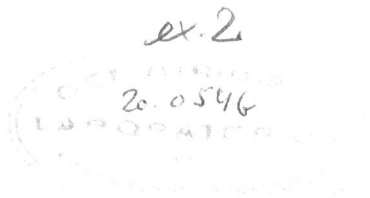


BETÆNKNING

om

EN UNDERSØGELSE, DER KAN BELYSE VISSE VIRKNINGER AF FRI ABORT

Afgivet af en arbejdsgruppe,
der blev nedsat af justitsministeriet
den 1. marts 1976



BETÆNKNING NR. 820

KØBENHAVN 1977

SEN 87-803-2335-0

Vejdirektoratet
Ju 00-45-bet.

INDHOLDSFORTEGNELSE

	side
Kapitel I: Arbejdsgruppens nedsættelse	5-6
Kapitel II: Lovbestemmelser om svangerskabsafbrydel- se m.v.	7-16
Kapitel III: Tidligere undersøgelser	17-25
Kapitel IV: Arbejdsgruppens overvejelser	26-31
Kapitel V: Forslag til undersøgelsernes tilrette- læggelse	32-42

BILAG:

1. Forslag til spørgeskema til brug for den første undersøgelse	44-53
2. Forslag til spørgeskema til brug for efterunder- søgelsen	54-57
3. Forslag til introduktionsskrivelse	58-59
4. Arbejdsgruppens skrivelse af 2. maj 1977 til social- forskningsinstituttet	60
5. Socialforskningsinstituttets svar herpå af 17. juni 1977	61-62
6. Statistiske oplysninger om legale aborter	63-71

KAPITEL I

ARBEJDSGRUPPENS NEDSÆTTELSE

Justitsministeriet nedsatte den 1. marts 1976 en arbejdsgruppe med den opgave at overveje, om der "bør foretages en statistisk interviewundersøgelse, der kan belyse kvindens motiver til en foretagen abort samt de familiemæssige, psykiske og fysiske virkninger af aborten. Disse spørgsmål må sættes i relation til kvindens alder, sociale status og familiemæssige forhold. Hvis arbejdsgruppen finder, at der bør foretages en sådan undersøgelse, skal den tillige overveje, hvorledes den kan gennemføres.

Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

Kontorchef i justitsministeriet Torben Melchior (formand),
fuldmægtig, cand.jur. Eva Ersbøll (udpeget af social- og sundhedsforvaltningen i København, direktoratet for børne- og ungdomsværet),

vicestadslæge Inge Jespersen (udpeget af sundhedsstyrelsen),

overlæge Asger Louw (udpeget af ankenævnet i sager om svangerskabsafbrydelse),

assisterende forskningsleder, cand.polit. Jytte Ussing (udpeget af socialforskningsinstituttet),

læge Leo Wehnert (udpeget af Den almindelige danske Lægeforening)
og

socialcenterleder Karen Ytting (udpeget af Amdsrådsforeningen i Danmark).

Fuldmægtig i justitsministeriet Birte Petersen har været sekretær for arbejdsgruppen.

Kommunernes landsforening og Frederiksberg kommunes socialforvaltning har været repræsenteret af Københavns kommune.

Baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse var en henvendelse til justitsministeriet fra ankenævnet i sager om svangerskabsafbrydelse, som fandt, at den betydelige stigning i antallet af provokerede aborter og den omstændighed, at indgrebet foretages uden nogen undersøgelser af baggrunden for ønsket om abort, herunder om kvinden af sine omgivelser er presset til at få indgrebet foretaget, gjorde det påkrævet, at der blev foretaget en undersø-

gelse af virkningerne af den frie abort i forhold til de kvinder, der har fået indgrebet foretaget.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der gennemføres en interviewundersøgelse af 300 kvinder, der har fået foretaget abortindgreb, jfr. s. 39, at der stilles midler til rådighed for, at socialforskningsinstituttet kan gennemføre undersøgelsen, jfr. s. 41, og at denne undersøgelse følges op af en efterundersøgelse, jfr. s. 39.

Arbejdsgruppen har afholdt 8 møder.

Reservelægerne Mogens Wohlert og Flemming Møller Larsen, Århus amtssygehus, der har udført en socialmedicinsk undersøgelse af kvinder, der har fået foretaget abort på amtssygehuset i perioden fra december 1975 til juni 1976, har deltaget i et af udvalgets møder.

København, den 28. juli 1977.

Eva Ersbøll	Inge Jespersen	Asger Louw	Torben Melchior
Jytte Ussing	Leo Wehnert	Karen Ytting	

Birte Petersen
(sekretær)

KAPITEL II

LOVBESTEMMELSER OM SVANGERSKABSAFBRYDELSE M.V.

A. 1970-loven.

1. Før svangerskabsloven af 1973 fandtes reglerne om svangerskabsafbrydelse i lov nr. 120 af 24. marts 1970.

Til grund for svangerskabsloven af 1970 lå et udkast til ændringer i svangerskabsloven af 1956, som indeholdtes i betænkning nr. 522/1969 fra justitsministeriets udvalg om adgang til svangerskabsafbrydelse.

Betænkningen indeholder s. 73-78 en indgående vurdering af de hensyn, der talte for og imod gennemførelse af fri adgang til svangerskabsafbrydelse. Et flertal på 8 af udvalgets 9 medlemmer mente ikke på daværende tidspunkt at kunne gå ind for fri adgang til svangerskabsafbrydelse.

På grundlag af udvalgets lovudkast fremsattes i 1969 forslag til lov om svangerskabsafbrydelse. Lovforslaget blev gennemført som lov nr. 120 af 24. marts 1970 om svangerskabsafbrydelse m.v., der trådte i kraft den 1. april 1970.

Svangerskabsloven af 1970 indebar navnlig, at de tilfælde, hvor et svangerskab kunne afbrydes uden tilladelse, udvidedes til at omfatte kvinder, der var fyldt 38 år inden udløbet af 12. svangerskabsuge eller havde født mindst 4 børn, som boede hjemme og var under 18 år.

Loven indeholdt endvidere regler om, at et svangerskab - foruden på medicinsk indikation - kunne afbrydes efter tilladelse fra et samråd ved mødrehjælpsinstitutionerne, når kvinden på grund af ung alder eller umodenhed ikke for tiden formåede at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde. Ved afgørelsen skulle der tages hensyn til, hvilken støtte kvinden kunne forvente at få fra familie, barnets far eller andre. Tilladelse kunne også gives, når svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet ville medføre en alvorlig belastning for kvinden. Ved afgørelsen skulle der tages hensyn til kvindens alder, hendes arbejdsbyrde og hendes personlige forhold i øvrigt, samt til familiens boligmæssige, økonomiske og helbredsmæssige forhold.

Loven ændrede fristen for afbrydelse af svangerskabet fra 16. svangerskabsuge til 12. svangerskabsuge.. Ifølge loven skulle kvinden vejledes af en læge om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet.

Endelig blev der ved loven givet hjemmel til, at et samråds afslag på anmodning om svangerskabsafbrydelse kunne indbringes for et særligt ankenævn.

2. Som anført i bemærkningerne til forslaget til den gældende lov (Folketingstidende 1972/73, tillæg A, sp. 2393) indsamlede mødre-hjælpen i København i forbindelse med sundhedsstyrelsen oplysninger om, hvorledes svangerskabsloven af 1970 virkede i de første to år, den var i kraft.

I 1969/70 udgjorde antallet af legale aborter 7.474, heraf 6.852 efter tilladelse fra samrådene.

I det første år, svangerskabsloven af 1970 virkede, udgjorde det samlede antal legale aborter 10.072, heraf 6.621 efter samrådstilladelse. Nedgangen i antallet af aborter efter samrådstilladelse det pågældende år må ses på baggrund af 1970-lovens udvidelse af adgangen til svangerskabsafbrydelse uden tilladelse.

I 1971/72 udgjorde det samlede antal legale aborter 11.496, hvoraf 7.830 var foretaget efter samrådstilladelse.

Der forelå ikke sikre oplysninger forud for loven af 1970 om tilladelse til abort til mødre med fire børn, men derimod om tilladelse til kvinder over 38 år, herunder også mødre med fire børn. I 1969/70 fik 1.265 kvinder på 38 år og derover foretaget svangerskabsafbrydelse. Tallet steg i 1971/72 til godt 2.200. Antallet af indgreb steg således for de 38-årige og derover i denne periode med ialt 73%. For kvinder under 38 år steg antallet af indgreb i den samme periode med 49%.

B. Gældende bestemmelser.

1. De gældende bestemmelser om svangerskabsafbrydelse findes i lov nr. 350 af 13. juni 1973, der trådte i kraft den 1. oktober 1973. Loven er ændret ved lov nr. 254 af 12. juni 1975 som følge af mødrehjælpsinstitutionernes nedlæggelse.

Baggrunden for, at justitsministeriet 1. 1972 fremsatte forslag til en ny lov om svangerskabsafbrydelse, var, at erfaringer-

ne linder loven af 1970 havde vist, at den nedgang i antallet af illegale aborter, der begyndte i midten af 1960erne, var fortsat '.

Materiale indsamlet af mødrehjælpen i København i forbindelse med sundhedsstyrelsen havde endvidere vist, at over 90% af de kvinder, der søgte om svangerskabsafbrydelse i 1971/72, fik til-ladelse dertil.

Man fandt på denne baggrund, at man burde fuldende den ud-vikling mod en fri abort for alle kvinder, som blev indledt med loven af 1970. Man ville herved kunne spare kvinderne for at skul-le gennemgå undersøgelser af deres personlige og sociale forhold, der uden tvivl af en del kvinder ville blive følt som en urimelig indtrængen i deres privatliv. Endvidere ville en fri adgang til abort nedbringe antallet af illegale aborter til et minimum.

I bemærkningerne til lovforslaget (Folketingstidende 1972-73, tillæg A, sp. 2396) anførtes, at man anså det for meget vanskeligt at skønne over, hvilken forøgelse af antallet af legale svanger-skabsafbrydelser fri abort ville medføre. Man fandt, at forøgel-sen under alle omstændigheder ville overstige antallet af afslag efter loven af 1970, fordi en del kvinder, som under loven af 1970 havde afholdt sig fra at søge om svangerskabsafbrydelse, fordi de ikke fandt, at betingelserne herfor var opfyldt, måtte antages at ville ønske abort, hvis de fik ret til svangerskabsafbrydelse.

x)
I betænkning om adgang til svangerskabsafbrydelse (nr. 522/1969) refereres s. 40-41 nogle beregninger vedrørende illegale aborter. Et skøn går ud på, at antallet i 1960-65 har været maksimalt 15-16.000 og minimalt 5-6.000 om året, og at de maksimalt udreg-nede værdier har mest sandsynlighed for sig. En anden skønsmæssig beregning anslår det årlige antal til 10-12.000.

Overlæge, dr.med. Vagn Sele og kontorchef Magna Nørgaard, mødrehjælpen i København, skønnede i en artikel i Ugeskrift for Læger 1972 s. 2493-2504 om den illegale aborthyppighed før og efter 1970-loven, at antallet af illegale aborter i 1960/61 ud-gjorde ca. 6.000 (maksimum ca. 8.000, minimum ca. 4.200), medens det i 1971/72 skønnedes at udgøre ca. 2.300 (maksimum 4.200, mi-nimum 300).

Under udarbejdelsen af forslaget til 1973-loven udtalte an-kenævnet i sager om svangerskabsafbrydelse under henvisning til Sele og Nørgaards undersøgelse, at der i perioden 1960-72 var sket en stadig nedgang i antallet af illegale aborter. Ankenæv-net finder udviklingen med hensyn til de illegale aborter særde-les tilfredsstillende, også efter gennemførelse af 1970-loven. Nævnet anfører endvidere, at der, selv med fri abort, stadig vil være et antal illegale aborter. Ankenævnets udtalelse er gengivet i Folketingstidende 1972-73, tillæg B, sp. 1743 ff.

Til brug for folketingets behandling af lovforslaget oplyste "Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi", at det efter en gennemførelse af fri abort som foreslået, ville være mest sandsynligt at forvente en stigning i abortantallet på op imod 100%.

Under lovforslagets behandling i folketinget drøftede retsudvalget muligheden for at gennemføre en ordning om tilskud til antikonceptionelle midler, evt. således at midlerne kom ind under refusionsordningen som led i den almindelige sygesikring. Udvalget tillagde det betydning, at der blev skabt mulighed for gratis adgang til lægekonsultation i forbindelse med rådgivning om brug af antikonceptionelle midler.

Indenrigsministeren oplyste over for retsudvalget, at et skøn over de forventede udgifter ved at gøre svangerskabsforebyggende midler gratis var behæftet med så stor usikkerhed, at virkningen på det fremtidige forbrug ikke kunne bedømmes med sikkerhed. Man antog dog, at de aktuelle årlige udgifter alene til præventive midler ifølge de foreliggende oplysninger måtte anslås til ca. 47-52 mill.kr. Hertil kommer, at brugen af p-piller og spiral kræver forudgående lægevejledning, lægeordination og fornøden kontrol under brug (Folketingstidende 1972-73, tillæg B, sp. 1722).

Det fremsatte forslag til lov om svangerskabsafbrydelse blev vedtaget i folketinget i det væsentlige i uændret skikkelse.

2. I det følgende redegøres kort for de enkelte bestemmelser om svangerskabsafbrydelse, hjælpeforanstaltninger m.v.

a. Efter § 1 har en kvinde, der har bopæl her i landet, ret til uden særlig tilladelse at få sit svangerskab afbrudt, hvis indgrebet kan foretages inden udløbet af 12. svangerskabsuge, og kvinden fastholder sit ønske, efter at hun af en læge har modtaget vejledning om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet.

12-ugers fristen beregnes i almindelighed fra sidste menstruations første dag, hvilket vil sige, at 12-ugers fristen normalt overskrides ca. 10 uger efter den faktiske konception. Det er sygehusets overlæge, der afgør, om fristen er udløbet.

Efter udløbet af 12. svangerskabsuge kræver svangerskabsafbrydelse tilladelse fra et af de samråd, der er oprettet ved de amtskommunale socialcentre (i København magistraten og på Frede-

riksberg det sociale udvalg). Et samråds afgørelse kan som under loven af 1970 indbringes for et af justitsministeriet oprettet ankenævn. Tilladelsen til svangerskabsafbrydelse efter udløbet af 12. svangerskabsuge kan kun gives, hvis betingelserne i § 3 er opfyldt. Betingelserne er de samme, som fandtes i loven af 1970.

Anmodningen om svangerskabsafbrydelse fremsættes ifølge lovens § 8, stk. 1, over for en læge eller et amtskommunalt socialcenter (magistraten eller det sociale udvalg).

Der findes trykte blanketter til brug for anmodningen, der skal underskrives af kvinden.

b. Inden indgrebet foretages, skal kvinden altid vejledes om indgrebets beskaffenhed og direkte følger, samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet, jfr. § 8, stk. 3.

Ifølge justitsministeriets bekendtgørelse nr. 95 af 10. marts 1976 § 4 om svangerskabsafbrydelse skal den læge, der foretager vejledningen, og kvinden ved deres underskrift bekræfte, at vejledning har fundet sted.

c. Der findes i loven af 1973 ingen regler om, at kvinden skal vejledes om samfundets hjælpeforanstaltninger i forbindelse med svangerskab og fødsel. Men efter § 8, stk. 2, skal kvinden gøres opmærksom på adgangen til at få vejledning om de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel. Det er således frivilligt, om hun vil modtage tilbudet om vejledning.

I bemærkningerne til det lovforslag, der blev vedtaget i 1973, anføres følgende:

"Man har derimod ikke ment at burde foreskrive vejledning om samfundets hjælpemuligheder som betingelse for, at hun kan opnå svangerskabsafbrydelse. En sådan regel fandtes i svangerskabsloven af 1937 for tilfælde, hvor der søgtes svangerskabsafbrydelse på medicinsk-social indikation Efter mødrehjælpens erfaringer er en tvungen vejledning af ringe praktisk værdi. Den kvinde, der har besluttet sig for svangerskabsafbrydelse, og som efter loven har ret dertil, vil let føle en tvungen vejledning som en pression og en forsinkende formalitet, der skal overstås, inden indgrebet kan foretages, men som er uden interesse for hende. Det vil i så fald medføre et spild af kvalificeret arbejdskraft, der er hårdt brug for i mødrehjælpens almindelige hjælpearbejde. Det

foreslås derfor i § 8, stk. 2, at kvinden, inden indgrebet foretages, skal gøres opmærksom på, at hun i mødrehjælpen kan få vejledning om samfundets støtteforanstaltninger, således at det bliver en frivillig sag, om hun vil modtage tilbudet om vejledning." (Folketingstidende 1972-73, tillæg A, sp. 2395).

Under lovforslagets behandling i folketinget blev der stillet et ændringsforslag, hvorefter vejledningen skulle være obligatorisk. Som begrundelse anførtes: "Mindretallet ønsker at skabe sikkerhed for, at den abortsøgende i rimelig tid forud for indgrebet får fuld orientering om de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støttemulighederne efter barnets fødsel for at give den abortsøgende større valgfrihed." (Folketingstidende 1972-73, tillæg B, sp. 1726). Folketingets retsudvalg spurgte justitsministeren, om der findes "muligheder for, at en kvinde kan sikres mod pression fra forældre og andre for at få foretaget abort, når tvungen vejledning i mødrehjælpen opgives". Til brug for besvarelsen oplyste mødrehjælpen i København bl.a., at det ved indførelse af fri abort ikke vil være muligt at sikre en kvinde mod pression., Selv om man indfører tvungen rådgivning i mødrehjælpen, vil man ikke have nogen garanti for, at kvinden ikke får svangerskabet afbrudt på grund af pression. Justitsministeriet tiltrådte mødrehjælpens udtalelse og fremhævede, at en tvungen rådgivning næppe ville være af større betydning til sikring mod pression. Ændringsforslaget om obligatorisk vejledning blev forkastet.

Ifølge en artikel af overlæge, dr.med. Vagn Sele: "Vejledning før abortindgreb", Ugeskrift for Læger 1976 s. 379, medbringer 25-30% af de kvinder, der er henvist til hospital til abortindgreb, ikke underskrevet formular fra den henvisende læge om, at kvinden er vejledet om indgrebets beskaffenhed og direkte følger, samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet. Sele anfører, at dette ikke betyder, at kvinden ikke er vejledt. På den anden side mener han ikke, at alle kvinder er tilstrækkeligt vejledt, selv om en underskrevet formular foreligger. Sele finder ikke, at man skal indføre tvungen vejledning om samfundets hjælpeforanstaltninger, men understreger, at den praktiserende læge har en central position i denne forbindelse.

Under folketingsbehandlingen af et forslag, som blev fremsat af Kristeligt Folkeparti i februar 1976 om, at vejledning af kvinden om samfundets hjælpeforanstaltninger skulle være obliga-

torisk, ønskede folketingets retsudvalg at få belyst, i hvor mange tilfælde der er foretaget abort, uden at de pågældende kvinder har underskrevet erklæring om, at de er blevet vejledt. Til brug for besvarelsen indhentede justitsministeriet en udtalelse fra sundhedsstyrelsen, der bl.a. udtalte:

"Sundhedsstyrelsen har gennem amtsrådene og Københavns magistrat rettet forespørgsel til 9 af landets større sygehuse. Man vedlægger de modtagne udtalelser. Det fremgår af disse, at der forekommer tilfælde, hvor kvinden møder på sygehuset uden den foreskrevne erklæring om at være blevet vejledt i henhold til svangerskabsloven, men at man sørger for, at sådan erklæring så vidt muligt bliver afgivet, og at sygehuse i alle tilfælde sikrer sig, at kvinden er underrettet såvel om risiko ved indgrebet som om muligheden for assistance"

d. De hjælpeforanstaltninger, der kan ydes kvinder til gennemførelse af svangerskabet og til støtte efter barnets fødsel, fremgår af lov nr. 333 af 19. juni 1974 om social bistand.

Efter § 101 kan amtsrådet drive hjem for gravide kvinder og mødre med små børn eller indgå overenskomst med en selvejende institution om ret til at råde over pladser på denne. På hjemmene skal kunne optages kvinder, hvis forhold i tiden omkring en fødsel er særligt vanskelige.

Der kan endvidere efter § 51 ydes midlertidig hjemmehjælp til varetagelse af normale huslige arbejdsopgaver i hjemmet, når der er behov for det på grund af fødsel. Når der er ydet hjemmehjælp i 3 uger, skal det sociale udvalg afgøre, om der fortsat er behov for det, og om der er brug for andre hjælpeforanstaltninger. Hjemmehjælp ydes gratis til personer med indtægter, der ikke overstiger folkepensionens grundbeløb med visse tillæg. I øvrigt opkræves en betaling, der er afpasset efter modtagerens økonomiske forhold.

Forbigående kontanthjælp kan efter § 37 ydes, når en person på grund af svangerskab og fødsel i en begrænset tid er afskåret fra at skaffe det fornødne til sit eget og familiens underhold. Der tages ved ydelsen af hjælpen hensyn til den pågældendes faste udgifter. Hjælpen kan i almindelighed højest udbetales med et beløb svarende til folkepensionens grundbeløb med visse tillæg.

Efter § 40 kan der i disse situationer også ydes hjælp til rimeligt begrundede enkeltudgifter, f.eks. indskud i lejlighed,

såfremt egen afholdelse af disse udgifter i afgørende grad ville vanskeliggøre kvindens eller familiens økonomiske muligheder for senere at klare sig selv.

I det omfang, der ikke kan ydes hjælp dertil af Statens Uddannelsesstøtte eller efter andre regler, kan der efter § 42 ydes hjælp til uddannelse, erhvervsmæssig optræning og omskoling, når det er påkrævet af hensyn til en persons mulighed for fremtidigt at kunne klare sig selv og sin familie.

Kommunen er forpligtet til at stille dagplejeinstitutions-plads til rådighed. I det omfang kommunen ikke er i stand til det, kan der efter udløbet af almindelig barselsorlov ydes underholdshjælp efter § 37.

Det sociale udvalg er efter § 28 forpligtet til at yde enhver person vederlagsfri løbende vejledning og rådgivning.

Også lovgivningen om børnetilskud, boligsikring og om børns retsstilling indeholder mulighed for økonomisk hjælp til kvinden.

e. Efter at kvinden, hvis hun har ønsket det, er blevet vejledt om samfundets hjælpeforanstaltninger, henviser lægen eller det amtskommunale socialcenter (magistraten/det sociale udvalg) hende til et sygehus, hvis betingelserne for svangerskabsafbrydelse skønnes opfyldt.

Efter svangerskabslovens § 10 må svangerskabsafbrydelse kun foretages af en læge på et statsligt eller kommunalt sygehus eller et dertil knyttet ambulatorium.

Udgifterne i anledning af svangerskabsafbrydelse afholdes efter lovens § 11 efter de gældende regler for almindelig sygehusbehandling.

f. Loven om svangerskabsafbrydelse indeholder ingen regler om betaling for svangerskabsforebyggende midler eller metoder.

Betænkningen om adgang til svangerskabsafbrydelse (nr. 522/1969) omtaler spørgsmålet s. 69-72. Udvalget anså det imidlertid ikke for sin opgave at fremkomme med konkrete forslag med hensyn til det offentliges indsats for at fremme anvendelsen af antikonception. Udvalget mente dog, at der i en diskussion om den fremtidige lovgivning om adgangen til svangerskabsafbrydelse nødvendigvis måtte indgå overvejelser om befolkningens adgang til og anvendelse af antikonceptionelle midler.

Blandt de opgaver, der i denne forbindelse syntes mest pres-

serende, fremhævede udvalget (s. 72) behovet for en videnskabelig forskning både med henblik på fremskaffelsen af bedst mulige antikonceptionelle midler og med henblik på belysning af og behandling af seksuologiske problemer i videre forstand. Udvalget understregede endvidere, at befolkningens interesse for svangerskabsforebyggelse ved propaganda- og oplysningsvirksomhed bør stimuleres, og at det må undersøges, om vejledning i svangerskabsforebyggelse og de svangerskabsforebyggende midler kan stilles gratis til rådighed.

Ifølge § 2 i lov om svangerskabshygge og fødselshjælp (lovbekendtgørelse nr. 431 af 3. september 1975) skal lægen ved den første undersøgelse efter svangerskabets afslutning tilbyde vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder. Hvis lægen ikke selv ønsker at give vejledningen, skal han henvise kvinden til en anden lægelig vejledning. Vejledningen er i disse tilfælde gratis.

Vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder kan endvidere efter § 3 tilbydes personer, der er under 18 år, uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Efter § 11 påhviler det amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner at tilvejebringe adgang til vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder. De nævnte kommuner kan indgå aftale med en privat institution eller forening om drift af seksualvejledningsklinikker. Efter stk. 4 sørger indenrigsministeriet for, at befolkningen får oplysning om svangerskabsforebyggende metoder.

Ved indenrigsministeriets cirkulære nr. 46 af 10. marts 1976 er der i overensstemmelse hermed udstedt foreløbige, vejledende retningslinier for oplysningsvirksomhed om svangerskabsforebyggende metoder. Vejledning kan ske enten på særlige vejledningsklinikker eller hos den praktiserende læge. Vejledningen består i en orientering om de eksisterende metoder, deres fordele og ulemper, anvendelsesmetode og pris. Lægen kan supplere vejledningen ved at udlevere Komiteen for Sundhedsoplysning's pjece "Undgå uønsket svangerskab". Der gives herefter en vejledning i anvendelsen af det middel, som klient og læge skønner er bedst egnet. Vejledning på klinik er gratis. Vejledning hos den praktiserende læge er ligeledes gratis for sygesikringsgruppe 1.

Spørgsmålet om at gøre alle antikonceptionelle midler eller en del af dem gratis blev som nævnt under pkt. 1, s. 10 drøftet

under behandlingen i folketinget af det lovforslag om svangerskabsafbrydelse, der blev vedtaget i 1973.

Til brug for folketingets behandling af forslaget til ændring af lov om svangerskabshygiejne afgav socialudvalget betænkning i april 1975 (Folketingstidende 1974-75, tillæg B, sp. 251 ff). Det nævnes heri, at udvalget har beskæftiget sig med spørgsmålet om at gøre præventionsmidler gratis eller billigere. I forbindelse hermed har man bemærket, at den ændring, der er foretaget i lov om lægemidler, hvorefter svangerskabsforebyggende midler i medfør af lovens § 1, stk. 2, er omfattet af lægemiddelovens regler om lægemidler, har tilvejebragt en af forudsætningerne for, at nogle af de præventive midler kan gøres billigere ved en refusionsordning. Et flertal i udvalget henstillede, at der blev arbejdet videre med spørgsmålet.

Indenrigsministeriet har herefter ved skrivelse af 30. december 1975 henstillet til socialministeriets overvejelse at gøre svangerskabsforebyggende midler tilskudsberettigede, jfr. sygesikringslovens § 7, stk. 3. Spørgsmålet beror på principielle overvejelser i socialministeriet. I visse amtskommuner er der imidlertid på forsøgsbasis indført gratis ordninger.

3. Efter vedtagelsen af loven af 1973 om svangerskabsafbrydelse har Kristeligt Folkeparti 4 gange fremsat forslag om, at vejledning af kvinden om samfundets hjælpeforanstaltninger skal være obligatorisk.

De tre første forslag bortfaldt enten på grund af folketingsårets udløb eller på grund af nyvalg. Det fjerde forslag blev fremsat i folketinget i februar 1976, men blev forkastet ved 3. behandling.

Endelig har Kristeligt Folkeparti i december 1976 fremsat forslag om, at et svangerskab kun skal kunne afbrydes, hvis svangerskabet eller fødslen medfører fare for kvindens liv eller for alvorlig forringelse af hendes helbred, eller hvis graviditeten skyldes de forhold, der er angivet i straffelovens § 210 eller §§ 216-224. Lovforslaget bortfaldt ved udskrivelse af folketingsvalget i februar 1977.

KAPITEL III

TIDLIGERE UNDERSØGELSER

A. Danmark.

1. Der har ikke tidligere her i landet efter gennemførelsen af den fri abort i 1973 været foretaget landsdækkende undersøgelser, der kan belyse en kvindes motiver til en abort samt den frie aborts virkninger i forhold til kvinden og hendes familie.

I det følgende redegøres for nogle tidligere danske og udenlandske undersøgelser. Redegørelsen er ikke udtømmende.

2. På foranledning af seksualoplysningsudvalget foretog læge Lise Freund i perioden fra april 1963 til april 1964 en undersøgelse af 304 kvinder, der var indlagt med legal, illegal eller spontan abort på 3 københavnske hospitaler (Københavns amtssygehus i Gentofte, Københavns amtssygehus i Glostrup samt Bispebjerg hospital). Undersøgelsens resultater er gengivet i betækning nr. 532 af 1969 fra seksualoplysningsudvalget. Knap 30% af aborterne rubriceredes som spontane eller formentlig spontane (s. 159). Udvalgelsen af kvinderne på det enkelte hospital er foretaget på den måde, at man den pågældende dag har undersøgt alle de abortpatienter, der var oppegående.

Undersøgelsen var baseret på et interview, foretaget personligt af læge Lise Freund, under brug af spørgeskema, som dog kun blev anvendt, når hun skønnede, at det ikke forstyrrede kontakten. Interviewet, der strakte sig over flere timer, blev foretaget under indlæggelsen. Det var i så godt som alle tilfælde let at etablere en helt tilfredsstillende kontakt med patienterne.

Undersøgelsens formål var at belyse en lang række forhold omkring kvinder, der havde fået foretaget abort (først og fremmest kvinder, der havde fået foretaget en illegal abort), f.eks. de pågældende kvinders alder, civilstand, skolegang, uddannelse og erhverv, opvækstforhold, ægteskabelige og seksuelle forhold, antikonception, abortmotiver, kvindernes legemlige og psykiske tilstand før og efter aborten, samt relationen mellem legale og illegale aborter.

Flertallet af kvinderne (52%) var mellem 20 og 30 år gamle.

Også de ganske unge (15-19 år) udgør en ret stor del (14%) (s. 161).

Civilstandsfordelingen af de kvinder, der deltog i undersøgelsen var således: 29% var ugifte, 59% gift, medens 12% tidligere havde været gift (s. 164).

Alle de deltagende kvinder, såvel ude- som hjemmearbejdende, blev spurgt, om de havde vanskelighed ved at klare deres arbejde. Af de kvinder, der havde fået foretaget legal abort, og mindre end $\frac{1}{4}$ af de kvinder, der havde fået foretaget illegal abort, besvarede spørgsmålet bekræftende.

Undersøgelsens resultat vedrørende kvindernes skole- og erhvervsuddannelse er gengivet s. 167. Det kan kort nævnes, at 191 af kvinderne alene have folkeskoleuddannelse. 183 havde (eller var i gang med) en faglig uddannelse.

Det indtryk, undersøgelsen gav af barnefaderens holdning til graviditeten og aborten var, at flertallet af mændene var helt indifferente i deres holdning. Dette gjaldt både for gifte og enlige. 7% af kvinderne, der havde fået foretaget legal abort oplyste, at de - direkte eller indirekte - var blevet tvunget til aborten - medens det drejede sig om 14% af kvinderne, der havde fået aborten foretaget illegalt. Barnefaderens holdning til graviditet og abort er gengivet s. 172-175.

204 af de deltagende kvinder, herunder 55% af kvinder, der havde haft legal abort, oplyste, at de ikke havde anvendt forebyggende midler på konceptionstidspunktet for den aktuelle graviditet. Ca. halvdelen kunne ikke angive nogen konkret årsag hertil, bortset fra glemsomhed, sjuskeri, tankeløshed og lignende. 70 af kvinderne oplyste, at årsagen var, at partneren var uinteresset i at anvende antikonception. Kun 2 kvinder angav dårlig økonomi som årsag til manglende brug af antikonception (s. 193).

Kvindernes abortmotiver er nærmere beskrevet s. 208-210. I alt 78 angav som en hovedårsag til aborten, at der af forskellige årsager ikke var mulighed for at indgå ægteskab med barnefaderen. Ca. $\frac{1}{4}$ begrundede deres abortønske med dårlig økonomi, dårlige boligforhold og lignende. For stor arbejdsbyrde anføres som årsag af 48 kvinder. Sygdom, træthed og manglende kræfter angives som væsentlig årsag af ialt 37 kvinder (heraf 31 med legal abort). Udsat for pres fra omgivelserne anføres som årsag af ialt 23 af de 304 deltagende kvinder.

3. Som led i socialforskningsinstituttets fertilitetsundersøgelse, der skal belyse, hvordan forskellige økonomiske, sociale og psykologiske forhold indvirker på familiens livsforhold, har forskningsassistent Jytte Ussing og stud.polit. Henning Bruun-Schmidt i 1970 bl.a. undersøgt, i hvilket omfang befolkningen kender og anvender forskellige præventionsmidler, jfr. socialforskningsinstituttets Studie 22 (1972) s. 67-96. Materialet, der ligger til grund for undersøgelsen er indsamlet i hele landet bortset fra København, Gentofte og Frederiksberg kommune. Undersøgelsen viser, at kendskabet hertil er meget udbredt, og at de fleste kvinder har kendskab til eksistensen af flere effektive midler og metoder. Det bedst kendte svangerskabsforebyggende middel er p-pillen. Således kender 97% af de 15-19 årige gifte kvinder p-pillen. 96% af de gifte 20-24 årige, ca. 90% af de 25-34 årige og 96% af de ugifte kvinder i alderen 18-24 kender dette middel.

Kendskabet til svangerskabsforebyggende midler er i øvrigt meget udbredt i alle aldersklasser, men dog størst blandt de 20-24 årige gifte kvinder.

Blandt de 15-39 årige, der har brugt prævention, har mellem 51% og 62% anvendt svangerskabsforebyggende midler ved hvert samleje i de seneste 2 måneder før interviewet.

4. I socialforskningsinstituttets landsdækkende undersøgelse af familiedannelse og kvinders erhvervsdeltagelse er der nogle få spørgsmål om benyttelsen af 1973-loven om svangerskabsafbrydelse. Blandt de 5240 kvinder, der er blevet interviewet i april 1975, er der 133, der opgiver, at de har fået foretaget en provokeret abort i perioden fra 1. oktober 1973 til april 1975. I materialet kan det ikke påvises, at kvindernes skoleuddannelse og erhvervsuddannelse har nogen sammenhæng med deres brug af adgangen til fri abort før udløbet af 12. svangerskabsuge. Blandt de årsager, kvinderne opgiver som deres egen begrundelse for, at de har fået foretaget en svangerskabsafbrydelse, er der et stort antal, som vedrører hensynet til kvindens eget helbred og frygt for, at barnet ikke bliver normalt. At kvinden ikke ønsker flere børn opgives også relativt hyppigt som begrundelse for svangerskabsafbrydelsen. En hel del af de øvrige begrundelser viser nær sammenhæng med kvindens egen alder og civilstand. F.eks. har unge, ugifte kvinder ment, at de var for unge til at have et barn. Resultaterne af bearbejdelsen af materialet om abort i Undersøgelsen af familiedan-

neise og kvinders erhvervsdeltagelse offentliggøres om kort tid i en publikation fra socialforskningsinstituttet. Publikationens foreløbige titel er "Provokeret abort".

5. I Ugeskrift for Læger 1976 s. 353-354 redegøres for resultaterne af en beregning foretaget på grundlag af medicinalstatistiske oplysninger vedrørende salget af p-piller og spiraler i perioden efter 1973-lovens ikrafttræden. Beregningerne synes at vise, at samtidig med, at antallet af legale aborter steg signifikant efter lovens ikrafttræden, faldt forbruget af p-piller betydeligt, medens salget af spiraler steg.

Resultaterne af de medicinalstatistiske beregninger tyder ifølge artiklen på, at den lettere adgang til abort har medført en mindre effektiv antikonception.

6. På Århus kommunehospital er der foretaget en prospektiv undersøgelse af ca. 600 kvinder, der i 1974 blev henvist til provokeret abort på hospitalet. 56% af patienterne var 25 år eller derunder. En uge efter indgrebet spurgte man 537 kvinder, der mødte til efterkontrol, hvilke subjektive gener der havde været i forbindelse med indgrebet, der var udført ambulant. 63% fandt indgrebet uden væsentlige gener, 32% fandt indgrebet ubehageligt, men kun 5% fandt det meget ubehageligt. Undersøgelsens resultat er gengivet i Ugeskrift for Læger 1976 s. 329-333 og s. 355-359. Undersøgelsen synes i øvrigt at vise, at den stigning, der er sket i antallet af legale aborter efter 1973-loven ikke med sikkerhed kan forklares ved, at kvinderne anvender abort som antikonception.

7. Den risiko, der må antages at være for akutte komplikationer ved forskellige abortmetoder, er belyst i en artikel af Erik Obel i Ugeskrift for Læger 1976 s. 219-322. Risikoen for sene følger af svangerskabsafbrydelse i form af f.eks. blødningsuregelmæssigheder, kronisk underlivsbetændelse eller sterilitet, er ikke belyst i danske undersøgelser. Erik Obel har i en artikel i Ugeskrift for Læger 1976 s. 323-328, givet en oversigt over den nuværende viden om senfølger efter en svangerskabsafbrydelse.

8. I perioden 1. december 1975 - 1. juni 1976 har reservelægerne Mogens Wohlert og Flemming Møller Larsen ved Århus amtssygehus

foretaget en prospektiv interviewundersøgelse på grundlag af et spørgeskema blandt ca. 500 kvinder, som i den pågældende periode havde fået foretaget provokeret abort på sygehusets ambulatorium. Ambulatoriets 6 faste læger interviewede kvinderne og interviewet varede ca. 10-30 minutter. Undersøgelsens formål er især at belyse, hvorfor kvinderne var blevet gravide mod deres ønske, og hvorfor de valgte ikke at gennemføre svangerskabet.

Arbejdsgruppen har i december 1976 haft et møde med reserve-læge Wohler og reservelæge Møller Larsen, der redegjorde for nogle foreløbige konklusioner af undersøgelsen, hvis resultater formentlig vil blive offentliggjort i 1977.

B. Norge.

Indtil 1976 var svangerskabsafbrydelse kun tilladt på grundlag af eugenisk, medicinsk eller etisk indikation. Efter ikrafttræden af en ny abortlov den 1. januar 1976 er svangerskabsafbrydelse endvidere tilladt på grundlag af medicinsk/social indikation.

Indenfor de seneste år har der været foretaget to undersøgelser vedrørende svangerskabsafbrydelse.

1. I 1971 er der ved Aker Sygehus foretaget en efterundersøgelse for at belyse kvindernes mentale reaktioner på abortindgrebet. Undersøgelsen omfattede 230 kvinder, der havde fået bevilget og foretaget abort på sygehuset i perioden fra marts - juni 1971. Undersøgelsen er offentliggjort i Berthold Grünfeld: "Legal abort i Norge" (1973).

Undersøgelsen var tilrettelagt således, at man samtidig med, at man meddelte kvinderne, at deres ansøgning om abort var imødekommet, spurgte dem skriftligt, om de ville være villige til at deltage i undersøgelsen, idet man præciserede, at deltagelsen var frivillig.

Undersøgelsen bestod af 2 dele, et interview, som så vidt muligt formede sig som en naturlig samtale af 30-60 minutters varighed, og en udfyldning af et skema.

Samtalen med kvinderne, der fandt sted ca. 6 måneder efter indgrebet, var et såkaldt "halvstruktureret" interview, hvor struktureringen kun tog sigte på, at visse bestemte spørgsmål blev stillet til alle kvinder. Samtalerne gav sjældent anledning til kontaktproblemer, og kvinderne var gennemgående åbne og samarbejdsvillige. Selv når det gjaldt intime seksuelle forhold, var

kvinderne indstillede på og villige til at tale frit. Mange gav spontant udtryk for, at de havde set frem til samtalen.

Ifølge undersøgelsen har 32% haft en let skyldfølelse de første uger efter indgrebet, d.v.s. at skyldfølelsen ikke har forstyrret kvindens øvrige mentale funktioner. For 6%'s vedkommende findes skyldfølelsen moderat, d.v.s. at skyldfølelse har kompromitteret deres generelle funktionsevne, uden at de dog har været mere fraværende fra deres arbejde end normalt. Gennemgående har skyldfølelsen ikke præget deres bevidsthed gennem hele observationstiden, men er dukket op, udløst af ydre konkrete hændelser, f.eks. synet af spædbørn, højgravide kvinder m.v. 2% har haft en så alvorlig skyldfølelse, at de set fra en psykiatrisk synsvinkel måtte betragtes som behandlingstrængende.

Vedrørende kvindernes uddannelsesniveau viser undersøgelsen, at de deltagendes kvinders niveau var lavere end sædvanligt for andre på deres alder.

Undersøgelsen viser endvidere, at det ikke er manglende kendskab til præventive metoder, der har været grunden til, at kvinderne ikke har taget de fornødne forholdsregler for at undgå uønsket svangerskab. De hyppigste årsager, de ugifte kvinder angav til den manglende prævention var, at de ikke havde et så regelmæssigt seksuelt samliv, at de fandt det nødvendigt at skaffe sig prævention, at det tidligere var gået godt uden prævention, og at de mente, at det var partnerens sag at passe på. Flere af de gifte kvinder angav, at årsagen til, at de undlod brug af svangerskabsforebyggende midler var, at de følte, at en for stor trykthed og sikkerhed mod svangerskab ødelagde samlivet.

2. I 1971 er der endvidere ved Socialistiske legers Forenings klinik i Oslo i september 1971 - september 1972 foretaget en undersøgelse vedrørende kvinders begrundelse for at søge abort. Undersøgelsen omfattede ca. 1100 kvinder, hvoraf 93% var gravide i mindre end 12. uge. Undersøgelsen er offentliggjort i "Abort eller prevensjon" (1975).

Kvindernes hovedbegrundelse var følgende: dårligt eller ophørt samlivsforhold (41,2%) økonomiske vanskeligheder/dårlige boligforhold (14,5%)> kvinden udkørt, nok børn (13,3%), for umoden/ung (11,4%), hensynet til uddannelse eller arbejde (8,8%), sygdom (5,5%), pres fra barnefaderen eller familie (1,4%). 3,8% angav andre grunde.

Den klart hyppigste årsag til svangerskabsafbrydelse var således "dårligt eller ophørt samlivsforhold", medens "pres fra barnefar eller familie" kun blev anført i få tilfælde. Kun 15 af de ca. 1100 kvinder, der deltog i undersøgelsen, angav således pres fra omgivelserne som hovedårsag. 9 af disse kvinder angav, at presset havde været indirekte, og at de selv var kommet frem til, at en abort ville være den bedste løsning. Kun 6 angav at have været udsat for et sådant direkte pres, at de følte sig ufrie i deres valg.

C. Sverige.

Med virkning fra 1. januar 1975 er der i Sverige indført fri adgang til svangerskabsafbrydelse. Den svenske lov om svangerskabsafbrydelse adskiller sig kun lidt fra den danske lov.

Tidligere var svangerskabsafbrydelse tilladt indenfor 20. svangerskabsuge på grundlag af medicinsk, social/medicinsk, erotisk eller eugenisk indikation. Indgrebet kunne dog foretages indtil udløbet af 24. svangerskabsuge, når særlige grunde talte derfor.

Der er i 1966/67 foretaget to undersøgelser på grundlag af personlige interviews blandt kvinder i Stockholm og Øbro len vedrørende kvindernes oplevelser af abortoperationen og sygehusopholdet. Undersøgelsesernes hovedresultater er trykt i bilag 5 i "Rätten till abort" (SOU 1971:58).

Stockholm-undersøgelsen omfattede 92 kvinder (heraf blev 80 personligt interviewet), der alle fik foretaget abort inden udløbet af 12. svangerskabsuge, medens Øbro len-undersøgelsen omfattede 105 kvinder, hvoraf 57 blev personligt interviewet. Undersøgelserne viser bl.a., at kvindernes oplevelser af tidlig og sen abortoperation er forskellige.

35% af de 57 kvinder, der blev personligt interviewet under Øbro-undersøgelsen kunne ikke tænke sig at gennemgå en abort til, medens det tilsvarende kun gjorde sig gældende for 7,5% af de 80 kvinder, der blev personligt interviewet under Stockholm-undersøgelsen. På spørgsmålet om kvinden havde fortrudt, at hun havde fået foretaget abort, svarede 68 kvinder i Stockholm-undersøgelsen og 38 i Øbro-undersøgelsen benægtende.

D. England.

Ifølge Abortion Act fra 1967 er abort tilladt, når en fortsættel-

se af svangerskabet indebærer større fare end aborten for kvindens liv eller helbred eller hendes børns helbred. Ved bedømmelsen skal der tages hensyn til kvindens eller familiens livsvilkår.

Ved King's College Hospital i London er der foretaget en efterundersøgelse af 360 kvinder, som havde fået foretaget abort inden udløbet af 12. svangerskabsuge i perioden april 1971 - april 1972. Undersøgelsens resultater er offentliggjort i British Journal of Psychiatry 1976 nr. 128 side 74 ff. Formålet var at klarlægge de psyko-soziale konsekvenser af en provokeret abort.

Mindre end 1 uge før abortindgrebet, men efter at indgrebet var bevilget, modtog kvinderne under en samtale på hospitalet en rådgivning om indgrebet, ligesom der blev optaget oplysninger om kvindernes psyko-soziale tilpasning, samt foretaget en detaljeret psykologisk testning af kvinderne. Den samme undersøgelse blev foretaget 3 måneder senere og igen fra 15-24 måneder efter aborten. Indkaldelsen af kvinderne til efterundersøgelserne skete ved brev.

Ved efterundersøgelsen 3 måneder efter aborten lykkedes det at få 91% af kvinderne til at deltage, medens kun 60% deltog ved den sidste undersøgelse.

Ifølge undersøgelsen indebærer en abort, der foretages før udløbet af 12. svangerskabsuge, ledsaget af en kort vejledning, kun en minimal risiko for ubehagelige psykiske og sociale følger op til 2 år efter aborten. Særligt kan nævnes, at 37% af kvinderne havde oplevet betydelig eller moderat skyldfølelse før indgrebet. 3 måneder efter var dette tal faldet til 13% og 15-24 måneder efter indgrebet til 7%. Antallet af kvinder, der krævede behandling for psykiske symptomer (depression, neurotisk adfærd) faldt fra 29% inden aborten til 19% efter indgrebet. Knap 60% fandt ikke, at deres symptomer havde forbindelse med indgrebet, medens godt 9% svarede ja på dette spørgsmål.

Aborten synes ikke at have påvirket det ægteskabelige forhold, hvorimod der efter indgrebet synes at være sket forbedring for så vidt angik den "seksuelle tilpasning". Før aborten angav 59% af kvinderne, at den "seksuelle tilpasning" var tilfredsstillende, medens andelen steg til 74% efter indgrebet. Forbedringen holdt op til 2 år efter indgrebet. For så vidt angår "interpersonel tilpasning" (bortset fra forholdet til ægtefælle eller samlever) skete en forbedring, idet andelen af kvinder med tilfredsstillende tilpasning steg fra 62% før aborten til 77% 3 måneder efter.

96% af kvinderne genoptog deres arbejde kort efter aborten.

Man undersøgte endvidere de samme kvinders brug af og kendskab til antikonceptionelle midler før, op til og indtil 2 år efter graviditeten. Denne del af undersøgelsen er offentliggjort i British Medical Journal 1974 s. 418 ff. Undersøgelsen viste, at 1/3 af kvinderne før svangerskabsafbrydelsen intet kendskab havde til antikonception. Næsten halvdelen af de kvinder, der havde et vist kendskab til antikonception, blev gravide efter bevidst at have taget risikoen herfor.

59% af kvinderne indrømmede, at de ikke havde brugt nogen form for antikonception i tiden omkring graviditeten. De vigtigste grunde, disse kvinder gav hertil, var følgende: "løb risikoen" (ca. 36%), "troede, at det var partnerens ansvar" (ca. 12%), "ønskede ikke at anvende antikonception af frygt for bivirkninger eller på grund af antipati mod nogen form for antikonception" (ca. 12%).

Af de 91% der deltog i undersøgelsen 3 måneder efter indgrebet, anvendte 86% en pålidelig antikonceptionel metode. 2 år efter anvendte 81% af de 215 kvinder, man på dette tidspunkt kunne komme i kontakt med, stadig en pålidelig metode.

KAPITEL IV

ARBEJDSGRUPPENS OVERVEJELSER

Som anført i kapitel I har ankenævnet i sager om svangerskabsafbrydelse fundet det påkrævet, at der foretages en undersøgelse af virkningerne af den fri abort i forhold til de kvinder, der har fået indgrebet foretaget. Baggrunden for ankenævnets henvendelse var den meget markante stigning i antallet af provokerede aborter, som 1973-loven havde bevirket. Efter 1973-loven har kvinden i almindelighed ret til svangerskabsafbrydelse, og man får ikke under behandlingen af anmodningen nødvendigvis oplysninger om baggrunden for ønsket om abort, herunder om kvinden af sine omgivelser mere eller mindre bliver presset til at få indgrebet foretaget. Ifølge oplysninger fra ankenævnet bliver ikke så få kvinder gravide kort tid efter, at de har fået abort, og ønsker denne gang at gennemføre svangerskabet.

I overensstemmelse med arbejdsgruppens kommissorium har arbejdsgruppen overvejet, om der bør foretages en interviewundersøgelse, der kan belyse kvindens motiver til aborten, samt de familiemæssige, fysiske og psykiske virkninger af aborten, set i relation til kvindens alder, sociale status og familiemæssige forhold.

Hovedsigtet med en interviewundersøgelse er således at søge at klarlægge kvindernes abortmotiver, hendes familiemæssige og sociale situation og en række konsekvenser af den frie abort.

Ved bedømmelsen af, om en sådan undersøgelse bør foretages, ønsker arbejdsgruppen indledningsvis at understrege, at det generelt set forekommer ønskeligt, at man i tilslutning til gennemførelse af en ny lovgivning, der er af så direkte betydning for store befolkningsgrupper, og hvor man ifølge sagens natur ved gennemførelsen af lovgivningen kun har et sparsomt empirisk materiale vedrørende lovgivningens konsekvenser, følger lovgivningen op med en undersøgelse af, hvordan den virker i praksis, i det omfang noget sådant er muligt.

Antallet af fremkaldte, legale aborter har været stærkt stigende i de senere år. I 1976 udgjorde antallet af legale, provokerende aborter således mere end det dobbelte af antallet i 1972.

I hvilket omfang der er tale om en reel stigning i det samlede antal provokerede aborter er imidlertid usikkert, idet antallet af illegale aborter før 1973 kun kan beregnes skønsmæssigt, jfr. s. 9. I bilag 6 (s.63) er gengivet en række oplysninger fra Danmarks Statistik om legale aborter i 1975 med fordeling efter kvindens alder, bopæl og civilstand. Det samlede antal legale aborter i 1972, 1973, 1974 og 1975 var henholdsvis 12.985, 16.536, 24.868 og 27.884. Sundhedsstyrelsen har overfor arbejdsgruppen oplyst, at antallet af legale aborter i 1976 var ialt 26.842. Heraf blev 7.127 foretaget i januar kvartal, 6.449 i april kvartal, 6.835 i juli kvartal og 6.431 i oktober kvartal. I forhold til 1975 er tallet således faldet med 3,9%.

Antallet af provokerede aborter bevirker efter arbejdsgruppens opfattelse, at det vil være ønskeligt, om man gennem samtaler m.v. med de kvinder, der har fået foretaget en provokeret abort, søger at få klarhed over, hvorfor så mange kvinder vælger ikke at gennemføre svangerskabet, og hvilke virkninger denne beslutning har for kvinden og hendes familie.

Sammenhængen mellem spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse og de sociale hjælpeforanstaltninger er understreget i loven om svangerskabsafbrydelse. Efter § 8 skal kvinden, hvadenten hun fremsætter anmodningen om svangerskabsafbrydelse overfor en læge eller et amtskommunalt socialcenter (i København magistraten og på Frederiksberg det sociale udvalg), gøres bekendt med, at hun ved henvendelse til socialcentret m.v. kan få vejledning om mulighederne for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støtte til barnets fødsel.

Ifølge oplysninger fra mødrehjælpen, der varetog denne vejledning før den sociale bistandslov trådte i kraft den 1. april 1976, har antallet af henvendelser til mødrehjælpen om vejledning været minimalt. I 1974/75 har man således i mødrehjælpen registreret knap 100 sådanne direkte henvendelser i hele landet, jfr. afdelingsleder A. Liecks kronik i Politiken den 20. januar 1976. Nogle ansøgere kan naturligvis have fået disse oplysninger i forbindelse med henvendelse i anden anledning eller i øvrigt have kendskab til hjælpeforanstaltningerne af anden grund, men selv i betragtning heraf er tallet forsvindende lille i forhold til det antal kvinder, der har søgt abort. Der findes ikke nyere tal, der kan belyse antallet af henvendelser om vejledning om hjælpeforanstaltninger.

Beslutningen om, hvorvidt kvinden vil søge abort eller gennemføre graviditeten, synes herefter i ringe grad afhængig af drøftelsen af samfundets tilbud om hjælpeforanstaltninger, men afhængig af helt andre faktorer.

Problemerne i forbindelse med antallet af legale, provokerede aborter, abortmotiverne og abortens familiemæssige, psykiske og fysiske virkninger i landets forskellige egne og befolkningsgrupper bør efter arbejdsgruppens opfattelse ikke undersøges og vurderes isoleret, men må ses i sammenhæng med kvindens sociale situation. Også spørgsmålet om befolkningens viden om og vaner med hensyn til brugen af antikonceptionelle midler og om hvilke faktorer, der afholder befolkningen fra at anvende antikonceptionelle midler m.v., bør inddrages i vurderingen.

Det vil ligeledes være nærliggende at søge belyst, hvorledes kvinderne oplever den medicinske og sociale vejledning og hospitalsoopholdet.

Et centralt punkt vil endvidere være kvindens umiddelbare og senere reaktion på aborten og dennes indflydelse på hendes tilværelse.

En klargøring af disse forhold vil ikke alene være af betydning for vurderingen af, hvorledes loven om svangerskabsafbrydelse har virket, men vil også kunne belyse, hvor man kan sætte ind, hvis man ønsker at nedbringe aborttallet. Således vil undersøgelsen også kunne virke som en retningslinje for den sociale og familiepolitiske lovgivning, hvor målet må være at skabe forudsætningerne for, at et barn ikke bliver uønsket, fordi dets fødsel vil kunne medføre svære belastninger af familiens personlige og sociale forhold.

Arbejdsgruppen finder på denne baggrund, at udforskningen af et for befolkningen og samfundet så vigtigt område er påkrævet og anbefaler, at der gennemføres en interviewundersøgelse til belysning af de nævnte forhold.

Arbejdsgruppen har nøje overvejet de betænkeligheder, der knytter sig til foretagelsen af undersøgelser på et område, der af mange kvinder sikkert betragtes som privat.

De betænkeligheder, der kan anføres mod foretagelsen af undersøgelsen, er særligt hensynet til privatlivets fred og de fejl-kilder, der kan foreligge i forbindelse med interview-undersøgelser i al almindelighed.

Selv om tidligere undersøgelser viser, at kvinderne i almin-

delighed er positivt indstillet overfor sådanne undersøgelser, finder arbejdsgruppen, at hensynet til privatlivets fred vejer meget tungt; det kan i sig selv være betænkeligt at henvende sig til en kvinde med henblik på interview, efter at hun har gennemgået en abort. Disse betænkeligheder afsvækkes betydeligt - men forsvinder ikke - hvis kvinden på forhånd har erklæret sig villig til at deltage.

Selv om kvinden har samtykket i at deltage, kan en senere henvendelse virke belastende. Der ribbes måske herved op i forhold, som kvinden selv ønsker at fortrænge, og som hun muligvis har holdt skjult for sine omgivelser. Disse betænkeligheder vil kun fjernes, hvis man vælger at gennemføre interviewet på hospitalet straks efter indgrebet. Rent bortset fra, at man ikke herved vil få belyst virkningerne af aborten, har arbejdsgruppen ikke fundet denne løsning mulig, jfr. nærmere kapitel V, pkt. F, s. 37, hvor det endvidere er omtalt, at det næppe vil være hensigtsmæssigt at foretage interviewet ved den gynækologiske undersøgelse og vejledning vedrørende antikonception, som tilbydes kvinden kort tid efter indgrebet.

En senere henvendelse til kvinden forekommer derfor nødvendig. Efter arbejdsgruppens opfattelse kan undersøgelsen imidlertid tilrettelægges på en sådan måde, at der i meget vidt omfang tages hensyn til de nævnte betænkeligheder. Det bør overfor kvinderne understreges, at deltagelse er frivillig, og at kvinden når som helst kan "fortryde". Henvendelsen til de deltagende kvinder bør ske så diskret som muligt og på en måde, som kvinden selv angiver. Efter interviewet bør der sikres de deltagende kvinder anonymitet.

En vejledning for lægevidenskabelige forskere vedrørende de medicinsk-etiske aspekter af medicinske, social-medicinske og andre undersøgelser med forebyggende sigte findes i Helsinki-deklarationen, der blev vedtaget på 18. World Medical Assembly i Helsinki i 1964 og revideret af 29. World Medical Assembly i Tokyo i 1975. Deklarationen omfatter både undersøgelse (diagnostik), behandling og forebyggelse, herunder social-medicinske undersøgelser.

Den reviderede Helsinki-deklaration er i 1975 accepteret af Den almindelige danske Lægeforenings hovedbestyrelse. Den anbefaler, at lægevidenskabelige projekter vedrørende mennesker forelægges uafhængige etiske komitéer til bedømmelse og vejledning. Efter det for arbejdsgruppen oplyste, er man i Danmark ved at oprette etiske komitéer med deltagelse af repræsentanter for forskningsråd, universiteter, videnskabelige selskaber m.fl.

Fra Helsinki-deklarationen, der er gengivet i Ugeskrift for Læger 1976 s. 399 f og s. 2195 ff, skal særlig nævnes følgende punkter:

Deklarationen fastslår i punkt 1.6, at individets ret til at være anonym altid må sikres. Enhver given forholdsregel må tages for at sikre privatlivets fred og minimalisere personlige ulemper i forbindelse med medicinsk forskning. I punkt 1.9 fastslås, at enhver, der deltager i videnskabelige undersøgelser skal informeres om undersøgelsens formål, undersøgelsesmetoderne og de forventede fordele og ulemper, som undersøgelsen indebærer. De deltagende skal endvidere informeres om, at de på ethvert trin af undersøgelsen har den fulde frihed til at trække samtykket om at deltage tilbage. Deklarationen lægger stor vægt på at præcisere, at ingen må føle sig presset til at deltage i videnskabelige undersøgelser.

Den undersøgelse, arbejdsgruppen foreslår gennemført, vil næppe direkte være omfattet af Helsinki-deklarationen. Men undersøgelsen bør tilrettelægges således, at den opfylder kravene i Helsinki-deklarationen, og det vil muligvis være hensigtsmæssigt, at arbejdsgruppens oplæg til en undersøgelse forelægges for de omtalte etiske komitéer.

Arbejdsgruppen finder, at man ved undersøgelser, tilrettelagt i overensstemmelse med disse principper og efter de retningslinier, der redegøres for i kapitel V, i videst muligt omfang tager hensyn til privatlivets fred.

Værdien af en undersøgelse afhænger i høj grad af, i hvilket omfang det er muligt at fjerne fejlkilder, der både kan opstå under udvælgelsen af de kvinder, der opfordres til at deltage, og under selve interviewet. Det ovenfor opstillede krav om frivillighed indebærer selvsagt en udskillelse af de kvinder, der ikke ønsker at deltage. Denne mulige fejlkilde, der er uundgåelig, er formentlig kun af ringe betydning, idet tidligere undersøgelser viser, at kun et fåtal nægter at deltage, jfr. kapitel III.

Under interviewet har man ingen garanti for, at kvinderne giver et autentisk, sandfærdigt billede af deres motiver til og reaktioner på en abort. Man kan ikke udelukke, at kvinderne undlader at give en sandfærdig fremstilling, både af hensyn til sig selv og som led i en psykologisk bearbejdningsproces for at få begivenhederne fjernet fra bevidstheden og for ikke at skuffe under-

søgeren, som opleves som en slags repræsentant for det hjælpeapparat, som kom dem i møde og hjalp dem i en vanskelig situation. En del vil nok også have svært ved præcist at give udtryk for deres motiver og reaktioner. Hertil kommer, at mange af kvindens udsagn vanskeligt lader sig kontrollere, fordi de beror på subjektive oplevelser.

Disse forhold kan dog ikke i alle tilfælde betegnes som egentlige fejlkilder, idet det ikke generelt vil være korrekt indenfor et sådant område at tale om sandhed og usandhed. Hændelsen er følelsesmæssigt ladet, kvinden kan være usikker på sine egne reaktioner og have vanskelighed ved verbalt at give udtryk for, hvorledes hun har oplevet situationen.

Arbejdsgruppen finder imidlertid, at disse forhold gør sig gældende ved en række interviewundersøgelser og således ikke særligt kan anføres som en afgørende betænkelighed imod en undersøgelse vedrørende virkningerne af fri abort. Virkningen af disse fejlkilder vil endvidere kunne begrænses f.eks. ved en omhyggelig udformning af de spørgsmål, der skal stilles kvinderne, ved brug af professionelle interviewere og ved, at der er tilstrækkelig tid til rådighed for interviewet.

KAPITEL V

FORSLAG TIL UNDERSØGELSERNES TILRETTELÆGGELSE

A. En interviewundersøgelse af virkningerne af den frie abort med henblik på at belyse de forhold, der er nævnt i arbejdsgruppens kommissorium, kan gennemføres på flere forskellige måder med deltagelse af et større eller mindre antal kvinder.

En undersøgelse ville kunne tilrettelægges således, at man interviewer en gruppe kvinder, der f.eks. indenfor 2 år før undersøgelsens iværksættelse har fået foretaget abort. Herved ville man opnå, at man hurtigere ville kunne belyse de mere langsigtede virkninger af den frie abort. Arbejdsgruppen finder det imidlertid betænkeligt, at der uopfordret rettes henvendelse til kvinder, der før undersøgelsens iværksættelse har fået foretaget abort, og som ikke på forhånd har givet tilsagn om at ville medvirke.

Hertil kommer, at en undersøgelse bør omfatte et interview, dels relativt kort tid efter indgrebet for at belyse de umiddelbare virkninger, dels noget længere tid efter indgrebet for at belyse evt. senfølger, jfr. nedenfor pkt. K s.38. Da en efterundersøgelse bør omfatte de samme personer som den første undersøgelse, finder arbejdsgruppen, at undersøgelserne ikke kan foretages på grundlag af eksisterende materiale, selv om dette vil indebære, at der går noget længere tid, før undersøgelsernes resultater foreligger.

Undersøgelserne skal belyse visse virkninger af fri abort. Derfor bør kvinder, der får foretaget abort på medicinsk indikation (lovens § 2) eller efter tilladelse fra et samråd efter § 3 (de øvrige indikationer) ikke inddrages i undersøgelsen. Tilsvarende gælder abort efter tilladelse ifølge § 5, stk. 2, (kvinden er på grund af sindssygdom m.v. ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet), § 6, stk. 2 og 3, (manglende samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge) samt efter § 7 (kvinden har ikke bopæl i Danmark, men dog særlig tilknytning hertil).

Arbejdsgruppen har overvejet, om det vil være hensigtsmæssigt at inddrage kvindens ægtefælle eller samlever i undersøgelsen, således at han også blev interviewet. Dette kunne udgøre et værdifuldt supplement til kvindens oplysninger, men ville gøre un-

dersøgelsen dyrere og mere besværlig at gennemføre. Hertil kommer, at kvinden vil være i stand til at besvare en del spørgsmål om ægtemandens eller samleverens forhold. Endvidere 'kan det ikke udelukkes, at nogle kvinder ikke vil deltage, eller vil give mindre pålidelige svar, hvis manden inddrages.

Man har derfor fundet det hensigtsmæssigt kun at spørge kvinden. Er det er absolut ønske fra kvinden, at ægtemanden eller samleveren skal deltage i interviewet, udgår kvinden af undersøgelsen.

B. Arbejdsgruppen har særligt overvejet følgende muligheder for undersøgelsens omfang:

1. En landsdækkende interviewundersøgelse omfattende ca. 2000 kvinder.

Hvis en interviewundersøgelse skal være repræsentativ for hele landet, vil det antagelig være nødvendigt at interviewe ca. 2000 kvinder. Disse kan udvælges indenfor 3 områder, f.eks. amter, således at der ved udvælgelsen af områderne tages hensyn til, at såvel hovedstadsområdet som et typisk by- og et typisk landområde bliver repræsenteret. Arbejdsgruppen har ikke ment at burde udpege 3 bestemte områder, men har fundet det rigtigst at overlade udvælgelsen til den forskningsmedarbejder, der skal gennemføre undersøgelsen. Udvælgelsen af de kvinder indenfor de tre områder, der skal deltage i undersøgelsen, kan foretages af forskningsmedarbejderen på grundlag af statistisk kendt materiale om, hvorledes aborthyppigheden er fordelt blandt de valgte områder, og således, at materialet bliver repræsentativt i henseende til alder, social status, civilstand, aborthyppighed m.v.

2. En interviewundersøgelse omfattende ca. 300 kvinder.

På grundlag af anmeldelser fra sygehusene til sundhedsstyrelsen foreligger allerede nu en række oplysninger fra hele landet om antallet af aborter og disses fordeling efter alder, bopæl, civilstand m.v., jfr. nærmere bilag 6, s. 63.

Arbejdsgruppen har derfor overvejet, om det ville være for-svarligt og hensigtsmæssigt at gennemføre en mere begrænset undersøgelse. Denne kunne bestå i interviews med ca. 300 kvinder. Disse bør vælges indenfor et område, som efter statistisk kendt materiale omfatter et typisk by- og landområde udvalgt af den pågældende forskningsmedarbejder. Indenfor det valgte område bør kvinderne

udvælges efter et alderskriterium: en gruppe med kvinder under 20 år, en gruppe med 20-30 årige og en gruppe med kvinder, der er over 30 år. Da det næppe vil være forsvarligt at operere med en gruppe på mindre end ca. 100 kvinder, bør de tre aldersgrupper som udgangspunkt være lige store, uanset at aborthyppigheden er forskellig i de tre aldersgrupper.

Interviewoplysningerne vil kunne suppleres med statistisk kendt materiale inden for de enkelte grupper.

C. Som anført i kapitel IV lægger arbejdsgruppen stor vægt på, at undersøgelsen ikke føles som en krænkelse af kvindens privatliv, og at den er betinget af kvindens samtykke. Den kontakt med kvinden, som er nødvendig for at indhente hendes samtykke, bør derfor ske på en måde, der dels er diskret, dels giver adgang til nærmere at informere hende om undersøgelsens formål og tilrettelæggelse, og dels ulejliger hende mindst muligt.

Ifølge loven om svangerskabsafbrydelse skal kvinden som nævnt i kapitel II fremsætte anmodningen om svangerskabsafbrydelse over for en læge eller et amtskommunalt socialcenter (i København magistraten og på Frederiksberg det sociale udvalg), og svangerskabsafbrydelsen må kun foretages af en læge på et statsligt eller kommunalt sygehus eller et til sygehuset knyttet ambulatorium.

For at få indgrebet foretaget må kvinden således i kontakt med en praktiserende læge eller et amtskommunalt socialcenter m.v. samt et sygehus. Det vil derfor være nærliggende, at den første kontakt med kvinden med henblik på at orientere hende om undersøgelsen og at få hendes samtykke til at deltage sker et eller flere af de tre steder.

Det er over for arbejdsgruppen oplyst, at kun ganske få anmodninger om abort fremsættes over for socialcentret m.v. Arbejdsgruppen finder det derfor ikke hensigtsmæssigt at lade den indledende, orienterende samtale ske ved kvindens henvendelse til socialcentret m.v.

Arbejdsgruppen har dernæst overvejet, om den indledende kontakt kunne finde sted på sygehuset i forbindelse med kvindens udskrivning efter abortindgrebet. Herved vil man opnå, at undersøgelsen omfattede både de kvinder, der har anmodet om abort hos en praktiserende læge, og de kvinder, der er henvist gennem socialcentret m.v. Det er imidlertid tvivlsomt, om sygehuslægen har tilstrækkelig tid til at orientere kvinden fyldestgørende om undersø-

gelsen. Man kan heller ikke udelukke, at kvinden her vil føle sig i en presset situation på grund af en følelse af et afhængighedsforhold til sygehuset.

Det foreslås derfor, at den praktiserende læge under den konsultation, hvor kvinden anmoder om abort, orienterer hende om undersøgelsen og spørger, om hun vil deltage. Kvinden vil normalt henvende sig til sin egen læge, som hun kender og har tillid til, og lægen vil derfor have god mulighed for at orientere hende fyldestgørende om undersøgelsen og vejlede hende om, hvorvidt hun bør deltage. Lægen skal præcisere, at deltagelse er frivillig. Kvindens samtykke bør være skriftligt.

Arbejdsgruppen har lagt vægt på, at de kvinder, der deltager i undersøgelsen, bliver ensartet og grundigt informeret om undersøgelsen, og har derfor udarbejdet et forslag til introduktions-skrivelse (jfr. bilag 3 s.58), som dels kan anvendes af lægen, dels skal udleveres til kvinden i forbindelse med den mundtlige orientering.

Kvinden skal underrettes om, at hun når som helst - uanset samtykke - kan afslå at medvirke i undersøgelsen. Arbejdsgruppen har overvejet, om lægen burde udlevere en egentlig "fortrydelses-blanket" til kvinden, som hun kunne tilbagesende, hvis hun fortrød sit samtykke. Arbejdsgruppen har dog ikke fundet en sådan fremgangsmåde nødvendig for at sikre, at kvindens deltagelse bliver absolut frivillig. Det nævnte forslag til introduktionsskrivelse indeholder oplysninger om, hvortil kvinden skal henvende sig, hvis hun fortryder.

Hvis der ikke samtidig med kontakten via de praktiserende læger skabes mulighed for kontakt ved kvindens henvendelse på socialcentret m.v., vil de kvinder, der vælger at fremsætte anmodningen over for socialcentret, ikke blive omfattet af undersøgelsen. Dette indebærer en skævhed, i det omfang disse kvinder f.eks. i henseende til social status, afviger fra de kvinder, der henvender sig til en praktiserende læge. Da gruppen som anført er talmæssigt beskeden, og da der ikke arbejdsgruppen bekendt foreligger oplysninger om sådanne afvigelser, har arbejdsgruppen fundet det forsvarligt udelukkende at inddrage de kvinder, der henvises til abort via de praktiserende læger.

Kontakten til de praktiserende læger, der er villige til at deltage i undersøgelsens indledende fase, kan ske ved samarbejde med lægekredsforeningerne i de områder, som vil blive omfattet af

undersøgelsen. Udvælgelsen af de deltagende læger kan foretages af den forskningsmedarbejder, der gennemfører undersøgelsen i samarbejde med lægekredsforeningerne. Udvælgelsen bør ske således, at de valgte lægers praksis så vidt muligt bliver repræsentativ.

Forskningsmedarbejderen må ved undersøgelsens tilrettelæggelse orientere de deltagende praktiserende læger om, hvilke oplysninger det i dette indledende stadium er nødvendigt at få fra kvinden af hensyn til den senere henvendelse og for at sætte forskningsmedarbejderen i stand til - ud fra det antal kvinder, der er villige til at deltage - at tilvejebringe et materiale, der er repræsentativt i henseende til alder, civilstand, social status m.v. Kvinden bør ligeledes oplyse, hvorledes hun ønsker, at interviewerens henvender sig til hende (skriftligt, telefonisk m.v.), og om, hvor hun ønsker, at interviewet sker (f.eks. i hjemmet), og om hun ønsker, at interviewet sker om dagen eller om aftenen.

Lægen skal herefter videresende disse oplysninger og kvindens skriftlige samtykke til den pågældende forskningsmedarbejder.

D. Selve interviewet foreslås baseret på besvarelsen af et spørgeskema. Arbejdsgruppen har formuleret forslag til de spørgsmål, man ønsker besvaret af kvinderne, jfr. bilag 1, s. 44. Man har ved udarbejdelsen af spørgsmålene bestræbt sig på kun at søge de punkter i kvindens abortsituation belyst, som er nødvendige for at få kendskab til kvindens baggrund, til hendes motiver til aborten og til abortens virkning for kvinden og hendes familie. Spørgsmålene skal ikke nødvendigvis anvendes under interviewet i den af arbejdsgruppen udarbejdede form, men er tænkt som et emnekatalog, der kan danne grundlag for den endelige udarbejdelse af spørgeskemaet. Denne udarbejdelse kan imidlertid mest hensigtsmæssigt foretages af den forskningsmedarbejder, der skal stå for undersøgelsen.

Af hensyn til anonymiteten bør skemaet ikke indeholde oplysning om kvindens navn, adresse, fødselsdato eller personnummer, men derimod blot mærkes med f.eks. et løbenummer.

E. Arbejdsgruppen har overvejet, om besvarelsen af spørgeskemaet kan ske ved, at man sender kvinden skemaet, og at hun derefter sender det tilbage i besvaret stand (postspørgeskemaer). Dette ville gøre undersøgelsen billigere, ligesom nogle kvinder måske vil føle det som en fordel, at de i ro og mag og i enrum kan besvare spørgsmålene. Antallet af spørgsmål bliver imidlertid nød-

vendigvis ret stort, og nogle spørgsmål kan være vanskelige at besvare uden vejledning. En del spørgsmål vil derfor nok blive ufuldstændigt eller ufyldstgørende besvaret. Måske vil også frafaldet blandt kvinderne blive større. Hertil kommer, at tidligere undersøgelser har vist, at mange kvinder har været glade for at kunne få lejlighed til at tale med et andet menneske om deres problemer. Denne mulighed vil ikke være til stede, hvis man bruger postspørgeskemaer. Arbejdsgruppen mener derfor, at man - i hvert fald ved det første interview - bør anvende den personlige interviewform. Selve interviewet bør foregå i samtaleform uden direkte oplæsning af spørgsmålene, således at spørgeskemaet blot bliver en huskeseddel for intervieweren. Hvis kvinden ikke ønsker at besvare samtlige spørgsmål, står det hende naturligvis frit for.

F. Ved valget af hvem der skal interviewe har arbejdsgruppen overvejet flere muligheder.

Interviewet kunne foregå på sygehuset efter indgrebet og inden udskrivningen. På mange sygehuse foretages indgrebet ambulant, eller således at kvinden udskrives allerede dagen efter indgrebet. Et sådant interview ville kunne belyse kvindens baggrund og hendes abortmoter, men ikke virkningerne af indgrebet, bortset fra kvindens helt umiddelbare reaktioner. Hertil kommer, at interviewet nødvendigvis vil tage nogen tid - 1 á 1½ time - og at det er tvivlsomt, om sygehusets læger kan afse tid hertil. Endelig vil det være en ulempe, at det måtte overlades til en række forskellige læger at interviewe kvinderne. Jo færre personer der interviewer, des større er chancerne for en ensartet udspørgen. Arbejdsgruppen kan derfor ikke gå ind for denne løsning. Af i det væsentlige samme grunde kan man heller ikke anbefale, at interviewet finder sted under den kontrolundersøgelse, som sker på sygehuset eller hos den praktiserende læge kort efter indgrebet. Her måtte man i øvrigt også regne med et vist frafald.

Arbejdsgruppen har dernæst drøftet, om udspørgningen af kvinderne kan foretages af de praktiserende læger, d.v.s. i almindelighed af kvindens egen læge. Dette kunne f.eks. finde sted i forbindelse med den gratis helbredsundersøgelse, en kvinde har ret til efter aborten, jfr. § 1, stk. 1, i lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp. Det er imidlertid arbejdsgruppens indtryk, at fremmødeprocenten ved disse undersøgelser er relativ lav blandt kvinder, der har aborteret, og at det er muligt, at de, der ikke

møder, som gruppe betragtet afviger fra de, der møder. Dette indebærer en risiko for skævhed i undersøgelsen. Hertil kommer, at det er tvivlsomt, hvorvidt man kan belaste lægerne med at foretage interviewet, og at udspørgningen vil blive spredt på en række personer. Det kan endvidere anføres, at Helsinkideklarationen (pkt. I, lo) anbefaler, at undersøgelsen ikke foretages af den samme person, som har modtaget kvindens samtykke til at deltage i undersøgelsen.

Arbejdsgruppen foreslår derfor, at interviewet foretages af trænede interviewere, der er tilknyttet den institution, der står for undersøgelsen. Herved opnår man, dels at interviewet foretages af personer, der kender interviewteknikken, dels en begrænsning i antallet af interviewere. Dette indebærer en større ensartethed i udspørgningen. Hvis man vælger den undersøgelse, der foreslås under punkt B, 2 (300 kvinder), vil interviewet evt. kunne foretages af forskningsmedarbejderen(ne) selv.

G. Intervieweren bør rette henvendelse til kvinden på den måde, hun har angivet i sit samtykke, for at aftale tid og sted for interviewet, der f.eks. kan foregå hjemme hos kvinden uden for arbejdstid. Henvendelsen bør naturligvis være så diskret og neutral som muligt. Reagerer kvinden ikke på henvendelsen, kan der foretages en ny henvendelse. Er resultatet stadig negativt, må man i almindelighed gå ud fra, at hun har fortrudt at deltage, og hun bør derfor ikke rykkes yderligere. Hvis kvinden er flyttet, må man gennem folkeregistret søge den nye adresse oplyst.

H. Det første interview bør finde sted ca. 5 måneder efter indgrebet. På dette tidspunkt må det formodes, at kvinden på den ene side stadig har en klar erindring om sine overvejelser før indgrebet, og at på den anden side de helt umiddelbare reaktioner er klinget af, således at det er muligt at danne sig et indtryk af abortens virkninger på relativt kort sigt.

I. Arbejdsgruppen har drøftet, om man burde supplere og sammenholde de oplysninger, som kvinderne giver under interviewene, med journaloplysninger.

Efter hvad der er oplyst for arbejdsgruppen indeholder den journal, der optages i forbindelse med konsultation hos kvindens læge før indgrebet, i reglen ikke oplysninger af betydning for un-

dersøgelsen. Journalen vedrørende undersøgelsen 8 uger efter aborten indeholder ingen oplysninger, der er af særlig betydning for undersøgelsen.

Der kan endvidere være tale om oplysning fra hospitals-journaler og udskrivningskort. I forbindelse med provokeret abort er disse i reglen meget kortfattede.

Da journaloplysningerne således kun i meget begrænset omfang indeholder oplysninger af interesse for undersøgelsen, og da kilden til oplysningerne i reglen vil være kvinden selv, finder arbejdsgruppen ikke, at der er behov for en sådan supplering.

J. Ved valget mellem de undersøgelser, der er omtalt under punkt B, anbefaler arbejdsgruppen, at man - i hvert fald som et første skridt - gennemfører den undersøgelse, der er nævnt under punkt B, 2 (300 kvinder). En sådan begrænset undersøgelse vil give mulighed for mere dybtgående interviews. Endvidere vil den være billigere at gennemføre - samtidig med at være statistisk forsvarlig - og vil muliggøre, at undersøgelsen gennemføres og bearbejdes hurtigere. Ved gennemførelsen af den begrænsede undersøgelse vil man opnå et erfaringsmateriale og kan på grundlag heraf tage stilling til, om man ønsker en landsdækkende undersøgelse som omtalt under punkt B, 1. Denne vil eventuelt kunne ske ved postspørgeskemaer til kvinder, der har erklæret sig villige til at deltage, idet antallet af spørgsmål ved en eventuel senere udvidet undersøgelse måske kan indskrænkes, fordi man gennem den begrænsede undersøgelse har fået indtryk af, hvilke spørgsmål der i særlig grad er relevante.

Man må regne med, at interviewene i en undersøgelse omfattende 300 kvinder vil vare noget længere (omkring $1\frac{1}{2}$ time) end ved den større undersøgelse, fordi disse interviews kan blive virkeligt dybtgående.

K. Tidligere undersøgelser har vist, at der kan være en betydelig forskel på abortens virkninger kort tid efter indgrebet og længere tid efter. En del virkninger, hvad enten de er positive eller negative, viser sig undertiden først længere tid efter indgrebet. Den engelske undersøgelse, der er omtalt s. 24, viser således tydeligt behovet for en efterundersøgelse.

Arbejdsgruppen lægger derfor stor vægt på, at de resultater, der opnås ved den første undersøgelse, hvadenten denne gennemføres

som angivet under punkt B, 1 og/eller 2, følges op af en efterundersøgelse. Denne vil mest hensigtsmæssigt kunne foretages omkring 2 år efter indgrebet og efter de samme retningslinier, som er angivet for den første undersøgelse.

Arbejdsgruppen har udarbejdet et forslag til spørgeskema til brug for efterundersøgelsen, jfr. bilag 2 s. 54. Det er dog sandsynligt, at dette bør revideres i lyset af de erfaringer, man opnår under den første undersøgelse.

Det vil være naturligt, at interviewerens ved afslutningen af det første interview spørger kvinden, om hun er villig til at deltage i en efterundersøgelse.

L. Arbejdsgruppen har overvejet, om det er nødvendigt at opstille en kontrolgruppe bestående af kvinder, der ikke har fået abort. En egentlig kontrolgruppe kan man kun få ved at interviewe et antal kvinder, der ikke har gennemgået en abort, hvadenten det skyldes, at de ikke er blevet gravide, eller at de har gennemført svangerskabet. En sådan fremgangsmåde er mindre anvendelig i forbindelse med de undersøgelser, som arbejdsgruppen anbefaler, da en lang række af de spørgsmål, der skal belyses, kun har relation til kvinder, der har fået foretaget abort. Det vil derfor ikke være muligt at have en kontrolgruppe i almindelig forstand.

Hertil kommer, at en del af de oplysninger, kvinderne giver under interviewene, vil kunne sammenholdes med allerede tilgængeligt materiale fra tidligere folkeundersøgelser, f.eks. den s. 19 nævnte undersøgelse vedrørende "Familiedannelse og kvinders erhvervsdeltagelse". Nogle oplysninger kan endvidere sammenholdes med de føde- og svangerskabsjournaler, særlig svangerskabsjournal I (form. 5110), der skal udfyldes af lægen i de tilfælde, hvor kvinden gennemfører graviditeten. Journalerne indeholder summariske oplysninger om civilstand, erhvervsuddannelse, beskæftigelse, arbejdstid, boligforhold, tidligere aborter m.v.

Arbejdsgruppen mener derfor ikke, at undersøgelsens resultater bør sammenholdes med en egentlig kontrolgruppe, men at det kan vise sig hensigtsmæssigt at sammenholde oplysningerne med allerede foreliggende materiale.

M. Ifølge lov nr. 101 af 18. april 1958 om oprettelse af et socialforskningsinstitut, som ændret ved lov nr. 207 af 18. maj 1977, er det bl.a. instituttets opgave at foretage, fremme og samordne

undersøgelser og forsøgsarbejder til belysning af sociale forhold, og af de sociale sider af familie- og ungdomsspørgsmål og bolig- og sundhedsforhold.

Instituttet, der er en selvejende institution under socialministeriet, kan påtage sig opgaver bl.a. efter anmodning fra offentlige myndigheder, herunder kommissioner og udvalg.

Arbejdsgruppen anbefaler, at undersøgelsen udføres af socialforskningsinstituttet, og at der i første omgang stilles midler til rådighed til gennemførelse af den undersøgelse, der er omtalt under punkt B, 2.

Arbejdsgruppen har spurgt socialforskningsinstituttet, hvad nogle nærmere angivne undersøgelser må antages at koste, jfr. bilag 4, s. 60. Socialforskningsinstituttets svar herpå er gengivet i bilag 5, s. 61. Det fremgår heraf, at den undersøgelse, som arbejdsgruppen anbefaler (punkt B, 2) koster 812.880 kr. beregnet ud fra priser og lønninger pr. 1. april 1977. Socialforskningsinstituttets svar indeholder endvidere et overslag over omkostningerne ved forskellige andre undersøgelser, som arbejdsgruppen har overvejet, jfr. ovenfor punkt B, 1 og E. Overslaget for disse undersøgelser inkluderer et honorar på 200.000 kr. til lægerne for deres bistand ved undersøgelsen. Der har dog i arbejdsgruppen været enighed om, at den bistand, som lægerne skal yde i forbindelse med undersøgelserne, ikke skal vederlægges.

Overslaget fra socialforskningsinstituttet indeholder endvidere et skøn over omkostningerne ved forskellige efterundersøgelser. En efterundersøgelse af de 300 kvinder, som foreslås interviewet ved den første undersøgelse, vil koste 69.729 kr. I overslagene vedrørende efterundersøgelserne er ikke inkluderet udgifter til "rapportering", d.v.s. analyse af det indsamlede materiale. Det er dog oplyst, at udgifterne hertil i forbindelse med en efterundersøgelse formentlig vil være ret beskedne. Disse udgifter kan ikke angives nøjere, før resultaterne af den første undersøgelse foreligger.

Arbejdsgruppen finder ikke, at det er nødvendigt at foretage en pilotundersøgelse. Derimod er der i overslagene vedrørende de første undersøgelser inkluderet beløb til dækning af omkostninger i forbindelse med afprøvning af spørgsmålene, korrektion i den påtænkte fremgangsmåde ved undersøgelsen m.v. Hvis man under denne indledende tilrettelæggelse ønsker at afprøve spørgeskemaet

på kvinder, der har fået foretaget abort, bør der naturligvis ikke rettes henvendelse til kvinder, der ikke på forhånd har accepteret at deltage i denne fase.

I bilag 5 oplyses endvidere, hvor lang tid den første undersøgelse omtrentlig må forventes at vare. Det fremgår heraf, at forberedelserne af den undersøgelse, som arbejdsgruppen anbefaler, vil vare 6 måneder, og indsamlingsperioden ca. 6 måneder. Hertil kommer ca. 1 år til bearbejdelse af materialet.

Arbejdsgruppen har ikke fundet det hensigtsmæssigt på nuværende tidspunkt at skønne over, hvor lang tid der vil gå til en efterundersøgelse.

B I L A G

Forslag til spørgsmål, der ønskes besvaret ved 1. interview.

I. Forhold inden aborten.

A. Vedrørende kvinden.

1. Kvindens alder.
2. Har kvinden tidligere født børn.
Hvornår.
3. Har kvinden tidligere aborteret.
Hvornår.
Var aborten
provokeret,
spontan.
4. Antallet af hjemmeboende børn (herunder adoptivbørn,
plejebørn, stedbørn).
5. Begrundelsen for, at ikke-hjemmeboende børn bor uden
for hjemmet.
6. Har der været betydelige problemer vedrørende et eller
flere af børnene:
legemlige,
psykiske,
opdragelsesmæssige,
skolemæssige,
andet.
7. Havde kvinden udearbejde, da graviditeten blev konstate-
ret.
I bekræftende fald:
arbejdede hun
fuldtid
deltid.
8. Hvordan var kvindens arbejdstid normalt fordelt:
fast dagtid,
aften- eller natarbejde,
morgenarbejde (regnes fra kl. 3 om morgenen),
2-hold-skift,
3-hold-skift,
andet.

9. Havde kvinden vanskeligheder ved at klare arbejdet.
10. Var kvinden arbejdsløs, da graviditeten blev konstateret.
Arbejdsløshedsperiodens længde.
Modtog kvinden dagpenge fra arbejdsløshedsforsikringen.
11. Hvorledes bedømmer kvinden husstandens økonomi:
god,
middel,
dårlig.
12. Kvindens skoleuddannelse:
folkeskole,
videregående skoleuddannelse.
13. Var kvinden i gang med en erhvervsuddannelse, da graviditeten blev konstateret:
lærlingeuddannelse,
akademisk uddannelse,
indtil 1 års erhvervsuddannelse,
mere end 1 års erhvervsuddannelse,
andet.
14. Hvilken erhvervsuddannelse har kvinden:
ingen,
lærlingeuddannelse,
akademisk uddannelse,
indtil 1 års erhvervsuddannelse,
mere end 1 års erhvervsuddannelse,
andet.
15. Var kvinden, da graviditeten blev konstateret:
ugift,
gift,
separeret,
fraskilt,
enke.
16. Boede kvinden, da graviditeten blev konstateret, fast sammen med en mand.
17. Hvor længe har kvinden boet sammen med ægtemanden/samleveren.
18. Hvorledes vurderer kvinden forholdet til ægtemanden/samleveren:

ingen problemer,
almindelige problemer,
betydelige problemer.

19. Er kvinden tilfreds med sine boligforhold:

ja,
nej,
usikker.

20. Skyldes utilfredsheden, at boligen er

for lille,
for dårlig,
for dyr,
for langt fra arbejdsplads,
andet.

21. Hvorledes var kvindens helbred, da graviditeten blev konstateret:

legemligt,
psykisk.

22. Hvorledes var kvindens helbred under graviditeten:

legemligt,
psykisk.

Arten af evt. sygdom angives.

Har sygdommen medført:

lægebehandling,
hospitalsindlæggelse.

23. Har kvinden inden for de sidste 3 år haft en længerevarende

legemlig sygdom,
psykisk sygdom.

Arten angives.

Har sygdommen medført:

lægebehandling,
hospitalsindlæggelse.

24. Blev antikonception anvendt konsekvent inden graviditeten.

25. Blev antikonception anvendt omkring det tidspunkt, hvor kvinden blev gravid.

I bekræftende fald hvilke midler eller metoder:

p-piller,
kondom,

pessar,
spiral,
afbrudt samleje,
"sikre perioder",
manden steriliseret,
andet.

26. Hvis forebyggende midler eller metoder ikke blev anvendt omkring det tidspunkt, hvor kvinden blev gravid, angives årsagen:

bivirkninger,
frygt for bivirkninger,
pause med p-piller,
manglende oplysning,
økonomiske grunde,
midlerne vanskelige at få fat på,
midlerne sluppet op,
glemt at anvende forebyggende midler eller metoder,
taget risikoen for at blive gravid,
ville gerne være gravid for at bevise fertilitet,
ville i øvrigt gerne være gravid,
manden steril,
kvinden steril,
andet.

27. Har den lette adgang til abort bevirket, at kvinden eller hendes partner har:
undladt antikonception,
benyttet mindre sikre metoder eller midler.

28. Var graviditeten planlagt.

B. Vedrørende ægtemanden/samleveren.

29. Havde han arbejde, da graviditeten blev konstateret.
I bekræftende fald:
arbejdede han
fuldtid,
deltid.

30. Var han arbejdsløs, da graviditeten blev konstateret.
Arbejdsløshedsperiodens længde.
Modtog han dagpenge fra arbejdsløshedsforsikringen.

31. Hvorledes var hans helbred, da graviditeten blev konstateret:
legemligt,
psykisk.
32. Hans skoleuddannelse:
folkeskole,
videregående skoleuddannelse.
33. Var han i gang med en erhvervsuddannelse, da graviditeten blev konstateret:
lærlingeuddannelse,
akademisk uddannelse,
indtil 1 års erhvervsuddannelse,
mere end 1 års erhvervsuddannelse,
andet.
34. Hvilken erhvervsuddannelse har han:
ingen,
lærlingeuddannelse,
akademisk uddannelse,
indtil 1 års erhvervsuddannelse,
mere end 1 års erhvervsuddannelse,
andet.

II. Spørgsmål vedrørende kvindens overvejelser omkring aborten.

35. Kvindens begrundelse for, at hun ønskede abort:
ønsker ikke at føde (flere) børn,
ikke mulighed for ægteskab,
svigtet af barnefaderen,
disharmonisk ægteskab eller samliv,
dårlige sociale forhold,
for stor arbejdsbyrde,
sygdom,
magter ikke at få barnet,
manglende moderlige følelser,
risiko for sygdom hos barnet,
for mange børn,
manglende muligheder for at få børnene passet udenfor hjemmet (dagpleje, daginstitution),
sygdom ved tidligere fødsler,
træthed efter fødsel,

for ung,
for gammel,
frygt for fødslen,
udsat for overtalelse,
udsat for pres,
frygt for arbejdsløshed,
frygt for ikke at kunne gennemføre en uddannelse.

36. Havde kvinden fortalt sine nærmeste, at hun var gravid.
I bekræftende fald hvem (tilknytningsforhold).
Havde kvinden fortalt andre bekendte, at hun var gravid.
I bekræftende fald hvem (tilknytningsforhold).
37. Havde kvinden drøftet spørgsmålet om abort med sine nærmeste:
I bekræftende fald med hvem (tilknytningsforhold).
Havde kvinden drøftet spørgsmålet om abort med andre bekendte.
I bekræftende fald med hvem (tilknytningsforhold).
38. Var kvinden på noget tidspunkt i alvorlig tvivl om, hvorvidt hun ønskede abort:
skyldtes en evt. tvivl frygt
for at fortryde en abort,
for indgrebet,
for indgrebets evt. følger,
for senere at blive steril,
indiskretion på hospitalet.
Skyldtes en evt. tvivl
at hun var usikker på, om hun ville have børn,
forholdet til ægtemanden/samleveren,
etiske, moralske eller religiøse forestillinger,
omgivelsernes reaktion på abort,
omgivelsernes reaktion på fødsel.
Opstod tvivlen hovedsageligt før eller efter henvisningen til sygehuset.
39. Blev kvinden af sine nærmeste
rådet,
overtalt,
presset til,
frarådet at få abort.

I bekræftende fald af hvem (tilknytningsforhold).
Blev kvinden af andre
rådet,
overtalt,
presset til,
frarådet at få abort.
I bekræftende fald af hvem (tilknytningsforhold).

40. Hvorledes var ægtemanden/samleverens reaktion på graviditeten:
positiv,
negativ,
neutral.
41. Var kvinden gravid med en anden end ægtemanden/samleveren.
I bekræftende fald, hvordan var barnefaderens reaktion på graviditeten:
positiv,
negativ,
neutral.
42. Blev kvinden i forbindelse med anmodning om abort vejledt om de hjælpeforanstaltninger, samfundet kan yde til støtte for gennemførelse af svangerskab eller til støtte for barnets fødsel.
I benægtende fald: kender kvinden disse hjælpsforanstaltninger:
ja,
nej,
usikker.
43. Hvem har oplyst kvinden om disse hjælpeforanstaltninger:
social- og sundhedsforvaltningen,
egen læge,
andre,
selv fået det oplyst.
44. Hvis kvinden i forbindelse med anmodningen om abort fik den vejledning, der er nævnt i punkt 42, fandt hun så vejledningen
tilstrækkelig,
forståelig.

45. Hvis kvinden fandt vejledningen utilstrækkelig eller uforståelig, angives årsagen hertil.
46. Hvilke hjælpeforanstaltninger mener kvinden ville have fået hende til at gennemføre svangerskabet.
47. I hvilken svangerskabsuge blev indgrebet foretaget.
48. Hvilken abortmetode blev anvendt.

III. Kvindens situation efter aborten.

49. Følte kvinden sig tilfreds/lettet umiddelbart efter indgrebet.
Føler kvinden nu tilfredshed/lettelse over, at indgrebet er foretaget.
50. Fik kvinden af en læge vejledning om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om risikoen ved indgrebet.
51. Fandt kvinden vejledningen
tilstrækkelig,
forståelig.
52. Hvis kvinden fandt vejledningen utilstrækkelig eller uforståelig, angives årsagen hertil.
53. Var kvinden tilfreds med behandlingen på hospitalet i forbindelse med indgrebet.
54. Mener kvinden, at den beslutning, hun traf om abort, var rigtig.
I benægtende fald: hvorfor ikke.
55. Var aborten en alvorlig belastning for kvinden
legemligt,
psykisk.
56. Medførte aborten, at kvinden måtte forsømme sit arbejde.
I bekræftende fald hvor længe.
57. Ønsker kvinden senere at få børn.
58. Vil kvinden, hvis hun på ny bliver uønsket gravid, have foretaget abort.
59. Har kvinden efter indgrebet haft en længerevarende sygdom, som hun sætter i forbindelse med aborten:
legemlig,
psykisk.

Tidspunktet for sygdommen i forhold til aborten ønskes oplyst.

Medførte sygdommen

lægebehandling,

hospitalsindlæggelse.

60. Føler kvinden, at aborten har påvirket forholdet til ægteanden/samleveren.

I bekræftende fald hvorledes:

seksuelt:

positivt,

negativt.

På anden måde:

positivt,

negativt.

61. Føler kvinden, at aborten har påvirket forholdet til familien.

I bekræftende fald:

positivt,

negativt.

62. Føler kvinden, at aborten har påvirket hendes uddannelses- og erhvervsmuligheder.

I bekræftende fald:

positivt,

negativt.

63. Føler kvinden, at aborten har påvirket hendes arbejdsindsats.

I bekræftende fald:

positivt,

negativt.

64. Er der efter aborten sket væsentlige ændringer i de forhold, der er nævnt under punkterne 6 (børn), 7, 8, 9 og 10 (kvindens arbejdssituation),

11 (husstandens økonomi),

15 (civilstand),

16, 17 og 18 (forholdet til ægteanden/samleveren),

19 og 20 (boligforhold),

29 og 30 (ægteandens/samleverens arbejdssituation).

I bekræftende fald specificeres ændringerne som angivet i forbindelse med de pågældende punkter.

65. Har kvinden og/eller ægtemanden/samleveren siden aborten konsekvent anvendt svangerskabsforebyggende midler eller metoder.

I bekræftende fald:

p-piller,

kondom,

pessar,

spiral,

afbrudt samleje,

"sikre perioder",

manden steriliseret,

kvinden steriliseret,

andet.

Forslag til spørgsmål, der ønskes besvaret ved efterundersøgelsen.

1. Har kvinden siden 1. interview født børn.
I bekræftende fald hvornår.
2. Har kvinden siden 1. interview aborteret.
I benægtende fald: gå videre til spørgsmål 5.
I bekræftende fald hvornår.

Var aborten
provokeret,
spontan.
3. Hvorfor ønskede kvinden at få aborten::
ønsker ikke at føde (flere) børn,
ikke mulighed for ægteskab,
svigtet af barnefaderen,
disharmonisk ægteskab eller samliv,
dårlige sociale forhold,
for stor arbejdsbyrde,
sygdom,
magter ikke at få barnet,
manglende moderlige følelser,
risiko for sygdom hos barnet,
for mange børn,
manglende mulighed for at få børnene passet udenfor hjemmet
(dagpleje, daginstitution),
sygdom ved tidligere fødsler,
træthed efter fødsel,
for ung,
for gammels
frygt for fødslen,
udsat for overtalelse,
udsat for pres,
frygt for arbejdsløshed,
frygt for ikke at kunne gennemføre en uddannelse.
4. Var graviditeten planlagt.

5. Antallet af hjemmeboende børn (herunder adoptivbørn, plejebørn, stedbørn).
6. Begrundelsen for at ikke-hjemmeboende børn bor udenfor hjemmet.
7. Har der været betydelige problemer vedrørende et eller flere af børnene:
legemlige,
psykiske,
opdragelsesmæssige,
skolemæssige,
andet.
8. Er kvinden siden 1. interview blevet
gift,
separeret,
skilt,
enke.
9. Bor kvinden fast sammen med en anden mand.
I bekræftende fald: er det den samme som ved 1. interview.
10. Har ægtemanden/samleveren kendskab til aborten før 1. interview.
11. Hvorledes vurderer kvinden forholdet til ægtemanden/samleveren:
ingen problemer,
almindelige problemer,
betydelige problemer.
12. Føler kvinden, at aborten har påvirket forholdet til ægtemanden/samleveren.
I bekræftende fald hvorledes:
seksuelt:
positivt,
negativt.
På anden måde:
positivt,
negativt.
13. Føler kvinden, at aborten har påvirket forholdet til familien.

I bekræftende fald:

positivt,

negativt.

14. Føler kvinden, at aborten har påvirket hendes uddannelses- og erhvervsmuligheder.

I bekræftende fald:

positivt,

negativt.

15. Har kvinden efter 1. interview haft en længerevarende sygdom, som hun sætter i forbindelse med aborten:

legemlig,

psykisk.

Tidspunktet for sygdommen i forhold til aborten pplyses.

Medførte sygdommen

lægebehandling,

hospitalsindlæggelse.

16. Synes kvinden nu, at hun dengang traf den rigtige beslutning om abort.

Skyldes evt. fortrydelse,

at kvinden trods ønske herom ikke senere har fået børn,

at kvinden senere er flyttet sammen med barnefaderen,

at kvinden føler, at hun burde have modstået overtalelse

eller pres fra omgivelserne,

at kvinden føler, at beslutningen om abort var forhastet,

andet.

17. Ønsker kvinden at blive gravid igen.

Hvad er årsagen:

bor fast sammen med en anden mand,

har afsluttet uddannelse,

føler sig mere moden,

har bedre boligforhold,

har bedre arbejdsforhold,

har bedre økonomiske forhold,

har bedre helbred,

at der er bedre mulighed for at få passet barnet,

at der er gået længere tid siden sidste fødsel,

andet.

18. Har kvindens boligforhold ændret sig siden 1. interview.
I bekræftende fald: er boligforholdene blevet
bedre,
dårligere.
19. Har kvinden eller ægtemanden/samleveren siden 1. interview
anvendt antikonception:
altid,
engang imellem,
aldrig.
20. Anvender kvinden eller ægtemanden/samleveren antikonception
nu.
I bekræftende fald hvilke midler eller metoder:
p-piller,
kondom,
pessar,
spiral,
afbrudt samleje,
"sikre perioder",
manden steriliseret,
kvinden steriliseret,
andet.
21. Hvis forebyggende midler eller metoder ikke anvendes nu,
hvad er da årsagen:
vil gerne være gravid,
bivirkninger,
frygt for bivirkninger,
pause med p-piller,
manglende oplysning,
økonomiske grunde,
midlerne vanskelige at få fat på,
tager risikoen for at blive gravid,
manden steril,
kvinden steril.
22. Har den lette adgang til abort bevirket, at kvinden eller
hendes partner har
undladt antikonception,
benyttet mindre sikre midler eller metoder.
23. Vil kvinden, hvis hun på ny bliver uønsket gravid, have fo-
retaget abort.

Forslag til introduktionsskrivelse.

Siden 1973 har vi haft fri abort. Det har ført til en kraftig stigning i antallet af aborter. Man vil derfor gerne undersøge, hvorfor så mange kvinder ønsker at afbryde deres svangerskab, og hvilke virkninger aborten har for kvinden og for hendes familie.

Den bedste måde, man kan undersøge det på, er at spørge kvinden selv.

Hvis man kender kvindens begrundelse for at få abort, kan man bedre hjælpe de kvinder, der måske egentlig gerne ville gennemføre svangerskabet, men ikke synes, de kan overkomme det. Får man kendskab til abortens virkninger for kvinden og hendes familie, kan man også bedre vurdere, hvordan loven om fri abort virker i praksis.

Undersøgelsen vil også belyse, om kvinderne er tilfredse med den vejledning og behandling, de får i forbindelse med aborten. Undersøgelsen kan derfor medvirke til, at vejledningen og behandlingen bliver bedre i fremtiden.

Ca. ... kvinder vil deltage i undersøgelsen. Det er helt frivilligt, om De vil være med, og hvis De siger nej, har det naturligvis ingen indflydelse på Deres ret til abort.

Hvis De vil deltage, vil De om ca. 3 måneder blive kontaktet af en medarbejder fra socialforskningsinstituttet, som står for undersøgelsen. De kan selv bestemme, om De vil kontaktes pr. brev, telefon eller på anden måde. Medarbejderen vil så aftale tid med Dem til et interview. De afgør selv, om interviewet skal ske om dagen eller om aftenen, og om det skal ske hjemme hos Dem selv eller et andet sted.

Interviewet vil tage 1-1½ time. De vil også blive spurgt om nogle personlige forhold, som f.eks. Deres begrundelse for at få abort, Deres helbred, økonomi og arbejdsforhold. Man vil også spørge Dem, om De bruger svangerskabsforebyggende midler, og om De har følt Dem lettet over at have fået abort.

Den person, der interviewer Dem, kommer fra socialforskningsinstituttet, som er en statsinstitution. Deres oplysninger vil naturligvis blive behandlet fortroligt, og hverken Deres navn, adresse, fødselsdato eller personnummer vil stå på spørgeskemaet. Med-

arbejderne i socialforskningsinstituttet har tavshedspligt. De er derfor sikker på, at der ikke kan blive videregivet oplysninger, der kan føres tilbage til Dem.

Undersøgelsen vil som sagt vise virkningen af aborten nogle måneder efter. Men det er lige så vigtigt at kende de langsigtede virkninger.

Om ca. 2 år vil en medarbejder fra socialforskningsinstituttet derfor henvende sig til Dem igen for at spørge om udviklingen i de 2 år, der da er gået. Også ved den undersøgelse er det selvfølgelig helt frivilligt, om De vil deltage.

Hvis De nu siger ja til at deltage, men senere fortryder det, kan De enten selv eller få Deres læge til at ringe eller skrive til:

(Navn på vedkommende forskningsmedarbejder, kontoradresse, telefonnummer og træffetid)

og fortælle, at De ikke længere vil være med, og så vil man ikke henvende sig til Dem.

Der er sikkert flere end ... kvinder, der gerne vil deltage. Det bliver derfor nødvendigt at lave en udvælgelse. Den vil ske sådan, at undersøgelsen ikke får slagside. For at kunne foretage udvælgelsen er det derfor nødvendigt, at De giver Deres læge nogle få oplysninger om Dem selv. Lægen sender så oplysningerne til socialforskningsinstituttet, der udvælger de kvinder, der kan deltage.

ARBEJDSGRUPPEN VEDRØRENDE
FRI ABORT

Den 2. maj 1977.

Socialforskningsinstituttet.

I marts 1976 nedsatte justitsministeriet en arbejdsgruppe med den opgave at overveje, om der bør foretages en statistisk interview-undersøgelse, der kan "belyse kvindernes motiver til en foretagen abort samt de familiemæssige, psykiske og fysiske virkninger af aborten. Disse spørgsmål skal sættes i relation til kvindens alder, sociale status og familiemæssige forhold.

Arbejdsgruppen skal til brug for de videre overvejelser anmode socialforskningsinstituttet om at udarbejde et økonomisk overslag over de omkostninger, der må antages at være forbundet med en undersøgelse foretaget efter de retningslinier, som er nævnt i vedlagte notat af 24. marts 1977.^{X)}

Overslaget bedes omfatte omkostningerne ved forberedelse, gennemførelse og bearbejdelse af undersøgelsen, herunder konsulentbistand m.v., klargøring af materialet og trykning. Generalomkostninger, som f.eks. husleje, edb-behandling m.v., bedes indkalkuleret i overslaget. Overslaget bedes så vidt muligt udarbejdet i aktuelle priser. ...

Arbejdsgruppen vil endvidere sætte pris på at få oplyst, hvor lang tid der omtrentligt må forventes at ville gå til gennemførelse af de undersøgelser, der er nævnt under pkt. I, II og III i notatet. Man skal derfor anmode om at få oplyst:

- 1) hvorlænge skønnes forberedelserne af undersøgelserne at vare,
- 2) hvor lang tid må man antage, at interview-fasen vil vare, og
- 3) hvor lang tid påregnes bearbejdelsen af materialet at tage.

P.A.V.

Melchior

[/] Notatet er udeladt her.

SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTET

Den 17. juni 1977.

Arbejdsgruppen vedrørende
fri abort.

Vedrørende økonomiske overslag over undersøgelsen.

Socialforskningsinstituttet skal herved som udbedt i skrivelse af 2. maj 1977 fra arbejdsgruppen vedrørende fri abort fremsende de ønskede økonomiske overslag over de 7 (I-VII) forslag til undersøgelser.

De syv overslag er beregnet ud fra gældende priser og lønninger pr. 1. april 1977. Overslagene, som vedlægges som bilag 'beløber sig til:

	kr.
I. Landsdækkende interviewundersøgelse, omfattende ca. 2.000 kvinder	1.633.204
II. Landsdækkende postskemaundersøgelse, omfattende ca. 2.000 kvinder	1.407.808
III. Intensiv interviewundersøgelse, omfattende ca. 300 kvinder	812.880
IV. Efterundersøgelse ved interviewere af I eller II (ekskl. rapportering)	302.348
V. Efterundersøgelse med postspørgeskema af I eller II (ekskl. rapportering)	129.104
VI. Efterundersøgelse med intensiv interviewing af III (ekskl. rapportering)	69.729
VII. Efterundersøgelse med postspørgeskema af III (ekskl. rapportering)	39.660

x) Bilagene er udeladt her.

Udvalget har specielt ønsket at få oplyst hvilken forberedelsestid instituttet anser for nødvendig for projekterne I, II og III. Det kan meddeles, at det skønnes at 6 måneder vil være passende.

Indsamlingsperioden for I kan fastsættes til 3-5 uger, for II til 10-12 uger og for III til ca. $\frac{1}{2}$ år.

For us. I og II vil kodning, hulning og endelig klargøring af materialet udgøre 5-6 måneder. Sammenfattende skønnes tidsplanerne for indsamling, klargøring af materiale og rapportering for us. I, II og III at (maksimalt) udgøre som Emgivet nedenfor:

	I.	II.	III.
Forberedelse	26 uger	26 uger	26 uger
Dataindsamling	5 "	12 "	26 "
Klargøring (kodning, hulning m.v.)	24 "	24 "	-
I alt	55 uger	60 uger	52 uger
rapportering (analyse)	100 "	100 "	52 "
Tidsforbrug i alt	155 uger	160 uger	104 uger

Det bemærkes, at omkostningerne ved trykning af eventuelle rapporter og publikationer om undersøgelsen ikke er medtaget i overslagene.

P.D.V.

Søren Rishøj Pedersen

STATISTISKE EFTERRETNINGER

Udgivet af

DANMARKS STATISTIK

10. AUGUST 1976 68. ÅRGANG

Legale aborter 1975

Danmarks Statistik påbegynder hermed offentliggørelse af en løbende statistik over legale aborter. Den foreliggende artikel indeholder endelige tal for hele året 1975, med opdeling efter kvindens alder, bopæl og civilstand. Ud over en sådan årlig artikel vil der kvartalsvis i Statistiske Efterretningers B-serie blive bragt foreløbige tal, med inddeling efter kvindens alder og bopælsamt.

Endvidere kan der henvises til, at Sundhedsstyrelsen offentliggør en årlig publikation med titlen: Statistik om legale aborter. Heri findes foruden demografisk statistik en detaljeret statistik over de medicinske aspekter.

Lovgivningen og grundlaget for statistikken

Den foreliggende abortstatistik omfatter *fremkaldte, legale aborter* (*abortus provocatus legalis*), foretaget på kvinder med fast bopæl i Danmark.

Et legalt abortindgreb vil sige et indgreb, der foretages i henhold til lov om svangerskabsafbrydelse. Da antallet og fordelingen af legale aborter er stærkt påvirket af lovgivningen, skal hovedlinierne i de to seneste love kort resumeres. Det drejer sig dels om loven fra 1970, der gav en udvidet adgang til abortindgreb, og dels om loven fra 1973, som medførte fri adgang til abort for alle kvinder.

I loven af 1970 bestemtes det, at kvinder, der var fyldt 38 år, kunne få svangerskabet afbrudt uden særlig tilladelse inden udløbet af 12. svangerskabsuge. Det samme gjaldt alle kvinder med 4 eller flere hjemmeboende børn på under 18 år. Hertil kom en række tilfælde, hvor der ud fra bl.a. helbredsæssige, sociale og økonomiske forhold kunne gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse.

**Tabel 1. Antal legale aborter pr kvartal i perioden 1972—1975.
Hele landet**

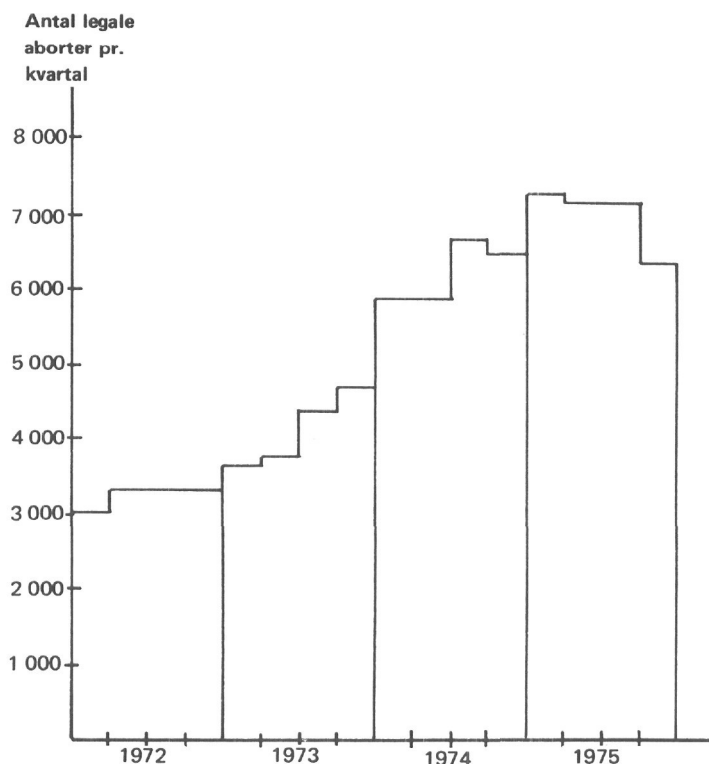
	Antal legale aborter			
	1972	1973	1974	1975
Januar kvartal	3 025	3 652	5 862	7 233
April kvartal	3 316	3 752	5 864	7 131
Juli kvartal	3 327	4 427	6 680	7 162
Oktober kvartal	3 317	4 705	6 462	6 358
Hele året	12 985	16 536	24 868	27 884

Ved loven i 1973 (lov nr. 350 af 13. juni 1973), som trådte i kraft 1. oktober 1973, bestemtes det, at enhver kvinde med fast bopæl her i landet har ret til at få svangerskabet afbrudt inden udløbet af 12. svangerskabsuge.

Denne lovændring om fri adgang til abort for alle kvinder må tages i betragtning, når man vurderer den stærke vækst i antallet af registrerede, legale abortindgreb fra 1973 til 1974, jf. tabel 1 og figur 1.

Grundlaget for statistikken består i anmeldelser fra sygehusene til Sundhedsstyrelsen. Ethvert abortindgreb skal foretages på et sygehus, og sygehuset skal i hvert tilfælde foretage en anmeldelse. Behandlingen af dette primajrmateriale foretages af Sundhedsstyrelsen, og den foreliggende statistik er udarbejdet i fællesskab af Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik.

Figur 1. Antal legale aborter pr. kvartal 1972-1975. Hele landet



Begreber og definitioner

Legal abort: Et abortindgreb, der foretages i henhold til lov om svangerskabsafbrydelse (senest af 13. juni 1973).

Aldersbetingede abortkvotienter: Antal legale aborter pr. år foretaget på kvinder i en given aldersklasse pr. 1 000 kvinder (middelfolketallet) i den pågældende aldersklasse.

Generel abortkvotient: Antal legale aborter pr. 1 000 kvinder i de frugtbare aldersklasser, dvs. 15—49 år (middelfolketal).

Samlet abortkvotient: Angiver det antal legale aborter, som vil blive foretaget på 1 000 kvinder i løbet af de frugtbare aldre 15—49 år, hvis

1. ingen af de 1 000 kvinder døde før det fyldte 50. år, og
2. der i hver aldersklasse blev foretaget netop det antal legale aborter, som angivet ved årets aldersbetingede abortkvotienter.

Den samlede abortkvotient er lig med summen af de aldersbetingede abortkvotienter pr. et-års aldersklasser. Kvotienten er sale-

des ikke påvirket af ændringer i fordelingen af antal kvinder på de enkelte aldersklasser mellem 15—49 år. Det gælder derimod den generelle abortkvotient, der er påvirket af det relative antal kvinder i de forskellige aldersklasser på grund af forskelle i de aldersbetingede abortkvotienter.

Middelfolketal: Det gennemsnitlige antal personer inden for en nærmere afgrænset gruppe (fx gifte kvinder i alderen 20—24 år), som har været til stede i befolkningen i en bestemt tidsperiode. Denne størrelse er beregnet som gennemsnittet af antallet af personer i begyndelsen og slutningen af tidsperioden

Beregninger og resultater

Det samlede antal legale aborter i 1975 var på 27 884. Sat i forhold til det foreløbige tal for antal levendefødte i 1975 på 72 090 vil det sige, at der var knap 39 legale aborter pr. 100 levendefødte. De tilsvarende tal i 1973 og 1974 var henholdsvis 23 og 35 legale aborter pr. 100 levendefødte.

Endvidere har man for perioden omfattende 1974 og 1975 under ét undersøgt, hvor mange kvinder, der har fået foretaget mere end 1 legalt abortindgreb i denne to-års periode, der ligger efter den nye lovs ikrafttræden. Det viste sig, at der var 2 477 kvinder, som fik foretaget 2 legale abortindgreb, og 97 kvinder, der fik foretaget 3 legale abortindgreb i løbet af perioden 1974—1975. Det svarer til, at omkring 5 pct. af samtlige kvinder, der fik foretaget legale abortindgreb, fik foretaget mere end 1 indgreb.

Tabel 1 og figur 1 omfatter det samlede antal legale aborter i hvert af kvartalerne i perioden 1972-1975. Antallet i året 1974 ligger 50 pct. over antallet i 1973.

I *tabel 2* er ligeledes vist udviklingen over en længere periode, her med en opdeling på aldersklasser. Før oktober kvartal 1973 findes der ikke nogen kvartalsstatistik med aldersopdeling. Næderst i tabellen er vist den procentvise stigning fra 1974 til 1975. Den samlede stigning er på 12,1 pct., og inden for de enkelte aldersklasser findes den største stigning blandt 19-årige og derunder på 25,7 pct.

Tabel 3 viser antal legale aborter i 1975 inden for hver amtskommune og København og Frederiksberg kommuner fordelt efter kvindens alder. Desuden vises den generelle abortkvotient inden for de enkelte områder. København og Frederiksberg ligger højest med 33,8 og Ringkøbing amtskommune lavest med 17,1 legale aborter pr. 1 000 kvinder i alderen 15—49 år. For hele landet er tallet 23,7.

Tabel 2. Antal legale aborter i perioden 1971/72 til 1975 fordelt efter kvindens alder. Hele landet

	Kvindens alder						I alt
	19-år og derunder	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45 år og derover
1971/72 ¹	1 633	1 959	2 369	4 197	1 237	11 522	
1972/73 ¹	2 078	2 475	3 014	4 672	1 318	13 666	
Oktober kvartal 1973	675	892	1 147	942	715	22	4 705
Januar kvartal 1974	845	1 224	1 388	1 164	820	34	5 862
April kvartal 1974	822	1 175	1 462	1 165	845	32	5 864
Juli kvartal 1974	1 025	1 387	1 584	1 338	880	45	6 680
Oktober kvartal 1974	891	1 365	1 657	1 314	818	34	6 462
Året 1974	3 583	5 151	6 091	4 981	3 363	1 554	24 868
Januar kvartal 1975	1 098	1 659	1 760	1 405	916	25	7 233
April kvartal 1975	1 126	1 499	1 705	1 395	939	40	7 131
Juli kvartal 1975	1 223	1 464	1 594	1 462	944	38	7 162
Oktober kvartal 1975	1 058	1 323	1 393	1 368	819	34	6 358
Året 1975	4 505	5 945	6 452	5 630	3 618	1 597	27 884
							pct.
Procentvis stigning fra 1974 til 1975	25,7	15,4	5,9	13,0	7,6	2,8	- 5,5
							12,1

¹ 1. april til 31. marts.

Tabel 4. De aldersbetingede abortkvotienter fordelt efter kvindens bopæl. 1975

Bopæl	Kvindens alder							Samlet abortkvotient	Indeks (Hele landet = 100)
	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år		
København og Frederiksberg ...	42,7	48,6	45,4	40,6	27,9	9,7	0,6	1 077,5	137
Københavns amtskommune ...	29,5	38,7	35,0	32,4	25,0	12,0	1,1	868,5	111
Frederiksborg amtskommune ..	25,9	40,7	32,0	32,7	27,3	13,2	1,4	866,0	110
Roskilde amtskommune	23,8	29,8	33,8	30,8	22,0	13,5	1,6	776,5	99
Vestsjællands amtskommune ...	23,9	28,1	33,9	30,7	23,0	10,3	0,7	753,0	96
Storstrøms amtskommune	19,3	24,9	31,2	28,7	20,5	10,3	0,7	678,0	86
Bornholms amtskommune	22,7	23,8	26,0	26,2	23,3	10,5	0,8	666,5	85
Fyns amtskommune	21,7	26,2	24,9	27,3	21,0	10,6	0,6	661,5	84
Sønderjyllands amtskommune ..	17,8	25,4	23,8	23,6	22,9	12,4	1,3	636,0	81
Ribe amtskommune	21,2	24,6	22,8	26,9	24,6	13,0	1,4	672,5	86
Vejle amtskommune	21,8	26,1	25,4	25,4	22,4	10,7	1,1	664,5	85
Ringkøbing amtskommune	16,9	21,3	23,9	22,6	21,4	7,3	0,4	569,0	72
Århus amtskommune	28,2	33,7	34,3	34,9	28,8	13,1	0,9	869,5	111
Viborg amtskommune	19,1	21,0	24,0	26,5	19,0	12,6	0,8	615,0	78
Nordjyllands amtskommune ...	20,1	23,0	26,5	28,4	23,4	11,9	1,4	673,5	86
Hele landet	25,0	32,5	32,0	30,8	24,3	11,5	1,0	785,5	100

Tabel 5. Antal legale aborter og samlet abortkvotient inden for Kommunegrupper i hver amtskommune samt i hele landet. 1975

Kommunegruppe	Antal aborter	Samlet abort-kvotient	Indeks (hele landet = 100)	Kommunegruppe	Antal aborter	Samlet abort-kvotient	Indeks (hele landet = 100)
København og Frederiksberg	4 615	1 077,5	137	Ribe amtskommune			
				Bykommuner	521	738,0	94
				Andre kommuner	428	604,0	77
Københavns amtskommune				Vejle amtskommune			
Amagerkommuner ¹	342	858,0	109	Bykommuner	1 016	704,0	90
Nordkommuner ²	1 465	871,5	111	Andre kommuner	432	581,0	74
Vestkommuner ³	2 407	869,5	111				
Frederiksborg amtskommune				Ringkøbing amtskommune			
Bykommuner	966	905,5	115	Bykommuner	535	641,0	82
Andre kommuner	1 057	832,0	106	Andre kommuner	474	505,5	64
Roskilde amtskommune				Århus amtskommune			
Bykommuner	868	920,0	117	Århus kommune	1 870	940,5	120
Andre kommuner	282	519,5	66	Bykommuner i øvrigt	1 028	987,0	126
Vestsjællands amtskommune				Andre kommuner	713	638,5	81
Bykommuner	765	847,5	108				
Andre kommuner	590	656,5	84	Viborg amtskommune			
Storstrøms amtskommune				Bykommuner	455	701,5	89
Bykommuner	558	770,5	98	Andre kommuner	435	544,5	69
Andre kommuner	544	599,5	76	Nordjyllands amtskommune			
Bornholms amtskommune				Ålborg kommune	816	726,5	92
	195	666,5	85	Bykommuner i øvrigt	510	711,5	91
				Andre kommuner	797	600,0	76
Fyns amtskommune				Løgstykke kommune	171	•	•
Odense kommune	839	678,0	86				
Bykommuner i øvrigt	348	715,5	91	Hele landet	27 884	785,5	100
Andre kommuner	802	623,0	79	Herunder:			
Sønderjyllands amtskommune				Hovedstadsområdet⁴	9 122	973,0	124
Bykommuner	399	706,5	90	Bykommuner i øvrigt	11 324	796,5	101
Andre kommuner	641	597,5	76	Andre kommuner	7 267	610,5	78

Anm. Ved bykommuner forstås de kommuner, hvor største by ved folketællingen 9. november 1970 havde 10 000 indbyggere og derover. Andre kommuner er de kommuner, hvor største by var på under 10 000 indbyggere.

¹ Dragør og Tårnby kommuner. ² Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Tårnby, Søllerød og Værløse kommuner. ³ Resten af Københavns amtskommune. ⁴ Ved Hovedstadsområdet forstås København, Frederiksberg samt 19 omegnskommuner.

Tabel 6. Antal legale aborter fordelt efter kvindens ægteskabelige stilling og alder. 1975

Ægteskabelig stilling	Kvindens alder							I alt
	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	
Ugift	4 265	3 549	1 313	472	143	39	2	9 783
Gift ¹	151	1 799	4 114	4 172	2 817	1 305	117	14 475
Tidligere gift ²	3	203	616	618	394	146	9	1 989
Uoplyst	86	394	409	368	264	107	9	1 637
I alt	4 505	5 945	6 452	5 630	3 618	1 597	137	27 884

¹ Inklusive separerede. ² Fraskilte og enker.

Tabel 7. Aldersbetingede abortkvotienter efter kvindens ægteskabelige stilling. 1975

Ægteskabelig stilling	Kvindens alder							Generel abort-kvotient
	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	
Ugift	24,2	31,9	34,2	31,4	16,6	5,1	0,2	26,8
Gift ¹	40,0	26,2	27,1	27,3	22,2	11,1	1,0	19,6
Tidligere gift ²	85,7 ³	69,9	52,3	42,5	30,5	10,6	0,5	27,4
I alt	25,0	32,5	32,0	30,8	24,3	11,5	1,0	23,7

Anm. Beregningen af kvotienterne er alene baseret på det antal aborter, hvor kvindens ægteskabelige stilling er oplyst. Derimod er antallet af uoplyste medtaget i den samlede kvotient inden for de enkelte aldersklasser.

¹ Inklusive separerede. ² Fraskilte og enker. ³ Kvotientberegningen er baseret på et middelfolketal på 35 kvinder som nævner.

I *tabel 4* er der lavet en beregning af de aldersbetingede abortkvotienter inden for hver amtskommune samt for hele landet. På basis heraf er den samlede abortkvotient beregnet. For hele landet er den 785,5 — svarende til at der for hver kvinde ville blive foretaget knap 0,8 abortindgreb i løbet af de frugtbare aldre. For at belyse forskellene i niveauet mellem amtskommunerne er beregnet et indeks med den samlede abortkvotient for hele landet (785,5) sat lig med 100. Man ser, at København og Frederiksberg kommuner samt Københavns, Frederiksborg og Århus amtskommuner ligger væsentligt over gennemsnittet for hele landet, mens Ringkøbing og Viborg amtskommuner ligger lavest og væsentligt under gennemsnittet. Disse forskelle kunne tyde på en sammenhæng mellem hyppigheden af abortindgreb og graden af bymæssighed.

For nærmere at belyse dette er kvindernes bopælskommuner placeret i kommunegrupper efter bymæssighed inden for hver amtskommune samt inden for landet som helhed, jf. *tabel 5*. I tabellen ses en markant forskel mellem hovedstadsområdet, bykommuner i øvrigt og andre kommuner inden for hele landet med hensyn til den samlede abortkvotient. Indekset for den samlede abortkvotient er henholdsvis 124, 101 og 78. Inden for alle amtskommuner genfindes forskellen mellem bykommuner og andre kommuner, men samtidig kan der observeres forskelle i niveauet for bykommuner, henholdsvis andre kommuner, de enkelte amtskommuner imellem.

Endelig vises i *tabel 6 og 7* en opdeling af kvinderne efter deres ægteskabelige stilling (formelle civilstand). Dels gives de absolutte antal legale aborter, dels de aldersbetingede abortkvotienter inden for civilstandsgrupper. Det ses, at gifte kvinder har en betydeligt lavere generel abortkvotient end ugifte og tidligere gifte kvinder.

Eventuelle henvendelser:

Per Vejrup Hansen.

Tlf. (01) 29 82 22, lokal 2090.