har givet afslag. Kun i enkelte tilfælde har man observeret, at hun bryder sammen under omgivelsernes pres og må indlægges i depressiv tilstand. Fra eet samråd er dog refereret, at man i en enkelt uge havde to tilfælde, hvor en ung kvinde henstillede til Mødrehjælpen, at ansøgningen om svangerskabsafbrydelse blev forelagt samrådet, således at hun overfor forældre og læge kunne dokumentere, at hun ikke kunne opnå tilladelse til at få foretaget svangerskabsafbrydelse. Dette er i overensstemmelse med det tidligere om kontraindikationer mod abortus provocatus anførte.

Svangerskabsudvalget spørger videre *om bortadoption* af det fødte barn anses for mere belastende for kvinden end afbrydelse af svangerskabet.

Det er et almindeligt træk hos voksne kvinder, at de fortryder en bortadoption, og at denne fortrydelse ofte kan have en ret alvorlig karakter til trods for, at de pågældende kvinder måske forstod, at omstændighederne tvang dem til at handle, som de gjorde. Drejer det sig om unge kvinder under 18 år, syntes de ikke i helt samme grad belastede af at bortadoptere barnet. Udval-

gets spørgsmål vil man således være tilbøjelig til at besvare derhen, at man i almindelighed må anse bortadoption for mere belastende end afbrydelse af svangerskabet. Det understreges i denne forbindelse, at enkelte kvinder i perioden efter fødslen befinder sig i en så depressiv tilstand, at det måske er tvivlsomt, om det er berettiget, at acceptere deres evne til at tage standpunkt til, hvorvidt barnet skal bortadopteret eller ej på dette tidspunkt. Der henvises til, at dette spørgsmål er nærmere behandlet i betænkningen om samarbejdet mellem mødrehjælpen og børneforsorgen.

Endelig ønsker svangerskabsudvalget oplyst, *om gennemførelse af svangerskab og fødsel hos ganske unge kvinder kan medføre uheldige følger* i psykisk henseende, f. eks. standsning eller hæmning af den pågældende kvindes udvikling.

Man må i denne forbindelse først og fremmest lægge vægt på den svære sociale belastning, som mange af de helt unge udsættes for, når de må gennemføre svangerskab og fødsel. Dette gælder ikke mindst hvis den psykiske modstandskraft i forvejen er ringe, som tilfældet f. eks. er hos intelligensdefekte. De har i mange tilfælde langt fra tilstrækkelig støtte, og deres forhold bliver overordentlig komplicerede. Sekundært til den sociale misere udvikles ikke helt sjældent psykiske komplikationer af depressiv eller neurotisk natur. Drejer det sig om helt unge piger under uddannelse, kan man i enkelte tilfælde, især når de pågældende på forhånd er sensitive eller meget overbeskyttede stå overfor en mere direkte psykopatologisk reaktion på svangerskab og fødsel samt pasning af barnet. Man har indtryk af, at sådanne ganske unge piger kan blive slået helt ud af deres bane, gå i stå, forblive barnlige og opgivende med hensyn til uddannelse og social tilpasning. De kan blive tomme og interesseløse, lade sig underholde af forældrene og være svære at rette op igen. Man er ikke i stand til at give denne tilstand nogen specifik diagnose. Man vil i det enkelte tilfælde heller ikke med sikkerhed kunne udelukke, at den pågældende udvikling ikke på forhånd var i gang og graviditeten således nærmere at opfatte som et symptom, der gennem en tilbagevirkende mekanisme yderligere accellererede den igangværende patologiske udvikling.

Redegørelse fra mødrehjælpen i København om mødrehjælpens hjælpeforanstaltninger

Ifølge § 1, stk. 1, i lov nr. 119 af 15. marts 1939 om mødrehjælpsinstitutioner med senere ændringer har mødrehjælpsinstitutionerne til formål at give svangre kvinder personlig, social og juridisk bistand, råd og vejledning med hensyn til deres svangerskab, derunder om den hjælp af økonomisk og lægelig art, der under svangerskabet og efter fødslen står til rådighed for dem selv eller til hjælp ved forsørgelse af det ventede barn. I forbindelse med den personlige bistand er der i loven hjemlet adgang for institutionerne til at yde forskellige hjælpeforanstaltninger, bl. a. direkte økonomisk støtte til imødegåelse af den trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet samt til uddannelse af enlige mødre.

I. Personlig, social og juridisk bistand

Personlig hjælp og støtte nævnes først blandt de opgaver, der ved loven er pålagt mødrehjælpen. Mødrehjælpen er i forbindelse med størsteparten af de virkelig vanskeligt stillede gravide kvinder og mødre med småbørn her i landet. Som typiske grupper inden for mødrehjælpens klientel kan nævnes unge nygifte, der har startvanskeligheder af økonomisk, boligmæssig eller anden art, en del ikke helt unge, ofte børnerige kvinder, som er ved at køre træt, samt ugifte og andre enlige mødre.

Til ansøgere med så vidt forskellige problemer er der brug for vidt forskellige hjælpeforanstaltninger, men fælles for dem alle er det, at de trænger til at møde venlighed og forståelse for netop deres problemer, og at man kan yde dem den individuelle bistand, der er nødvendig. Det kan være bistand af rent praktisk karakter, som vejledning ved-

rørende husførelse, budget og børneopdragelse, eller juridisk bistand til ugifte mødre i forbindelse med faderskabssager, eller det kan være personlig, social-lægelig bistand i tilfælde, hvor vanskelighederne bunder ikke alene i ydre forhold, men også i den enkeltes fysiske og psykiske tilstand.

Som et led i det rådgivende arbejde begyndte mødrehjælpen i København i 1949 en mere systematisk familierådgivning, først som en forsøgsordning med en særlig konsultation uden for den sædvanlige arbejdstid, i de senere år som et naturligt og nødvendigt led i mødrehjælpens almindelige virksomhed. I familierådgivningen prøver man ved en kombination af praktisk, økonomisk, psykologisk og lægelig støtte at hjælpe til bunds og at hjælpe på langt sigt. Man arbejder ud fra det synspunkt, at den enkelte må ses som led i familien, således at det er hele den familiære situation, der bliver genstand for rådgivning og behandling. Man tilstræber først og fremmest at skaffe bedre tilpasning mellem ægtefæller, mellem børn og forældre i samspillet mellem familiens medlemmer og i forholdet til omgivelserne. Familierådgivning er en krævende opgave, som nødvendiggør samarbejde i et sagkyndigt, flerledet team. I mødrehjælpens mangeårige opbygning har man her socialrådgivere, Hemkonsulenter, jurister, psykologer og psykiatere.

Resultaterne af arbejdet har været tilfredsstillende. En efterundersøgelse, foretaget for nogle år siden, viste, at mange familier væsentligt fik forbedret deres familiemæssige situation ved familierådgivning. Vanskeligheder ved at skaffe kvalificeret personale i fornødent omfang har imidlertid medført, at mødrehjælpsinstitutionerne i

provinsen kun i ringe omfang har kunnet tage denne meget vigtige, men samtidig meget tidskrævende opgave op, ligesom mødrehjælpen i København af samme grund langt fra kan give familierådgivning i de tilfælde, hvor der er behov herfor. Det er så meget mere beklageligt, eftersom der i moderne socialbehandling synes at være almindelig enighed om, at familien og dens funktionsdygtighed er hele grundlaget for en videregående social indsats.

II. Direkte økonomisk støtte

A. Historisk baggrund

Der har gennem årene været en stigende erkendelse af, at social-økonomiske forhold og social trykthed under svangerskabet og i tiden efter fødslen kunne være af lige så stor betydning for barnets og moderens, respektivt familiens trivsel som rent lægelige foranstaltninger. Som en følge heraf har det synspunkt vundet mere og mere forståelse, at svangreforsorg ikke alene omfatter tidligst mulig diagnose og behandling af sygelige tilstande, men også en nøje udredning af belastende sociale, personlige og konstitutionelle forhold og eventuelle hjælpeforanstaltninger heroverfor.

Efter den oprindelige mødrehjælpslov af 1939 havde institutionerne adgang til at yde økonomisk støtte til forbedring af mødrenes stilling i det omfang den enkelte institutions økonomi tillod det, d. v. s. at hjælpen hovedsagelig måtte afholdes af de midler, de enkelte institutioner rådede over, hidrørende fra gaver, legatmidler eller lignende.

Den nugældende bestemmelse i lovens § 1, stk. 5, hvorefter institutionerne i ganske særlige tilfælde kan yde direkte økonomisk støtte til imødegåelse af den trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet, blev indsat ved en ændring af mødrehjælpsloven i 1948. I lovforslagets motiver anføres bl. a. følgende:

»I den siden mødrehjælpslovens ikrafttræden forløbne tid har det imidlertid i stigende grad været følt som et savn, at der ikke i lovens § 1 og 2 indeholdes hjemmel til at yde direkte økonomisk støtte til kvinder, der har sådan hjælp behov. Denne opgave har derfor kun kunnet tages op af mødre-

hjælpsinstitutionerne, når der fra privat side blev stillet midler til rådighed hertil.

Det må efter de indvundne erfaringer antages at ville være af overordentlig stor betydning for institutionernes arbejde, om de blev sat i stand til ved siden af den personlige, sociale og juridiske rådgivning at give en økonomisk håndsækning efter et friere skøn end det for ydelse af almindelig offentlig hjælp gældende. Dette gælder ikke mindst i de tilfælde, hvor en kvinde henvises til mødrehjælpsinstitutionen, fordi hun ønsker sit svangerskab afbrudt. Erfaringerne viser, at kvindernes ønske herom i stor udstrækning kan føres tilbage til økonomiske vanskeligheder, og i mange tilfælde frafaldes ønsket, såfremt institutionen er i stand til at sætte ind på dette punkt. Den personlige støtte og vejledning bliver derfor først effektiv, når den kan ledsages af en økonomisk støtte, som kan have en psykologisk betydning i retning af at skabe ro hos kvinden og tillid til den hjælpende institution, som rækker langt ud over pengenes værdi.

Man må herved erindre, at der ikke i forsorgsloven er hjemmel til at yde hjælp til alle disse formål, som det her drejer sig om. og at hjælpen i disse tilfælde bør ydes hurtigt og ud fra særlige hensyn, og så vidt muligt uden at kvinden skal henvende sig flere steder, ligesom det i det hele er af afgørende betydning, at alle de spørgsmål, der opstår for kvinden i denne situation, kan blive behandlet under eet og ud fra samme hovedsynspunkt.«

I betænkning nr. 56 af 1954 angående ændring af svangerskabslovgivningen m. v. udtales bl. a. »kommissionen ønsker at fastslå, at den hidtil vdede individuelle hjælp, omend den har udgjort et meget værdifuldt led i bestræbelserne for at forebygge svangerskabsafbrydelse, har haft et for ringe omfang, og at en betydelig udvidelse af de individuelle ydelser - som hidtil henlagt under mødrehjælpeinstitutionernes administration - er en absolut forudsætning for en virkelig effektiv indsats imod svangerskabsafbrydelse.«

T lov nr. 200 af 8. juni 1966 om svangerskabshvgeine er betydningen af, at de sociale hjælpeforanstaltninger sættes ind tidligst muligt i svangerskabet, fremhævet med § 3, der udtaler, at hvor lægen eller jordemoderen

hos kvinden møder personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder, bør der ske henvisning til en mødrehjælpsinstitution, og sådan henvisning skal omgående finde sted, hvor disse vanskeligheder er årsag til et ønske om svangerskabsafbrydelse.

B. Statistiske oplysninger om hjælpens omfang

Bevillingerne til mødrehjælpsinstitutionerne til økonomisk støtte har i årene 1964/65-1968/69 udgjort følgende:

1964-65.	1.200.000
1965-66.	1.219.500
1966-67.	1.567.500
1967-68.	3.081.500
1968-69.	4.400.000

Set i forhold til antallet af nye ansøgere til institutionerne i finansårene 1965/66 og 1966/67 har henholdsvis ca. 17 pct. og ca. 19 pct. fået direkte økonomisk hjælp. Den gennemsnitlige ydelse pr. ansøger har andraget ca. 300 kr. respektive ca. 350 kr. For finansåret 1967/68, hvor bevillingen er næsten fordoblet i forhold til det foregående år, foreligger endnu ingen statistisk opgørelse.

C. Behov for direkte økonomisk støtte

I 1966/67 henvendte 22.453 kvinder sig til mødrehjælpen angående hjælp og støtte i anledning af svangerskab og fødsel. 82 pct. henvendte sig under svangerskabet, oftest tidligt, medens 18 pct. henvendte sig efter tydelig overstået fødsel. Hertil kommer 17.284 kvinder, der har henvendt sig tidligere år og fortsat får hjælp og vejledning. 4.000 kvinder, der udelukkende har fået hjælp til spædbarnsudstyr, er ikke inkluderet i ovennævnte tal. Tallene er udtryk for, at mødrehjælpsinstitutionerne landet over er i forbindelse med 90 pct. af samtlige ugifte fødende og med 20 pct. af alle familier, der venter eller har fået et barn. Som nævnt ovenfor har i 1966/67 ca. 19 pct. af ansøgerne fået direkte økonomisk støtte, ialt 4.251 med et gennemsnitsbeløb på ca. 350 kr.

Da der i mødrehjælps klientel fortsat findes store grupper, der har betydelige sociale og praktiske vanskeligheder; enlige mødre og familier, der lever under uharmoniske og boligmæssigt uforsvarlige forhold,

og kvinder, der arbejdsmæssigt er hårdt belastede, må det imidlertid fastslås, at et langt større antal af ansøgerne har haft behov for økonomisk støtte, og med et væsentlig større beløb, end der har været mulighed for at yde. Det må herved understreges, at risikoen for for tidlig fødsel anses betydelig i disse grupper, idet belastende personlige og sociale forhold ifølge foreliggende undersøgelser kan være af afgørende betydning i så henseende.

For tidlige fødsler er en væsentlig årsag til børns død i tiden umiddelbart efter fødslen, men også i et vist omfang til sygdomme og defekter, såsom spasticitet, intelligensdefekter, epilepsi, adfærdsforstyrrelser og nedsat hørelse. Disse lidelser er af afgørende betydning for barnet og dets forældre, og for samfundet med hensyn til specialbehandling, særforsorg, særundervisning, revalidering m. v.

Overlæge Teit Kærn, der har foretaget en undersøgelse af problematikken vedrørende for tidlige fødsler, fremhæver, at aflastning, socialt, psykisk og fysisk er et vigtigt profylaktisk middel mod for tidlige fødsler. Ved svangerskabshygieneloven er der skabt gode muligheder for, at der ved samarbejde mellem lægerne og mødrehjælpen tidligst muligt i svangerskabet kan sættes ind med hjælpeforanstaltninger, der kan hjælpe kvinden til at gennemføre graviditeten under forsvarlige forhold, under forudsætning af, at mødrehjælpen sikres den fornødne personaleudbygning og de fornødne økonomiske hjælpemidler.

Som særligt truede grupper af gravide, der specielt har behov for mødrehjælps individualiserede hjælpeforanstaltninger er i det af sundhedsstyrelsen udsendte cirkulære af 28. september 1966 til svangerskabshygieneloven nævnt:

- 1) Enhver gravid, der er eller ved fødslen sandsynligvis vil blive enlig moder.

De ganske unge mødre, der må bo hjemme, har ofte store vanskeligheder i forhold til forældregenerationen og andre sociale og personlige problemer.

Enlige mødre med andre belastninger; boligproblem, manglende eller uhensigtsmæssige plejemuligheder til børnene. De har ofte store vanskeligheder ved alene

at skulle være såvel forsørgere som opdragere og er ofte socialt isolerede.

- 2) Enhver gravid, hvis familie er børnerig og/eller hvis forsørger er vanskeligt stillet i økonomisk eller anden henseende.

- 3) Småtbegavede og sinker.

Denne gruppe er i det moderne samfund i stigende grad sårbare socialt og erhvervsmæssigt og må antages at være den gruppe, der dårligst alene formår at gennemføre den nødvendige og omfattende hygiejne i svangerskabet.

- 4) Svangre, der er legemligt og/eller psykisk astheniske, som har lettere neuroser eller somatiske lidelser, men som ikke skønnes at være så medtagne, at abortus provucatus kommer på tale. Også denne gruppe har særlig behov for omsorg, således at svangerskab og fødsel ikke bliver for stor en belastning.

Behovet for hjælpeforanstaltninger er ikke kun til stede under graviditeten, men i høj grad tillige i tiden efter fødslen. Med de i de senere år gennemførte generelle familiepolitiske foranstaltninger er der på mange områder skabt lettelse for de enlige forsørgere og de vanskeligt stillede familier, men den individuelle, varierede personlige og økonomiske hjælp vil altid være af afgørende betydning, og bør kunne udstrækkes til en passende tid efter fødslen.

D. Retningslinier for ydelse af økonomisk støtte

I overensstemmelse med bestemmelsens hele formål er der ikke faste indtægtsgrænser for denne hjælpeforanstaltning. Hjælpen ydes kun til vanskeligt stillede enkeltpersoner eller familier, og der er en klar forudsætning for ydelse af hjælpen, at behovet er forårsaget af graviditet og fødsel, og kan afhjælpes uden vedvarende understøttelse. I modsat fald henvises til de sociale udval. Det er endvidere en forudsætning, at hjælpebehovet ikke, eller ikke i tilstrækkelig omfang, kan imødekommes ved generelle sikringsordninger. Som eksempel kan nævnes, at hjælp til betaling af indskud i lejlighed forudsætter, at den gældende boligstøttelovgivning først er søgt udnyttet.

E. Eksempler på økonomiske hjælpeforanstaltninger

1) Kompensation for tabt arbejdsfortjeneste

Mødrehjælpen har i finansåret 1966/67 ydet kompensation for tabt arbejdsfortjeneste til 204 kvinder, med et samlet beløb på 101.129 kr. Hjælpen er hovedsagelig ydet til ansøgere, der af een eller anden grund ikke opfylder betingelserne for at modtage dagpenge i anledning af fødsel i henhold til sygelønsordningen. Det må antages at behovet for at yde hjælp af denne konto vil være væsentligt, også efter ikrafttrædelsen af de nye regler om dagpenge i anledning af fødsel i henhold til loven om børnetilskud m. m., da mange af de ganske unge gravide ikke vil kunne opfylde lovens krav om lønnet arbejde i mindst 6 måneder inden for det sidste år forud for det tidspunkt, da dagpengene skal begynde at løbe. Også det stigende antal henvendelser fra unge ægtepar, hvor hustruen bærer en stor del af forsørgerbyrden på grund af mandens uddannelse f. eks. lærlingeuddannelse, vil lægge øget beslag på denne konto, idet den ydelse, hustruen er sikret i henhold til de generelle sygelønsordninger ikke vil give hende fuld løn i perioden omkring fødslen. Da disse unge familier i forvejen er vanskeligt stillet i økonomisk henseende, er det vigtigt, at man kan sikre dem mod indtægtsnedgang i denne periode.

2) Hushjælp i perioder af svangerskabet og efter fødslen

I finansåret 1966/67 har mødrehjælpen ydet 290 kvinder denne form for hjælp med et samlet beløb på 124.895 kr. Hjælpen er hidtil hovedsagelig ydet i tiden efter fødslen, som supplement til den generelle husmoderafløsningsordning, men der foreligger et stort behov for hjælp også under graviditeten. Af mødrehjælpens ansøgere har 5-6000 kvinder 3 børn eller mere, eller venter det 3. barn, og det er klart, at en meget stor del af disse kvinder har brug for en direkte aflastning i det daglige arbejde i hjemmet. I visse tilfælde ydes hjælpen, bl. a. på grund af vanskelighederne ved at skaffe hushjælp, i form af betaling af udevask.

3) Anskaffelser til moder og barn

Der er i finansåret 1966/67 ydet 2.153 ansøgere hjælp af denne konto med et samlet beløb på 330.683 kr., hovedsagelig i form

af seng, madras og dyne til barnet, samt beklædning til moderen i anledning af svangerskabet. Der er imidlertid et yderligere behov for at yde hjælp, bl. a. til barnevogn og diverse udstyr til barnet, såsom puslebord, badekar, kørepose o. s. v.

4) *Anskaffelser til hjemmet*

950 kvinder har i finansåret 1966/67 fået hjælp til anskaffelser med ialt 371.198 kr. Behovet for at yde hjælp af denne konto er overordentligt stort og varieret, ikke mindst til unge enlige mødre, som hidtil har boet hjemme eller eventuelt på et lejet værelse. Mange af disse unge mødre vil af økonomiske grunde være henvist til at flytte ind i den ældre boligmasse, hvor der ofte vil være brug for hjælp til istandsættelse af lejligheden, eventuel anskaffelse af olieamin og gasvandvarmer eller køleskab. Ligeledes er der vedet hjælp til anskaffelse af de mest nødvendige møbler og husholdningsredskaber. Denne hjælp er der også behov for som etableringshjælp til unge ægtepar under uddannelse el. lign. For de økonomisk dårligt stillede familier, kan der som et led i aflastning af den gravide kvindes situation være tale om anskaffelse af vaskemaskine eller andre ret bekostelige men særdeles væsentlige hjælpemidler til husholdningen.

5) *Betaling af gæld og afdrag*

430 ansøgere har i finansåret 1966/67 modtaget en samlet støtte på 143.930 kr. Beløbet er givet som en akut hjælp i en nødsituation. f. eks. som hjælp til at betale sygekasse, fagforening eller husleje. Den vil næsten altid være kombineret med budgetlægning og vejledning ved mødrehjælpens hjemkonsulenter, og kan være et værdifuldt bidrag til at rette en families økonomi op.

6) *Indskud til lejlighed*

390 ansøgere har i finansåret 1966/67 fået hjælp til indskud i lejlighed, med et samlet beløb på 286.352 kr.

Til trods for de generelle boligstøtteordninger er der et meget stort behov for individuel hjælp af denne konto, idet ikke alle kommuner yder hjælp til indskud i privat byggeri eller ved flytning fra en kommune til en anden, ligesom der ikke ydes hjælp til indbetaling af depositum (f. eks. 3-6 måneders forudbetaling af husleje) o. lign.

Hjælp til at skaffe en enlig mor eller boligmæssigt dårligt stillede familier gode boligforhold er så givet en konstruktiv form for hjælp, som kan medføre en væsentlig og langtrækkende forbedring af familiens hele situation.

7) *Hjælp til uddannelse og start af erhverv*

I finansåret 1966/67 er der ydet 29 ansøgere hjælp af denne konto med ialt 37.639 kr. Mødrehjælpens specielle uddannelseskonto, som senere vil blive omtalt, er begrænset til at omfatte uddannelse af enlige mødre. Der er imidlertid et behov for også i et vist omfang at kunne yde uddannelseshjælp til unge gifte kvinder, eller kvinder som lever sammen med barnets fader, og behovet vil utvivlsomt stige i de kommende år på grund af de mange unge ægteskaber.

8) *Almindelig hjælp, støtte og opmuntring*

Af denne konto har i finansåret 1966/67 896 kvinder fået et samlet beløb på 85.953 kr., d. v. s. i gennemsnit under 100 kr. hver.

Denne form for hjælp anvendes ofte på et meget tidligt tidspunkt af sagens behandling, idet det kan være af betydning at give en økonomisk dårligt stillet kvinde et mindre beløb, som muliggør for hende at købe de mest nødvendige ting, eventuelt betale en særligt tyngende mindre gældspost. Et sådant, som regel mindre, beløb kan have stor psykisk virkning som en håndsrekning i en særlig vanskelig situation.

Af nye opgaver, som mødrehjælpen havde kunnet tage op i videre omfang kan nævnes:

Forøget støtte til de ansøgere, der som nævnt foran er særligt truede i anledning af graviditeten og fødslen. Der tænkes her bl. a. på tilfælde, hvor lægelige grunde tilsiger, at kvinden arbejdsmæssigt aflastes, og hvor mødrehjælpen burde kunne give den udearbejdende kvinde en direkte økonomisk støtte, således at hun får mulighed for i en periode helt eller delvist at kunne ophøre med sit udeerhverv, og den hjemmegående husmor aflastning for sit arbejde i hjemmet.

En anden tilfælde er der endvidere et stort behov for, at mødrehjælpen kan yde personlig bistand og økonomisk støtte til den kvinde, der har fået foretaget svangerskabsafbrydelse, idet svangerskabsafbrydelse aldrig i sig selv løser den pågældendes problemer. Det drejer sig i særlig grad om de kvin-

der, hvor de belastende ydre kår eller en barnefødsel har været medvirkende årsag til, at kvindens helbredstilstand er så dårlig, at en gennemførelse af svangerskabet ville medføre alvorlig fare for hendes liv eller helbred.

Rekreationsophold har mødrehjælpen hidtil givet til mødre alene eller til mødre sammen med deres små børn. Af private midler har man i ganske enkelte tilfælde ydet et beløb til, at en enlig mor med flere børn eller en hel familie kunne få et ferieophold sammen. Erfaringerne har vist, at sådanne ophold i nogle tilfælde er den bedste løsning for en vanskeligt stillet familie, og mødrehjælpen burde have mulighed for at kunne yde også denne form for hjælp.

En anden ting man kunne ønske at tage op, var at yde en enlig mor hjælp til betaling af pasning af barnet enkelte aftener, således at hun fik mulighed for at følge eventuelle kurser eller simpelthen besøge venner eller familie. Betaling for barnepasning er en hård belastning for et skrabet budget, og langt fra alle har mulighed for at få børnene passet gratis af familie el. lign. Man ville ved en sådan forholdsvis beskeden udgift i nogle tilfælde kunne hjælpe en ung mor ud af den isolation, som er et stort problem for mange enlige mødre.

III. Uddannelseshjælp til enlige mødre

Efter mødrehjælpslovens § 1, stk. 5, kan institutionerne efter undersøgelse i de enkelte tilfælde yde hjælp til uddannelse m. v. af enlige mødre.

A. Historisk baggrund

I midten af 1940'erne begyndte mødrehjælpen ved hjælp af midler stillet til rådighed af private fonds at give hjælp til uddannelse af enlige mødre. Arbejdet blev taget op ud fra det synspunkt, at det vel var vigtigt at afhjælpe øjeblikkelige vanskeligheder i forbindelse med graviditet og fødsel, men at det ikke var mindre vigtigt, at enlige mødre blev sat i stand til på længere sigt at klare for sig og børnene.

Fra 1951 modtog mødrehjælpen tilskud også fra trossfonden til dette arbejde. På grundlag af de positive erfaringer mødrehjælpen havde indhentet fra arbejdet og det evidente behov for denne form for hjælp,

blev der i 1955 og 1956, henholdsvis ved en ændring af forsorgsloven og ved en ændring af mødrehjælpsloven givet hjemmel til, at de sociale udvalg respektive mødrehjælpen kunne give hjælp af offentlige midler til uddannelse af enlige mødre.

B. Området for mødrehjælps uddannelseshjælp

Afgrænsningen mellem de sociale udvalgs og mødrehjælps ydelse af uddannelseshjælp er i socialministeriets cirkulære af 14. marts 1957 om hjælp til enker og enlige mødre m. v. fastsat som følger:

»Eventuel uddannelseshjælp til gravide kvinder og enlige mødre med små børn bør ydes af mødrehjælpsinstitutionerne i de tilfælde, hvor mødrehjælpen har forbindelse med og kendskab til moderen, og såfremt ydelsen af hjælpen påbegyndes inden for sidst fødte barns fyldte 2. år. Dette gælder dog ikke, hvis den enlige moder på tidspunktet for henvendelsen om hjælp til uddannelse m. v. oppebærer løbende hjælp fra de sociale udvalg. I disse sidste tilfælde bør også en eventuel uddannelseshjælp ydes af de sociale udvalg, som om det sidst fødte barn er under 2 år.«

Denne sidste del af bestemmelsen er indsat med det sigte, at skåne klienter for henvisning fra den offentlige myndighed, der kender hendes forhold til en anden institution samt at undgå dobbeltarbejde ved forundersøgelsen af moderens forhold.

Udover nævnte afgrænsning er der med gennemførelsen af revalideringsloven af 1960 indført en henvisningspligt til revalideringscentre i tilfælde, hvor det drejer sig om ansøgere, der er erhvervshæmmede af fysiske, psykiske eller overvejende sociale årsager. Ved udøvelsen af skønnet over sidstnævnte henvisningskriterium lægger mødrehjælpen vægt på, om den pågældende ansøger må forventes at kunne gennemføre en uddannelse på de for uddannelsessøgende almindeligt gældende vilkår, eller om pågældendes hele situation gør det sandsynligt, at uddannelse ikke vil kunne gennemføres på normal tid el. lign.

Dreier det sig om ansøgere, der er under børneforsorg, og som er blevet henvist til mødrehjælpen i forbindelse med graviditet og fødsel, optages der i det enkelte tilfælde

forhandling om, hvem der i givet fald skal yde uddannelseshjælp.

C. Uddannelseshjælpens administration

Ved administrationen af uddannelseshjælpen lægges som forudsætning vægt på, at uddannelsen skal kunne give den pågældende moder bedre lønforhold og/eller en - set i forhold til barnets eller børnenes pasning - bedre arbejdstid, eller at hendes løn- og arbejdsvilkår som sådan sikres ved gennemførelse af uddannelsen.

I de senere år har mange ansøgere været under uddannelse ved graviditetens indtræden. Andre har helt konkrete uddannelsesplaner. I nogle tilfælde rejser ansøgerne selv spørgsmålet om hjælp til uddannelse i forbindelse med drøftelserne af deres fremtidige situation. Endvidere tager mødrehjælpen såvel i sager om svangerskabsafbrydelse som i andre sager initiativet til at gennemdrøfte uddannelsesspørgsmålet med ansøgere, der synes egnede, i tilfælde hvor deres tidligere erhvervsforhold gør et erhvervsskifte ønskeligt under hensyn til deres fremtidige status som eneforsørgere.

Inden der bevilges uddannelseshjælp, foretages der i hver enkelt sag grundige undersøgelser med henblik på at sikre dels det bedste valg af fremtidigt erhverv, dels at den pågældende ansøger har evner og heldbred til at gennemføre uddannelsen. Under uddannelsen holder man så nær kontakt som mulig med såvel ansøgeren som uddannelsesstedet med henblik på at kunne træde til, hvis der opstår uforudsete vanskeligheder.

Efter gældende retningslinier omfatter mødrehjælpens maximale uddannelseshjælp et beløb til underhold svarende til folkepensionens grundbeløb for enlige (for tiden 587 kr. månedlig) samt dækning af en efter forholdene rimelig husleje, betaling af transportudgifter og sygekasse, af børnepasningsudgifter i det omfang, disse ikke kan dækkes af tilskud fra børneværnet, og betaling af eventuel kursusafgift, materialer m. v.

Ansøgere, der gennemgår uddannelse, hvortil der kan søges hjælp fra Ungdommens Uddannelsesfond, henvises til at ansøge herom, og de fra Ungdommens Uddannelsesfond bevilgede legat- og lånebeløb anvendes med de givne tildelingsterminer forud for stotten fra mødrehjælpen.

D. Statistiske oplysninger

Bevillingerne til mødrehjælpelinstitutionerne til uddannelseshjælp har i årene 1964/65-1968/69 udgjort følgende beløb:

1964-65:	730.000 kr.
1965-66:	844.000 kr.
1966-67:	1.000.000 kr.
1967-68:	2.500.000 kr.
1968-69:	3.200.000 kr.

I årene 1964/65-1966/67 er hjælpen ydet følgende antal ansøgere:

1964-65:	335
1965-66:	360
1966-67:	399

Det bemærkes, at ovennævnte oversigt er udarbejdet på grundlag af arbejdet inden for de respektive finansår, hvorfor et antal ansøgere er medregnet i flere finansår, f. eks. mødre under 2-årig uddannelse. I årene 1964/65-1966/67 har antallet af enlige mødre, der har fået uddannelseshjælp udgjort godt 3 pct. af samtlige enlige nyansøgere.

Af en undersøgelse af 648 mødre, der i årene fra 1. april 1962 til 31. marts 1965 har fået uddannelseshjælp gennem mødrehjælpen fremgår, at knapt $\frac{1}{3}$ af mødrene allerede var under uddannelse, da mødrehjælpen trådte til med uddannelseshjælp. 22 pct. havde husligt arbejde, 15 pct. havde fabriksarbejde.

Uddannelsens art:

	ubs.	
Kontorfag		
Kursus indtil V ₂ år	275	42
Kursus ca. 1 år	51	8
Lærlingeuddannelse	26	4
Kontor ialt	352	54
Butikslære	18	3
Håndværksmæssig		
lærlingeuddannelse	43	7
Børnehavelærerinder o. lign	106	16
Sygepleje, barnepleje	45	7
Direktricer, tilskærer	16	2
Diverse	68	11
	0 18	100

Resultatet af arbejdet, opgjort for den enkelte ansøger i perioden efter uddannelsens afslutning:

	%
Antal mødre, der har afsluttet uddannelsen	364
Antal mødre, der har fået uddannelseshjælp, indtil de var i stand til at klare sig selv økonomisk i den resterende del af uddannelsesperioden	31
Antal mødre, der har afbrudt uddannelsen (herunder enkelte der er blevet gift og har fortsat uddannelsen uden støtte fra mødrehjælpen).	88
Afsluttet i 3 års perioden	483
Antal mødre under uddannelse ved periodens udløb	165
	648

E. Behov for uddannelseshjælp

Mødrehjælpen har gennem årene haft meget positive resultater af uddannelsesarbejdet, og man finder, at det er et arbejdsområde, hvor en fortsat udbygning bør finde sted, fordi det er en af de hjælpeforanstaltninger, der på langt sigt kan få den største betydning for den enlige mor og hendes barn.

For øjeblikket får godt 3 pct. af enlige nyansøgere uddannelseshjælp. Der er et utvivlsomt behov for at kunne yde et større antal af de enlige mødre uddannelse.

Dertil kommer, at efter de nugældende retningslinier, fastslået i socialministeriets cirkulære af 10. juni 1955 om ændringer i forsorgsloven vedrørende hjælp til enker m. v., kan der i almindelighed ikke ydes hjælp til en langvarig uddannelse (universitetsstudium, seminarieuddannelse eller lignende), med mindre det drejer sig om fortsættelse af en allerede påbegyndt uddannelse. Mødrehjælpen finder det ikke rimeligt at skulle anlægge en sådan restriktiv linie overfor ansøgere, der har et konkret ønske om en bestemt uddannelse, og som har de fornødne forudsætninger for at kunne gennemføre uddannelsen.

IV. Rekreation under svangerskab og fødsel

Aflastning i form af rekreation indgår som et naturligt led i mødrehjælpens arbejde

for gravide kvinder og mødre med små børn. Et ophold uden for hjemmet kan være en hårdt tiltrængt aflastning for en moder i trange økonomiske kår, såvel under graviditeten som efter fødslen. Mange mødre vil imidlertid ikke kunne komme afsted på rekreation, med mindre de har mulighed for at tage deres mindre børn med, og denne mulighed består ikke på de rekreativshjem, der drives af sygekasserne m. v.

Mødrehjælpens rekreativsarbejde for mødre med mindre børn blev taget op i 1940 som et forsøg, og blev i mange år drevet for private midler, men finansieres nu ved bevilgning på årlige finanslove. Der foreligger et utvivlsomt behov for denne hjælpeforanstaltning, som fortsat bør udbygges.

V. Kollektivlejligheder, mødrehjem og mødrepenioner

For en stor del af mødrehjælpsansøgere er boligspørgsmålet en af de største vanskeligheder, og dette gælder i særlig grad for de enlige mødre. I 1966/67 henvendte ialt 8.496 ugifte enlige nyansøgere sig til mødrehjælpen og en meget stor del af disse ansøgere var uden selvstændig bolig.

Mødrehjælpen har gennem årene søgt at skaffe de enlige mødre bedre boligforhold f. eks. ved samarbejde med boligselskaberne, men dette samarbejde har kun i beskedent omfang båret frugt. I mange tilfælde må enlige mødre og deres børn blive boende for længe hjemme hos forældrene, og i andre tilfælde har barnets anbringelse på børnehjem været den eneste mulige løsning.

Mødrehjælpen har en begrænset mulighed for i en overgangsperiode at kunne tilbyde enlige mødre en kollektivhuslejlighed. Man har siden 1954 i København kunnet disponere over et kollektivhus for enlige mødre. I 1960 er der ved bidrag fra Egmont H. Petersens Fond opført yderligere en fløj til det allerede eksisterende kollektivhus, således at der nu er 113 lejligheder, hvoraf de 93 er beregnet for mødre med 1 barn, de 20 for mødre med 2 børn. I Århus er der for midler stillet til rådighed af Egmont H. Petersens Fond opført et kollektivhus med 50 lejligheder for enlige mødre, der er taget i brug i 1967, og i Esbjerg og Ålborg har mødrehjælpen lejet et mindre antal lejligheder i en beboelsesejendom.

Ideen med mødrehjælpens kollektivlejligheder for enlige mødre er, at det skal være en overgangshjælp som ydes, for at moderen kan få en periode til at indrette sin fremtidige tilværelse sammen med barnet, det være sig medens hun gennemgår en uddannelse eller finder sit ståsted i øvrigt. Lejlighederne udlejes derfor på begrænset tid - 2 til 3 år - og når lejeperioden er udløbet, må mødrene flytte, så de kommer ud i almindelige boligkvarterer og giver plads for andre mødre, som derved får mulighed for at komme igang.

Fraflytningerne har nødvendigvis i en del tilfælde måttet give anledning til problemer, men i langt de fleste tilfælde har beboerne kunnet flytte til en lejlighed, som de har skaffet sig under opholdet i kollektivhuset.

Medens mødrene bor i kollektivhuset står mødrehjælpens bistand og vejledning naturligvis til rådighed for dem, men i øvrigt søges lejeforhold m. v. i videst mulig omfang tilnærmet forholdene i almindelige beboelsesejendomme. Da der således er meget frie forhold for beboerne, vil denne form for hjælpeforanstaltning kun - hvis den skal opfylde sit formål - kunne ydes til enlige mødre, der er i besiddelse af en vis selvstændighed, modenhed og stabilitet, og vil derfor sjældent kunne anvendes i hjælpearbejdet over for de ganske unge. Ligeledes er det mødrehjælpens erfaring, at en klient ikke har tilstrækkeligt udbytte af et ophold i kollektivhuset, hvis hun på grund af ringe begavelse eller lignende har behov for meget omfattende personlig støtte af social-lægelig karakter vedrørende arbejdsmæssige og økonomiske forhold eller vedrørende personlige forhold, herunder forholdet til barnet. For disse enlige mødre, de helt unge, d. v. s. 15-18 årige og mødre med særlige vanskeligheder på grund af dårlig begavelse eller lignende, er der et stort behov for at kunne skaffe dem ophold de første år med barnet under betryggende forhold med daglig personlig støtte inden for boligens rammer.

Mødrehjælpen har gennem årene samarbejdet med private mødrehjem, hvor enligstillede mødre med spædbørn kan optages for 1 år, eventuelt 2 år. Som regel er opholdet gratis for ubemidlede, der selv søger optagelse, men til gengæld skal mødrene stille deres arbejdskraft til rådighed i hjem-

met, og får som oftest kun udbetalt mindre løn herfor under opholdets sidste del. Ved denne anbringelsesform har mødrene således mulighed for at være sammen med deres børn i tiden efter fødslen, men opholdet betyder i de fleste tilfælde alene en udskydning af erhvervs- og boligproblemerne, og det er en kendsgerning, at kun få af mødrehjælpens klienter ønsker at tage ophold på de eksisterende mødrehjem. Det har vist sig, at tiden er løbet fra denne form for anbringelse, der ikke bidrager til at løse problemerne på længere sigt. Derimod er der et stort behov for oprettelse af nye tidssvarende hjem, dels mødrepenioner, dels mødrehjem af en anden type end de eksisterende.

Mødrepenioner er tænkt som hjem under en kyndig forstanderindes ledelse for de ganske unge mødre med spædbørn eller helt små børn. Mødrene skal have udeerhverv eller sættes igang med uddannelse eller oplæring. Børnene skal kunne passes om dagen i tilknytning til hjemmet, medens mødrene selv skal have børnene hos sig i deres fritid. Der er således tale om en slags mødrepenionat, men under hensyn til klienternes alder ledet af en forstanderinde og med bistand til klienterne fra mødrehjælpen. For at undgå institutionspræg, bør antallet af beboere i en sådan mødrepenion være ret lille.

For mødre, der er dårligt udrustede til umiddelbart på egen hånd at klare sig efter at være blevet enligstillede forsørgere, er der også behov for hjem, hvor beboerne kan have udearbejde. Med den nuværende type mødrehjem opstår der, som nævnt ovenfor, både et erhvervs- og boligproblem for klienten ved udløbet af opholdsperioden på mødrehjemmet. En del af disse klienter vil med fornøden støtte allerede under opholdet kunne placeres i et almindeligt ukompliceret erhverv, og samtidig bør man optage et oplæringsarbejde med henblik på at sætte de pågældende i stand til at klare sig selv og barnet i en almindelig tilværelse uden for hjemmets beskyttende miljø. Der må derfor i tilknytning til sådanne hjem være mulighed for at få børnene passet om dagen, og endvidere må man gøre sig klart, at et mødrehjem af denne art vil være ret personalekrævende, da arbejdet med klienterne ud over bistanden fra hjemmets faste personale vil kræve bistand af socialrådgivere og læger.

VI. Anticonception

Med hjemmel i mødrehjælpslovens § 1, stk. 1, pkt. 5, jfr. § 10 i lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v., har mødrehjælpen gennem de forløbne år givet oplæring i svangerskabsforebyggende midler. Oprindeligt gav man kun denne vejledning til kvinder, der havde søgt mødrehjælpen i anledning af svangerskab og fødsel, men i de seneste år er der ved praktisk taget alle institutionerne åbnet såkaldt »åbne klinikker« for svangerskabsforebyggelse, hvortil enhver kvinde kan henvende sig. I 1965/66 har ca. 5.500 kvinder fået anticonceptionel vejledning i mødrehjælpen.

I henhold til svangerskabshygiejneloven er vejledning om svangerskabsforebyggelse efter et afsluttet svangerskab helt naturligt henlagt til de praktiserende læger, men det udtales, at den læge, der ikke ønsker at give en sådan vejledning, skal henvise kvinden til mødrehjælpen eller anden lægelig vejledning, ligesom kvinden selv frit kan vælge, hvor hun ønsker at henvende sig. Svangerskabshygiejneloven omfatter - bortset fra bestemmelserne i § 6 om kvinder under 18 år - alene vejledning i tilslutning til en nylig afsluttet graviditet, medens mødrehjælpen i henhold til den nævnte bestemmelse i mødrehjælpsloven også kan give vejledning til kvinder, der ikke tidligere har været gravide. Mødrehjælpen har således på bred basis mulighed for at gøre en indsats på dette område, der er af så stor betydning for at undgå uønskede graviditeter.

Mødrehjælpen har 13 hovedkontorer, 4 filialkontorer, samt 5 ambulante konsultationer. Der er åbne klinikker for seksualvejledning i 20 byer. Hidtil har imidlertid vanskeligheder ved at skaffe tilstrækkeligt personale samt egnede lokaler været en alvorlig hindring for at arbejdet har kunnet tages op i fornødent omfang.

VII. Mødrehjælpsinstitutionernes geografiske placering

Af mødrehjælpsansøgere har knapt ¹/₃ bopæl i hovedstaden med forstæder, godt ¹/₃ i provinsbyer med forstæder og knapt ¹/₃ i stationsbyer og landkommuner. Det er kvinder fra alle landets egne, der søger mødrehjælpen, men søgningen i hoved-

stadsområdet er forholdsvis omtrent dobbelt så stor som i landkommunerne. Selv om denne forskel i et vist omfang har sin forklaring i forskelligheden i befolkningsstrukturen, står den relativt ringe søgning i landdistrikterne uden tvivl også i forbindelse med de større vanskeligheder ved at komme i forbindelse med mødrehjælpen i de meget store distrikter med udstrakte landområder, som en del af mødrehjælpsinstitutionerne har. Dette bestyrkes af, at flere af de mødrehjælpsinstitutioner, der er blevet delt og nu har passende områder med et rimeligt antal ambulante konsultationer, har forholdsvis stort lige så stor søgning som den københavnske institution.

Senest er mødrehjælpen i Århus fra 1. april 1968 blevet opdelt i 3 institutioner i henholdsvis Århus, Randers og Viborg, og der er tilvejebragt bevillingsmæssigt grundlag for opdelinger af mødrehjælpsinstitutionerne i Sønderborg og Ålborg senest pr. 1. april 1969. For københavnsinstitutionens vedkommende ville en opdeling, hvorved henholdsvis Frederiksborg amt og Køge bugt området blev udskilt som selvstændige institutioner utvivlsomt betyde en bedre hjælp for ansøgerne, ligesom udbygning af antallet af omegnskonsultationer er påtrængende.

VIII. Afsluttende bemærkninger

Mødrehjælpen har til formål at hjælpe gravide kvinder og familier med spæde og små børn, og den store søgning fra alle samfundslag viser, at befolkningen har behov for den hjælp, mødrehjælpen kan yde. I stigende grad er man blevet klar over, at den periode, hvor mødrehjælpen har sit arbejdsfelt: tiden under svangerskabet, og de første par år efter fødslen, er af største betydning for at børnene fødes sunde og raske og for deres senere udvikling.

Det er efterhånden almindelig anerkendt, at ikke blot de lægelige, men lige så vel de sociale forhold er af afgørende betydning for barnets sundhed og trivsel, og med svangerskabshygiejneloven af 1966 er vigtigheden af et intensivt samarbejde mellem læge og jordemoder på den ene side og mødrehjælpen på den anden side, fastslået. En forudsætning for dette samarbejde er imidlertid, at mødrehjælpsøkonomiske muligheder er tilstrækkelige **til**, at effektiv hjælp kan ydes i

det konkrete tilfælde. Som nævnt i det foregående har manglen på fornødne økonomiske hjælpemidler og en vanskelig personalsituation på visse områder lagt sig hindrende i vejen for et tilstrækkeligt effektivt arbejde. Hvis disse forhold bliver forbedrede i fornø-

dent omfang, har mødrehjælpen rige muligheder for at gøre en indsats for befolkningen efter de forebyggende og behandlingsrettede synspunkter, der har spillet en stadig større rolle på det socialpolitiske område i de senere år.

Redegørelse

til

Justitsministeriets svangerskabsudvalg

afgivet af

DANSK SOCIALRÅDGIVERFORENING

MAJ 1968

Det er socialrådgivernes indtryk, at den offentlige debat om svangerskabslovgivningen i for høj grad har været ført omkring de lægelige problemer i forbindelse med svangerskabsafbrydelse og abortteknikken. Socialrådgiverne har erfaring for, at det ofte er den enkelte families sociale behov, der er afgørende for kvindens henvendelse om abort.

Et af Dansk Socialrådgiverforening nedsatte udvalg har gennemgået eksisterende love og bekendtgørelser m. v. til støtte for familier med børn, og man har taget de problemkomplekser op, som synes mest påtrængende i relation til de kvinder, der henvender sig om svangerskabsafbrydelse.

Ud fra socialrådgivernes kendskab til lovenes anvendelse i det praktiske arbejde er hensigten med denne gennemgang af en række hjælpeforanstaltninger at gøre opmærksom på mangler, at påpege nødvendigheden af større bevillinger, samt at komme med forslag til ændringer - alt sat i relation til abortproblemet.

Dansk Socialrådgiverforening ønsker i forbindelse med revisionen af svangerskabsloven at fremhæve det betydningsfulde i, at der samtidig med revisionen gives mulighed for effektive sociale hjælpeforanstaltninger, således at ingen gravid kvinde alene af sociale grunde skal føle sig tvunget til at få et svangerskab afbrudt.

Langt den overvejende del af de kvinder, der får foretaget legal abort, bliver indstillet af de ved mødrehjælpsinstitutionerne oprettede samråd, efter at kvindens forhold er undersøgt i en mødrehjælpsinstitution. Det fremgår af institutionernes seneste beretning, at der gennem årene er foretaget opgørelser over kvindernes vigtigste motiv til at søge svangerskabsafbrydelse. Kun ca. $\frac{1}{3}$ anfører helbredsmæssige forhold som hovedmotiv, medens ca. $\frac{2}{3}$ anfører sociale og personlige problemer såsom: dårlig bolig, dårlig økonomi, eventuelt i forbindelse med stor børneflokk, disharmoniske ægteskaber, graviditet udenfor ægteskab, enlig stillet eller manglende uddannelse.

Under de forhandlinger, der fandt sted omkring svangerskabslovens vedtagelse i 1937 og 1956, var såvel politikerne som specialisterne enige om, at det var nødvendigt, at reglerne om svangerskabsafbrydelse fulgtes op af social/økonomisk støtte og personlig vejledning til de kvinder, der ikke fik svangerskabet afbrudt. Desværre blev disse intentioner ikke fulgt op af tilstrækkelige økonomiske midler.

Boligforhold

Ingen eller dårlig bolig er for mange familier eller enlige med børn det mest presserende problem. Familier med børn trænges

sammen i to-værelses lejligheder, der var utidssvarende allerede, da de blev bygget. Det er ikke blot i København, man finder små, ofte fugtige og dårligt isolerede lejligheder med utidssvarende sanitære forhold; man møder samme forhold i købstæderne og på landet.

O.E.C.D. har ladet foretage en undersøgelse over 16 vestlige landes boligsituation, hvor man prøvede at danne sig et indtryk af boligdækningen. Heraf fremgår det bl. a., at Sverige indenfor de sidste ti år har formået at producere 10 nye boligenheder pr. 1.000 indbyggere, medens Danmark kun har formået at producere 7 boligenheder pr. 1.000 indbyggere i samme tidsrum.

Til trods for, at det er almindeligt anerkendt, at en god bolig er af afgørende betydning for sundhed og velbefindende, findes alligevel 36.000 saneringsmodne boligenheder i København (hvoraf de 23.000 er kondemnerede). Tallet vokser støt, fordi flere og flere boliger forældes, og på trods af en udmærket saneringslov saneres kun 3-400 boliger årligt.

Totaltallet af lejligheder under opførelse for hele landet i januar 1967 havde kun en stigning på godt 7.000 til 48.984.

Boligstøtteleven har åbnet mulighed for at nedsætte huslejen i en del af boligmassen. Af en undersøgelse, som Boligministeriet har ladet foretage af boligsikringens virkninger, fremgår, at boligsikringen først og fremmest er ydet til familier med børn i nybyggeri. Ca. 160.000 har fået boligsikring. Denne kan kun ydes til lejligheder af en vis kvalitet, idet hensigten med loven bl. a. er at fremskynde overflytningen af socialt dårligt stillede familier til bedre boliger.

En undersøgelse foretaget af Dansk Socialrådgiverforening i foråret 1965 over socialrådgiverklientellets boligproblemer viser, at disse problemer er ligeligt fordelt over Storkøbenhavn, provinsbyerne og landkommunerne, men mindre fremtrædende i hovedstadens omegnskommuner. 57 pct. af klienterne i alderen 20 til 40 år har alvorlige boligproblemer, specielt er det enlige mødre og familier med børn, der har disse.

Af en anden undersøgelse, som mødrehjælpen foretog samme år over klienternes (fortrinsvis familier med småbørn) boligforhold, fremgår, at de bor dårligere end befolkningen i almindelighed. Sammenholdes

disse to undersøgelser, der klart viser, at familier med børn er dårligt stillet med hensyn til boligstandard, med amtslæge Vagn Christensens undersøgelse i 1956, der bl. a. viser sammenhæng mellem dårlig bolig og børns hyppige hospitalsindlæggelser, er der grund til at nære bekymring for disse børns fremtid.

Et samfund, der sætter social tryghed og trivsel højt, må kunne tilbyde hver familie en bolig efter behov. Boligproduktionen og saneringsplaner må prioriteres højere blandt samfundets opgaver. Det kan derfor kun gentages: »Byg mere, byg bedre og byg mere børnevenligt, til rimelig pris og med fremtiden for øje«.

15-18 år ige

Boligundersøgelsen af mødrehjælpens klientel viste, at den enlige mor bor dårligere end gennemsnittet af klientellet. Et særligt problem er de helt unge, de 15-18 årige. I de fleste tilfælde bliver de boende med barnet hos forældrene, hvor familien i de oftest i forvejen overbefolkede lejligheder rykker tættere sammen. Det ville være en hjælp for familierne, hvis man kunne tilbyde dem en større lejlighed, hvor den unge mor havde mulighed for at få sit eget værelse. Erfaringen viser også, at mange af disse familier er økonomisk dårligt stillede, hvorfor det var ønskeligt, om der kunne ydes støtte til forældrene. En del familier kan ikke have den unge mor med barnet hjemme, hvorfor hun tvinges til enten at anbringe barnet på børnehjem, evt. bortadoptere det eller til sammen med det at tage ophold på et mødrehjem.

Modrehjem

De mødrehjem, der findes i dag, er utidssvarende. Kun i ganske enkelte tilfælde gives der moderen mulighed for at videreføre skolegang, uddannelse eller arbejde. Mødrehjemmene, som fortrinsvis tager mod de ganske unge, de umodne og sinkerne, bør have et socialpædagogisk sigte. Personalet skal kunne vejlede mødrene i børnepasning og husførelse, og samtidig lære dem at tilrettelægge arbejdet, så de også kan klare udearbejde. På et så tidligt tidspunkt som muligt skal det være muligt for den enlige mor at få lejlighed i den almindelige boligmasse.

Mødrepension

Ikke alle mødre vil gennem opholdet på mødrethjem kunne gennemgå en udvikling, så de kan klare sig helt selvstændigt. For disse mødre - og for andre, der ikke har behov for at komme på mødrethjem - kunne mødrepensioner være en løsning. Disse tænkes som små enheder, hvor den enlige mor kan få nogen støtte fra et forstanderpar, der samtidig kan tilbyde hjælp i såvel praktiske som personlige spørgsmål. Mødrepensionerne bør oprettes, hvor der findes kollektive foranstaltninger som vuggestue, cafeteria, vaskeri og lignende. Det er hensigten, at mødre skal klare sig selvstændigt i 1½ værelse med tekøkken. De må have mulighed for at modtage besøg, således at de undgår at blive isoleret.

Ungdomspension

Muligvis ville det være en bedre løsning, hvis en del enlige mødre med børn fik adgang til ungdomspensionerne. Herved opnår man, at den enlige mor ikke kommer i et ensidigt miljø, som vil kunne svække hendes mulighed for senere at klare sig i den almindelige boligmasse.

Børnepasning

Samfundet bør sikre såvel den enlige forærer som familier med børn ret til, at deres børn kan blive passet forsvarligt. Der må gives dem flere muligheder at vælge imellem, således at der kan tages hensyn til det enkelte barns tarv, og sikres de udearbejdende forældre samme vilkår på arbejdsmarkedet som andre.

En enlig mor er afhængig af at skulle søge beskæftigelse indenfor arbejdsområder, hvis arbejdstider giver hende mulighed for at få barnet passet om dagen. *Vuggestuer og børnehaver* med forskellige åbningstider bør placeres således, at alle har en rimelig chance for at få deres specielle behov for børnepasning dækket. Kravet om, at institutionerne kun kan benyttes af beboere inden for kommunegrænserne, bør afskaffes. Man har derved mulighed for at vælge den mest hensigtsmæssige placering af børnepasning ved hjem eller arbejdssted, uanset om det ligger på hver sin side af en kommunegrænse.

Den lange ventetid på dagplejainstitutionsspladser tvinger adskillige til at træffe dyre private og ofte utilfredsstillende aftaler. Praksis har bl. a. vist, at vuggestuerne ofte må afvise børn, der er fyldt 1 år. Denne praksis hindrer adskillige mødre i at tage arbejde, selvom de iverigt har mulighed for det. Konsekvensen kan blive, at de må vælge mellem at leve af offentlig hjælp eller anbringe barnet på børnehjem.

Det har gennem årtier fra ansvarlig side med rette været fremhævet, at vuggestue- og børnehavetbygget er i kraftig stigning, og fortsat vil være det. Undersøgelser viser, at der pr. 1. juli 1967 for vuggestuernes vedkommende for hele landet er 5.789 pladser; men der er 8.300 på venteliste ifølge oplysninger fra Direktoratet for Børne- og ungdomsforsorgen. Man bør yderligere regne med, at adskillige på forhånd opgiver at lade sig notere op.

For børnehavernes vedkommende skal fremhæves to undersøgelser. Den første er foretaget af Børne- og ungdomsforsorgens pædagogiske Nævn i 1962; den viser, at man på dette tidspunkt mente at mangle ca. 14.000 pladser. Den anden foretaget i Ringkøbing amt i 1967, anslog, at manglen nu er ca. 19.000 pladser! D. v. s. at der, trods den af de ansvarlige myndigheder stadige kraftige fremhæven af fortsat stigende kurve i byggeriet, på de 5 år ikke er blevet tale om nogen form for nedgang i det udækkede behov. Tværtimod er der tale om en stigning på 5.000.

Familiedagplejeordningen er en nødløsning; forventningerne om, at den mærkbart kunne nedbringe ventelisterne i vuggestuer og børnehaver er ikke blevet indfriet. Problemerne ved denne ordning er følgende:

at moderen ikke kan være 100 pct. sikker på, at barnet kan forblive i den først anviste pleje, hvorfor hun risikerer at måtte udsætte barnet for flytninger. Dette vil ofte skabe vanskeligheder; specielt for de meget følsomme børn kan en eller flere flytninger blive en katastrofe. at der er uensartede regler vedrørende barnets alder, når anvisning kan finde sted. Nogle kommuner kræver, at barnet skal være fyldt 6 måneder, hvilket medfører, at moderen først kan komme i arbejde flere måneder efter, at støtten i barselperioden er ophørt.

- at moderen ikke har ret til husmoderafløsning, når plejemoderen er syg.
- at forsørgeren må give flere oplysninger om sine økonomiske forhold ved anvisning af familiedagpleje end ved anvisning af vuggestue- eller børnehaveplads.
- at kommunerne har uensartede retningslinier. Dels er betalingsvilkårene for forsørgere forskellige og dels stilles der forskellige krav om kvalitet til familiedagplejehjemmene.

Samfundet har hidtil ikke magtet at opfylde de løfter, der bl. a. er givet i børne- og ungdomsforsorgslovens § 26, hvori det pålægges kommunerne at søge for tilstedeværelsen af fornødne daginstitutioner og socialpædagogiske fritidsforanstaltninger.

Tilskudsproblemerne vedrørende familiedagplejeordningen samt den usikkerhed, der er omkring kvalitetskravene, der kan og skal stilles til familiedagplejehjemmene, gør en revision påkrævet.

Man vil påpege, at forsvarlig pasning af børn ikke alene må betragtes som en praktisk social foranstaltning, men også som en profylaktisk socialpædagogisk foranstaltning - ikke mindst for de børn, der vokser op under vanskelige og belastende forhold.

Uddannelse

Da mulighederne for uddannelse hænger nøje sammen med den enlige mors og familiernes evne til at skabe rimelige opvækstforhold for et barn, angives en manglende eller en afbrydelse af uddannelse ofte som hovedmotiv for ansøgning om svangerskabsafbrydelse. Man skal derfor i det følgende kort gennemgå de fem vigtigste muligheder for opnåelse af individuel uddannelseshjælp:

Mødrehjælpslovens § 1 stk. 5 tager sigte på uddannelseshjælp til enlige mødre med børn under 2 år. De uddannelser der er tale om skal have erhvervssigte og som hovedregel være af kortere varighed. Dette udelukker i almindelighed hjælp til forberedende eksaminer og højere uddannelser. Revalideringslovens takster er vejledende for de ydelser, der udbetales.

Lov om offentlig forsorgs § 56 stk. 3 giver enlige mødre med børn under 18 år mulighed for hjælp til en efter forholdene rimelig

uddannelse. Ydelserne er trangsbestemte og andrager i almindelighed 100 pct. af folkepensionens grundbeløb, hvortil kommer betaling af kurser, bøger m. m.

Enkepensionslovens § 15 stk. 5 åbner mulighed for at yde hjælp til uddannelse af enker, hvis den ønskede uddannelse må forventes at sætte pågældende bedre i stand til at forsørge sig selv og eventuelle børn. Hjælpens størrelse beregnes efter samme regler som udvidet hjælp i henhold til lov om offentlig forsorg.

Lov om børne- og ungdomsforsorg indeholder bestemmelser om, at en børneværns-elev kan tilbydes en relevant uddannelse. I denne forbindelse må det fremhæves, at det er af ganske særlig betydning, at denne form for uddannelseshjælp kan ydes til det 23. år. Der er således her en chance for at få tilpasset den svagt begavede eller sent udviklede mor på arbejdsmarkedet.

Revalideringsloven omfatter alle, når en væsentlig og ikke blot forbigående bedring af erhvervsevnen kan opnås, eller der er fare for, at en væsentlig og ikke blot forbigående nedsættelse af erhvervsevnen vil indtræde såfremt foranstaltninger undlades. Det at være enlig mor fortolkes ikke umiddelbart således, at den pågældende falder ind under denne lovs rammer. Hvis det er tilfældet, vil den pågældende være bedre stillet end i de ovennævnte tilfælde. Hjælpen er ikke trangsbestemt, og der er mulighed for at tilbyde videre skoleuddannelse, og hvis særlige forhold taler derfor, en højere uddannelse.

Man skal gøre opmærksom på den generelle forbedring i familiesituationen, som en heldig uddannelse af forsørgeren kan medføre.

I denne forbindelse kan det samtidig påpeges, at der bør åbnes mulighed for, at begge parter i et ungt ægteskab kan gennemføre deres uddannelse. Det er af stor betydning, at samfundet fortsat støtter uddannelsespolitikken ved øgede bevillinger til Ungdommens uddannelsesfond.

Sammenfattende kan det siges, at den abortsøgende ikke har fået løst sit uddannelsesproblem, endskønt forudsætningerne for den nugældende svangerskabslov var, at der fra bevilgende myndigheder blev stillet så-

danne beløb til rådighed, at uddannelsesspørgsmålet ikke skulle hvile som en presion på den gravide.

Mødrehjælpens muligheder for ydelser af uddannelseshjælp begrænses af de årlige bevillingers størrelse. Dette medfører en opbobning af ansøgere for institutioner i større byer, hvor der er mange uddannelsesmuligheder. Nogle institutioner har derfor set sig nødsaget til enten at undlade at tage uddannelsesspørgsmålet op med klienterne eller henvist dem til at vente til næste finansår. Disse ventelister er desværre ikke opgjort i tal.

De beskedne økonomiske bevillinger lægger sig desuden hindrende i vejen for at hjælpe den enlige mor, der har bopæl i en mindre by, hvis uddannelseskapacitet er ringe. Der er ingen økonomiske muligheder for at flytte hende til en større by, hvor uddannelses-, bolig- og børnepasningsbehov dækkes. I finansåret 1965/66 ydede mødrehjælpsinstitutionerne uddannelseshjælp til ialt 360 mødre.

Det antal mødre, der blev uddannet i henhold til lov om offentlig forsynd, begrænsede sig i 1964/65 til 357 for hele landet (dette tal er det sidst offentliggjorte). Man har indtryk af, at der hos kommunerne hersker en vis tilbageholdenhed med hensyn til at oplyse klientellet om mulighederne for uddannelseshjælp.

Man må være opmærksom på det utilfredsstillende i, at der ikke er koordinering på dette område. Det er urimeligt, at hjælpens størrelse og uddannelsens art skal være afhængig af, hvilken lov klienten falder ind under.

Ydelser til hjælp til uddannelser kan selv sagt ikke gøres op i forhold til aborttallet, men der er ikke tvivl om, at bedre uddannelsesmuligheder giver bedre opvækstforhold til børnene.

Barselhvile

Reglerne vedrørende barselhvile og andre erhvervsforhold i forbindelse med graviditet og fødsel er meget uensartede, afhængig af hvilket erhverv kvinden har. Disse forhold omfattes dels af en række enkeltlove om arbejdstagere og dels af sygeforsikringslovens bestemmelser om lønarbejdere. Denne lov afløses af lov af 3. juni 1967 om børnetil-

skud og andre familieydelser, der træder i kraft samtidig med kildeskattens indførelse.

Medhjælperloven sikrer ikke medhjælperen nogen egentlig barselhvile. Der er særlige regler for opsigelse under graviditet, og medhjælperen er berettiget til barseldagpenge som lønarbejdere.

Funktionærloven giver i forbindelse med arbejdsdygtighed funktionæren ret til halv løn i indtil 5 måneder ialt før og efter fødslen, medmindre arbejdsgiveren vælger at opsig hende med lovligt varsel. Den opsagte gravide funktionær er berettiget til barseldagpenge, såfremt hun iøvrigt opfylder betingelserne herfor, og er tilmeldt en anerkendt arbejdsløshedskasse.

Lærlingeloven fastsætter adgang for enhver af parterne til at kræve læreforholdet suspenderet i indtil 4 måneder. Under suspensionen har lærlingen ikke krav på løn, men hun kan få udbetalt barseldagpenge.

Tjenestemandsløven giver en kvindelig tjenestemand ret til 6 ugers frihed med løn efter fødslen, uden at friheden regnes som sygedage. Derudover kan frihed i forbindelse med graviditet og fødsel kun opnås ved lægeattest, og denne frihed regnes som almindelige sygedage. Tjenestemanden kan ikke opsiges på grund af graviditet.

Kontraktansatte er som hovedregel beskyttet af funktionærlovens regler. Dog kan der også være individuelle aftaler.

Sygekassens barseldagpenge omfatter *lønarbejdere*, der ikke via tjenesteforhold iøvrigt er sikret dagpenge eller løn i barselperioden. Barseldagpengene ydes 14 uger ialt. Ydelsen afhænger af nydende medlemskab af en sygekasse og tilknytningsforhold til arbejdsmarkedet. Beløbets størrelse afhænger af om kvinden er forsøger eller ikke forsøger. Der udbetales højst et beløb svarende til $\frac{4}{5}$ af den seneste indtægt.

Personer, der ikke på anden måde er sikret dagpenge i tilfælde af sygdom og graviditet, herunder *husmødre* og *medhjælpende hustruer*, kan tegne en frivillig dagpengeforsikring i sygekassen. Efter karenstid på 10 måneder kan der udbetales dagpenge 2 uger efter fødslen med samme beløb, som man har sikret sig sygedagpenge.

Man har ingen klar viden om, hvor ofte graviditet giver anledning til opsigelse fra arbejdsgiverens side. Modrehjælpen kender adskillige konkrete tilfælde. Desuden bliver en del gravide presset til at gå »frivilligt« med til en ophævelse af arbejdsforholdet.

Vedrørende barseldagpenge for lønarbejdere er der sket en ændring ved lov af 3. juni 1967 om børnetilskud og andre familieydelser. Efter denne lov ydes der erstatning for mistet arbejdsfortjeneste i indtil 14 uger i forbindelse med en fødsel. Ydelsernes størrelsesorden vil være som nu, men der skelnes ikke mellem forsørger og ikke forsørger. Kravet om sygekassemedlemskab bortfalder, men arbejdskravene skærpes. Udbetalingsperioden for frivilligt tegnede dagpenge forlænges fra to til fire uger.

Lovgivningen må sikre, at ingen kvinde af økonomiske grunde tvinges i arbejde på et tidspunkt, hvor det af helbredsmæssige eller socialpædagogiske grunde kan være til skade for hende og barnet. Hun må sikres en rimelig barselfærdsfrihed og rimelig løn eller erstatning herfor. Der må være mulighed for individuelle ydelser uden snævre transgsbedømmelser.

Økonomisk hjælp i. h. t. lov om offentlig forsorg

I forbindelse med de nuværende muligheder for at yde hjælp til gravide bør påpeges, at en gruppe kvinder er henvist til at leve af offentlig hjælp, fordi de ikke opfylder betingelserne for hjælp fra sygekassen. Disse kvinder er ringere stillet på grund af de lavere ydelser, som nærmest må siges at ligge på eksistensminimum.

Man er opmærksom på den nye lovbestemmelse om udvidet hjælp i forbindelse med fødsel § 58 stk. 2 i lov om offentlig forsorg, der trådte i kraft 1. april 1968, men det bør dog påpeges, at denne bestemmelse langt fra er tilstrækkelig på grund af den stadig noget snævre transgsbedømmelse.

I forbindelse med offentlig hjælp til gravide vil man endvidere henlede opmærksomheden på, at stadig flere under 18 år bliver gravide. Socialrådgiverne har erfaring for, at mange af disse unge kvinder kommer fra socialt vanskeligt stillede familier, der ikke har mulighed for at støtte dem økonomisk. Det synes derfor urimeligt at disse unge helt er

afskåret fra personligt at oppebære hjælp fra det offentlige. Mange har netop etableret en selvstændig tilværelse for sig og barnet. I forhold til barnet bliver de betragtet som forsørger, men søger de hjælp fra det offentlige er det forældrenes økonomiske forhold, der er afgørende for, hvorvidt hjælp kan ydes. (Socialministeriets cirkulære af 21. marts 1968 vedr. ændringer i lov om offentlig forsorg).

løvrigt synes det urimeligt, at ydelser til gravide er så forskellige, og at især de socialt dårligst stillede har de ringeste vilkår under graviditeten. Man kunne derfor ønske, at der skabes mere ensartede og udvidede hjælpemuligheder til gravide, således at levevilkårene i hvert fald ikke forringes som følge af graviditet.

Kvinder, som under graviditet bliver skilt uden forudgående separation, eller bliver enker, har i dag mulighed for at få hjælp fra det offentlige i indtil 1/2 år efter fødslen. Denne mulighed bør også omfatte den separerede og forladte kvinde, hvis situation i de fleste tilfælde er den samme.

Efter § 46 stk. 4 er der mulighed for at yde støtte til enlige mødre, der på grund af uddannelse, manglende mulighed for børnepasning eller nedsat erhvervsevne ikke kan påtage sig heldagsarbejde. Da transgsgrænsen er bibeholdt, er hjælpen nærmest illusorisk.

Den gravide har mulighed for enten gennem modrehjælpen, børne- og ungdomsværnet eller socialkontoret at modtage hjælp til udstyr til barnet, afhængig af indtægten. I modrehjælpen ydes den hjælp som naturaliehjælp, man bør dog tilstræbe, at hjælpen ydes kontant. Moderskabsydelsen, der træder i kraft samtidig med kildeskattens indførelse er et eksempel på, at lovgivningsmagten er opmærksom på, at der nu skal ydes økonomisk hjælp, men såfremt det fastsatte beløb skal dække mere end den nuværende mælkehjælp, må man være betænkelig ved dets størrelse.

Efter lov om offentlig forsorg kan der til familier med store forsørgerbyrder ydes hjælp i særlige trangstilfælde uanset erhvervsindtægt. Hjælpen omfatter dog kun hjælp til underhold. Man har indtryk af, at den ikke alene bør udnyttes mere, men at hjælpen også bør udvides til at omfatte andet end underhold, f. eks. beklædningshjælp, nyanskaffelser til hjemmet, forbed-

ring af boligforhold, herunder installering af oliefyr, vaskemaskine m. m.

Børne- og ungdomsforsorg

Visse familier har mulighed for støtte gennem børne- og ungdomsforsorgen i samarbejde med familievejledningen, som dog endnu langt fra er tilstrækkeligt udbygget. Denne mulighed er endvidere i henhold til lovens § 27 stk. 5 begrænset til de tilfælde, hvor anbringelse udenfor hjemmet af et barn derved kan undgås. Man har indtryk af, at nogle kommuner fortolker denne bestemmelse ret vidt; denne begrænsning af hjælpens omfang bør ophæves, bl. a. for at opnå en mere ensartet praksis for hele landet.

Husmoderafløser

Som aflastning i tiden omkring fødslen må der kunne ydes husmoderafløser i større omfang end hidtil. Ventetid bør undgås, og hjælpen udstrækkes til en længere periode, end der er mulighed for i dag. Muligheden for at mødre kan komme på rekreation, med eller uden børn, bør også udvides.

Sundhedsplejerskeordning

Som profylaktisk foranstaltning i barnets første leveår er sundhedsplejerskeordningen af uvurderlig betydning. Sundhedsplejersken kommer i kontakt også med de socialt set mest truede familier og kan give dem individuel vejledning samtidig med, at de kan formidle kontakten til sociale institutioner. Loven bør fastsætte pligt for kommunerne, eventuelt amterne, til at ansætte det nødvendige antal sundhedsplejersker.

Børnetilskud

Med hensyn til støtten til socialt vanskeligt stillede familier finder man denne påfaldende lille og dårligt koordineret. I den nylig vedtagne lov om børnetilskud ydes det almindelige børnetilskud uden hensyn til indtægten. Man mener, at der til familier med lille indkomst bør ydes et forhøjet børnetilskud til hvert barn.

Mødrehjælpen

Mødrehjælpen er i forbindelse med mange af de socialt dårligt stillede familier med børn. Institutionerne har mulighed for at

yde økonomisk støtte, men rådighedsbeløbet er for lille til at opfylde mødrehjælpslovens formål. Når man tager i betragtning, at mødrehjælpen råder over et veluddannet arbejds-team, er denne indskrænkning i deres muligheder helt urimelig.

Hjælpen såvel til gravide som til familier med børn bør koordineres og udvides i betydeligt omfang, dersom det sociale pres skal afhjælpes.

Seksualoplysning

Hvis man ønsker at reducere abortbehovet, må der sættes ind med seksualoplysning. Målet må være at hindre uønskede graviditeter.

I 1961 blev der af statsministeriet nedsat en seksualkommission. Udvalget har ikke haft lejlighed til at gennemgå kommissionens betænkning, men det er udvalgets opfattelse, at seksualundervisningen i de fleste af landets skoler er utilstrækkelig, hvis den da overhovedet gives. Seksualundervisning må snarest indføres som obligatorisk fag i folkeskolen fra de mindste klasser og skoletiden igennem, afpasset efter de forskellige aldersgrupper. Faget må derfor omgående indføres som liniefag ved seminarierne, ligesom det også må indgå i den obligatoriske undervisning.

Svangerskabshygieneloven

Svangerskabshygieneloven giver mulighed for gratis vejledning hos en læge om prævention, men kun efter en afsluttet graviditet. Bestemmelsen udnyttes i høj grad. Loven bør udvides til at omfatte gratis konsultation for alle kvinder i fødedygtig alder over 15 år. Da ikke alle ønsker at drøfte dette spørgsmål med deres sædvanlige læge, bør der oprettes et tilstrækkeligt stort antal seksualklinikker landet over.

Udgifterne til præventive midler kan være tyngende på et i forvejen belastet budget. Prisen på disse midler må derfor reduceres væsentligt, evt. gennem statstilskud, eller midlerne må kunne udleveres gratis. Disse foranstaltninger bør af det offentlige følges op af en intensiv moderne reklamekampagne i lighed med de svenske annoncer for familieplanlægning.

I et velfærdssamfund må det forventes, at lovgivningsmagten arbejder for den størst

mulige sociale tryghed for alle samfundets grupper. Mødrehjælpsinstitutionernes sidste beretning tyder på, at en ikke ringe del af familierne med børn føler, at samfundet ikke kommer dem tilstrækkelig til hjælp. Mange kvinder henvender sig om abort af sociale grunde, de søger svangerskabsafbrydelse ikke alene på grund af øjeblikkelige vanskeligheder, men også med henblik på familiens fremtid. Skal familierne hjælpes, må der kunne ydes effektiv og langsigtet hjælp.

En boligreserve må hurtigst muligt oparbejdes, så alle kan skaffe sig bolig, der kvalitetsmæssigt opfylder nutidens krav samtidig med, at familierne kan skaffe sig bolig efter deres aktuelle behov. Udover at man indhenter det forsømte må der i takt med boligbyggeriet bygges daginstitutioner, så de kvinder, der ønsker at fortsætte erhvervsarbejde eller uddannelse, får en reel mulighed herfor.

Gennemførelse af en uddannelse må ikke forhindres af, at en kvinde får et barn. Hverken hun selv eller barnets far må tvinges til at opgive uddannelse. Alt for ofte ødelægges unges fremtidsmuligheder; den ene eller de begge må opgive en påbegyndt uddannelse på grund af svigtende økonomiske muligheder, fordi der ventes et barn.

Den enlige gravide kvinde og mor må tilgodeses og hjælpes på en sådan måde, at hun ikke føler sig som hørende til en særgruppe i befolkningen. Hun og hendes børn må have samme muligheder som andre familier har. Den ganske unge mor bør støttes gennem socialpædagogiske foranstaltninger.

Indenfor reglerne om frihed og løn eller erstatning herfor i tiden omkring fødslen virker de store forskelligheder grelle, specielt har de i forvejen socialt dårligst stillede ringe vilkår. På dette for barnets trivsel så afgørende tidspunkt må der skabes tilfredsstillende og ensartede betingelser for alle kvinder.

I denne redegørelse håber man at have påvist, at det ikke er nok at yde spredt støtte til gravide kvinder eller familier med småbørn. Det er effektiv og langsigtet familieorienteret hjælp, der tiltrænges. For at opnå den ønskede effekt må de nævnte love koordineres og udvides i takt med ændringerne i samfundet. Her er det relevant at omtale rammelovens store værdi, idet den giver mulighed for at tilgodesee klientellets skiftende behov.

Samtidig med at nævnte love koordineres må de enkelte institutioner, der arbejder med familiernes sociale og personlige problemer, samarbejde i langt større udstrækning, end tilfældet er i dag.

Dansk Socialrådgiverforening ønsker at gøre opmærksom på, at samfundet, hvis man ønsker at nedsætte behovet for abort - såvel legale som illegale - må prioritere børne- og familievenlige foranstaltninger højere, end det hidtil har været tilfældet. Indtil samfundet har opfyldt sine forpligtelser på disse områder, vil mange børn fødes og vokse op under utrygge sociale forhold, ligesom mange gravide kvinder fortsat vil føle sig presset af sociale vanskeligheder til at søge svangerskabet afbrudt.

Rapport

om

svangerskabsudvalgets studiebesøg i Jugoslavien og Rumænien

I. Indledning

Under den offentlige debat, der i det sidste par år har fundet sted omkring abortlovgivningen, har opmærksomheden i betydeligt omfang været rettet mod de østeuropæiske lande og Japan, hvis lovgivninger i videre omfang tillader legal abort end de skandinaviske. Umiddelbart efter svangerskabsudvalgets nedsættelse i februar 1967 drøftede man derfor mulighederne for at fremskaffe de bedst mulige oplysninger om lovgivningen, praksis og erfaringerne i de lande, der har hel eller delvis fri adgang til svangerskabsafbrydelse, og der var i udvalget enighed om, at det ville være betydningsfuldt, om nogle af udvalgets medlemmer ved besøg i de pågældende lande fik lejlighed til nærmere at sætte sig ind i forholdene.

1 samarbejde med den i maj 1965 nedsatte svenske abortkomite besluttede man herefter at søge tilrettelagt studiebesøg i Polen, Czechoslovakiet og Jugoslavien, hvor lovgivningen efter de foreliggende oplysninger gav adgang til svangerskabsafbrydelse på sociale indikationer. Studieprogrammet omfattede også forholdene i Ungarn, hvor kvinden efter lovgivningen principielt har ret til at få et svangerskab afbrudt, og Rumænien, der i 1966 indførte en begrænsning i den indtil da frie adgang til svangerskabsafbrydelse. Med henblik på at kunne gennemføre studiebesøgene med de mindst mulige udgifter og til mindst mulig gene for myndighederne i de besøgte lande, besluttede de svenske og danske komiteer at dele opgaven imellem sig, således at den svenske studiegruppe suppleret med et medlem af det danske udvalg besøgte Polen og Czechoslovakiet, medens den danske studiegruppe suppleret med et medlem af den svenske komite

skulle søge tilrettelagt besøg i Jugoslavien, Rumænien og Ungarn.

Udvalget bad herefter gennem udenrigsministeriet de respektive danske ambassader søge at tilrettelægge sådanne studiebesøg. Imidlertid måtte besøget i Ungarn opgives, da de ungarske myndigheder meddelte, at de ikke så sig i stand til at modtage besøg af studiegruppen i det planlagte tidsrum på grund af igangværende omlægninger af hele administrationen inden for det ungarske sundhedsvæsen.

Som deltagere i studierejsen udpegede udvalget overlæge, dr. med. Kirsten Auken, læge Kn. O. Christensen, overlæge E. Juel Henningsen, overlæge Henrik Hoffmeyer, direktør, cand. jur. Vera Skalts samt udvalgets sekretær, fuldmægtig Tage Bækgård. Imidlertid måtte overlæge Kirsten Auken på grund af sygdom aflyse sin deltagelse og i stedet for dr. Kn. O. Christensen, der ligeledes var forhindret, udpegede Den almindelige danske Lægeforening reservelæge Vagn Sele, Rigshospitalets fødeafdeling A og gynækologisk afdeling I, til at deltage i rejsen. Endvidere deltog som repræsentant for den svenske abortkomite overlæge, med. dr. Verner Westberg. Overlæge Juel Henningsen deltog alene i besøget i Rumænien.

Med deltagelse af overlæge Hoffmeyer besøgte den svenske studiegruppe Polen og Czechoslovakiet i tiden fra den 10.-24. september 1967. Herefter fortsatte overlægerne Hoffmeyer og Westberg til Jugoslavien, hvor de den 25. og 26. september aflagde besøg i et par medicinske institutioner, medens den samlede danske studiegruppes besøg fandt sted i dagene 27.-29. september 1967. Besøget indledtes med et møde i »Federal Council for Health and Social Policy«, der havde til-

rettelagt programmet for besøget. Rådets vicepræsident dr. Svetomir Jaukovic gav oplysninger om den jugoslaviske abortlovgivnings historiske udvikling og om de nugældende bestemmelser. Rådet er et politisk organ bestående af medlemmer af parlamentet, der særlig beskæftiger sig med den sundhedsmæssige og sociale lovgivning udfra politiske synspunkter. De af vicepræsidenten givne oplysninger blev suppleret og uddybet ved besøg i »Federal Institute for Health Care« (nærmest svarende til Sundhedsstyrelsen), og »Institute for Health Care for the Youth of Social Republic of Serbia«, der er et statsligt forskningscenter for bl. a. abortproblemer, ligesom der er knyttet gynækologiske, obstetriske og pædiatriske afdelinger til instituttet. Endelig besøgte man to gynækologiske afdelinger samt et »Health Home«, der er medicinsk center for en befolkning på ca. 100.000 indbyggere.

Studiegruppens besøg i Rumænien fandt sted i dagene 2.-4. oktober 1967 og indledtes med et møde i det rumænske sundheds- og socialministerium, hvor viceminister, dr. Moraru gav en oversigt over den rumænske abortlovgivnings udvikling. Endvidere havde studiegruppen lejlighed til at besøge nogle institutioner og hospitaler i Bukarest, hvor ansøgninger om svangerskabsafbrydelser behandles, og hvor indgrebene udføres.

Rejsegruppens deltagere vil gerne fremhæve, at man både i Jugoslavien og Rumænien hos alle de besøgte institutioner og myndigheder mødte den største hjælpsom-

hed og beredvillighed til at give alle oplysninger om forholdene i de pågældende lande, ligesom man med stor åbenhed deltog i diskussioner om de problemer, som rejse-deltagerne rejste.

Denne rapport fremkommer, dels som resultat af de oplysninger studiegruppen fik under besøgene i Jugoslavien og Rumænien, dels af oplysninger som i øvrigt findes offentliggjort om jugoslaviske og rumænske forhold.

II. Jugoslavien

A. Baggrundsoplysninger

Den jugoslaviske stat blev dannet efter den første verdenskrig som en forbundsstat og består af 6 republikker med et samlet areal på ca. 256.000 km².

Landets befolkningsmæssige udvikling fremgår af tabel 1.

Det fremgår heraf, at der i løbet af 1930'erne skete et jævnt fald i fødselshyppigheden, der umiddelbart før verdenskrigen dog stadig lå ca. en trediedel højere end fødselshyppigheden i Danmark. I årene efter krigen steg fødselshyppigheden påny til omkring 30 levendefødte pr. 1.000 indbyggere i 1950.

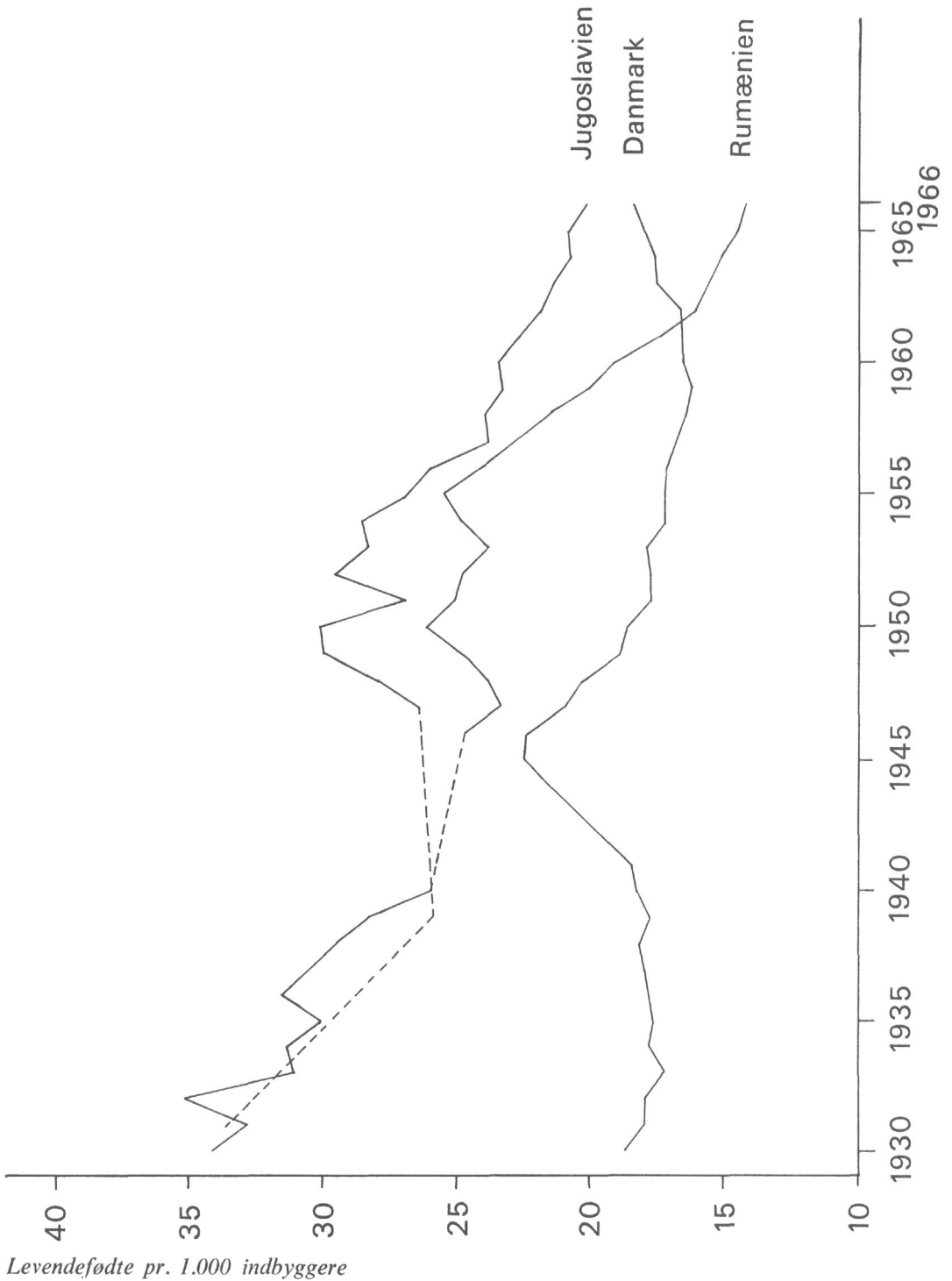
Siden har der været tale om en faldende tendens, der var mest udpræget i årene 1954-56, medens faldet i de senere år har været mere moderat. Fødselshyppigheden er dog stadig noget højere end i Danmark. Der henvises i øvrigt til den grafiske fremstilling, figur 1.

Tabel 1.

	Indbyggere tus.	Levendefødte		Vielser	Skilsmisser	Døde under 1 år pr. 1000 levendefødte	Fødsels- overskud ¹⁾
		Antal	Pr. 1000 indb.				
1921.....	12.059	442.530	36,7	157.055	6.720	—	15,8
1931.....	13.982	470.275	33,6	126.072	6.393	164,5	13,8
1939.....	15.596	403.938	25,9	123.817	7.103	132,3	11,0
1947.....	15.679	416.799	26,6	205.835	20.915	—	13,9
1950.....	16.346	494.215	30,2	185.965	17.879	118,4	17,2
1955.....	17.519	471.394	26,9	162.711	19.389	112,8	15,5
1960.....	18.402	432.595	23,5	168.120	22.085	87,7	13,6
1965.....	19.507	408.158	20,9	174.301	21.649	71,8	12,2
1966.....	19.735	398.898	20,2	168.583	22.160	61,3	12,2

¹⁾ Levendefødte ÷ døde pr. 1.000 indbyggere.

Figur 1.
Fødselshyppigheden i Jugoslavien, Rumænien og Danmark 1930-1966



ved en vurdering af fødselshyppighedens betydning i befolkningsmæssig henseende må der tillige tages hensyn bl. a. til dødeligheden i befolkningen som helhed. Betragter man udviklingen i tallene for fødselsoverskuddet, d. v. s. antal levendefødte med fradrag af antal døde pr. 1.000 indbyggere, ses det, at der for perioden siden 1. verdenskrig under ét kun har været tale om et relativt moderat fald, der blev afbrudt af en kraftig stigning i årene efter 2. verdenskrig. Fødselsoverskuddet pr. 1.000 indbyggere har i de seneste år været ca. halvanden gange så stort som i Danmark.

Børnedødeligheden i det første leveår er i Jugoslavien blevet halveret siden 1939 og udgjorde i 1966 godt 6 pct. af samtlige levendefødte. Til sammenligning kan anføres, at børnedødeligheden i Danmark i 1965 var 1,9 pct. og i Sverige 1,4 pct. i 1964.

De foran anførte oplysninger om den ju-

goslaviske befolkningsudvikling dækker imidlertid over temmelig store variationer mellem de forskellige dele af landet. I denne sammenhæng må det erindres, at den jugoslaviske befolkning består af en række forskellige nationaliteter, hvis historiske, religiøse, kulturelle og erhvervmæssige forudsætninger var vidt forskellige, da de efter 1. verdenskrig blev sluttet sammen i een stat. De nordlige og vestlige dele, Slovenien, Kroatien samt Bosnien og Hercegovina hørte til det Østrig-Ungarnske kejserdømme, medens Serbien og Montenegro var selvstændige kongeriger. Makadonien og den autonome provins Kosovo-Metohija var indtil Balkankrigene 1912-13 undergivet tyrkisk herredømme.

Serbere og Kroatere udgør den største befolkningsgruppe med henholdsvis ca. 42 pct. og 23 pct. af Jugoslaviens samlede indbyggertal. Andre større nationaliteter er Sloven-

Tabel 2.

Befolkningstal, fødsler m. v. i de jugoslaviske republikker.

Kilder: Jugoslavien: Stat. Årbog for Jugoslavien 1967.

Danmark: Stat. Årbog 1967; Statistiske Meddelelser 1967:7.

1965 (hvor ikke andet er anført)	Bosnien og Hercegovina	Montenegro	Kroatien	Makadonien	Slovenien	Egl. Serbien	Voivodina	Kosovo-Metohija	Jugoslavien i alt	Danmark
Indbyggere (tus.)	3.594	511	4.281	1.505	1.649	4.979	1.900	1.088	19.507	4.768
Levendefødte...	101.351	12.333	71.186	42.433	30.587	77.246	29.453	43.569	408.158	85.796
Levendefødte pr. 1.000 indb.	28,2	24,1	16,6	28,2	18,5	15,5	15,6	40,0	20,9	18,0
Fødselsoversk. ¹	20,5	17,4	7,3	19,7	8,8	7,3	6,0	29,2	12,2	7,9
Børn født uden for ægteskab i pct. af samtlige levendefødte ...	5,3	2,5	6,0	5,7	9,2	11,2	13,3	13,9	8,2	9,5
Børnedødelighed ²	83,7	53,9	49,5	105,8	29,6	54,7	57,4	126,6	71,8	19,2
Pct. af fødsler uden læge- eller jordemoderassistance.....	59,4	41,7	13,3	50,4	1,2	33,1	5,0	80,0	38,9	—
Skilsmisser pr. 1.000 vielser....	81,1	108,8	147,2	56,0	121,8	145,9	196,5	42,2	124,2	156,5
Analfabeter ³ i pct. 1961.....	32,5	21,7	12,1	24,5	1,8	23,0	10,6	41,1	19,7	—

¹ Levendefødte ÷ døde pr. 1.000 indb.

² Døde i 1. leveår pr 1.000 levendefødte.

³ Personer over 10 år, der ikke kan læse og skrive en almindelig tekst.

erne med knap 9 pct., Markadonere med knap 6 pct. samt Albanere og Tyrkere med hver ca. 5 pct. Tyrkerne findes navnlig i Bosnien og Hercegovina, hvor de udgør ca. 25 pct. af befolkningen, medens Albanerne udgør to trediedele af befolkningen i den autonome provins Kosovo-Metohija i Serbien,

hvortil hovedparten er kommet fra Albanien som flygtninge efter krigen.

Tabel 2 indeholder en række oplysninger om befolkningsforholdene i landets republikker og provinser i 1965. Til sammenligning er tilsvarende oplysninger medtaget for Danmark.

Tabel 3.

Fertilitetskvotienter m. v. 1965.

(Antal levendefødte pr. 1.000 kvinder i den pågældende aldersklasse).

	Bosnien og Hercegovina	Montenegro	Kroatien	Makadonien	Slovenien	Egl. Serbien	Voivodina	Kosovo-Metohija	Jugoslavien i alt	Danmark
Under 15 år.....	0,1	—	0,1	—	0,0	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1
15 år.....	2,7	1,3	2,4	5,6	1,5	6,3	5,0	4,7	4,0	1,9
16 år.....	10,2	5,2	11,1	12,9	7,5	25,1	20,5	16,9	15,4	13,1
17 år.....	32,7	20,2	33,3	30,5	25,7	59,2	51,3	46,3	40,9	34,5
15-19 år.....	45,9	32,6	42,9	39,8	36,1	57,5	56,2	62,2	48,3	48,6
20-24 år.....	205,0	185,8	167,2	223,7	172,0	165,3	183,4	288,4	188,6	180,0
25-29 år.....	188,6	184,2	123,7	227,7	140,4	109,8	112,5	297,9	152,1	164,8
30-34 år.....	131,6	118,7	65,6	137,8	82,0	45,6	46,2	246,7	85,8	87,1
35-39 år.....	83,9	67,0	29,0	69,5	42,1	15,7	16,4	166,6	42,7	38,1
40-44 år.....	34,6	26,6	8,1	26,3	12,7	4,6	4,0	83,5	14,9	8,9
45-49 år.....	7,4	8,0	1,0	8,9	1,6	1,4	0,4	48,1	4,9	0,8
Fødselsnummer 1 og 2 i pct. af samtlige levendefødte.	49,5	52,1	74,7	54,6	77,7	80,8	82,7	36,4	63,1	67,4

Det fremgår heraf, at fødselshyppigheden varierer fra under 16 pr. 1.000 indbyggere i Serbien og Voivodina, hvilket er lavere end i Danmark, til ca. 40 i Kosovo eller omtrent svarende til forholdet i Indien. Af oversigterne over fertilitetskvotienterne, tabel 3, fremgår det, at i de områder, hvor fødselshyppigheden er stor, er det særlig fertiliteten i de ældre aldersklasser, der ligger klart højere, medens forskellene er mindre i aldersklasserne under 20 år. Der er således ikke tale om, at kvinderne i områder med store fødselstal føder særlig mange børn i ung alder eller starter særlig tidligt, men forholdet er snarere det, at kvinderne i vid udstrækning fortsætter børnefødslerne gennem hele den fertile periode. Et andet udtryk herfor får man i de anførte procenttal for fødselsnummer 1 og 2 af det samlede fødselstal. Medens kun godt en trediedel af fødslerne i Kosovo er 1. eller 2. fødsel, er den tilsvarende andel i de øvrige dele af Serbien og i Slovenien ca. 80 pct. Her får altså det over-

Barnets fødselsnummer	Voivodina	Kosovo
nr. 1.....	14.579	8.176
nr. 2.....	9.783	7.681
nr. 3.....	2.862	6.595
nr. 4.....	1.022	5.413
nr. 5.....	531	4.640
nr. 6.....	271	3.697
nr. 7 og flere.....	398	7.326

vejende flertal af familierne ikke mere end 1 eller 2 børn. Særlig slående er forskellen i denne henseende mellem Voivodina og Kosovo, som det fremgår af ovenstående oversigt.

Medens fødsel af det 5. barn er en virkelig sjældenhed i Voivodina, sker det i Kosovo for mere end halvdelen af de kvinder, der overhovedet får børn.

Også med hensyn til børnedødeligheden gør der sig i Jugoslavien store forskelle gældende, men generelt kan det siges, at børne-

dødeligheden er stor i områder med høj fødselshyppighed. Forklaringen på forskellen i børnedødeligheden må bl.a. også søges i mulighederne for bistand af læge eller jordemoder under fødslen. Tabel 2 viser, at medens der nogle steder omtrent er fuld dækning, føder 80 pct. af kvinderne i Kosovo uden sagkyndig bistand.

Som udtryk for befolkningens almindelige oplysningstilstand er medtaget bl. a. oplysning om antallet af analfabeter. Også på dette område er der store forskelle, men det bør dog fremhæves, at der blandt de yngre aldersklasser er langt færre analfabeter end blandt de ældre.

B. Abortlovgivningen

1. Udviklingen

Jugoslavien fik sin første straffelov gældende for hele landet i 1929, hvorefter svangerskabsafbrydelse var strafbar både for den gravide kvinde og for den, der foretog indgrebet. Undtagelse var efter loven alene tilladt, når afbrydelsen skete for at redde kvindens liv eller for at undgå umiddelbar fare for hendes sundhed. Principielt skulle der foreligge tilladelse fra en lægelig kommission, men udfra en nødretsgrundsætning kunne en læge dog foretage indgrebet på egen hånd, når man ikke kunne afvente kommissionstilladelse.

Strafansvaret for den gravide kvinde blev ophævet i 1951, og i 1952 blev der gennemført nærmere regler om legal svangerskabsafbrydelse, hvorefter abort kunne tillades af lægelige kommissioner, når der forelå medicinsk, eugenisk eller etisk indikation, samt undtagelsesvis, når det kunne påregnes, at kvindens helbred under hensyn til hendes særligt vanskelige materielle, personlige eller familiemæssige forhold vil blive forringet ved barnets fødsel. Disse regler var gældende indtil 1960, da der gennemførtes en egentlig social indikation, jfr. nedenfor.

I årene op til 1960 steg antallet af legale svangerskabsafbrydelser betydeligt og udgjorde i 1959 for hele Jugoslavien ca. 54.500¹. Imidlertid var det myndighedernes opfattelse, at der fortsat blev udført et meget stort antal illegale aborter. Det kan således nævnes, at der i 1959 i Jugoslavien registre-

redes ca. 57.300¹ aborter, som ikke var tilladt af en kommission, og at der i 1958 i Beograd registreredes ca. 11.500 aborter, hvoraf 3.600 var legale². Det antages, at flertallet af de øvrige aborter var illegale, hvortil kom, at antallet af illegale aborter var endnu højere, da et antal ikke registreredes. 2. De nugældende regler

Den jugoslaviske straffelov af 1959 indeholder et principielt forbud mod afbrydelse af svangerskab og fastsætter straf for illegal svangerskabsafbrydelse. Den gravide kvinde kan dog ikke straffes for selv at afbryde sit svangerskab eller lade det afbryde illegalt.

I henhold til en bemyndigelse i straffeloven er der ved en ministeriel bekendtgørelse af 16. februar 1960 givet bestemmelser om, under hvilke betingelser legal svangerskabsafbrydelse kan foretages og om fremgangsmåden herved.

Bekendtgørelsen giver adgang til svangerskabsafbrydelse i 4 grupper af tilfælde:

- 1) Når det på lægeligt grundlag må fastslås, at man ikke ved andre midler kan redde kvindens liv eller undgå fare for hendes helbred under eller efter fødslen (medicinsk indikation).
- 2) Når det efter lægelige erfaringer må forventes, at barnet på grund af forældrenes sygdom vil blive født med alvorlige legemlige eller sjælelige defekter (eugenisk indikation).
- 3) Når svangerskabet er en følge af visse nærmere angivne strafbare handlinger (etisk indikation).
- 4) Når der er grund til at antage, at kvinden på grund af barnets fødsel vil komme i personlige, familiemæssige eller materielle vanskeligheder, som ikke kan forhindres på anden måde (social indikation).

Bortset fra tilfælde af medicinsk eller eugenisk indikation kan tilladelse til svangerskabsafbrydelse ikke gives, hvis der er forløbet mere end 3 måneder fra besvangringen.

Afgørelse af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse træffes af særlige kommissioner, der er oprettet ved de hospitaler og klinikker, der har gynækologiske afdelinger. Kommissionerne består af 2 læger, hvoraf den ene skal være specialist i gynækologi og obstetrik, medens den anden læge normalt er intern mediciner, samt af en socialrådgiver. Kommissionsmedlemmerne, der sædvanligvis er ansat ved de pågældende medicinske

¹ Mehlan: World Med. Journal, Vol. 13. No. 3.

² Dr. Mojic, personlige oplysninger.

anstalter, udpeges for et år ad gangen af vedkommende kommunale råd for folkesundhed.

Afslag på ansøgning om svangerskabsafbrydelse kan påklages til en ankekommission, hvis medlemmer udpeges af de amtskommunale råd for folkesundhed. I henhold til bekendtgørelsen skal ankekommissionens medlemmer sammensættes på tilsvarende måde som primærkommissionerne, men efter studiegruppens erfaringer synes det at være reglen, at ankekommissionsmedlemmerne alle er højtstående læger. Dette gælder i hvert fald i Beograd, hvor medlemmerne normalt er universitetsprofessorer.

I Serbien findes der ialt 94 abortkommissioner samt 21 ankekommissioner. I Beograd findes 6 primærkommissioner og 3 ankekommissioner. På enkelte større gynækologiske afdelinger kan der være etableret 2 kommissioner, der arbejder alternativt. Dette var således tilfældet på et af de gynækologiske specialhospitaller som studiegruppen besøgte, og hvor dagligt 40-50 kvinder henvendte sig for at søge svangerskabsafbrydelse.

Kommissionerne træffer afgørelse ved flertalsbeslutning, medmindre et lægeligt medlem finder, at der er medicinsk kontraindikation. Afgørelserne protokolleres med kort angivelse af begrundelserne. Afgørelsen skal straks meddeles den pågældende kvinde, normalt mundtligt, og såfremt tilladelse er givet, påhviler det kommissionen at sørge for, at afbrydelsen foretages hurtigst muligt. Kommissionen skal på passende måde gøre kvinden bekendt med de farer, som indgrebet kan medføre samt sikre sig, at hun får tilbud om vejledning i antikonception.

Ansøgning om svangerskabsafbrydelse skal indgives af den pågældende kvinde selv eller med hendes samtykke af forældrene, hvis hun er umyndig. Kommissionen kan forlange en udtalelse fra forældrene eller værgeren for en kvinde, der er umyndig eller ude af stand til at forsørge sig selv. Ved de af studiegruppen besøgte institutioner var det fast praksis altid at kræve en sådan udtalelse fra forældrene til kvinder under 18 år. For kvinder under 16 år må der tillige indhentes en bekræftelse fra den offentlige anklager eller retten på, at der er rejst anklage mod barnefaderen.

Der findes ikke i lovgivningen forskrifter

om, at ansøgerindens ægtefælle skal have lejlighed til at udtale sig over for kommissionen, og i praksis synes dette heller ikke at ske.

Udgifterne ved kommissionsarbejdet og udførelse af indgrebet afholdtes tidligere i lighed med al anden sygdomsbehandling fuldt ud af det offentlige. Imidlertid blev der i 1966 skabt mulighed for, at der kan afkræves kvinderne gebyrer dels for kommissionsarbejdet, dels for udførelse af indgrebet. Størrelsen af disse gebyrer fastsættes af de lokale myndigheder og varierer derfor noget. I Beograd skal kvinden betale 50 Din. for indgrebet, medens kommissionsbehandlingen fortsat er gratis.

Det udtales udtrykkeligt i den jugoslaviske abortbekendtgørelse, at svangerskabsafbrydelse kan finde sted uden kommissionstilladelse, når denne ikke kan afventes på grund af umiddelbar fare for kvindens liv eller helbred. Endvidere kan en påbegyndt svangerskabsafbrydelse fuldendes uden kommissionstilladelse. I sådanne tilfælde skal hospitalsledelsen eller lægen afgive indberetning til abortkommissionen inden 3 dage, og hvis der opstår mistanke om, at den påbegyndte afbrydelse skyldes en kriminel handling, skal der tillige ske anmeldelse til den offentlige anklager.

C. Fremgangsmåden ved behandlingen af ansøgninger om abort

De følgende oplysninger er baseret på studiegruppens erfaringer fra de besøgte hospitaller og andre sundhedsinstitutioner i Beograd og må ikke uden videre betragtes som gyldige for forholdene i de øvrige dele af Jugoslavien. Det er rejsedeltagernes indtryk, at der kan være tale om ret betydelige afvigelser med hensyn til arbejdsform og praksis, hvilket bl. a. hænger sammen med, at sundhedsvæsenet i lighed med mange andre offentlige funktioner i vidt omfang er baseret på lokalt selvstyre.

En kvinde, der ønsker sit svangerskab afbrudt, kan rette henvendelse direkte til en gynækologisk afdeling, hvor der findes en abortkommission. Principielt er hun bundet til abortkommissionen i det distrikt, hvor hun bor, men nogen egentlig kontrol med at dette overholdes, synes ikke at finde sted. Som oftest vil kvinden imidlertid i første omgang henvende sig på den gynækologiske

afdeling i det lokale sundhedscenter, hvor al lægekonsultationsvirksomhed i det pågældende distrikt er koncentreret. Her konstateres graviditeten, og hvis abort søges af medicinske grunde, forsynes kvinden med en erklæring om sin helbredstilstand. Kvinden afleverer selv denne erklæring til kommissionen sammen med en skriftlig ansøgning, hvortil der nogle steder skal anvendes et særligt skema. I ansøgningen skal kvinden meddele en række oplysninger om sine familiemæssige og sociale forhold, og ønsket om svangerskabsafbrydelse skal nærmere begrundes.

På hospitalet foretages først en fuldstændig lægeundersøgelse til konstatering af, om der foreligger medicinsk indikation eller kontraindikation for afbrydelsen. Den medicinske undersøgelse i konsultationscentret kan dog eventuelt erstatte dele af hospitalets undersøgelse. Hvis lægen konstaterer medicinsk, herunder eugenisk indikation, kan sagen umiddelbart behandles i kommissionen, hvis afgørelse også kræves i sådanne tilfælde, bortset fra medicinske nødsituationer.

De øvrige ansøgere behandles af kommissionens socialrådgiver (socialpsykolog), der taler med alle ansøgerne. Disse samtaler er ofte kun af få minutters varighed, særlig når der er tale om klare tilfælde, f. eks. gifte kvinder med flere børn. Man forsøger i alle tilfælde at overtale kvinden til at fortsætte svangerskabet. I enkelte tilfælde foretages der en mere omfattende social undersøgelse, og socialt særligt vanskeligt stillede kvinder kan socialrådgiveren bistå med bortadoption eller midlertidig børnehjemsanbringelse af barnet eller med at finde arbejde. Derimod har socialrådgiveren ikke i øvrigt mulighed for at tilbyde de abortsøgende økonomisk, uddannelsesmæssig eller anden direkte bistand, men må henvise til de sociale myndigheder.

En anden gruppe, som socialrådgiveren særlig søger at hjælpe, er de unge ugifte. Man er i almindelighed betænkelig ved svangerskabsafbrydelse hos helt unge piger og søger derfor i særdeleshed at overtale dem til at fortsætte svangerskabet. Der optages ofte kontakt med barnefaderen; man søger at overtale parterne til at indgå ægteskab og har ofte heldet med sig.

Imidlertid er det som nævnt et mindretal af ansøgerne, som socialrådgiverne anstiller

mere indgående undersøgelser af. Dette skyldes dels, at en stor del af sagerne haster ganske betydeligt, idet mange kvinder først henvender sig om abort umiddelbart før udløbet af 3 måneders fristen, som lægerne overholder meget strikte, således at der simpelthen ikke er tid til nærmere sociale undersøgelser. Dels må socialrådgiveren ofte tale med så mange ansøgere hver dag, at en mere dybtgående undersøgelse og vejledning ikke er praktisk mulig. Det kan således nævnes, at på den tidligere omtalte gynækologiske klinik, som studiegruppen besøgte, var der kun ansat en socialrådgiver til behandling af de 40-50 ansøgninger, som indkom dagligt.

På grundlag af lægens undersøgelse og de sociale oplysninger, der foreligger, træffer kommissionen derefter sin beslutning. Normalt vil således 2 af kommissionens medlemmer have set patienten. Kommissionen kan som tidligere nævnt formelt træffe afgørelse ved flertalsbeslutning, men sådanne afgørelser synes ikke at forekomme i praksis. Det blev tilkendegivet, at lægerne i kommissionen i realiteten nærmest overlader det til socialrådgiveren alene at tage stilling til, om betingelserne for abort på social indikation foreligger, og tager i sådanne tilfælde selv kun stilling til kontraindikationsspørgsmålet.

Hvis kommissionens afgørelse falder ud til afslag, kan kvinden kræve ansøgningen forelagt ankekommissionen, der har mulighed for at lade foretage fornyede undersøgelser og indkalde andre eksperter til at deltage i afgørelsen, herunder eventuelt også socialkyndige. Primærkommissionen har også mulighed for af egen drift at forelægge tvivlsomme sager for ankekommissionen.

D. Indgrebets foretagelse

Svangerskabsafbrydelse skal i henhold til bekendtgørelsen principielt foretages på det hospital eller den sundhedsinstitution, hvortil den kommission, der har meddelt tilladelser, er knyttet; men der er adgang til at lade kvinden indlægge på et andet hospital, som regel det nærmeste hospital, hvis der er »berettiget grund« dertil, eller hvis institutionen ikke opfylder betingelserne for at udføre abortindgreb. I hvilket omfang svangerskabsafbrydelser udføres på andre hospitaler end hjemstedssygehuset var der efter de til studiegruppen meddelte oplysninger ikke fore-

taget opgørelser af, men det kan nævnes, at en af de besøgte gynækologiske klinikker, der var knyttet til Serbiens Institut for Ungdomssundhed, udførte et betydeligt antal svangerskabsafbrydelser, selv om der ikke var knyttet nogen abortkommission til instituttet.

Foruden på de egentlige gynækologiske afdelinger, hvoraf der i hele Jugoslavien findes ca. 150, hovedsagelig på blandede hospitaler med ialt 5.742 sengepladser, udføres svangerskabsafbrydelser i betydeligt omfang på fødeklinikker, som findes i et stort antal, selv om disse ikke er indrettet med henblik på udførelse af sådanne indgreb. På større gynækologiske afdelinger har man ofte indrettet særlige afdelinger til abortpatienterne, således at der både findes særlige operationsstuer og særlige sengeafsnit til disse patienter. Man havde på grund af det store antal abortsøgende fundet denne løsning nødvendig, men der blev fra flere sider givet udtryk for, at atmosfæren på sådanne abortafdelinger var ret deprimerende både for patienterne og det medicinske personale.

På de af studiegruppen besøgte hospitaler anvendtes ved svangerskabsafbrydelse hovedsagelig den fremgangsmåde, som også i de nordiske lande er den almindelige ved abortus provocatus inden udgangen af 3. svangerskabsmåned: Mekanisk udvidelse af livmoderkanalen (dilatation) med påfølgende tømning (udskrabning) af livmoderen (evacuation af uterus). I et vist omfang var man dog også i Beograd begyndt at anvende »vacuum-aspiration«, en metode hvorved svangerskabsproduktet suges ud af livmoderen. I andre dele af Jugoslavien er den sidst nævnte metode mere almindelig.

Som tidligere nævnt må svangerskabsafbrydelse kun foretages på hospitaler og klinikker, hvor der er mulighed for egentlig hospitalsindlæggelse. Imidlertid er det ikke usædvanligt, at kvinderne kun opholder sig ganske kort tid på hospitalet efter indgrebets udførelse. På en af de klinikker, som studiegruppen besøgte, var der i virkeligheden tale om ambulat behandling, således at kvinderne normalt kun var indlagt et par timer efter operationen. Til klinikken hørte dog hospitalssenge, således at der var mulighed for fortsat behandling, hvis der tilstødte komplikationer. På et andet hospital, der havde 40 senge specielt beregnet til abortpa-

tienter, opholdt alle patienter sig i mindst 24 timer på hospitalet.

Blandt de læger, som rejsegruppen havde lejlighed til at møde under opholdet i Jugoslavien, syntes der at være enighed om, at det ud fra rent medicinske overvejelser ville være at foretrække, at patienterne opholdt sig nogle dage på hospitalet efter foretagelse af abort, og at ambulatoriske indgreb i hvert fald burde undgås. Bl. a. fremhævede man, at risikoen for infektioner ville kunne formindskes betydeligt, idet patienterne ofte har samleje straks efter udskrivningen. Når der til trods herfor dog udføres et betydeligt antal svangerskabsafbrydelser uden eller med ganske kort hospitalsindlæggelse (i Serbien således flertallet af samtlige svangerskabsafbrydelser¹) er grunden ikke alene manglen på hospitalssenge, som gør sig gældende navnlig visse steder i landet. En ikke mindre vigtig årsag er kvindernes eget ønske om at blive udskrevet hurtigst muligt, hvilket tilsyneladende hænger sammen med både sociale og psykologiske faktorer (hensynet til familien og økonomien, opholdets ubehagelige karakter).

E. Virkningerne af abortlovgivningen

Der foreligger ikke nøjagtige statistiske oplysninger om det samlede antal legale svangerskabsafbrydelser i Jugoslavien i de senere år, men bl. a. på grundlag af de studiegruppen meddelte oplysninger kan følgende oversigt opstilles:

	Samlet antal aborter	Legale aborter
1959.....	111.800	54.500
1960.....	133.300	76.700
1961.....	164.500	104.700
1962.....	ca. 200.000	ca. 150.000
1965.....	ca. 300.000	ca. 220.000

For 1966 anslås tallene at være lidt større. Imidlertid anslås antallet af legale svangerskabsafbrydelser for hele landet at være noget større end det angivne, idet lægerne ikke registrerer alle legale aborter. Det samlede antal legale aborter skønnes derfor at andrage mellem 250.000 og 300.000. For Jugoslavien under et betyder det, at der for

1 Dr. Lydia Andolsek: »Abortion in Yugoslavia« i Family Planning, Vol. 14, No 4.

hver 100 fødsler foretages henved 75 legale svangerskabsafbrydelser, men ligesom for fødselstallet gælder det også her, at der er tale om store forskelle mellem de enkelte regioner i landet. Dette kan illustreres af følgende oversigt over antallet af legale aborter i republikken Serbien i 1965:

	legale aborter	fødsler	aborter pr. 100 fødsler
Voivodina	38.700	29.500	131
Kosovo- Metohija . ..	4.400	43.600	10
Øvrige Serbien	81.700	77.200	106
Serbien i alt...	124.800	150.300	83

I hele Serbien var der i 1966 ialt ca. 135.000 legale aborter mod ca. 146.000 fødsler.

Et udtryk for den kraftige stigning i antallet af legale aborter, der især har fundet sted siden ændringen af lovgivningen i 1960, får man også ved at betragte udviklingen i Beograd:

År	Antal legale aborter	fødsler
1956	575	
1958	3.596	(1957) 10.819
1960	13.023	(1959) 11.440
1962	20.454	(1961) 13.058
1965	ca. 27.200	ca. 10.000

Ved vurderingen af denne udvikling må det naturligvis tages i betragtning, at befolkningstallet samtidig er steget, men det bør understreges, at antallet af legale aborter i Beograd nu andrager ca. 2Vi gange fødselstallet. Det er imidlertid de jugoslaviske sundhedsmyndigheders opfattelse, at der nu er ved at indtræde en vis stagnation i stigningen i det samlede antal aborter, og at der formentlig i visse områder er tale om et begyndende fald i aborthyppigheden. Antallet af illegale aborter skønnes at være faldet kraftigt især siden lovændringen i 1960, hvis hovedformål netop var at komme disse aborter til livs. Denne opfattelse støttes bl. a. på, at antallet af dødsfald og andre alvorlige komplikationer hos kvinder, der indlægges på hospital efter en påbegyndt abort, har været stærkt faldende. Således er antallet af

dødsfald faldet væsentligt. Endvidere er der sket et fald i antallet af hospitaliserede aborter, bortset fra de legale, hvad der ligeledes tyder på en formindskelse af antallet af illegale aborter, idet der formentlig ikke kan være sket større udsving i antallet af spontane aborter. Dette fald i antallet af andre aborter end de legale (spontane og illegale) kan illustreres med følgende tal fra Novi Sad, der er hovedstaden i Voivodina og har ca. 100.000 indbyggere (1961).

1960 hospitalsbehandledes 7.777 aborter, heraf 62,84 pct. legale,

1965 hospitalsbehandledes 9.471 aborter, heraf 81,9 pct. legale,

1966 hospitalsbehandledes 8.590 aborter, heraf 83,65 pct. legale.

Imidlertid erkendes det fra alle sider, at der stadig finder illegale svangerskabsafbrydelser sted, både direkte ulovlige indgreb foretaget af kvaksalvere, jordemødre og læger uden iagttagelse af den foreskrevne fremgangsmåde, og svangerskabsafbrydelser foretaget eller påbegyndt af den gravide kvinde selv, hvad der som tidligere nævnt ikke er strafbart. En betydelig del af de illegale aborter udføres på kvinder, der har fået afslag på legal svangerskabsafbrydelse. Man har således undersøgt 32.000 af slagstilmælde og fundet, at kun ca. 10 pct. af de gifte ansøgere fødte barnet, medens praktisk taget ingen af de ugifte gennemførte svangerskabet. En anden undersøgelse omfattende 700 afslag viste, at 40-50 pct. fik svangerskabet afbrudt illegalt. Men en del kvinder får også foretaget illegal abort uden at have forsøgt at opnå kommissionstilladelse. Dette kan bl. a. skyldes diskretionshensyn, idet en del mindreårige piger ønsker at undgå, at forældrene får kendskab til graviditeten, hvad der normalt vil blive tilfældet, hvis de henvender sig til en kommission. Andre kvinder ønsker ikke at underkaste sig de undersøgelser af deres personlige forhold, som kommissionsbehandlingen forudsætter, og vil særlig undgå de ofte ret kraftige forsøg, som kommissionerne gør for at overtale specielt visse grupper af kvinder til at fortsætte graviditeten. Endelig fremhævedes det, at traditionen også kan spille en ganske betydelig rolle for, at der stadig udføres illegale aborter. Særlig i de mere tilbagestående dele af landet mærkes dette. Her har man fra gammel tid været

vant til at hjælpe sig selv også på dette område, og ukendskab til mulighederne og almindelig tilbageholdenhed med at henvende sig til lægerne afholder mange fra at søge legal abort.

Et fælles træk i udviklingen med hensyn til den andel af de abortsøgende, der får tilladelse til svangerskabsafbrydelse, synes at være, at der i tiden siden gennemførelsen af de nye regler i 1960 er sket en vis liberalisering af kommissionernes praksis. Nogen samlet statistik over antallet af afslagstillælde synes dog ikke at foreligge.

På de af studiegruppen besøgte hospitaler og institutioner varierede andelen af tilladelser mellem 85 og 95 pct. af alle ansøgninger. For hele Serbien var tilladelsesprocenten i 1965 90-91. I 1962 havde de 8 abortkommissioner i Beograd tilladelsesprocenter mellem 74 og 91.

I 1965 indkom der til ankeinstanserne i Serbien ca. 5.000 ansøgninger, hvoraf 65-70 pct. fik tilladelse.

Som det fremgår af de nævnte tilladelsesprocenter, er det kun en lille del af ansøgerne, der får afslag på ansøgningen om svangerskabsafbrydelse. Det må dog herved bemærkes, at det ikke af de oplysninger, som studiegruppen er i besiddelse af, fremgår, om samtlige, der henvender sig med ønsket om abort, er medregnet i materialet. Det er dog indtrykket, at kvinder, der overtales til at frafalde ansøgningen under samtalen med lægen eller socialrådgiveren, ikke i alle tilfælde er medregnet. I øvrigt omfatter afslagsgruppen naturligvis en del kvinder, der viser sig at have overskredet 3 måneders fristen, hvorefter svangerskabsafbrydelse som nævnt kun kan ske på medicinsk og eugenisk indikation. I de første år efter 1960-loven udførtes en del aborter på social indikation også efter 3 måneders fristen, men det er myndighedernes indtryk, at fristen nu overholdes ganske strikte. I denne sammenhæng bør det dog fremhæves, at langt de fleste kvinder henvender sig om svangerskabsafbrydelse betydelig tidligere i svangerskabet, ofte i 6. - 8. uge, og at kommissionernes restriktive holdning ved overskridelse af fristen formentlig har bidraget til denne udvikling.

En anden gruppe, som man er tilbageholdende med at give tilladelse til svangerskabsafbrydelse, er kvinder, som tidligere inden

for det sidste års tid har fået foretaget en legal abort. Den jugoslaviske lovgivning indeholder ikke - som det f. eks. er tilfældet i Czekoslovakiet - særlige regler herom, men fra lægelig side anser man sådanne gentagne aborter hos den samme kvinde for uheldige af helbredsmæssige grunde, hvorfor man er tilbøjelig til at betragte et tidligere abortindgreb som medicinsk kontraindikation. I Ljubliana blev der i årene 1962-64 af primærkommissionerne kun givet tilladelse til 27-30 pct. af kvinder, der tidligere havde haft mindst en legal svangerskabsafbrydelse. I andre egne af Jugoslavien synes praksis dog at være mindre restriktiv, således at flertallet af genansøgerne får tilladelse, i hvert fald hos ankekommissionerne. I en af de institutioner, som studiegruppen havde lejlighed til at besøge i Beograd, blev det oplyst, at man særlig i denne forbindelse lagde vægt på, om den pågældende kvinde havde givet møde til efterundersøgelse og vejledning i antikonception efter den tidligere abort. Denne praksis har sammenhæng med det synspunkt, som man også fra officielt hold gav udtryk for, at kvindernes ansvarsfølelse forringes, hvis de uden mindste vanskelighed gentagne gange kan opnå svangerskabsafbrydelse.

Langt det største antal - varierende fra 85 til 98 pct. - af de legale svangerskabsafbrydelser udføres i henhold til den sociale indikation, medens de medicinske, eugeniske og etiske indikationer kun omfatter ca. 10 pct., visse steder endda kun 2-3 pct. Det må herved fremhæves, at den medicinske indikation tilsyneladende fortolkes ret restriktivt, og bl. a. ikke benyttes, hvis de sociale forhold blot har nogen betydning ved bedømmelsen.

Imidlertid blev det over for studiegruppen anført, at den sociale indikation anvendes i en lang række forskelligartede tilfælde, og at vel kun 10-20 pct. kan karakteriseres som begrundet i egentligt socialt dårlige forhold, f. eks. dårlige boligforhold eller manglende bolig, vanskeligheder for en udearbejdende kvinde med at få barnet passet, manglende muligheder for at få arbejde under og efter graviditeten o. s. v. For flertallet af de kvinder, hvis svangerskab brydes på social indikation, spiller personlige og psykologiske faktorer derimod den største rolle. Der kan eksempelvis være tale om fremskreden

alder, ægteskabelige vanskeligheder, uægteskabelig graviditet eller andre situationer, hvor graviditeten eller fødslen stiller kvinden i en personlig vanskelig situation. Også abortønsker begrundet i modvilje mod børn eller begrænsning af børnetallet af hensyn til bevarelsen og forøgelsen af levestandarden ses ofte.

Fra anden side blev det synspunkt dog også fremført over for studiegruppen, at de økonomiske forhold i Jugoslavien fortsat - trods betydelige fremskridt - er stærkt præget af de ødelæggelser, som landet har været udsat for gentagne gange i dets nyere historie, og at en meget stor del af landets befolkning lever under sådanne økonomiske og bolig-mæssige forhold, at svangerskabsafbrydelse uden videre vil være socialt indiceret.

Så vidt rejsegruppen bekendt findes der ikke tilgængelige statistiske oplysninger for hele Jugoslavien om abortklientelens sammensætning i henseende til alder, civilstand, erhverv m. v., men det anslås, at 15-20 pct. af de legale svangerskabsafbrydelser sker på ugifte kvinder, og at 2-3 pct. af kvinderne er under 18 år.

I 1962 foretoges i Beograd en undersøgelse omfattende godt 19.000 kvinder, der fik foretaget legal svangerskabsafbrydelse og godt 9.000 kvinder, der behandledes for en allerede påbegyndt abort. Denne undersøgelse viste bl. a., at 6,1 pct. af de legalt aborterende var under 20 år (mod 3,4 pct. blandt andre aborterende) og godt halvdelen var 20-29 år (mod 44 pct.). Der er således en klar tendens til et forholdsvis større antal legale aborter blandt de yngre aldersklasser, medens de andre aborter har en større udbredelse i de ældre aldersgrupper. Da gruppen af »andre« aborter omfatter både spontane og illegale aborter, kan der imidlertid ikke fra disse tal uden videre sluttes, at kvinder i mere fremskreden alder i højere grad søger svangerskabsafbrydelse uden om det legale system, idet det er sandsynligt, at risikoen for spontan abort er stigende med alderen.

Undersøgelsen viste tillige, at en betydelig større del af de legalt aborterende kvinder var barnløse eller tidligere kun havde født et barn, end af de kvinder, der blev indlagt på grund af en påbegyndt abort. I alt 16,7 pct. af den legale gruppe havde ikke forud fuldført et svangerskab (mod 4,2 pct. af grup-

pen »andre« aborter), medens 31,6 pct. havde født en gang (24,4 pct. blandt »andre« aborter) og godt halvdelen havde født 2 eller flere gange (mod 72,4 pct. »andre«). Næsten halvdelen af alle legale svangerskabsafbrydelser udførtes altså på kvinder, der enten ikke havde børn eller højest et barn.

I Slovenien, hvor antallet af legale aborter i 1964 udgjorde 9.392, var 16 pct. af kvinderne ugifte, 78 pct. gifte og 6 pct. tidligere gifte. 11 pct. af kvinderne var barnløse og 55 pct. havde et eller to børn.

Hyppigheden af aborter angives at være væsentlig højere for udearbejdende kvinder end for hjemmegående husmødre. Således anfører Mehlan¹, at udearbejdende kvinder i Slovenien i forhold til antallet af fødsler har ca. dobbelt så mange aborter som husmødrene. Af den før omtalte undersøgelse i Beograd fremgår det imidlertid, at husmødrene svarer for en større procentdel af de legale aborter end af andre hospitaliserede aborter, hvilket kunne tyde på, at husmødrene sjældnere end andre kvinder går uden om det autoriserede system, når de ønsker svangerskabet afbrudt. Det bør dog bemærkes, at dette ræsonnement bygger på oplysninger fra forskellige egne af Jugoslavien og med 2 års mellemrum, hvilket kan have indflydelse på dets værdi.

Som tidligere nævnt var et hovedmotiv for indførelsen af en liberal abortlovgivning i Jugoslavien det store antal alvorlige komplikationer i forbindelse med de illegale aborter. Det fremhævedes herved fra jugoslavisk side, at dette problem var blevet mere påtrængende efter lovændringen i 1951, hvor strafansvaret for kvinden blev afskaffet. Dette medførte, at det blev vanskeligere for kvinderne at finde kvalificerede operatører, der ville påtage sig at foretage indgrebet illegalt, idet risikoen for strafforfølgning blev større, når operatøren ikke længere kunne regne med, at kvinden ville undlade at anmelde ham af frygt for selv at blive straffet. Prisen for en lægelig udført illegal abort steg kraftigt, færre læger ville påtage sig indgrebene, og man blev mere tilbageholdende med at indlægge kvinden på et sygehus, efter at aborten var begyndt. En kraftig stigning i antallet af egent-

¹ Family Planning and Population Programs, Geneva 1965.

lige kvaksalveraborter og dermed af komplikationerne blev følgen. Disse forhold var en væsentlig grund til indførelsen af den mere liberale abortlovgivning i 1960.

Fra alle sider fremhævedes det over for studiegruppen, at det er lykkedes at bringe antallet af både alvorligere og lettere komplikationer i forbindelse med svangerskabsafbrydelse væsentligt ned i de senere år. Med hensyn til antallet af dødsfald i forbindelse med aborter er studiegruppen ikke i besiddelse af nøjagtige oplysninger, men det kan anføres, at ifølge den officielle jugoslaviske statistik er antallet af dødsfald på grund af komplikationer ved svangerskab, fødsel og barselseng faldet fra 691 i 1958 til 484 i 1965 (i Danmark var det tilsvarende tal 13). En opgørelse i 1950 over ca. 30.000 hospitalsbehandlede aborter viste en mortalitet på 0,39-0,52 pct. svarende til 120-150 dødsfald. Nyere eksakte tal for antallet af dødsfald i forbindelse med aborter, der ikke er legalt fremkaldte, er ikke udvalget bekendt. Derimod foreligger der forskellige oplysninger om antallet af dødsfald ved legal svangerskabsafbrydelse. I hele Jugoslavien indtraf i 1961 6 dødsfald ved ca. 105.000 operationer, i Beograd et dødsfald på ca. 20.000 indgreb og i Slovenien 9 i 1963 og 8 i 1964 på ca. 10.000 legale aborter.

Hyppigheden af umiddelbare komplikationer ved legal svangerskabsafbrydelse angives til mellem 20 og 30 pct., hvoraf hovedparten dog er lettere blødninger og infektioner m. v. Alvorligere komplikationer konstateres i 2,3 pct. af tilfældene, og det nævntes, at en undersøgelse i 1964 af 6.640 legale aborter viste ca. 0,5 pct. tilfælde af perforation af uterus.

I en redegørelse fra Beograds »Town Institute for Health Protection« om virkningerne af abortlovgivningen (1963—64), som studiegruppen fik udleveret under besøget, angives det, at de mest almindelige komplikationer i forbindelse med aborter (legale og illegale) er underlivsbetændelser, blødninger og menstruationsforstyrrelser. 75 pct. af de kvinder, der henvendte sig i kvindeklinikkerne, led af disse sygdomme, og antallet var steget i takt med stigningen i aborttallet. Sterilitet var også en hyppig følge af abort, særlig efter abort i første graviditet. En gynækologisk klinik angav, at 44 pct. af sterilitetstilfældene skyldtes provokeret abort i første

svangerskab. Samme klinik fandt, at 60 pct. af de kvinder, der havde en ekstrauterin graviditet, havde haft en abort inden for det sidste år.

Det bør fremhæves, at den nævnte redegørelse bygger på oplysninger om forholdene i det første par år efter den nye abortlovgivnings ikrafttræden, hvor der som tidligere nævnt endnu blev udført en del abortindgreb efter den 3. svangerskabsmåned. Det var imidlertid de lægelige myndigheders indtryk, at komplikationshyppigheden også i de seneste år har været faldende, og at ikke mindst dødsfald og andre alvorlige komplikationer er blevet væsentlig færre.

F. Forebyggelse af aborter

1. Antikonception

Siden 1963 har der i Jugoslavien været ført en intensiv kampagne for familieplanlægning og svangerskabsforebyggelse. I 1964 har man oprettet en koordinerende komite for familieplanlægning med repræsentanter bl. a. for de federale myndigheder, lægeorganisationer, kvindeforeninger o. s. v. Man arbejder på at forbedre befolkningens forståelse for familieplanlægningens betydning bl. a. ved seksualoplysning i skolerne, seksualoplysende film og foredrag, udsendelse af brochurer og flyveblade. Radio og fjernsyn er også inddraget i oplysningskampagnen.

Antikonceptionsvejledning gives i alle gynækologiske poliklinikker, i lægeklinikkerne på virksomhederne og hos praktiserende læger. Vejledningen er overalt gratis. I et vist omfang kan også midlerne udleveres gratis, idet betalingen ordnes gennem det sociale forsikringssystem. Kondomer kan købes både i apoteker, hos materialister og hos tobakshandlere. Det blev oplyst over for studiegruppen, at pessar ikke er populært hos kvinderne. Kemiske midler anvendes især af de unge kvinder. »Spiral« havde endnu kun begrænset udbredelse, men man anså dette middel særlig egnet i de økonomisk mindst udviklede egne af landet. P-piller kunne kun fås på recept, men var i stærk udvikling.

I forbindelse med behandlingen af en ansgning om abort gjorde man kvinden bekendt med antikonception, og efter aborten blev kvinderne opfordret til at møde til vejledning og instruktion i anvendelse af antikonception. Omkring halvdelen af abortpati-

enterne mødte til efterundersøgelse og antikonceptionsvejledning. Nogle steder sendte man abortpatienterne tilsigelse til denne vejledning efter aborten.

2. Økonomisk og anden bistand

Som nævnt er der til alle abortkommissioner knyttet en socialrådgiver. Denne har imidlertid ingen muligheder for at yde økonomisk hjælp til abortansøgeren. Hun har alene mulighed for at henvise til vedkommende sociale myndigheder, eventuelt bistå med at finde arbejde o. lign., men da man i hovedparten af abortsagerne ikke foretager dyberegående sociale undersøgelser, kan socialrådgiveren kun sjældent opstille noget alternativ til aborten.

G. Afsluttende bemærkninger

Antallet af legale aborter i Jugoslavien er ikke meget mindre end fødselstallet, men til trods for ensartet lovgivning er der store variationer i landets forskellige områder. Antallet af aborter er størst i de industrialiserede egne og især i byerne, hvor der kan være op til dobbelt så mange eller flere aborter end fødsler. I de økonomisk mest tilbagestående områder er aborttallet langt mindre og fødselstallet højere.

Forud for liberaliseringen af abortlovgivningen forekom et stort antal illegale aborter, som medførte mange alvorlige komplikationer. Komplikationshyppigheden er siden faldet betydeligt, og det antages, at der nu kun foretages få illegale aborter.

Antikonception har indtil for få år siden kun haft ringe udbredelse, men der udfoldes nu store bestræbelser for at udbrede kendskabet til og anvendelsen af antikonceptionelle midler. Antikonception er mest udbredt i de industrialiserede områder.

Det er bemærkelsesværdigt, at aborter og anvendelse af antikonception er mest udbredt i de samme områder af landet. Der synes således ikke at være tale om noget modsætningsforhold mellem disse fødselsbegrænsende metoder i henseende til, hvilke befolkningsgrupper der anvender henholdsvis abort og antikonception. Børnebegrænsningsmotivet er det afgørende. Ønsket om at begrænse antallet af børn i familien (»2-børns familier«) forstærkes med forøgelsen af levestandarden, og målet søges nået ved abort eller ved svangerskabsforebyggelse. Denne begrænsning i fødselstallet bidrager

formentlig i sig selv til en yderligere forhøjelse af levestandarden. Trods det store antal aborter har man kunnet gennemføre et resultatrigt fremstød for øget anvendelse af antikonception, og i enkelte områder har man konstateret et fald i aborthyppigheden. Det er ikke muligt at udtale sig om, hvorvidt den relativt lette adgang til abort har bevirket en forsinkelse i udbredelsen af svangerskabsforebyggelse.

Der synes ikke at være tegn på, at liberaliseringen af adgangen til abort har medført væsentlige ændringer i familiemønsteret, bortset fra børnetallet. Befolkningens seksuelle adfærd synes ikke at have ændret sig afgørende.

III. Rumænien

A. Baggrundsoplysninger

Ved folketællingen den 15. marts 1966 havde Rumænien 19.105.056 indbyggere og en befolkningstæthed på 80,4 pr. km². 62 pct. af befolkningen boede i landdistrikter og 38 pct. i byer og bymæssige bebyggelser¹. 55 pct. af den erhvervsaktive befolkning er beskæftiget ved landbrug og 20 pct. i industrien.

Tabel 4 viser befolkningens udvikling og antallet af levendefødte over en årrække.

Det fremgår heraf, at der siden midten af 50'erne er sket et betydeligt fald i fødselshyppigheden. Den grafiske fremstilling side 00 viser, at udviklingen i fødselstallet i store træk forløb ens i Rumænien og Jugoslavien indtil omkring 1955. Derefter har der i begge lande været et fald, som imidlertid har været væsentligt kraftigere i Rumænien. Fødselshyppigheden i Rumænien var i 1966 noget lavere end i Danmark og var med 14,3 levendefødte pr. 1.000 indbyggere blandt de laveste i Europa. Kun Ungarn havde i 1965 en lavere fødselshyppighed med 13,1.

Også fødselsoverskuddet har i den sidste halve snes år vist en kraftigt faldende tendens, og udgjorde i 1966 6,1 pr. 1.000 indbyggere mod 7,9 i Danmark.

Børmedeligheden er faldet kraftigt siden krigen, men er dog stadig mere end dobbelt så høj som i Danmark, henholdsvis ca. 4,5 pct. og 1,9 pct.

1 Opdelingen mellem landbefolkning og bybefolkning er sket ud fra socio-økonomiske kriterier.

Tabel 4.

	Indbyggere tus.	Levendefødte		Vielser	Skilsmisser	Døde under 1 år pr. 1.000 levendefødte	Fødsels- overskud
		Antal	pr. 1.000 indb.				
1930.....	14.141	482.084	34,1	133.468	6.338	176,6	14,8
1939.....	15.751	445.493	28,3	127.400	9.245	170,2	10,1
1947.....	15.849	370.562	23,4	155.357	19.561	198,9	1,4
1950.....	16.311	426.820	26,2	190.043	23.941	116,7	13,8
1955.....	17.325	442.864	25,6	197.010	31.148	78,2	15,9
1960.....	18.403	352.241	19,1	197.654	36.947	74,6	10,4
1965.....	19.027	278.362	14,6	164.229	36.914	44,1	6,0
1966.....	19.143	273.678	14,3	171.243	25.804	46,6	6,1

Kilde: Statistisk Årbog 1967 for Rumænien, tabel 18.

Fødselshyppigheden varierer en del mellem de enkelte områder i landet. Ingen af landets 18 administrative regioner havde i 1966 en fødselshyppighed på over 20 levendefødte pr. 1.000 indbyggere. Lavest lå byen Bukarest med 7,5.

Faldet i fødselstallet i de senere år er udelukkende sket i aldersgrupperne over 20 år. Antallet af fødsler hos kvinder under 20 år har i årene 1958-1966 holdt sig uændret på ca. 40.000 årligt, hvilket svarede til 10,5 pct. af fødslerne i 1958, men 14,9 pct. i 1966. Til sammenligning kan nævnes, at i 10,5 pct. af samtlige fødsler i Danmark i 1966 var moderen under 20 år.

84 pct. af alle fødsler i Rumænien i 1966 skete på hospital eller klinik. I byerne er andelen 97 pct.

B. Abortlovgivningen

1. Indtil 1957

Den rumænske straffelov indeholdt indtil 1957 en bestemmelse, hvorefter svangerskabsafbrydelse var strafbar både for kvinden og for den, der foretog indgrebet. Svangerskabsafbrydelse kunne kun lovligt foretages, når der forelå en truende fare for kvindens liv, som ikke kunne afværges på anden måde, samt når der var vished for, at barnet ville komme til at lide af en svær sjælelig defekt. Lægen måtte - bortset fra særligt hastende tilfælde - forud indhente samtykke fra den offentlige anklager.

En vis lempelse af disse strenge betingelser skete dog allerede i 1955. Svangerskabsafbrydelse kunne nu foretages af enhver

læge - uden for hospitalerne dog kun efter tilladelse fra vedkommende sundhedsmyndighed - hvis fortsættelsen af svangerskabet medførte fare for kvindens liv eller helbred (socialmedicinsk indikation), eller hvis en af forældrene led af en alvorlig arvelig sygdom.

2. Loven af 1957

I efteråret 1957 gennemførtes imidlertid en radikal ændring af reglerne om svangerskabsafbrydelse. En lov af 25. september 1957 indeholdt følgende bestemmelser:

Art. 1. Svangerskabsafbrydelse kan ske efter den gravide kvindes anmodning.

Art. 2. Svangerskabsafbrydende indgreb udføres på de statslige specialklinikker og sygehuse i overensstemmelse med sundhedsministeriets forskrifter.

Samtidig ændredes straffeloven således, at aborter udført uden for de anerkendte klinikker m. v. blev strafbare, uanset om de udførtes af læger eller andre.

Den ret, som enhver kvinde efter disse bestemmelser havde til at få sit svangerskab afbrudt, gjaldt kun til udløbet af den 3. svangerskabsmåned. Derefter kunne abort kun foretages, hvis den var indiceret af medicinske grunde.

Baggrunden for indførelsen af den frie adgang til abort var det store antal illegale aborter, som igennem flere år havde voldt myndighederne alvorlige bekymringer. De illegale aborter resulterede i et betydeligt antal dødsfald og andre svære komplikationer.

Svangerskabsafbrydelserne udførtes uden formaliteter af nogen art. Den gravide kvinde kunne henvende sig på ethvert hospital eller klinik, der var godkendt til at udføre aborter. I tilslutning til virksomheder, der overvejende beskæftigede kvindelig arbejdskraft, blev der oprettet særlige abortcentre. Kvinden skulle principielt opgive navn, alder og antallet af tidligere fødsler og aborter, men disse krav blev ikke overholdt. Begrundelse for abortønsket krævedes ikke. De fleste aborter blev foretaget ambulant samme dag, som kvinden henvendte sig. Patienterne betalte et gebyr på 30 Lei for indgrebet.

Antallet af legale aborter steg kraftigt i årene efter indførelsen af fri abort til omkring 1 mill. i 1966, svarende til næsten 4 aborter for hver fødsel. Mehlan¹ angiver, at der i visse byer udførtes op til 7 aborter for hver fødsel (1963). Samme forfatter anfører, at 94 pct. af de aborterende kvinder var gifte, og at 8-10 pct. var under 20 år. I Bukarest fandt man i 1961, at de kvinder, der fik foretaget legal abort, i gennemsnit havde haft 3,9 legale aborter tidligere.

I perioden med fri abort faldt antallet af umiddelbare komplikationer. Særligt fremhævedes det under studiegruppens besøg, at legaliseringen af abortindgreb havde bevirket, at dødsfald blev sjældne. På Bukarest's største obstetriske og gynækologiske hospital, »Polizu«, havde man således før 1957 12-15 dødsfald om året i forbindelse med hospitaliserede aborter, men siden havde man ikke haft nogen. På hospitalet, der har 480 sengepladser, udførte man indtil stramningen af abortloven i 1966 ca. 60 aborter daglig. Abortindgrebene blev normalt udført ved udskrabning af livmoderen. I begyndelsen af perioden med fri abort havde man på grund af lægemangel forholdsvis mange primære komplikationer, således 1-2 pct. tilfælde af perforation af livmoderen og 3-4 pct., hvor udskrabningen var ufuldstændig. Senere blev disse komplikationer dog betydeligt sjældnere.

3. Den gældende lovgivning

Den 1. oktober 1966 offentliggjordes dekret af 29. september 1966 om svangerskabsafbrydelse samt om ændringer i straffe-

lovens bestemmelser om svangerskabsafbrydelse. Ved disse dekretter, der trådte i kraft med 30 dages varsel, afskaffedes den fri adgang til abort. Svangerskabsafbrydelse kan nu lovligt kun foretages efter særlig tilladelse, når der foreligger bestemt angivne indikationer.

a. Baggrunden

Begrundelsen for denne ændring i lovgivningen var dels befolkningspolitiske hensyn, dels lægelige overvejelser samt endelig hensynet til ungdommens seksuelle adfærd.

Som nævnt indtrådte der i perioden med den fri adgang til svangerskabsafbrydelse et kraftigt fald i fødselstallet og dermed i befolkningstilvæksten. Myndighederne betragtede denne udvikling med stor alvor, idet man deri så en fare for landets økonomiske og sociale udvikling. Begrænsningen i adgangen til abort var et led i de bestræbelser, som blev iværksat for at standse dette fald og påny bringe fødselstallet i vejret. Samtidig gennemførtes en række andre foranstaltninger, der tog sigte på at fremme befolkningstilvæksten. Adgangen til at opnå skilsmisse blev begrænset, og på forskellig måde søgte man økonomisk at sikre familier med børn, bl. a. ved særlige moderskabsydelse og ved, at kvinder med mindre børn kan nøjes med halvdagsarbejde uden lønnedgang. Betaling for anbringelse af børnene i børnehaver blev afskaffet. Endvidere planlagde man på længere sigt en kraftig udbygning af dagplejeinstitutionerne for mindre børn.

Også af lægelige grunde var man betænkelig ved de mange aborter. Ganske vist havde legaliseringen af aborterne medført et væsentligt fald i antallet af dødsfald og andre svære komplikationer i umiddelbar tilslutning til abort. Men sundhedsmyndighederne fandt, at aborterne havde andre helbredsmæssige følger, særligt i forbindelse med senere fødsler. Antallet af ekstrauterine graviditeter (svangerskab uden for livmoderen) viste en stigende tendens, ligesom for tidlige fødsler blev hyppigere. Man konstaterede ligeledes flere tilfælde af menstruationsforstyrrelser end tidligere. Yderligere fremhævedes det, at sterilitet formentlig var en ret almindelig følge af abortindgreb, navnlig hvis kvinden havde fået foretaget gentagne indgreb.

¹ Karl Heinz Mehlan: Legal Abortions in Rumania, Journal of Sex Research, Vol. 1, No 1.

Endelig fandt man, at den lette adgang til svangerskabsafbrydelse havde en uheldig indvirkning på ungdommens seksuelle og familiemæssige adfærd. Mange unge piger indledte seksuelt forhold allerede i 13-14 års alderen, hvilket det store antal abortindgreb i disse aldersgrupper viste. Skole og hjem ængstedes over denne udvikling. Samtidig var der en tendens til, at tidspunktet for indgåelse af ægteskab blev udskudt, hvilket bidrog til miskreditering af det normale familiemønster og dermed bl. a. også til en udskydelse af fødslerne.

b. Abortindikationerne

I henhold til dekretet af 29. september 1966 er svangerskabsafbrydelse principielt forbudt. Undtagelse herfra kan gøres i følgende tilfælde:

- a) Når svangerskabet udsætter kvindens liv for fare, som ikke kan afværges på anden måde;
- b) Når en af forældrene lider af en alvorlig sygdom, som er arvelig, eller som kan medføre alvorlige medfødte misdannelser;
- c) Når kvinden lider af alvorlige fysiske, psykiske eller nervemæssige defekter;
- d) Når kvinden er fyldt 45 år;
- e) Når kvinden har født 4 børn, som hun selv opfostrer;
- f) Når svangerskabet er en følge af en kønsfrihedsforbrydelse eller blodskam.

Svangerskabsafbrydelse må som hovedregel kun foretages i svangerskabets første 3 måneder. I undtagelsestilfælde, når man har konstateret en alvorlig sygdom, som udgør en fare for kvindens liv, kan afbrydelse ske indtil udløbet af den 6. måned.

c. Afgørelse om svangerskabsafbrydelse

Afgørelsen træffes af særlige kommissioner, der normalt er oprettet i tilslutning til de obstetriske og gynækologiske afdelinger. Kommissionerne består af 2 læger, hvoraf den ene er overlæge eller specialist i obstetrik, gynækologi eller kirurgi, medens det andet medlem normalt er specialist i intern medicin. Gynækologen er formand for kommissionen. En medicinsk assistent fungerer som sekretær. Kommissionen kan rådføre sig med specialister inden for andre grene af lægevidenskaben.

Der findes i hele Rumænien ca. 150 abortkommissioner. Medlemmerne af kommissionerne udpeges for et år ad gangen af de lokale folkelige råd. En kvinde, der får afslag på sin ansøgning om abort, kan ikke påklage afgørelsen til højere instans, men kan eventuelt ansøge påny med yderligere dokumentation. Kommissionernes virkeområde er stedligt begrænset, således at man kun kan behandle ansøgninger fra kvinder, der er bosat i det pågældende distrikt.

I hastende tilfælde kan lægen foretage abortindgrebet uden at afvente en kommissionsafgørelse, men lægen skal i så fald inden 24 timer sende skriftlig meddelelse om indgrebet til den offentlige anklager. Det påhviler derefter denne med bistand af en retsmediciner at undersøge, om indgrebet var nødvendigt.

Svangerskabsafbrydelse må kun foretages af en gynækolog på et offentligt hospital eller klinik. I forbindelse med gennemførelsen af den begrænsede adgang til svangerskabsafbrydelse blev de særlige abortafdelinger og abortcentre nedlagt.

d. Straffebestemmelser

Samtidig med begrænsningen i adgangen til svangerskabsafbrydelse blev der ved ændringer i den rumænske straffelov fastsat skærpede straffe for ulovlig svangerskabsafbrydelse. Normalstrafferammen er fængsel (»prison correctionnelle«) fra 1 til 3 år samt frakendelse af de borgerlige rettigheder (»interdiction correctionnelle«) i samme tidsrum. Bestemmelsen omfatter både lægen og kvaksalveren. En læge, der foretager et ulovligt indgreb, skal tillige frakendes retten til at udøve lægegerning i et tidsrum fra 2 til 10 år. Straffen forhøjes, hvis kvindens helbred har været truet, eller der er tilføjet hende skade. Endvidere skærpes straffen, hvis indgrebet er foretaget uden kvindens samtykke, samt når handlingen er begået for vindings skyld.

Besiddelse af instrumenter til svangerskabsafbrydelse straffes ligeledes.

Den kvinde, der afbryder sit eget svangerskab eller giver samtykke til, at det afbrydes af andre, straffes med fængsel fra 6 måneder til 2 år samt frakendelse af de borgerlige rettigheder fra 1 til 2 år. Kvinden kan ikke straffes for forsøg på svangerskabsafbrydelse.

Disse bestemmelser må imidlertid ses i sammenhæng med den almindelige adgang, der efter straffeloven er for domstolene til at konvertere enhver straf under 5 års fængsel til anden passende sanktion, f. eks. bødestraf. Det blev fra rumænsk side tilkendegivet, at man ikke ventede, at fængselstraf ville blive anvendt i større omfang over for kvinderne selv. Straffebestemmelsen var i den henseende mest af symbolsk betydning.

e. Fremgangsmåden ved behandlingen af ansøgninger

Den normale fremgangsmåde ved abortansøgning er, at kvinden henvender sig på vedkommende poliklinik eller hos kredslægen, hvor hun underskriver en ansøgning på et særligt skema. Lægen påtegner skemaet om de vigtigste data vedrørende kvindens helbred og sociale forhold, herunder antallet af tidligere fødsler og aborter. Derefter sendes kvinden til obstetrisk-gynækologisk undersøgelse, og resultatet påføres ligeledes skemaet.

Såfremt abortønsket er begrundet i lægelige forhold, skal kvinden endvidere undersøges af en specialist i vedkommende sygdom, der på ansøgningsskemaet anfører resultatet af undersøgelsen og afgiver indstilling om eventuel indikation for abort.

Sundhedsministeriet har udsendt nærmere retningslinier til lægerne om behandlingen af abortansøgninger. Heri er som et bilag optaget en fortegnelse over de sygdomme og lidelser, som vil kunne give grundlag for tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Fortegnelsen er særdeles detaljeret, og det var de lægelige rejsedeltageres indtryk, at indikation for svangerskabsafbrydelse kunne stilles på grundlag af somatiske forhold, som ikke efter praksis i de nordiske lande ville kunne motivere svangerskabsafbrydelse.

Efter afslutningen af disse lægeundersøgelser henvender kvinden sig til kommissionen med lægeerklæringerne og eventuelle attester til dokumentation af hendes alder, antallet af hjemmeværende børn eller attest fra vedkommende myndigheder om etisk indikation. Kvinden skal møde personligt for kommissionen, hvis hun er i stand dertil. Kommissionen kan kræve foretaget yderligere undersøgelser, eventuelt indlæggelse på hospital til observation.

Kommissionens afgørelse anføres på ansøgningsskemaet med angivelse af begrundelse.

Såfremt kommissionen har meddelt tilladelse til abort, sendes skemaet til vedkommende hospitalsafdeling, hvorefter aborten udføres. Afdelingen forsyner abortskemaet med oplysning om indgrebets udførelse, herunder den anvendte metode, hvorefter skemaet arkiveres på hospitalet. Samtidig fremsendes til de centrale myndigheder et statistikskema.

Hvis kommissionen meddeler afslag på ansøgningen om abort, sendes abortskemaet med oplysning herom til registrering i den pågældende lægekreds, hvorfra kvinden holdes under observation under den resterende del af graviditeten.

Det påhviler sygehuslægerne at undersøge, om en kvinde, der indlægges på grund af påbegyndt abort, har aborteret spontant eller illegalt. Han spørger patienten ud om de nærmere omstændigheder, hvorunder aborten er begyndt, og hvis han får begrundet mistanke om, at aborten er provokeret, skal han underrette den offentlige anklager, der derefter iværksætter efterforskning. Kun få sådanne tilfælde blev anmeldt.

I henhold til sundhedsministeriets instruktioner til lægerne kan svangerskabsafbrydelse kun foretages under indlæggelse på hospitalet. Indlæggelsestiden er dog i mange tilfælde meget kort. Således oplystes det på et af de hospitaler, som studiegruppen besøgte, at udskrivning normalt fandt sted ca. 4 timer efter indgrebet.

I forbindelse med udskrivningen fra hospitalet får kvinden udleveret en erklæring om arbejdsudygtighed samt en vejledning om, hvorledes hun skal forholde sig for at undgå eventuelle uønskede tilstande.

C. Virkningerne af abortlovgivningen

På tidspunktet for studiegruppens besøg i Rumænien havde den nye abortlovgivning kun været i kraft i ca. 11 måneder, og det var derfor ikke muligt for myndighederne at give nogen sikker bedømmelse af dens virkninger. Imidlertid blev udviklingen holdt nøje under observation, og man foretog løbende opgørelser af indberetningerne fra hospitalerne både af spontane og provokerede aborter.

En foreløbig opgørelse for de første 10 måneder efter gennemførelsen af de nye regler viste, at der ialt var anmeldt ca. 139.000 aborter. Heraf var ca. 104.000 registreret

som spontane aborter, hvoraf dog en del sikkert var ulovligt provokerede. Kun 351 aborter var anmeldt som illegale. En del af forklaringen på det høje antal spontane aborter mente man at kunne finde i, at mange kvinder lettere aborterer spontant, hvis de tidligere gentagne gange havde fået foretaget afbrydelse af et svangerskab.

I samme periode var der registreret ca. 35.000 legale aborter. Heraf var 60 pct. udført i henhold til 4-børns indikationen, 27 pct. efter medicinsk indikation, 6 pct. efter eugenisk indikation, 4 pct. i henhold til invaliditetsindikationen og 2 pct. efter 45 års reglen, medens kun ganske få tilladelser blev givet efter etisk indikation.

En gennemgang af abortindberetningerne i de første 5 måneder (1/11 1966-31/3 1967) viste, at de kvinder, der i denne periode havde været indlagt for abort (spontan eller provokeret) i gennemsnit havde haft 5 aborter tidligere.

Antallet af fødsler havde i løbet af få måneder vist en kraftig stigning. Det oplystes, at antallet af fødsler pr. 1.000 indbyggere var steget fra 14,3 i 1966 til 23,3 i de første 8 måneder af 1967.

D. Forebyggelse af aborter

Anvendelse af antikonception har ikke vundet større udbredelse i Rumænien. Mehlan nævner, at man har anslået, at 96 pct. af kvinderne ikke anvendte antikonception, og at kendskabet til selv de mest primitive metoder var meget ringe hos flertallet af befolkningen.

Over for studiegruppen blev det anført, at man i perioden med den frie adgang til svangerskabsafbrydelse ikke havde større muligheder for at udbrede kendskabet til antikonceptionelle midler. Abort var den foretrukne børnebegrænsningsmetode, som var omtrent gratis, og som i virkeligheden blev en helt dagligdags foreteelse for store dele af befolkningen. Lægerne i abortcentrene opfordredes til at vejlede patienterne om antikonception, men væsentlige resultater opnåede man ikke.

Hovedhensynet bag begrænsningen i abortadgangen var som nævnt ønsket om en stigning i fødselstallet. Som følge heraf har man heller ikke efter lovændringen iværksat nogen propaganda for anvendelsen af anti-

konception, som ville modvirke dette mål. Kondomer kan dog købes frit på apotekerne. På de gynækologiske afdelinger og i poliklinikkerne yder man kvinderne vejledning, men der synes først og fremmest at være tale om at hjælpe kvinderne til at skabe en vis afstand mellem fødslerne. Man mente først at kunne iværksætte en større aktivitet på disse områder, når krisen i fødselshyppigheden var overvundet. Man overvejede for tiden spørgsmålet om seksualundervisning i skolerne. Egentlig seksualundervisning gives endnu ikke, men ved 15 års alderen har de fleste elever særlige timer, hvor der gives dem oplysning om hygiejniske spørgsmål, forplantning og kønssygdomme m. v. Antikonception omtales ikke, og over for udvalget blev der givet udtryk for tvivl, om skolen er det rette sted at give sådan oplysning.

Den abortforebyggende indsats i Rumænien er således udelukkende knyttet til det strafferetlige system samt til generelle økonomiske og sociale forbedringer for familier med børn. Individuelle hjælpeforanstaltninger synes der ikke at være mulighed for at tilbyde kvinder, der søger svangerskabsafbrydelse på grund af vanskelige økonomiske og sociale forhold.

E. Afsluttende bemærkninger

Rumænien har inden for den sidste halve snes år 2 gange gennemført radikale ændringer af abortlovgivningen. Fra en relativ restriktiv lovgivning indførte man i 1957 en næsten fuldstændig fri adgang til abort, idet de eneste betingelser var, at svangerskabet ikke var mere end 3 måneder gammelt, og at indgrebet blev udført på et særligt godkendt hospital eller klinik. Derefter steg antallet af aborter meget kraftigt, medens fødselstallet faldt. I slutningen af perioden var der henimod 4 gange så mange aborter som fødsler, og fødselshyppigheden var en af de laveste i Europa. Navnlig i byerne faldt fødselstallet til et minimum, men i øvrigt blev aborter en almindelig foreteelse i næsten alle befolkningsgrupper.

Myndighederne fandt denne udvikling foruroligende, ligesom man fandt, at det store antal aborter udgjorde en sundhedsmæssig trussel, og at de unge blev mere ansvarsløse i deres seksuelle adfærd. Derfor blev adgangen til svangerskabsafbrydelse i 1966 væsentligt begrænset, og man gennem-

førte andre foranstaltninger, der skulle motivere befolkningen til at føde flere børn. Erfaringerne fra de første måneder under den nye lovgivning tyder på, at fødselstallet er steget betydeligt, og at antallet af hospitaliserede aborter er faldet til under halvdelen af fødslernes antal.

Hverken i perioden med fri abort eller senere har der været udfoldet større bestræbelser for at udbrede kendskabet til og anvendelsen af effektiv antikonception. Under den

frie adgang til abort var befolkningen ikke interesseret heri, og nu ville en kampagne for antikonception modvirke bestræbelserne for at hæve fødselstallet.

Især på grund af den yderst ringe udbredelse af antikonception i Rumænien er det rejsedeltagernes indtryk, at de erfaringer som man dér har gjort med hensyn til virkningerne af både en meget liberal og en restriktiv abortlovgivning kun kan være lidet vejledende for nordiske forhold.