

# BETÆNKNING

ANGÅENDE

# ÆNDRING AF SVANGERSKABS- LOVGIVNINGEN M. V.

AFGIVET AF DEN AF JUSTITSMINISTERIET  
DEN 9. JANUAR 1950 NEDSATTE  
KOMMISSION



BETÆNKNING NR. 96

---

1954



## INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
Kommissionen .....	5-6
I. Oversigt over hovedpunkterne i betænkningen .....	7-8
II. Gældende dansk ret og retspraksis .....	9-11
III. Udlandet .....	12-18
	Side
A. Sverige .....	12-13
B. Norge .....	13-14
C. Finland .....	14
D. Island .....	15
E. U.S.S.R. ....	15-16
F. Tyskland .....	16-17
G. Schweiz .....	17
H. Frankrig .....	17
I. Holland .....	17
J. England .....	17
K. Italien .....	17
L. Jugoslavien .....	17
M. Spanien .....	18
N. U.S.A. ....	18
IV. Svangerskabsafbrydelserne i Danmark under den gældende lovgivning .....	19-34
A. De lovlige svangerskabsafbrydelser .....	19-26
B. De ulovlige svangerskabsafbrydelser .....	26-28
C. Indikationsstillingen .....	29-30
D. Baggrund og motiver for kvindernes ønske om svangerskabsafbrydelse .....	30-33
E. Årsagerne til stigningen i antallet af svangerskabsafbrydelser .....	33-34
V. Bistand i anledning af svangerskab .....	35-43
A. Hjelpeforanstaltninger vedrørende helbredsmæssige problemer .....	35-37
B. Hjælp i anledning af personlige problemer .....	37-38
C. Økonomisk bistand .....	38-43
VI. Vejledning af befolkningen om svangerskabsforebyggende metoder .....	44-48
VII. Fremgangsmåden ved meddelelse af tilladelse til og gennemførelse af svangerskabsafbrydelser .....	49-59
A. Hvilken myndighed bør stille indikation for svangerskabsafbrydelse? .....	49-53
B. Indgrebets gennemførelse .....	53-55
C. Ændring af fristen for indgrebets gennemførelse .....	55-56
D. Sterilisation i forbindelse med svangerskabsafbrydelse .....	56-59
VIII. Indikationerne for svangerskabsafbrydelse (flertallets indstilling) .....	60-63
IX. Svangerskabslovens straffebestemmelser .....	64-66
X. Forslag til ændringer i svangerskabsloven .....	67-76

	Side
XI. Forslag til ændringer i mødrehjælpsloven . . . . .	77-89
	Side
A. Almindelige bemærkninger . . . . .	77-78
B. Lovforslag . . . . .	79-87
C. Specielle motiver til lovforslaget . . . . .	87-89
XII. Mindretalsforslag (Alice Bruun, Lissie Elsass Fridericia, Hj. Helweg og Helyett Simonsen) .	90-92
XIII. Mindretalsforslag (Jobs. Fabricius-Møller) . . . . .	93-97
XIV. Mindretalsforslag (Erik Rydberg) . . . . .	98-126
Indledning og motivering . . . . .	98-99
Nogle træk fra historien. Den moderne åndelige baggrund for abortproblemet	99-104
Den nugældende lov . . . . .	104-106
Om afgrænsning af indikationer for legal svangerskabsafbrydelse . . . . .	106-107
Om frekvensen af aborter på medicinsk indikation . . . . .	107-108
Udviklingen i Danmark siden 1940. Forholdene i Sverige og i Schweiz . . . . .	108-109
Indikationerne i Danmark efter svangerskabslovens antagelse . . . . .	109-111
Er den nuværende praksis i overensstemmelse med loven? . . . . .	111-112
Er abortprovokationerne, som de nu praktiseres, i kvindernes interesse? . . . . .	113-115
De samfundsmæssige virkninger af de legale abortprovokationer . . . . .	115-117
De opererende lægers indstilling til de legale aborter i praksis . . . . .	117-118
Resumé af det foregående . . . . .	118
Om forudsætningerne for og hensigterne med lovgivning om svangerskabsafbrydelse. Hvilke indikationer er forenelige med princippet om, at samfundet skal yde fosteret retsbeskyttelse? . . . . .	118-121
Eget forslag til lovgivning . . . . .	121-123
Speciel motivering og diskussion . . . . .	123-124
Alternativt forslag . . . . .	124-126
XV. Bemærkninger til mindretalsforslagene . . . . .	127
<i>Bilag:</i>	
1. Oversigt over praksis med hensyn til tiltalerejsning i sager angående ulovlig svangerskabsafbrydelse . . . . .	131-133
2. Oversigt over domspraksis (strafudmåling) i sager angående ulovlig svangerskabsafbrydelse .	134-135
3. Redegørelse vedrørende mødrehjælpsens rekreativshjem for gravide kvinder „Nebbegaard“, Hørsholm . . . . .	136-140
4. Redegørelse for mødrehjælpsens familierådgivning . . . . .	141-147
5. Redegørelse fra mødrehjælpen i København angående rådighedsbeløbet efter mødrehjælpslovens § 1, stk. 4 . . . . .	148-150
6. Uddrag af læge Henrik Hoffmeyers redegørelse for en undersøgelse blandt patienter hos mødrehjælpen i København angående disses kendskab til svangerskabsforebyggende metoder	151
7. Redegørelse fra Danske Kvindelige Lægers Klubs vejledningsarbejde i svangerskabsforebyggelse	152-154
8. Rapport, afgivet til Københavns magistrats 2. afdeling, vedrørende arbejdet i Kvindelige Lægers Klubs konsultationer fra 1. september 1948 til 28. februar 1949 . . . . .	155-158
9. Læge J. H. Leunbachs redegørelse for erfaringer angående forebyggelse mod svangerskab . . .	159-162
10. Oplysninger om virksomheden ved seksualklinikken i Århus indtil marts 1951 . . . . .	163-165
11. Supplerende oplysninger om virksomheden ved seksualklinikken i Århus . . . . .	166-170
12. Forslag til oprettelse af mødrehjælpsinstitutioner . . . . .	171
13. Skrivelse fra Sygehusforeningen i Danmark . . . . .	172
14. Redegørelse for mødrehjælpsens erfaringer vedrørende den gældende 3-måneders frist for svangerskabsafbrydelse . . . . .	173-174
15. Redegørelse fra reservekirurg, dr. med. V. Oram for risikoen ved legal svangerskabsafbrydelse	175-180
16. Henvendelse fra Kvindeligt Arbejderforbund i Danmark . . . . .	181-182
17. Henvendelse fra forskellige katolske organisationer . . . . .	183-184
18. Oversigt over mødrehjælpsinstitutionernes regnskab for 1951-52 . . . . .	185

## Indledning.

Ved skrivelse af 9. januar 1950 nedsatte justitsministeriet en kommission med den opgave at undersøge, på hvilke punkter den gældende svangerskabslovgivning under hensyn til det sidste 10-års udvikling og de herunder indvundne erfaringer formenes at burde ændres, herunder at søge fastslået, hvilke opgaver og hvilke midler der bør tillægges mødrehjælpsinstitutionen, og hvorledes samarbejdet mellem denne institution og de offentlige myndigheder og lægerne bør foregå. Det blev endvidere overdraget kommissionen at undersøge, om og da hvorledes staten bør støtte eller organisere et lægeligt oplysningsarbejde med det formål at hindre, at svangerskab indtræder mod kvindens vilje, samt endelig at undersøge værdien af de såkaldte seksualklinikker og spørgsmålet om disses virkemåde.

Til medlemmer af kommissionen beskikkes:

Daværende formand for landstinget, fhv. minister *K. K. Steincke*, kommissionens formand,

daværende overlæge, professor, dr. med. *Hjalmar Helweg*,

chef for sundhedsstyrelsen, medicinaldirektør, dr. med. *Johannes Frandsen*,

overaccouchør ved Rigshospitalet, professor, dr. med. *Erik Rydberg*,

prosektor, professor, dr. med. *Willy Munck*, Aarhus,

overkirurg ved Aarhus amtssygehus, dr. med. *Johannes Fabricius-Møller*,

daværende formand for Den almindelige danske Lægeforening, overlæge ved Bispebjerg hospital, dr. med. *Carl Clemmesen*,

daværende kontorchef i arbejds- og socialministeriet, nu direktør for sygekassevæsenet, *Alice Bruun*,

formand for mødrehjælpsinstitutionen i København, overlæge *E. Juel Henning-sen*,

direktør for mødrehjælpsinstitutionen i København, cand. jur. *Vera Skalts*,

medlem af folketinget, landsretssagfører *Edel Saunte*,

daværende medlem af folketinget, læge *Kirstine Ladefoged Jensen*,

daværende medlem af landstinget, statsrevisor *Lisbet Hindsgaul*,

medlem af folketinget, kontorchef, cand. polit. *Kirsten Gloerfelt-Tarp*,

medlem af Dansk Kvindesamfunds familiepolitiske udvalg *Lissie Elsass Fridericia*, og

formand for fagbevægelsens kvindesekretariat *Helyett Simonsen*.

Efter at landstingsformand *Steincke* i 1950 på grund af sin udnævnelse til justitsminister var fratrådt som formand for og som medlem af kommissionen, blev landsretssagfører *Edel Saunte* beskikket som formand for kommissionen, og samtidig blev medlem af folketinget, kommunelærer *Kaj Andresen* beskikket til medlem af kommissionen.

I sommeren 1951 fratrådte landstingsmedlem *Lisbet Hindsgaul* efter anmodning som medlem af kommissionen, og i hendes sted beskikkedes medlem af folketinget, landsretssagfører *Erna Sørensen*.

Som kommissionens sekretær har kontorchef i justitsministeriet *H. Schaumburg-Christensen* fungeret.

I et møde den 20. april 1950 nedsatte kommissionen følgende underudvalg:

I. *Underudvalg angående seksualoplysning:*

Lissie Elsass Fridericia (udvalgets formand),  
E. Juel Henningsen  
Lisbet Hindsgaul (senere Erna Sørensen),  
Kirstine Ladefoged Jensen og  
Helyett Simonsen.

II. *Underudvalg angående ændring af 3-måneders fristen i svangerskabslovens § 1, stk. 2, og ændring af lovgivningen om sterilisation i forbindelse med svangerskabsafbrydelse:*

Johannes Fabricius-Møller (udvalgets formand),  
Kirstine Ladefoged Jensen,  
Willy Munck og  
Vera Skalts.

Udvalget blev under arbejdet tiltrådt af Hjalmar Helweg.

III. *Underudvalg angående fremgangsmåden ved tilladelse til og gennemførelse af svangerskabsafbrydelse.*

Edel Saunte (udvalgets formand),  
Carl Clemmesen,  
Johannes Fabricius-Møller,  
Hjalmar Helweg,  
E. Juel Henningsen og  
Vera Skalts.

IV. *Underudvalg angående udbygning af mødrehjælpens virksomhed og anden økonomisk og social bistand:*

Alice Bruun (udvalgets formand),  
Vera Skalts,  
Kaj Andresen,  
Carl Clemmesen,  
Lissie Elsass Fridericia,  
Kirsten Gloerfelt-Tarp og  
Lisbet Hindsgaul (senere Erna Sørensen).

Underudvalgene har udarbejdet beretninger hver for sit område, og disse beretninger har dannet grundlag for kommissionens betænkning om de nævnte spørgsmål.

Kommissionen har ført forhandlinger med den i Sverige nedsatte „1950 års abortutredning“ og med repræsentanter for den norske straffelovskomiteé, der for tiden beskæftiger sig med gennemførelse i Norge af en lovgivning om svangerskabsafbrydelse.

Kommissionen har endvidere om forskellige spørgsmål ført forhandlinger med Den almindelige danske Lægeforening, Sygehusforeningen i Danmark og repræsentanter for den af danske kirkelige institutioner oprettede organisation „Hjælp Hjemmet“ (Den danske Menigheds arbejde for Barn og Hjem) og modtaget en række skriftlige henvendelser, hvoraf nogle er trykt som bilag.

Som resultat af kommissionens arbejde foreligger denne betænkning.

*København i marts 1954.*

Kaj Andresen.	A. Bruun.	C. Clemmesen.	J. Fabricius-Møller.	Johs. Frandsen.
L. Elsass Fridericia.	Kirsten Gloerfelt-Tarp.	H. Helweg.	E. Juel Henningsen.	
Kirstine Ladefoged Jensen.	W. Munck.	E. Rydberg.	E. Saunte, (formand).	Helyett Simonsen.
	Vera Skalts.	Erna Sørensen.		

*H. Schaumburg-Christensen.*

## Oversigt over hovedpunkterne i betænkningen.

I afsnit II redegøres for gældende dansk lov og for strafferetlig praksis vedrørende svangerskabsafbrydelse, hvorefter der i afsnit III gives oplysninger om forholdene i forskellige andre lande. I afsnit IV følger en redegørelse for udviklingen vedrørende svangerskabsafbrydelser her i landet siden lovens ikrafttræden, såvel legale som formodede illegale, og over motiver og baggrund for ønsket om svangerskabsafbrydelse for de kvinder, der gennem de senere år har søgt mødrehjælpen. Angående udviklingen før den gældende svangerskabslov og mere almene filosofiske og teoretiske betragtninger vedrørende svangerskabsafbrydelsesproblemet skal man henvise til den af den tidligere svangerskabskommission af 1932 udarbejdede betænkning, hvori begge disse spørgsmål er taget op til udførlig overvejelse, idet man er af den opfattelse, at disse overvejelser stadig har gyldighed og ikke for tiden kræver fornyet behandling.

Kommissionen har overvejet, hvad der kan være årsagerne til det betydelige antal *legale* svangerskabsafbrydelser, jfr. afsnit IV. Kommissionen har bortset fra et mindretal (professor Rydbergs mindretalsbetænkning side 124) anset det for en fordel, at en del illegale svangerskabsafbrydelser efter loven er konverteret til legale med den deraf følgende beskyttelse for kvinderne, psykisk, lægeligt og økonomisk. Der er dog enighed om, at det ville være ønskeligt, om antallet af legale aborter kunne nedbringes, og de forslag, kommissionen fremkommer med i det følgende, har blandt andet dette til formål.

Et endnu større problem frembyder imidlertid det betydelige antal *illegale* aborter.

Det understregedes stærkt såvel i den tidligere kommission som under forhandlingerne på Rigsdagen om den gældende lov, at straf eller forbud alene ikke er noget

egnet middel til at begrænse de illegale aborter, men at det er nødvendigt at sætte ind med et betydeligt socialt hjælpearbejde, herunder en stærk udvidelse af mødrehjælpens arbejde.

Det skal fremhæves, at der i de forløbne år kun er sket en begyndelse på opfyldelsen af disse løfter, og at det sociale hjælpearbejde i en årrække på det nærmeste udeblev. Der blev ganske vist oprettet mødrehjælpsinstitutioner, men disse institutioner fik kun få hjælpemidler. Først i de senere år er der sket en større udbygning af mødrehjælpsinstitutionerne med rekreationshjem, personlig rådgivning og flere pengemidler, men det er stadig kun i begrænset omfang, mødrehjælpen virkelig kan sætte ind. Mere almene hjælpeforanstaltninger, såsom moderskabsydelse, almindeligt børnetilskud og beskyttelse for gravide kvinder, er også kun gennemført i meget begrænset omfang.

Kommissionen føler sig overbevist om, at en svangerskabslovgivning, som ikke ledsages af betydelige sociale hjælpeforanstaltninger, ikke vil kunne nedbringe aborternes antal. Oplysningerne i afsnit IV om baggrund og motiver for kvindernes ønske om svangerskabsafbrydelse viser klart dette. Kommissionen har derfor set det som en af sine hovedopgaver at sætte ind på dette område. Kommissionens indstilling herom indeholdes i afsnit V.

Den tidligere svangerskabskommission fremsatte forslag om iværksættelse af seksualoplysning. Bestemmelser herom blev også optaget i svangerskabsloven, men bestemmelserne blev inden lovens ikrafttræden ophævet ved lov nr. 85 af 15. marts 1939. Kommissionen anser et seksuelt oplysningsarbejde for et betydningsfuldt led i bestræbelserne for forebyggelse af svangerskabsafbrydelser, idet man ved at give befolkningen hensigtsmæssig oplysning om

antikonceptionel teknik vil kunne forebygge et meget stort antal uønskede svangerskaber, der ville give grundlag for ønsker om og iværksættelse af svangerskabsafbrydelser. I betænkningens afsnit VI er der redegjort for kommissionens synspunkter på dette område.

Den fra forskellig side fremsatte kritik af den gældende svangerskabslovgivning har for en stor del været rettet imod praktiseringen af loven, idet man har fremhævet, at bestemmelserne om svangerskabsafbrydelse fortolkes uensartet af lægerne. Det er kommissionens opfattelse, at der i stort omfang vil kunne rådes bod på de kritiserede mangler ved den gældende tilstand gennem *ændringer i fremgangsmåden ved opnåelse af tilladelse til svangerskabsafbrydelse*. Kommissionen har derfor overvejet, hvilke ændringer på dette område der kan komme i betragtning. Bemærkninger herom er optaget i betænkningens afsnit VII.

Endvidere har kommissionen drøftet, om de indvundne erfaringer kan tale for en *ændring eller tydeliggørelse af selve indikationerne for svangerskabsafbrydelse* (betænkningens afsnit VIII), og om der bør ske ændring i svangerskabslovens straffebestemmelser (betænkningens afsnit IX).

I betænkningens afsnit X er samlet kommissionens forslag til ændringer i svangerskabsloven med kommissionens særlige bemærkninger til bestemmelserne i forslaget.

De af kommissionen foreslåede lovændringer forudsætter en væsentlig udbygning af mødrehjælpsinstitutionerne og ændringer i disses organisation. Kommissionens indstilling i denne henseende og forslag til ændringer i loven om mødrehjælpsinstitutioner findes i betænkningens afsnit XI.

I afsnit XII—XIV er optaget de af forskellige mindretal indenfor kommissionen afgivne særbetænkninger og i afsnit XV nogle bemærkninger hertil.



## II.

### Gældende dansk ret og retspraksis.

A. Forinden gennemførelsen af den gældende lov om svangerskabsafbrydelse, der trådte i kraft den 1. oktober 1939, var svangerskabsafbrydelse strafbar, medmindre straffrihed var begrundet ved nødretsreglen, fordi afbrydelsen skete for at afværge en truende fare for kvindens liv eller helbred.

Den 7. november 1932 nedsatte justitsministeriet en kommission angående lovligheden af svangerskabsafbrydelse m. v. Denne kommission afgav i juni 1936 en betænkning, der i hovedsagen dannede grundlaget for den senere gennemførte lov. Kommissionens lovforslag gennemgik dog på nogle væsentlige punkter ændringer, inden den endelige lov blev vedtaget. Her skal blot nævnes, at man i loven ikke medtog kommissionens forslag om, at svangerskabsafbrydelse skulle være tilladt, „når svangerskabet eller barnets fødsel medfører fare for en varig og betydelig forringelse af kvindens personlige, familie- eller samfundsmæssige stilling, og denne fare ikke findes at kunne afværges på anden måde“ (den såkaldte afbrydelse på „social indikation“). Samtidig udvidedes den medicinske indikation som omtalt nedenfor.

Efter den gældende lov nr. 163 af 18. maj 1937 som ændret ved lov nr. 89 af 15. marts 1939 (i det følgende betegnet „svangerskabsloven“), der i forbindelse med en oversigt over kommissionens forslag til lovændringer findes aftrykt i afsnit X i denne betænkning, kan en kvinde få sit svangerskab afbrudt i følgende tilfælde:

§ 1, stk. 1, nr. 1). Når svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred (medicinsk indikation).

§ 1, stk. 1, nr. 2). Når kvinden er blevet besvangret i forbindelse med nærmere angivne straffbare krænkelser af hendes kønsfrihed (etisk indikation).

§ 1, stk. 1, nr. 3). Når der er nærliggende fare for, at barnet vil blive alvorligt arveligt belastet (eugenisk indikation).

Den ved loven hjemlede medicinske indikation er udformet således, at den alvorlige fare for kvindens liv eller helbred ikke alene kan skyldes sygdom, men tillige kan være begrundet i andre forhold, herunder i et vist omfang bl. a. de sociale forhold, hvorunder kvinden lever, jfr. herom nærmere nedenfor under B. Indikationen betegnes derfor ofte som „udvidet medicinsk“ eller „medicinsk-social“ indikation. For de nævnte tilfælde, hvor faren for kvindens liv eller helbred ikke (alene) er begrundet i sygdom, stilles i lovens § 2 nogle særlige krav (om forudgående vejledning fra en mødrehjælpsinstitution m. v.), og disse medicinsk-sociale indikationstilfælde er derfor i praksis blevet betegnet ved henvisning til „svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 1, jfr. § 2“. Fra den af den tidligere svangerskabskommission foreslåede sociale indikation adskiller disse tilfælde sig ved, at kravet om, at der skal være alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, er fastholdt.

Efter lovens § 1, stk. 2, må svangerskabsafbrydelse, når der ikke er alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, normalt ikke foretages efter udløbet af den 3. svangerskabsmåned.

Afbrydelsen må kun foretages af en autoriseret læge efter samråd med en anden autoriseret læge, i almindelighed kvindens sædvanlige læge. Afbrydelsen må kun finde sted på et af statens eller kommunens sygehuse eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

Udgifterne afholdes af den pågældende selv. Har hun ikke midler hertil, eller er hun inddraget under en af de i forsorgslovens § 66 nævnte forsorgsgrene, afholdes udgifterne dog af det offentlige.

B. I et cirkulære af 25. september 1939 instruerede sundhedsstyrelsen landets læger om bestemmelserne i svangerskabsloven. Det siges i dette cirkulære bl. a. om bestemmelsen i lovens § 1, stk. 1, nr. 1 (afbrydelse af svangerskab for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred), at dette tilfælde først og fremmest rummer, at der foreligger en egentlig medicinsk indikation med en påviselig bestemt sygdom, men at det i lovens motiver er fremhævet, at en alvorlig fare for liv og helbred også kan foreligge af andre årsager, der både kan være af fysisk og psykisk karakter, f. eks. en kronisk underernæring på grund af nød og elendighed, udslidthed på grund af talrige børnefødsler eller f. eks. voldsom depression, selvmordsforsøg eller andre fortvivlede skridt; er den alvorlige fare for liv eller helbred ikke begrundet i sygdom, skal den i lovens § 2 foreskrevne fremgangsmåde (vejledning fra en mødrehjælpsinstitution m. v.) følges.

I 1940 blev der af et udvalg, nedsat af Det lægevidenskabelige fakultet ved Københavns universitet efter anmodning fra justitsministeriet og sundhedsstyrelsen, udarbejdet en vejledning for læger vedrørende afbrydelse af svangerskab. I vejledningen gives der dels retningslinier for, hvilke sygdomme der efter udvalgets mening berettiger til foretagelse af svangerskabsafbrydelse efter lovens § 1, stk. 1, nr. 1, dels en oversigt over sygdomme og misdannelser, der kan give grundlag for svangerskabsafbrydelse på eugenisk grundlag efter lovens § 1, stk. 1, nr. 3.

I anledning af en forespørgsel om, hvorvidt udtalt depression hos en svanger kvinde kan anses som en egentlig sygdom, der giver adgang til svangerskabsafbrydelse i medfør af lovens § 1, stk. 1, nr. 1, — således at reglen i § 2 ikke skal finde anvendelse — udtalte justitsministeriet i en skrivelse af 23. januar 1940 i overensstemmelse med indhentede erklæringer fra sundhedsstyrelsen og retslægerrådet, at en depression, der er så dybtgående, at den får karakter af en sindslidelse — en psykose —, må anses som virkelig sygdom

ligeså fuldt som en medicinsk eller kirurgisk sygdom. I psykiatrisk forstand er en depression (depressio mentis) en sindssygdom af lettere eller sværere art, og hvor den foreligger i tilfælde, der falder ind under loven, må den fremgangsmåde, der skal følges, være den for syge personer gældende, således at de i lovens § 2 omhandlede forskrifter ikke behøver at iagttages. Den i sidstnævnte paragraf angivne fremgangsmåde vil derimod være at følge i tilfælde af „nedtrykthed“, mulig stigende til en vis fortvivlelse over den foreliggende situation, hvor den nedtrykte sindsstemning eller oprevethed ikke får karakteren af virkelig sindslidelse.\*)

C. Fra rigsadvokaturen har kommissionen indhentet oplysning om strafforfølgningen i anledning af ulovlig svangerskabsafbrydelse i årene 1940—1949.

Udenfor København har udviklingen været følgende:

I årene 1940—44

	domt	sluttet på grund af bevisets stilling	sluttet iøvrigt eft. rigsadvokatens bestemmelse
1. Sigtet for at have afbrudt eller ladet afbryde eget svangerskab . . .	97	44	14
2. Sigtet for afbrydelse af andres svangerskab . . .	34	20	4
3. Sigtet for mindre væsentlig medvirken til afbrydelse af andres svangerskab . . .	63	24	18
ialt . . .	194	88	36

\*) Det bemærkes endvidere i justitsministeriets skrivelse, at ordet depression i lovens motiver, jfr. citatet heraf i sundhedsstyrelsens ovennævnte cirkulære af 25. september 1939, lægeligt set må anses benyttet mindre korrekt som omfattende også tilstande af denne art.

1945—49

	dømt	sluttet på grund af bevisets stilling	sluttet i øvrigt eft. rigsadvokatens bestemmelse
1. Sigtet for at have afbrudt eller ladet afbryde eget svangerskab . . . .	198	63	69
2. Sigtet for afbrydelse af andres svangerskab . . . .	77	11	12
3. Sigtet for mindre væsentlig medvirken til afbrydelse af andres svangerskab . . . .	67	20	51
ialt . . .	342	94	132

Grænsen mellem gruppe 2 og 3 er draget efter, om der har foreligget en egentlig aktiv indsats ved svangerskabsafbrydelsen (enten således, at sigtede selv har foretaget indgrebet på kvinden eller forsynet kvinden med de afgørende hjælpemidler til selv at foretage afbrydelsen), eller der blot er tale om mindre væsentlig medvirken i form af opfordring (fra kæreste, ægtefælle eller andre) til at lade indgrebet foretage, betaling af honoraret til kvaksalveren, opgivelse af adresse på kvaksalveren, ledsagelse til stedet for indgrebet og eventuelt overværelse af dette, overladelse af lejlighed til rådighed ved indgrebets foretagelse eller lignende.

For *Københavns* vedkommende har en specifikation på de nævnte 3 grupper af sigtede ikke kunnet gives, og på grund af manglende statistik for årene 1944 og 1945 kan oplysninger ikke gives for disse år.

I 1940—43 blev i København ialt 587 personer sigtet for ulovlig svangerskabsafbrydelse. Heraf blev 287 dømt, for 137 blev sagen sluttet på grund af bevisets stilling, og for 163 blev sagen iøvrigt sluttet efter rigsadvokatens bestemmelse.

I 1946—49 blev i København 304 personer sigtet for ulovlig svangerskabsafbry-

delse. Heraf blev 123 dømt, for 111 blev sagen sluttet på grund af bevisets stilling, og for 70 blev sagen iøvrigt sluttet efter rigsadvokatens bestemmelse.

Efter rigsadvokatens praksis frafaldes tiltale mod kvinder, der har afbrudt eller ladet afbryde eget svangerskab,

- 1) når kvinden er under 19—20 år,
- 2) når der alene foreligger forsøg,
- 3) når der er forløbet  $1\frac{1}{2}$ —2 år, siden forholdet blev begået (forældelsesfristen er 2 år), og
- 4) når der iøvrigt foreligger særlig formildende omstændigheder, såsom når kvinden er ugift og svigtet af kæresten eller en enlig kvinde (forladt, separeret eller skilt), der i forvejen har børn og lever under dårlige økonomiske forhold.

Overfor personer, der har ydet bistand til afbrydelse af andres svangerskab, frafaldes tiltale normalt

- 1) når den ydede medvirken er ringe og ydet af medlidenhed (uden vederlag), f. eks. etablering af forbindelsen med en kvaksalver, overladelse af lejlighed til rådighed ved indgrebet eller udlån af modersprøjte o. l.
- 2) når forholdet er forældet for kvindens vedkommende, og der kun er tale om mindre væsentlig bistand,
- 3) når der alene foreligger medvirken til forsøg med utjenligt middel, f. eks. fremskaffelse af et sådant, eller
- 4) når medvirken først ydes efter alvorligt pres fra kvindens side (trusler om selvmord).

Angående anklagemyndighedens tiltalepraksis i svangerskabsafbrydelsessager siden 1947 henvises til bilag 1 til betænkningen.

I de tilfælde, hvor tiltale rejses mod kvinder for afbrydelse af eget svangerskab, er det fast domspraksis, at straffen, — som regel fængsel i 30—60 dage, — gøres betinget, når kvinden ikke tidligere er dømt for ulovlig svangerskabsafbrydelse.

Også personer, der har ydet bistand til afbrydelse af andres svangerskab, anses i vidt omfang med betingede straffe (hæfte eller fængsel indtil 3 måneder), hvorimod den, der har foretaget selve indgrebet, altid er idømt ubetinget fængselsstraf.

En oversigt over domspraksis siden 1947 er vedhæftet betænkningen som bilag 2.

### III.

#### Udlandet.

##### A. Sverige.

Bestemmelserne om svangerskabsafbrydelse findes i en lov af 17. juni 1938 med senere ændringer, sidst ved en lov af 17. maj 1946.

Loven af 17. juni 1938 er ligesom den danske svangerskabslov resultatet af overvejelser i en kommission, der i Sverige blev nedsat i 1934. Denne kommission stillede ligesom den danske kommission forslag om, at svangerskabsafbrydelse skulle være tilladt på medicinsk indikation (regler herom blev dog ikke optaget i kommissionens forslag, idet kommissionen gik ud fra, at den hidtidige nødretspraksis kunne fortsættes uden lovhjemmel), samt på etisk, eugenisk og social indikation. Den sociale indikation var udformet således, at svangerskabsafbrydelse kunne ske, „når barnets tillkomst skulle ådraga kvinnan varaktig nöd eller ofärd, som finnes icke kunna på annat sätt avvärjas“.

Kommissionens forslag angående den sociale indikation blev ikke gennemført ved loven af 1938, hvorimod der i loven blev indføjet en bestemmelse om svangerskabsafbrydelse på medicinsk indikation.

I 1946 blev der imidlertid gennemført en ændring af loven, hvorved der i denne blev indføjet en bestemmelse om adgang til svangerskabsafbrydelse i visse blandet socialt-mediciſke tilfælde. Begrundelsen for denne bestemmelse, der er anført nedenfor under 2), var navnlig, at den hidtidige medicinske indikation efter de indhøstede erfaringer var fortolket urimeligt snævert af lægerne.

Svangerskabsafbrydelse kan således nu efter den svenske svangerskabslovs § 1 ske:

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

- 2) Når det under hensyn til kvindens livsforhold og omstændighederne iøvrigt kan antages, at hendes legemlige eller sjælelige kræfter ville blive alvorligt nedsat gennem barnets „tillkomst“ og omsorgen for barnet (social-mediciſk indikation).
- 3) Når kvinden er besvangret i forbindelse med visse kønsfrihedsforbrydelser (etisk indikation).
- 4) Når det med føje kan antages, at barnet vil blive arveligt belastet med sindssygdom, åndssvaghed, alvorlig sygdom eller anden alvorlig defekt (eugenisk indikation).

Svangerskab må ikke afbrydes på grund af arveanlæg hos kvinden (eugenisk indikation) uden samtidig sterilisation, medmindre sterilisationen af særlige grunde findes uhensigtsmæssig.

Bestemmelserne i den svenske lov om fremgangsmåden ved opnåelse af tilladelse til svangerskabsafbrydelse vil blive omtalt nærmere i afsnit VII i forbindelse med spørgsmålet om ændringer af de her i landet gældende regler på dette område.

Antallet af tilladte svangerskabsafbrydelser har i Sverige udgjort:

1936—1943.....	439—703
1944.....	1 088
1945.....	1 630
1946.....	2 378
1947.....	3 540
1948.....	4 585
1949.....	5 503
1950.....	5 889
1951.....	6 328
1952.....	5 322

I 1948 rejstes i den svenske rigsdag spørgsmål om at foretage indskrænkende ændringer i lovens bestemmelse om svangerskabsafbrydelse på social-mediciſk indikation. Forslagsstillerne påstod, at bestem-

melsen var blevet misbrugt, især ved at man uden grund havde bøjet sig for kvinders trusler om selvmord eller henvendelse til kvaksalvere, hvis afbrydelse af svangerskabet ikke fandt sted. Rigsdagen foranledigede sagen undersøgt og kom til det resultat, at de foreliggende oplysninger ikke gav støtte for de fremsatte påstande, og forslaget blev derefter afvist af rigsdagen. Imidlertid har den stærke stigning i antallet af tilladte svangerskabsafbrydelser senere givet anledning til, at der i januar 1950 blev nedsat en kommission under benævnelsen „1950 års abortutredning“, som fik til opgave at foretage en social-statistisk bearbejdning af de ansøgninger, som lå til grund for de tilladte svangerskabsafbrydelser, at undersøge motiverne for disse og deres fordeling på de forskellige indikationer og at søge klarlagt forholdet mellem antallet af legale og illegale aborter. Kommissionen skulle stille forslag, som man fandt af betydning, vedrørende fremgangsmåden ved tilladelse af svangerskabsafbrydelse, vedrørende lovgivningen om præventive midler og vedrørende forebyggende mødrehjælp. Kommissionen har den 2. september 1953 afgivet en betænkning: „Abortfrågan“(\*), hvori der navnlig er stillet forslag om ændring af indikationsstillingen, jfr. herom i afsnit VII.

### B. Norge.

De gældende norske bestemmelser om svangerskabsafbrydelse findes i § 245 i den borgerlige straffelov af 22. maj 1902, som har følgende ordlyd:

„En kvinde, der ved fordrivende midler eller på anden måde retsstridigt dræber det foster, hvormed hun er svanger, eller medvirker hertil, straffes for fosterfordrivelse med fængsel indtil 3 år.

Gør nogen anden end moderen sig skyldig i fosterfordrivelse eller i medvirken hertil, straffes han med fængsel indtil 6 år. Har han handlet uden moderens samtykke, anvendes fængsel i mindst to år, men fra 6 år indtil på livstid, såfremt hun som følge af forbrydelsen omkommer.“

Bestemmelsen rammer også forsøg, herunder forsøg med utjenlige midler.

Fosterfordrivelsen skal være retsstridig, for at straf kan anvendes. Nogen lovbestemmelse om, hvornår fosterfordrivelsen er retmæssig eller retsstridig, findes ikke. Ifølge et cirkulære fra justitsdepartementet af 30. maj 1899 bør kunstig fremkaldelse af abort anses for retmæssig, når det sker *enten* for at fri den frugtsommelige for en fare, som kun kan undgås ved, at svangerskabet afbrydes, og når fødslen af hensyn til hendes liv eller helbred ikke kan udsættes, indtil fosteret bliver levedygtigt, *eller* fordi fødsel af et levedygtigt foster ikke er mulig af den grund, at rummet i kvindens bækken er så trangt, at et levedygtigt foster ikke kan komme derigennem. Bortset fra disse tilfælde af medicinske indikationer må enhver fosterfordrivelse anses som retsstridig.

Minimumsstraffen for fuldbrydet fosterfordrivelse er fængsel, der kan anvendes ned til 21 dage. Straffen kan gøres betinget. Foreligger kun forsøg, kan bødestraf anvendes.

Der blev i Norge — ligesom i Sverige — i 1934 nedsat en kommission til overvejelse af ændringer i reglerne om svangerskabsafbrydelse, og denne afgav i 1935 en betænkning, hvori det — ligesom i den svenske og danske betænkning — blev foreslået at give adgang til svangerskabsafbrydelse på medicinsk, etisk, eugenisk og social indikation. Den sociale indikation var af den norske kommission formuleret således, at svangerskabsafbrydelse skulle kunne ske, når fødslen af barnet måtte antages at ville føre til stor og langvarig lidelse for kvinden eller for barnet eller hensætte nogen af dem i nød, som ikke kunne afhjælpes på anden måde ved forhåndenværende midler.

Kommissionens indstilling angående den sociale indikation var imidlertid ikke eenstemmig, idet 2 af kommissionens 8 medlemmer gik imod denne bestemmelse.

I 1938 blev der i det norske justitsdepartement udarbejdet et forslag til lov, som ikke medtog den sociale indikation. I 1939 blev forslaget efter en interpellation i stortinget sendt til den norske straffelovskomiteé, for at denne kunne sætte sig ind i det senere fremkomne materiale, særlig lovgivningen i Danmark og Sverige. Komiteén havde ikke fået sagen behandlet før

\*) Statens offentlige utredningar 1953: 29 Abortfrågan. Betänkande avgivet av 1950 års abortutredning.

Norges besættelse, og derefter blev sagen stillet i bero.

Under krigen blev der af det daværende styre den 7. januar 1943 givet bestemmelser om svangerskabsafbrydelse på medicinsk og eugenisk indikation, i det væsentlige bygget på det tidligere kommissionsforslag. Denne lovgivning, der ikke i sin korte levetid fik videre praktisk betydning, faldt efter befrielsen bort i henhold til en kgl. resolution af 4. maj 1945 om okkupationslovgivningen.

Senere er spørgsmålet om gennemførelse af en svangerskabslovgivning påny taget op og overvejes for tiden af den norske straffelovskomiteé.

Officielle opgørelser af antallet af aborter i Norge findes ikke, men efter foreliggende oplysninger fra et enkelt fylke, omfattende en folkemængde på ca. 150 000\*), blev der i 1951 hospitaliseret 480 aborter; heraf var 180 aborter eller noget over 1 tilfælde pr. 1 000 indbyggere fremkaldt på lovligt grundlag (medicinsk indikation). Beregnet for et enkelt sogns vedkommende udgjorde samtlige hospitaliserede aborter ca. 15 pr. 100 svangerskaber og de lovlige aborter 5,3 pr. 100 svangerskaber. Disse tal svarer i det store og hele til forholdene i Danmark i de senere år\*\*).

### C. Finland.

Efter en finsk lov af 17. februar 1950 kan et svangerskab med kvindens samtykke afbrydes

- 1) når svangerskabets gennemførelse eller fødslen af barnet på grund af sygdom, legemlig mangel eller svaghed hos kvinden ville medføre alvorlig fare for hendes helbred i legemlig eller sjælelig henseende. Ved bedømmelsen af denne fare skal også særdeles vanskelige livsvilkår for kvinden og andre forhold, som har indflydelse på hendes helbred, tages i betragtning.
- 2) Når kvinden er blevet besvængret i forbindelse med visse kønsfrihedsforbrydelser og i alle tilfælde, når kvinden ved besvangrelsen ikke var fyldt 16 år.
- 3) Når barnet må antages at ville blive alvorligt arveligt belastet.

Svangerskabsafbrydelse af anden grund end sygdom eller legemlig mangel må ikke foretages efter svangerskabets 4. måned. Medicinalstyrelsen kan dog, når kvinden ved besvangrelsen ikke var fyldt 16 år, eller når særlig grund iøvrigt foreligger, tillade, at indgrebet udføres indtil udgangen af svangerskabets 5. måned.

Afgørelsen angående svangerskabsafbrydelse træffes af 2 læger i forening, hvoraf den ene skal have en særlig beskikkelse fra medicinalstyrelsen. Afslås svangerskabsafbrydelse, kan afgørelsen indbringes for medicinalstyrelsen, hvis tilladelse iøvrigt udkræves ved alle tilfælde af svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation. I sidstnævnte tilfælde skal afbrydelsen betinges af, at der samtidig foretages sterilisation, når ikke afgørende grunde taler derimod.

Antallet af lovlige svangerskabsafbrydelser siden lovens ikrafttræden den 1. juli 1950 har udgjort

1950.....	1 158
1951.....	2 855
1952.....	3 126

Angående antallet af ulovlige svangerskabsafbrydelser foreligger følgende oplysninger fra „Kvinnokliniken“ i Helsingfors:

	Aborter	Abortus arteprovoctus
1946.....	3 460	123
1947.....	3 338	159
1948.....	3 407	157
1949.....	3 107	271
1950.....	2 632	351
1951.....	2 688	413

Disse tal omfatter også poliklinisk behandlede patienter.

Da kun en mindre del af abortpatienterne behandles på andre sygehuse i Helsingfors, viser situationen på „Kvinnokliniken“ ganske godt forholdene i Helsingfors. Af de aborter, som behandles på klinikken, er ifølge oplysning fra klinikens chef professor Turunen ca. 80 pct. febrile og antagelig selvforvoldte og ca. 20 pct. spontane.

Pålidelige statistiske oplysninger findes iøvrigt ikke, men medicinalstyrelsen påtænker at indhente oplysninger fra sygehuse om behandlede abortpatienter.

\*) Overlæge J. Haffner i Ugeskrift for Læger 1952, side 1466—87.

\*\*\*) Overlæge Fenger og kontorchef Marie Lindhardt i Ugeskrift for Læger 114, 617, 1952.

### D. Island.

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

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

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

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

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

Antallet af svangerskabsafbrydelser i henhold til den nævnte lov har udgjort:

1935....	26	heraf i medfør af lovens § 9, stk. 3,	8
1936....	33	— - — - — — — —	7
1937....	37	— - — - — — — —	11
1938....	33	— - — - — — — —	10
1939....	49	— - — - — — — —	21
1940....	46	— - — - — — — —	9
1941....	52	— - — - — — — —	11
1942....	65	— - — - — — — —	15
1943....	48	— - — - — — — —	14
1944....	49	— - — - — — — —	18

1945....	45	heraf i medfør af lovens § 9, stk. 3,	17
1946....	38	— - — - — — — —	10
1947....	39	— - — - — — — —	14
1948....	39	— - — - — — — —	9
1949....	63	— - — - — — — —	13
1950....	57	— - — - — — — —	25

### E. U.S.S.R.

Ved et dekret af 18. november 1920 blev svangerskabsafbrydelse tilladt, når den blev foretaget på et offentligt hospital af en læge. Denne regel blev gentaget i de russiske straffelove af 1922, 1926 og 1929, hvorefter straf kun var hjemlet for personer, der foretog svangerskabsafbrydelser uden de behørlige medicinske forudsætninger eller under usanitære forhold. Kvinden var ubetinget straffri.

Som anført skulle svangerskabsafbrydelsen ske på offentligt hospital, og der blev på grund af pladsmangelen på hospitalerne i 1924 nedsat særlige kommissioner, som skulle fordele de hospitalspladser, der stod til rådighed. Det blev som vejledning for disse kommissioner bl. a. fastsat, at svangerskabsafbrydelse på andet end medicinsk indikation ikke måtte finde sted, når fosteret var mere end 3 måneder gammelt. I 1928 blev det bestemt, at en kvinde, hvis svangerskab tidligere var afbrudt, ikke påny kunne få et svangerskab afbrudt, forinden der var forløbet 9 måneder efter sidste afbrydelse, og det blev forbudt at foretage svangerskabsafbrydelse på kvinder, som var gravide for første gang.

I 1925—1929 blev der konstateret en meget stor stigning i antallet af legale aborter. Noget sikkert kan dog ikke sluttes om det samlede aborttal, idet de illegale aborter formentlig samtidig er gået ned i antal, uden at dette kan oplyses nærmere.

Adgangen til svangerskabsafbrydelse bortfaldt ved en forordning af 27. juni 1936 og blev erstattet af strenge straffebestemmelser for fosterfordrivelse. Den nævnte russiske forordning om „forbud mod svangerskabsafbrydelse, forøgelse af den materielle understøttelse til fødende kvinder, fastsættelse af statsunderstøttelse til børnerige familier, udvidelse af nettet af fødehjem, børneasyler og børnehaver samt skærpelse af straffen for undladelse af at betale under-

holdsbidrag og om visse ændringer i skilsmissegivningen“ bestemmer følgende angående svangerskabsafbrydelse:

- 1) Foretagelse af svangerskabsafbrydelse tillades udelukkende i sådanne tilfælde, hvor fortsættelsen af svangerskabet bringer den svangre kvindes liv i fare eller truer hendes helbred med alvorlig skade, samt når en alvorlig sygdom hos forældrene kan nedarves, og da kun på sygehuse eller fødehjem.
- 2) For foretagelse af svangerskabsafbrydelse udenfor sygehus eller på sygehus, men i strid med de angivne betingelser, ifalder den læge, der foretager svangerskabsafbrydelsen, straf af fængsel fra 1 til 2 år, medens foretagelse af svangerskabsafbrydelse under sanitært ubetryggende forhold eller af personer, som ikke har særlig lægeuddannelse, straffes med fængsel i ikke under 3 år.
- 3) For svangre kvinder, som underkaster sig svangerskabsafbrydelse i strid med det angivne forbud, er straffen offentlig advarsel og i gentagelsestilfælde bøde på indtil 300 rubler.

Denne forordning er stadig gældende og er senest ved et ukas fra præsidenten for den øverste Sovjet i U.S.S.R. af 8. juli 1944 suppleret med bestemmelser om „forøgelse af statsunderstøttelse til gravide kvinder, børnerige og enlige mødre, forstærkning af moderskabs- og børneværnet samt indførelse af hædersbetegnelsen „Modersheltinde“ og oprettelse af ordenen „Moderglorie“ samt medaillen „Medaille for moderskab“.

Ifølge meddelelse fra Sovjetunionens udenrigsministerium til det danske gesandtskab i Moskva forefindes der ikke særlig medicinsk eller juridisk litteratur, der omhandler spørgsmålet om adgang til svangerskabsafbrydelse indenfor Sovjetunionen.

#### F. Tyskland.\*)

Lovbestemmelserne er i *Vesttyskland* ikke ens i alle enkeltstaterne.

I nogle enkeltstater gælder stadig § 218 i *Deutsches Strafgesetzbuch*, hvorefter svan-

gerskabsafbrydelse straffes med tugthusstraf. Fra denne bestemmelse er der af domstolene gjort undtagelse, når læger har afbrudt svangerskab på medicinsk indikation.

I andre stater gælder med varierende fortolkning en lovgivning fra 1933—1935 om forebyggelse af arveligt belastet afkom. Denne lov bestemte for at forebygge nedarvning af sygelige anlæg, at der i forbindelse med svangerskabsafbrydelsen om muligt samtidig skulle ske sterilisering. En svangerskabsafbrydelse, som ikke sker på dette grundlag, er kun tilladt, hvis lægen udfører indgrebet med kvindens samtykke for at afværge en truende fare for kvindens liv eller helbred. En særlig bedømmelsescentral skal forud erklære indgrebet for nødvendigt. Formanden for en sådan central udnævnes af indenrigsministeren. Ansøgning om tilladelse skal underskrives af en autoriseret læge, hvorefter centralen giver skriftlig tilladelse, efter at 2 autoriserede læger har afgivet erklæring på grundlag af en personlig undersøgelse af kvinden og uden at kende hinandens erklæringer. Er lægeerklæringerne ikke overensstemmende, afgør formanden for centralen efter samråd med en chefslæge eller ved egen bedømmelse, om kvinden skal have tilladelse til abort. Indgrebet må kun udføres på sygehus af en autoriseret læge og bør ikke foretages af en læge, som har deltaget i sagens bedømmelse eller afgørelse. Om afbrydelsen skal der inden 3 dage foretages skriftlig anmeldelse til myndighederne.

I *Østtyskland* anvendtes efter afslutningen af krigen til at begynde med ovennævnte § 218 i straffelovbogen, men under indflydelse af de vanskelige sociale forhold indførtes efterhånden i forskellige enkeltstater love, som tillod svangerskabsafbrydelse også på rent social indikation. Disse østtyske love blev den 27. september 1950 erstattet af en for hele Østtyskland gældende „Gesetz über den Mütter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“. Herefter er svangerskabsafbrydelse kun tilladt, når barnets fødsel medfører alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, eller når en af forældrene er belastet

\*) Jfr. om disse og de følgende oplysninger om forholdene i udlandet Erik Klintkrog: Översikt av lagstiftningen rörande avbrytande av havandeskap i Sverige och i utlandet, Svenska Läkartidningen 1952: 49 : 610 (nr. 10).



med svær arvelig sygdom. Afbrydelsen må først ske efter tilladelse fra en kommission, sammensat af læger, repræsentanter for sundhedsvæsenet og det demokratiske kvindeforbund. Afbrydelsen må kun foretages af faglæger på sygehus.

### *G. Schweiz.*

Ved en i 1937 foretagne ændring i Schweizerisches Strafgesetzbuch Art. 120 blev det bestemt, at fosterfordrivelse i lovens forstand ikke foreligger, når svangerskabet afbrydes af en læge med skriftlig tilladelse fra den svangre kvinde og på grundlag af erklæring fra en anden autoriseret læge for at redde kvinden fra livsfare eller anden alvorlig tilstand, som kan indvirke skadeligt på den svangre kvindes helbred, og som ikke kan forebygges på anden måde. Erklæringen skal afgives af en sagkyndig faglæge, som beskikkes af myndighederne i den kanton, hvor kvinden er bosat, eller hvor indgrebet skal foretages. Beskikkelsen kan gives for længere tid eller for det enkelte tilfælde. I nødsfald kan afbrydelsen ske uden ovennævnte erklæring ved en autoriseret læge, som skal anmelde afbrydelsen til myndighederne inden 24 timer.

Afbrydes svangerskabet på grund af anden svær nødstilstand hos den svangre kvinde, kan dommeren mildne straffen efter en fri bedømmelse (Art. 66). Det drejer sig om sociale indikationer (materiel nød o. l.), eugeniske tilfælde og afbrydelse af svangerskab, som skyldes voldtægt og lignende.

6 kantoner har i 1951 erklæret, at de ikke ønskede at indføre de nye lovbestemmelser.

I hele Schweiz udførtes der i 1950 omtrent 6 200 legale svangerskabsafbrydelser svarende til 7 pct. af fødselsantallet i samme år. Antallet af afbrydelser varierede i de forskellige kantoner fra 0—10 pct. af fødselsantallet.

### *H. Frankrig.*

I Frankrig er svangerskabsafbrydelse kun tilladt, når kvindens liv er alvorligt truet. Kirurgen skal forinden rådføre sig med 2 læger, af hvilke den ene skal være ekspert ved civildomstolen, og disse skal efter undersøgelse og drøftelse afgive en skriftlig

attest om, at kvindens liv ikke kan reddes på anden måde end gennem afbrydelse af svangerskabet. I yderst hastende tilfælde, som ikke tillader den foreskrevne rådslagning, skal den behandlende læge inden 12 timer efter indgrebet give indberetning derom til myndighederne.

### *I. Holland.*

Svangerskabsafbrydelse er strafbar, og efter loven — taget bogstaveligt — er det altså ikke muligt at udføre nogen lovlig abort. Retspraksis viser dog, at afbrydelse af medicinske grunde er tilladt. Regler om pligt til indberetning om foretagne aborter findes ikke.

### *J. England.*

Svangerskabsafbrydelse er kun tilladt for at forebygge kvindens fysiske eller sjælelige forfald. Afgørelsen træffes af 2 eller flere læger, som har ansvaret for operationens udførelse.

### *K. Italien.*

Svangerskabsafbrydelse er strafbar, men det antages dog, at strafansvar ikke pådrages derved, såfremt svangerskabets fortsættelse sikkert eller med største sandsynlighed ville forårsage overhængende dødsfare eller meget stor risiko for uoprettelig sygdom, og hvis afbrydelsen er den eneste udvej for at undgå denne fare, samt hvis det kan forudsættes, at indgrebet vil give et godt resultat. Afbrydelse af svangerskab på denne medicinske indikation er i Italien blevet stadig sjældnere i de senere år.

### *L. Jugoslavien.*

Medens svangerskabsafbrydelse oprindeligt kun var tilladt på medicinsk indikation, blev der efter indførelsen af det socialistiske styre i 1945 også givet adgang til abort på social indikation. Indikationen stilledes af sundhedsministeriet. Denne bestemmelse gjaldt dog kun kortere tid, og nu gælder alene den medicinske indikation.

*M. Spanien.*

Enhver svangerskabsafbrydelse er strafbar. Det spanske gynækologiske selskab har under en drøftelse af spørgsmålet energisk modsat sig udførelsen af „terapeutisk abort“, da fosterets naturlige ret ville blive skadet herved.

*N. U. S. A.*

I de enkelte stater gælder der forskellige love om „therapeutic abortion“, men hvor svangerskabsafbrydelse er tilladt, må den som regel kun udføres for at bevare kvindens liv eller helbred, og intetsteds er abort tilladt af sociale eller økonomiske grunde. I nogle stater er svangerskabsafbrydelse tilladt for at forebygge arvelige defekter.

#### IV.

### Svangerskabsafbrydelserne i Danmark under den gældende lovgivning.

#### A. De lovlige svangerskabsafbrydelser.

Ifølge de til sundhedsstyrelsen indgæede indberetninger om *lovlige svangerskabsafbrydelser* (for tiden inden svangerskabslovens ikrafttræden den 1. oktober 1939 udført på det omtalte nødretsgrundlag) har disse udgjort:

1932—1938.....	2 725 (ialt)
1939.....	484
1940.....	522
1941.....	519
1942.....	824
1943.....	977
1944.....	1 286
1945.....	1 577

1946.....	1 930
1947.....	2 240
1948.....	2 543
1949.....	3 425
1950.....	4 101
1951.....	4 743
1952.....	5 031

Det foreliggende materiale angående disse svangerskabsafbrydelser er gjort til genstand for en nærmere bearbejdning af læge *Mogens Landgreen Jensen*, der på grundlag heraf har udarbejdet de nedenfor optagne oversigter.

#### 1. Antallet af lovlige svangerskabsafbrydelser pr. 100 svangerskaber.

	1948	1949	1950		1948	1949	1950
Hovedstadsområdet.	4,0	5,8	6,9	Aarhus amt .....	2,4	3,2	4,1
Roskilde amt .....	3,2	3,6	4,3	Randers amt .....	1,5	3,0	3,8
Frederiksborg amt ..	2,7	3,7	4,8	Aalborg amt .....	0,9	1,6	2,3
Holbæk amt .....	1,5	2,2	3,0	Hjørring amt .....	1,4	2,4	3,3
Sorø amt .....	2,3	3,3	3,0	Thisted amt .....	1,1	1,0	1,0
Præstø amt .....	2,1	2,7	4,4	Viborg amt .....	1,1	1,7	1,8
Bornholms amt ....	0,4	0,5	1,0	Ringkøbing amt ...	0,9	1,0	1,0
Maribo amt .....	3,2	3,8	4,6	Ribe amt .....	2,2	2,7	2,7
Svendborg amt ....	2,5	4,2	5,0	Sønderjyske amter..	1,9	3,0	2,6
Odense amt .....	3,0	4,0	4,0	hele landet .....	2,5	3,6	4,3
Vejle amt .....	2,5	3,2	3,9	landet ÷ hovedstad	2,0	2,7	3,2
Skanderborg amt ..	1,8	2,5	3,2				

For næsten alle amters vedkommende bemærkes en jævn stigning fra år til år, selvom forholdene amt for amt er varierende.

## 2. Fordeling efter civilstand af de kvinder, som har fået foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse.

	1940	1949	1950	1951
gifte .....	361 (76,0 %)	2593 (76,3 %)	3085 (75,3 %)	3650 (77 %)
ugifte .....	97 (20,4 %)	534 (15,7 %)	645 (15,7 %)	694 (14,6 %)
separerede .....			121	141
skilte .....	8 (1,7 %)	215 (6,3 %)	180 (7,3 %)	198 (7,2 %)
enker .....	5 (1,1 %)	53 (1,6 %)	66 (1,6 %)	58 (1,2 %)
uangiven stand .....	4 (0,8 %)	3 (0,1 %)	4 (0,1 %)	2 (0,0 %)
ialt...	475*)	3398*)	4101	4743

Samme fordeling efter civilstand, foretaget særskilt for Storkøbenhavn og provinsen for 1950 og 1951.

## 1950.

	København	provins	ialt
gifte .....	1321 (69,6 %)	1764 (80,1 %)	3085 (75,3 %)
ugifte .....	333 (17,6 %)	312 (14,2 %)	645 (15,7 %)
separerede .....	68 (3,6 %)	53 (2,3 %)	121 (2,9 %)
skilte .....	134 (7,1 %)	46 (2,1 %)	180 (4,5 %)
enker .....	37 (1,9 %)	29 (1,3 %)	66 (1,6 %)
uangiven stand .....	4 (0,2 %)	0 (0,0 %)	4 (0,1 %)
ialt...	1897	2204	4101

## 1951.

	København	provins	ialt
gifte .....	1448 (71,2 %)	2202 (81,3 %)	3650 (77,1 %)
ugifte .....	327 (16,1 %)	367 (13,6 %)	694 (14,6 %)
separerede .....	91 (4,5 %)	50 (1,8 %)	141 (3,0 %)
skilte .....	136 (6,7 %)	62 (2,3 %)	198 (4,2 %)
enker .....	32 (1,6 %)	26 (1,0 %)	58 (1,2 %)
uangiven stand .....	1 (0,0 %)	1 (0,0 %)	2 (0,0 %)
ialt...	2035	2708	4743

Som grundlag for sammenligningen af tallene i de forskellige grupper kan oplyses, at der i 1949 her i landet var 925 100 kvinder i alderen 15—44 år, nemlig:

584 200 gifte (herunder separerede),  
314 500 ikke gifte,  
17 900 fraskilte,  
8 500 enker.

Hovedparten af den årlige tilvækst i svangerskabsafbrydelsernes antal falder på de gifte, og langt størsteparten af tilvæksten foregår i provinsen.

Kun få ugifte får foretaget svangerskabsafbrydelse.

De separeredes og skiltes problemer afspejler sig ved det stigende antal svangerskabsafbrydelser i disse grupper.

\*) Oplysningerne for disse år omfatter ikke alle lovlige svangerskabsafbrydelser, jfr. at disses antal udgjorde 522 i 1940 og 3425 i 1949.

3. Fordeling efter alder af de kvinder, som har fået foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse.

1950.							
	gifte	ugifte	sep.	skilte	enker	uang.st.	ialt
under 15 år...	0	6	0	0	0	0	6
15—17 år...	3	95	0	0	0	0	98
18—21 år...	110	208	7	3	0	0	326
22—25 år...	389	158	16	12	4	0	581
26—30 år...	829	97	38	58	13	1	1038
31—35 år...	840	37	37	42	22	1	978
36—40 år...	670	34	18	46	18	0	784
over 40 år...	223	10	4	16	7	1	262
uang. alder...	21	0	1	3	2	1	28
ialt...	3085	645	121	180	66	4	4101

1951.							
	gifte	ugifte	sep.	skilte	enker	uang.	ialt
under 15 år...	0	11	0	0	0	0	11
15—17 år...	6	99	0	0	0	0	105
18—21 år...	138	252	7	8	0	0	405
22—25 år...	501	148	28	19	4	0	700
26—30 år...	945	89	45	62	6	1	1148
31—35 år...	1034	54	34	56	21	0	1199
36—40 år...	728	24	22	40	16	0	830
over 40 år...	287	11	5	11	10	0	324
uang. alder...	11	6	0	2	1	1	21
ialt...	3650	694	141	198	58	2	4743

Det ses, at aldersfordelingen i disse 2 år ikke viser nogen forskydning, idet tilvæksten sker til de grupper, som i forvejen er størst.

Det kan tilføjes, at aldersfordelingen er ganske ens i hovedstad og provins.

Til sammenligning kan anføres aldersfordelingen 1. oktober 1939—1. oktober 1940 (ligesom de tidligere anførte tal fra 1940 taget fra B. Johansson og C. J. Møllenbach: Ugeskrift f. Læger 103, 652, 1941.).

alder	ialt	gifte	ugifte + skilte + sep. + enker
under 15 år...	2	0	2
15—17 år...	5	1	4
18—21 år...	42	10	32
22—25 år...	64	44	20
26—30 år...	119	94	25

alder	ialt	gifte	ugifte + skilte + sep. + enker
31—35 år...	122	108	14
36—40 år...	89	79	10
over 40 år...	28	24	4
ialt...	471	360	111

Altså praktisk talt samme aldersfordeling.

4. Oversigt over, i hvilket omfang kvinder, der har fået foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse, tidligere havde født eller aborteret.

1950.							
tidl. fødsler	gifte	ugifte	sep.	skilte	enker	uang.	ialt
0....	77	511	13	6	6	0	613
1....	312	62	27	54	12	1	468
2....	744	20	38	42	16	0	860
3....	694	2	19	30	14	1	760
4....	460	3	12	19	6	1	501
5....	270	0	6	7	5	0	288
6....	183	0	1	6	3	1	194
7....	104	0	1	3	1	0	109
8....	71	0	0	2	1	0	74
9....	40	0	1	1	0	0	42
10....	32	0	1	0	0	0	33
11....	8	0	0	0	0	0	8
12....	4	0	0	0	0	0	4
13....	5	0	0	0	0	0	5
14....	4	0	0	0	0	0	4
uang. antal.	77	47	2	10	2	0	138
ialt...	3085	645	121	180	66	4	4101

tidl. aborter	gifte	ugifte	sep.	skilte	enker	uang.	ialt
0....	2209	577	94	116	49	3	3048
1....	543	18	17	40	10	0	628
2....	156	2	2	8	3	1	172
3....	71	1	5	2	1	0	80
4....	19	0	0	4	0	0	23
5....	5	0	0	1	0	0	6
6....	2	0	1	0	0	0	3
7....	3	0	0	0	1	0	4
8....	2	0	0	0	0	0	2
uang. antal.	75	47	2	9	2	0	135
ialt...	3085	645	121	180	66	4	4101

tidl. lovlige svangerskabsafbrydelser	gifte	ugifte	separerede	skilte	enker	uang.	ialt
0....	2693	585	113	149	57	4	3601
1....	286	12	5	20	6	0	329
2....	28	1	1	2	1	0	33
3....	3	0	0	0	0	0	3
uang. antal.	75	47	2	9	2	0	135
ialt...	3085	645	121	180	66	4	4101

tidl. aborter	gifte	ugifte	sep.	skilte	enker	uang.	ialt
0....	2651	630	106	144	36	2	3569
1....	599	23	24	34	13	0	693
2....	201	4	8	6	4	0	223
3....	71	1	0	3	3	0	78
4....	21	0	1	0	0	0	22
5....	10	0	0	0	0	0	10
6....	5	0	0	0	0	0	5
7....	0	1	0	0	0	0	1
8....	3	0	0	0	0	0	3
9....	2	0	0	0	0	0	2
uang. antal.	87	35	2	11	2	0	137
ialt...	3650	694	141	198	58	2	4743

1951.

tidl. fødster	gifte	ugifte	sep.	skilte	enker	uang.	ialt
0....	65	540	7	13	3	1	629
1....	376	88	34	50	11	1	560
2....	881	24	47	60	17	0	1029
3....	866	4	26	27	7	0	930
4....	577	1	12	23	7	0	620
5....	319	2	7	10	6	0	344
6....	199	0	2	3	3	0	207
7....	113	0	3	1	0	0	117
8....	68	0	1	0	0	0	69
9....	42	0	0	0	2	0	44
10....	26	0	0	0	0	0	26
11....	15	0	0	0	0	0	15
12....	11	0	0	0	0	0	11
13....	4	0	0	0	0	0	4
14....	0	0	0	0	0	0	0
15....	0	0	0	0	0	0	0
16....	1	0	0	0	0	0	1
uang. antal.	87	35	2	11	2	0	137
ialt...	3650	694	141	198	58	2	4743

tidl. lovlige svangerskabsafbrydelser	gifte	ugifte	separerede	skilte	enker	uang.	ialt
0....	3173	637	120	164	53	2	4149
1....	344	21	17	21	3	0	406
2....	41	0	2	1	0	0	44
3....	4	1	0	1	0	0	6
7....	1	0	0	0	0	0	1
uang. antal.	87	35	2	11	2	0	137
ialt...	3650	694	141	198	58	2	4743

Det ses, at langt størsteparten af de gifte kvinder tidligere havde født flere børn.

Af de gifte kvinder havde i 1951:

88,7 pct. født 2 børn eller flere.

64,6 — — — 3 — — — —

40,9 — — — 4 — — — —

25,0 — — — 5 — — — —

16,3 — — — 6 — — — —

I provinsen havde de gifte kvinder, som fik foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse, født flere børn end i hovedstaden, jfr. følgende oversigt for 1951:

antal fødster	0	1	2	3	4	5	6	7	8	ialt
hovedstad .....	34	187	440	364	207	87	49	12	14	1394
provins.....	31	189	441	502	370	232	150	101	54	2070
ialt...	65	376	881	866	577	319	199	113	68	3464

antal fødsler		9	10	11	12	13	14	15	16	uang.	ialt
hovedstad . . . . .	1394	5	7	3	1	0	0	0	0	38	1448
provins . . . . .	2070	37	19	12	10	4	0	0	1	49	2202
ialt . . . . .	3464	42	26	15	11	4	0	0	1	87	3650

Af alle kvinderne havde i 1951 9,6 pct. tidligere fået foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse.

5. Diagnoser ved lovlig svangerskabsafbrydelse i 1950 og 1951.

	1950	1951
I a. Psykiske lidelser + § 2-tilfælde.		
depressio mentis . . . . .	2261	2574
andre psyk. diagnoser . . . . .	73	43
depr. + organisk støtte . . . . .	201	263
depr. + eugonisk støtte . . . . .	256	293
udslidthed . . . . .	285	415
udslidthed + eug. støtte . . . . .	39	40
	3115 (75,9 %)	3628 (76,5 %)
I b. Medicinsk indikation, bortset fra de under I a nævnte tilfælde.		
organiske nervelidelser . . . . .	90	92
øjnelidelser . . . . .	3	8
ørelidelser . . . . .	11	9
lungelidelser . . . . .	114	124
hjertelidelser . . . . .	40	43
karlidelser . . . . .	78	78
lidelser i gl. thyreoidea . . . . .	13	14
svangerskabsintoxikation . . . . .	30	52
nyre- og blærelidelser . . . . .	47	52
lever- og galdelidelser . . . . .	12	8
lidelser i fordøjelseskanalen . . . . .	10	18
lidelser i genitalia . . . . .	30	30
fødsel og graviditet . . . . .	40	31
sygdomme i knogler og led . . . . .	45	53
blodsygdomme . . . . .	7	10
diabetes . . . . .	13	16
infektionssygdomme . . . . .	13	13
andre indikationer . . . . .	19	23
rhesus . . . . .	44	37
kombineret indikation . . . . .	43	27
ukendt indikation . . . . .	2	5
	704 (17,2 %)	743 (15,6 %)
II. Kønssædelighedsforbrydelser . . . . .	23 (0,6 %)	18 (0,4 %)
III. Ren eugenisk indikation . . . . .	259 (6,3 %)	354 (7,5 %)
ialt . . . . .	4101	4743

Efter de foreliggende indberetninger fra 1940 fordelte 475 svangerskabsafbrydelser sig da således:

på diagnosegrupperne:

Gruppe I a:	29,1 pct.
I b:	58,1 —
II :	2,7 —
III :	10,1 —

En sammenligning med fordelingen på diagnoser i 1950 og 1951 vil imidlertid ikke give noget sikkert billede af den skete udvikling, da vanskelighederne ved fortolkningen

og anvendelsen af den nye lov i begyndelsen medførte stor usikkerhed i angivelsen af diagnoserne.

Det kan dog fastslås, at den største tilvækst er sket i gruppe I a, de psykiske lidelser + § 2 tilfælde.

Hvad selve diagnosen angår, må det iøvrigt fremhæves, at den — bortset fra et fåtalligt antal tilfælde, hvor den medicinske, den psykiatriske eller den eugeniske indikation er absolut — er klassificeret efter, hvilket træk i kvindens psykisk-somatisk og sociale mosaik der har været det fremherskende.

6. Fordeling efter civilstand og diagnoser af de kvinder, der har fået foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse i 1950.

	gifte	ugifte	sep.	skilte	enker	uang.	ialt
I a: depr. mentis . . . . .	1652	389	74	98	45	3	2261
andre psyk. diagnoser . . . . .	40	24	2	6	1	0	73
depr. + org. støtte . . . . .	157	21	7	14	2	0	201
depr. + eug. støtte . . . . .	161	54	14	19	7	1	256
udslidthed . . . . .	272	0	2	9	2	0	285
udslidthed + eug. støtte . . . . .	37	0	0	2	0	0	39
I b: organiske nervelidelser . . . . .	77	8	4	0	1	0	90
øjnelidelser . . . . .	3	0	0	0	0	0	3
ørelidelser . . . . .	8	1	0	0	2	0	11
lungelidelser . . . . .	85	18	2	8	1	0	114
hjertelidelser . . . . .	34	6	0	0	0	0	40
karlidelser . . . . .	75	3	0	0	0	0	78
lidelser i gl. thyreoidea . . . . .	13	0	0	0	0	0	13
svangerskabsintoxikation . . . . .	27	2	1	0	0	0	30
nyrelidelser . . . . .	44	2	0	1	0	0	47
leverlidelser . . . . .	10	2	0	0	0	0	12
lidelser i fordøjelseskanalen . . . . .	9	1	0	0	0	0	10
lidelser i genitalia . . . . .	29	0	0	1	0	0	30
fødsel + graviditet . . . . .	38	1	1	0	0	0	40
sygdomme i knogler og led . . . . .	39	6	0	0	0	0	45
blodsygdomme . . . . .	6	0	0	1	0	0	7
diabetes . . . . .	11	1	0	0	1	0	13
infektionssygdomme . . . . .	9	2	1	1	0	0	13
andre indikationer . . . . .	16	2	0	1	0	0	19
rhesus . . . . .	42	0	1	1	0	0	44
komb. indikation . . . . .	39	3	0	0	1	0	43
uang. indikation . . . . .	2	0	0	0	0	0	2
kønssædelighedsforbrydelser . . . . .	1	21	1	0	0	0	23
ren eug. indikation . . . . .	149	78	11	18	3	0	259
ialt . . . . .	3085	645	121	180	66	4	4101



Det fremgår af materialet fra sundhedsstyrelsen, at den største tilvækst er sket indenfor de psykiatriske indikationer. Det er imidlertid ikke muligt på grundlag af anmeldelserne til sundhedsstyrelsen i enkeltheder at fastslå, hvilke psykiske lidelser der først og fremmest har betinget de lovlige svangerskabsafbrydelser.

Fra mødrehjælpsinstitutionen i København foreligger imidlertid et vist materiale til belysning heraf. I overensstemmelse med, at det klientel, der henvender sig om lovlig svangerskabsafbrydelse, væsentligst består af gifte kvinder og kvinder med flere børn og ofte fra små hjem med trange boligforhold, dominerer nervøse træthedstilstande og den legemlige og sjælelige udslidthed. Hos de fleste af disse kvinder forekommer imidlertid en kombination af psykiske lidelser, idet mange samtidig med de omtalte nervøse træthedstilstande frembyder større eller mindre sjælelig nedtrykthed og depression. „Depressionen“ kan ganske vist i mange tilfælde karakteriseres som sygelig, men er dog i statistikken kun i begrænset omfang registreret som depressio mentis, idet tilfældene er opført under neuroser.

I hvilken udstrækning de nervøse lidelser i forbindelse med svangerskab, fødsel og den senere opfostring af barnet indebærer

risiko for kvindens liv eller helbred, er et kompliceret spørgsmål, som kun kan besvares efter en omhyggelig undersøgelse af de evner og kræfter, den enkelte kvinde er i besiddelse af, de legemlige og sjælelige sygdomstegn, der findes hos hende, den belastning i samfundet og i hjemmet, der påhviler hende og vil komme til at påhvile hende, samt mulighederne for ad lægelig eller social vej at hjælpe hende. På grundlag af denne både lægelige og sociale udredning må lægen vurdere de fremtidige udsigter for kvindens helbred og tage stilling til, om der foreligger indikation for lovlig svangerskabsafbrydelse. Der tages således i hvert enkelt tilfælde hensyn til mange forskellige faktorer udover den øjeblikkelige sygdomsdiagnose. En simpel fortegnelse over diagnoserne giver derfor kun et ufuldstændigt billede af de lægelige og belastningsmæssige forhold, der ligger bag de lovlige svangerskabsafbrydelser. Dr. med. *Teit Kærn* har i årsberetningen 1951—52 fra mødrehjælpsinstitutionen i København redegjort for de 3 874 patienter, som i kalenderåret 1952 henvendte sig med ønsket om lovlig svangerskabsafbrydelse. Herunder har dr. Kærn opstillet følgende fortegnelse over de hovedsygdomme, hvorpå den lægelige vurdering af patienternes fremtidsudsigter er bygget:

Hovedsygdom	antal	indstillet til ab. prov.	indlagt på hosp. til obs.	÷ indik.
ingen sygdom eller fysiologiske affektreaktioner.	763	1	48	714
<i>Neuroser:</i>				
belastningsneuroser, akute eller lette.....	739	53	217	469
belastningsneuroser, kroniske eller svære.....	1056	838	150	68
konfliktneuroser.....	98	33	49	16
ialt...	1893	924	416	553
<i>Øvrige sindslidelser:</i>				
depressio mentis psych.....	241	87	145	9
psykosis man. depr.....	5	3	2	—
schizofreni.....	7	3	2	2
psykopathi.....	22	9	9	4
epileptiske sindslidelser.....	16	9	2	5
oligofreni.....	10	4	1	5
sværere svangerskabsdysforier.....	21	2	10	9
ialt...	322	117	171	34

Hovedsygdom	antal	indstillet til ab. prov.	indlagt på hosp. til obs.	÷ indik.
<i>Somatiske lidelser:</i>				
øjensygdomme.....	2	—	—	2
øre-, næse-, halssygdomme.....	3	1	—	2
lunsesygdomme.....	28	5	9	14
hjerter-, karsygdomme.....	9	4	1	4
lever-, galde-, tarmsygdomme.....	8	2	5	1
gynækologiske sygdomme.....	25	2	5	18
obstetriske sygdomme.....	41	5	11	25
nyresygdomme.....	18	9	4	5
ortopædiske sygdomme.....	56	34	2	20
varicer.....	35	14	3	18
blodsygdomme.....	4	2	2	—
rheumatiske sygdomme.....	7	2	—	5
neurologiske sygdomme.....	24	8	9	7
endoerin- og stofskiftesygdomme.....	19	9	4	6
hudsygdomme.....	2	2	—	—
ialt...	281	99	55	127
eugenisk indikation.....	282	280	—	2
juridisk-etisk indikation.....	15	14	1	—
undersøgelsen ikke gennemført.....	318	—	—	318
samlede tal...	3874	1435	691	1748

691 blev indlagt på hospital til nærmere observation. Udfaldet heraf fremgår af nedenstående tabel:

diagnoser	indlagt til obs.	+ indik. for ab. prov.	diagnoser	indlagt til obs.	÷ indik. for ab. prov.
÷ sygdomme el. fysiologiske affektreaktioner.....	48	5	somatiske lidelser.....	55	22
neuroser.....	416	145	eugenisk indikation.....	1	—
sindslidelser.....	171	76	ialt...	691	248

Mødrehjælpen i København indstillede således i 1952 1435 kvinder til lovlig svangerskabsafbrydelse. 20 af disse aborterede spontant inden indlæggelsen, 3 viste sig ved fornyet undersøgelse ikke gravide,

17 gav ikke møde på hospitalet og i 55 tilfælde eller knap 4 pct. blev svangerskabsafbrydelse ikke foretaget, da sygehuset efter sin observation ikke var enig med mødrehjælpen om skønnet.

## B. De ulovlige svangerskabsafbrydelser.

Antallet af ulovlige svangerskabsafbrydelser er ifølge sagens natur vanskeligt at bedømme. Der foreligger ganske vist fra hospitalerne oplysninger om det årlige

antal indlæggelser af patienter i forbindelse med abort, jfr. iøvrigt nærmere herom i slutningen af dette afsnit. Det drejede sig i 1949 og 1950 om henholdsvis 16 125 og 16 320

patienter\*) eller, når antallet af lovlige svangerskabsafbrydelser (i 1949: 3 425 og i 1950: 4 101, jfr. afsnit A) fradrages, henholdsvis 12 700 og 12 219 tilfælde.

De sidstnævnte tal repræsenterer de spontane (ufrivillige) og ulovligt fremkaldte aborter, som har været genstand for efterfølgende hospitalsbehandling. Hertil må imidlertid lægges de aborter, som ikke har ført til hospitalsindlæggelse, og hvis antal kun lader sig beregne mere skønsmæssigt.

I hvilken udstrækning aborter *ikke* hospitaliseres har været gjort til genstand for undersøgelse fra flere sider (*Østergaard, Oram, Kærn, Dahlerup* og *Hoffmeyer*).

De forskellige undersøgere finder, at de *ikke* hospitaliserede aborttilfælde ligger mellem 20—60 pct. af alle aborttilfælde.

*J. Hoffmeyer* har på basis af efterundersøgelser af ca. 4 000 klienter i mødrehjælpen (1948—50) kunnet konstatere, at 50 pct. af de aborterende kvinder (hovedstadsområdet) ikke indlægges på hospital for deres abort.

Hvis man forhøjer det kendte tal af hospitaliserede aborter (med fradrag af de legale aborter, som jo alle hospitalsbehandles) med 50 pct., overdriver man næppe det samlede antal af aborter her i landet. Herefter må de hjemmebehandlede aborter i 1949 og 1950 antages at have udgjort godt 6 000 tilfælde, og det samlede antal spontane og ulovligt fremkaldte aborttilfælde har i så fald andraget 18—19 000.

Antallet af spontane aborter er i almindelighed blevet anslået til 5—7 pct. af samtlige graviditeter.

Ansætter man skønsmæssigt de spontane aborter til 6 pct. af samtlige graviditeter (i 1950 79 558 fødsler + 16 320 hospitalsbehandlede aborter + skønsmæssigt anslået ca. 6 000 „hjemmeaborter“ eller ialt ca. 102 000 graviditeter) eller ca. 6 000 spontane aborter, bliver de ulovligt fremkaldte aborters antal 12—13 000 årlig, hvilket er i overensstemmelse med det af *V. Oram* (Ugeskrift for Læger *115*, 1367, 1953), fundne resultat for 1950.

Som det fremgår af foranstående, er beregningen usikker, fordi den må baseres på

et skøn dels over forholdet mellem hospitals- og hjemmebehandlede aborter, dels over antallet af spontane aborter, og antallet af illegale aborter er efter kommissionens skøn snarest beregnet for lavt, fordi der altid vil blive et stort antal ulovlige aborter, som ingen får kendskab til, idet de forløber ubemærket, delvis under helt andre diagnoser.

Til sammenligning kan det anføres, at den svenske kommission i sin betænkning side 227 anslår antallet af illegale aborter i Sverige i 1949 til mindst 10 000, idet man ved beregningen går ud fra, at indlæggelse på hospital kun finder sted i ca. 44 pct. af tilfældene, og at de spontane aborter udgør 10 pct. af samtlige svangerskaber. Det bemærkes dog, at beregningen er behæftet med megen usikkerhed.

Til belysning af den stedfundne udvikling her i landet kan iøvrigt oplyses, at antallet af hospitalsbehandlede aborter (herunder både lovlige svangerskabsafbrydelser, spontane aborter og ulovligt fremkaldte aborter) udgjorde (efter *V. Oram* 1940—46\*\*) og *M. Fenger* og *Marie Lindhardt* 1947—50):

1940.....	5 467	1946.....	13 026
1941.....	6 505	1947.....	14 478
1942.....	7 624	1948.....	15 550
1943.....	9 071	1949.....	16 125
1944.....	10 348	1950.....	16 320
1945.....	12 480		

Stigningen i de hospitalsbehandlede aborters antal er imidlertid ikke ensbetydende med en tilsvarende stigning i de ulovlige svangerskabsafbrydelsers antal. Fradrages de lovlige svangerskabsafbrydelser, jfr. afsnit A, bliver tallene således:

1940.....	4 945	1946.....	11 096
1941.....	5 986	1947.....	12 238
1942.....	6 800	1948.....	13 007
1943.....	8 094	1949.....	12 700
1944.....	9 062	1950.....	12 219
1945.....	10 903		

Desuden må det tages i betragtning, at der uden tvivl i de nævnte år er sket hospitalsindlæggelse i en stadig stigende del af aborttilfældene (både de spontane og de ulovligt fremkaldte aborter). Denne anta-

\*) Jfr. Mogens Fenger og Marie Lindhardt: Om antallet af aborter i Danmark 1940—50, Ugeskrift for Læger, *114*, 617, 1952.

\*\*) Jfr. V. Oram: Abortdødeligheden i Danmark 1940—46, Ugeskrift f. Læger, *111*, 201, 1949.

gelse stemmer med sygehusenes erfaringer på andre områder, og for de ulovligt fremkaldte aborters vedkommende er denne udvikling sikkert i høj grad fremmet ved erfaringerne om, at hospitalsindlæggelse efter en ulovligt fremkaldt abort ikke resulterer i anmeldelse til politiet. Det er erfaringen fra talrige straffesager, at mange af de personer, der i større omfang har indladt sig på fremkaldelse af ulovlige aborter, i de senere år har tilrådet kvinderne at tilkalde læge med henblik på indlæggelse på sygehus, såsnart indgrebet resulterede i en begyndende abort.

At hospitalsindlæggelse efter ulovlig abort som antaget er sket mindre hyppigt i de første af de ovenfor angivne år, ses allerede deraf, at alene de spontane aborter (når disses antal sættes til ca. 6 pct. af samtlige graviditeter) i 1940—42 i forhold til det samlede antal hospitalsindlæggelser efter abort (bortset fra lovlige svangerskabsafbrydelser) udgjorde omkring 90 pct., medens den tilsvarende procent i 1948—50 kun var omkring 46.

De hospitalsbehandlede aborter, herunder både *lovlige svangerskabsafbrydelser, spontane og ulovligt fremkaldte aborter* i 1948—50 har efter en af læge *Mogens Landgreen Jensen* foretagen undersøgelse fordelt sig på de forskellige dele af landet med følgende antal *pr. 100 svangerskaber*.

	1948	1949	1950
Hovedstadsområdet . . . . .	26,6	28,7	28,7
Roskilde amt . . . . .	17,2	17,6	16,4
Frederiksborg amt . . . . .	14,0	17,1	16,0
Holbæk amt . . . . .	12,8	11,9	11,0
Sorø amt . . . . .	11,2	11,8	12,2
Præstø amt . . . . .	15,6	13,5	14,7
Bornholms amt . . . . .	9,6	9,6	8,5
Maribo amt . . . . .	11,6	13,0	14,1
Svendborg amt . . . . .	10,1	12,6	13,8
Odense amt . . . . .	11,1	12,3	12,0
Vejle amt . . . . .	11,6	12,0	13,2
Skanderborg amt . . . . .	9,8	12,4	12,5
Aarhus amt . . . . .	15,0	16,3	16,6
Randers amt . . . . .	9,9	11,3	11,1
Aalborg amt . . . . .	10,6	12,4	13,3

	1948	1949	1950
Hjørring amt . . . . .	9,3	11,3	11,3
Thisted amt . . . . .	7,4	9,2	8,5
Viborg amt . . . . .	7,9	8,8	8,8
Ringkøbing amt . . . . .	9,1	9,2	9,5
Ribe amt . . . . .	10,3	10,8	11,3
Sønderjyske amter . . . . .	10,4	11,8	11,1
hele landet . . . . .	15,4	16,8	17,0
landet ÷ hovedstaden . . . . .	11,1	12,2	12,4

Når der bortses fra de lovlige svangerskabsafbrydelser, (jfr. om disse afsnit A, skema 1), fordelte resten af de hospitalsbehandlede aborter, altså *spontane og ulovligt fremkaldte aborter*, sig på de forskellige dele af landet med følgende antal *pr. 100 svangerskaber*:

	1948	1949	1950
Hovedstadsområdet . . . . .	22,6	22,9	21,7
Roskilde amt . . . . .	14,0	14,0	12,1
Frederiksborg amt . . . . .	11,3	13,4	11,2
Holbæk amt . . . . .	11,3	9,7	8,0
Sorø amt . . . . .	8,9	8,5	9,1
Præstø amt . . . . .	13,5	10,8	10,3
Bornholms amt . . . . .	9,2	9,1	7,6
Maribo amt . . . . .	8,3	9,2	9,5
Svendborg amt . . . . .	7,6	8,4	8,8
Odense amt . . . . .	8,1	8,3	8,1
Vejle amt . . . . .	9,1	8,8	9,3
Skanderborg amt . . . . .	8,0	9,9	9,3
Aarhus amt . . . . .	12,6	13,1	12,5
Randers amt . . . . .	8,4	8,3	7,4
Aalborg amt . . . . .	9,7	10,8	11,1
Hjørring amt . . . . .	7,9	8,9	8,0
Thisted amt . . . . .	6,3	8,2	7,5
Viborg amt . . . . .	6,8	7,1	7,0
Ringkøbing amt . . . . .	8,2	8,2	8,6
Ribe amt . . . . .	8,1	8,1	8,5
Sønderjyske amter . . . . .	8,5	8,8	8,5
hele landet . . . . .	12,9	13,2	12,7
landet ÷ hovedstad . . . . .	9,1	9,5	9,1

### C. Indikationsstillingen.

Ifølge § 3 i svangerskabsloven af 1939 må svangerskabsafbrydelse kun foretages af en autoriseret læge efter samråd med en anden autoriseret læge, i almindelighed kvindens sædvanlige læge.

I praksis blev det naturligt den kirurgiske (gynækologiske) overlæge som den, der skulle foretage indgrebet, der blev den ene af de to læger i det nævnte samråd. Disse læger viste sig ofte utilbøjelige til at udføre indgrebene, medmindre indikationen støttede sig på undersøgelser af kvinden enten hos en speciallæge eller på en specialafdeling eller hos en mødrehjælpsinstitution, idet adskillige af de lidelser, som anførtes til støtte for disse indgreb, var lidelser udenfor de kirurgiske specialer.

Talmæssigt blev det de psykiatriske speciallæger, de psykiatriske hospitalsafdelinger og sindssygehospitalerne, som først og fremmest overtog indikationsstillingen, svarende til, at størsteparten af de lidelser, der betinger ansøgning om svangerskabsafbrydelse, var af psykiatrisk natur (se ovenfor i afsnit IV A om diagnoserne). Arbejdet med abort-indikationsstillingen blev en betydelig byrde for de psykiatriske specialafdelinger.

Kvindens sædvanlige læge, der i henhold til loven var tænkt som den anden læge i dette samråd, kom derfor ikke til at spille den rolle ved selve indikationsstillingen som forventet i loven. De praktiserende læger følte sig uden tvivl også selv usikre overfor indikationsafgrænsningen, idet den enkelte læge kun kunne få begrænsede erfaringer. Mange har endvidere givet udtryk for, at de ofte følte sig udsat for et stærkt pres fra de kvinder, der ønskede deres svangerskab afbrudt, et pres, som ofte kunne true med at forstyrre tillidsforholdet mellem patienten og lægen. De henviste derfor ofte kvinderne til hospitalerne, speciallægerne og efterhånden i ganske særlig grad til mødrehjælpsinstitutionerne.

Mødrehjælpsinstitutionerne kom således efterhånden til at spille en stadig stigende rolle ved indikationsstillingen og har i 1951 givet udtalelser i 80 pct. af tilfældene vedrørende lovlige svangerskabsafbrydelser.

Om udviklingen, der har ført frem hertil, bemærkes følgende:

Allerede før svangerskabsloven og loven om mødrehjælpsinstitutioner, da mødrehjælpen var en rent privat forening, modtog den en del henvendelser fra kvinder, der ønskede deres svangerskab afbrudt. I de fleste af disse tilfælde var dette ønske betinget såvel af lægelige forhold som af personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder. For at hjælpe disse kvinder såvel med hensyn til deres personlige og praktiske vanskeligheder som med hensyn til deres helbredsmæssige problemer oprettede mødrehjælpen allerede i 1936 en social-lægelig konsultation, ved hvilken der ansattes en gynækolog. De erfaringer, mødrehjælpen i disse år indhøstede, viste, at afgørelsen af et abortindgrebs betimelighed og berettigelse i de fleste tilfælde ikke kunne træffes af en social eller af en lægelig instans alene, men krævede et nært samarbejde mellem disse to instanser.

Under forhandlingerne på rigsdagen om den gældende svangerskabslov var det en forudsætning, at mødrehjælpsinstitutionerne indføjedes som et led i arbejdet med abortsøgende kvinder, og svangerskabslovens ikrafttræden blev udsat i 1½ år, indtil loven om mødrehjælpsinstitutioner var trådt i kraft, og mødrehjælpsinstitutioner var oprettet landet over.

Ved de to nævnte love blev der pålagt mødrehjælpsinstitutionerne visse opgaver overfor kvinder, der søger deres svangerskab afbrudt. Ifølge § 2 i svangerskabsloven skal mødrehjælpsinstitutionerne i de tilfælde, hvor der er tale om svangerskabsafbrydelse på grund af fare for liv eller helbred, betinget af andre forhold end sygdom, afgive attestation for, at der er givet kvinden fuld oplysning, dels om farerne ved og de mulige følger af en svangerskabsafbrydelse, dels om den bistand, der står til rådighed for kvinden selv eller det ventede barn. I overensstemmelse hermed pålagdes det ved mødrehjælpsloven institutionerne at optage forhandlinger med de kvinder, der henvender sig med ønsket om svangerskabsafbrydelse, på grundlag af de oplysninger, institutionerne i hvert enkelt tilfælde finder det fornødent at indhente. Det udtales, at institutionerne herved skal søge at afholde kvinderne fra overilede skridt og

give vejledning om til rådighed stående bistand og hjælpemidler samt give oplysning om farerne ved og de mulige følger af svangerskabsafbrydelse. Ved § 6 i lov om mødrehjælpsinstitutioner bestemmes det endvidere, at der skal være knyttet en læge til hver mødrehjælpsinstitution.

I de år, der er fulgt efter svangerskabslovens ikrafttræden, er der sket en betydelig stigning i antallet af kvinder, der henvises til mødrehjælpen.

Fra 168 i 1939—40 er antallet steget til ca. 9 550 i 1952—53. Særlig stor blev stigningen efter ikrafttrædelsen af svangerskabs-hygiejnloven af 1945, hvorved det pålagdes lægerne som en pligt at henviser kvinder, som søgte dem med ønske om svangerskabsafbrydelse på grund af personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder. Lægerne har i udpræget grad gjort brug af disse henvisninger, og i de senere år har mellem 80—90 pct. af de kvinder, der henvendte sig, været henvist af læger.

Såfremt mødrehjælpen alene havde beholdt sig til lovens formelle ordlyd, kunne mødrehjælpen have indskrænket sig til at afgive en attest om, at man havde søgt at afholde kvinderne fra overilede skridt og givet vejledning om de til rådighed stående hjælpemidler. Straks efter lovens ikraft-

træden anvendtes denne fremgangsmåde i nogle få tilfælde. Det viste sig imidlertid, at attesten af lægerne blev opfattet som udtryk for, at mødrehjælpen i alle tilfælde gik ind for svangerskabsafbrydelse. Dette kunne næppe være lovens mening. Hertil kom, at mødrehjælpen for at kunne vejlede og hjælpe disse vanskeligt stillede kvinder på rette måde og søge at afholde dem fra overilede skridt, nødvendigvis i hvert enkelt tilfælde måtte foretage dybtgående undersøgelser af såvel social som lægelig art. Denne udførlige sociale og lægelige redegørelse for baggrunden for kvindens ønske om svangerskabsafbrydelse og mødrehjælpen vurdering heraf stilledes til rådighed for de læger, der havde afgørelsen af og ansvaret for eventuel lovlig svangerskabsafbrydelse.

De lægelig-sociale redegørelser og skøn, som mødrehjælpen således siden 1939 på grundlag af sine undersøgelser har afgivet til de kirurgiske afdelinger, er blevet fulgt i vid udstrækning, således i 1952 for Storkøbenhavns vedkommende i 96 pct. af tilfældene.

Angående mødrehjælpen sociale arbejde med henblik på hjælp til svangerskabets gennemførelse skal man henviser til bilag 3 om „Nebbegaard“, bilag 4 om familierådgivning og bilag 5 om rådighedsbeløbet.

#### D. Baggrund og motiver for kvindernes ønske om svangerskabsafbrydelse.

I afsnit IV A er der givet oplysninger om civilstand, alder, børneantal m. v. for de kvinder, der har fået foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse. Fra mødrehjælpen i København foreligger følgende oplysninger om kvinder, der har søgt denne institution i anledning af ønske om at få deres svangerskab afbrudt (i det følgende betegnet „ansøgere“).

Der er siden svangerskabslovens ikrafttræden sket en ret betydelig forskydning fra ugifte til gifte kvinder. Mens i 1939—40 42 pct. af kvinderne var ugifte, faldt deres andel i 1945—46 til 33 pct. og i 1949—50 til 29 pct. Dette skyldes antagelig væsentligst, at de vanskeligheder, der først og fremmest betinger indikation for svangerskabsafbrydelse, i særlig grad gør sig gældende for de gifte kvinder, som allerede har flere børn.

Angående ansøgernes *børneantal* skal man henviser til nedenstående 2 tabeller fra mødrehjælpen i København.

Tabel I. Oversigt over antal hjemmeverende børn 1950—51:

antal børn:	ansøgere om svangerskabsafbrydelse		samtlige husstande i hovedstaden	
	antal	%	antal	%
ingen børn . . . . .	875*)	24,6	215 750	65,9
1 barn . . . . .	664	18,6	63 746	19,5
2 børn . . . . .	923	25,9	34 131	10,4
3—4 børn . . . . .	906	25,4	12 439	3,9
5 børn og flere . . . . .	196	5,5	1 247	0,3
ialt . . . . .	3 564	100	327 313	100

\*) Heraf 688 ugifte.

Af tabellen fremgår, at ca. 31 pct. af ansøgerne har 3 eller flere børn, medens kun 4,2 pct. af samtlige husstande i hovedstaden har et sådant børnetal.

Tabel II. Oversigt over ansøgernes tidligere graviditeter i 1940—41, 1945—46 og 1949—50.

	1940—41	1945—46	1949—50
1. og 2. gangs gravide	52 %	56 %	38 %
3.—5. gangs gravide	32 %	35 %	51 %
6. gangs gravide . . .	16 %	9 %	11 %
	100 %	100 %	100 %

Den sidste tabel viser, at medens 1. og 2. gangs gravide i 1940—41 udgjorde godt halvdelen af ansøgerne, udgjorde de 1. og 2. gangs gravide kun 38 pct. i 1949—50.

Aldersfordelingen viser ingen væsentligere forskydning bortset fra en relativ forøgelse af antallet ugifte kvinder under 20 år, som oprindeligt udgjorde 16 pct. af de ugifte ansøgere, men i 1949—50 udgjorde 25 pct. Samtidig er antallet af ugifte i aldersgruppe 20—24 år reduceret tilsvarende.

Tabel III. Den relative erhvervsfordeling blandt ansøgerne.

	1944—45	1949—50
husmødre . . . . .	41 %	52 %
fabriksarbejdere + syersker . . . . .	23 %	17 %
husassistenter + rengøringsassistenter . . . . .	14 %	9 %
kontorister, ekspeditricer og tjenestemænd . . . . .	18 %	9 %
andre + uoplyste . . . . .	4 %	13 %

Erhvervsfordelingen afspejler udviklingen, idet husmødrene andrager en stigende del af klienterne.

Tabel IV. Indtægtsforhold for gifte ansøgere i 1950—51.

ægteparrets samlede årlige indtægt:	antal	%
uden indtægt . . . . .	6	0,3
under 1 200 . . . . .	1	0,1
1 200—2 400 . . . . .	5	0,3
2 400—3 600 . . . . .	25	1,3

ægteparrets samlede årlige indtægt:	antal	%
3 600—4 800 . . . . .	66	3,5
4 800—6 000 . . . . .	146	7,8
6 000—8 400 . . . . .	786	42,0
8 400—10 800 . . . . .	433	23,1
10 800 og derover . . . . .	404	21,6
uden nærmere oplysning	1 872	100
om årsindtægten . . . . .	376	
ialt . . . . .	2 248	

Den gennemsnitlige indkomst for mandlige forsørgere i hovedstaden var i 1950 9 955 kr. efter fradrag af betalte skatter og forsikringspræmier. Det fremgår af tabellen, at over halvdelen af mødrehjælpens gifte ansøgere har en samlet indtægt, der ligger under 8 400 kr., altså betydeligt under denne gennemsnitsindtægt, og så må man endda tage i betragtning, at der ikke er foretaget fradrag af skatter og forsikringspræmier i mødrehjælpens materiale.

Tabel V. Boligforhold for ansøgerne i 1950—51.

personer pr. værelse	antal	%
under 0,3 . . . . .	6	0,2
0,31—0,5 . . . . .	54	1,9
0,51—1,0 . . . . .	709	24,9
1,01—1,5 . . . . .	581	20,4
1,51—2,0 . . . . .	849	29,8
2,01—2,5 . . . . .	319	11,2
2,51—3,0 . . . . .	214	7,5
3,01—4,0 . . . . .	85	3,0
4,01 og derover . . . . .	30	1,1
	2 847	100
Andre og uden nærmere oplysning . . . . .	717	
ialt . . . . .	3 564	

Som „overbefolkede“ betegnes lejligheder med mere end 2 beboere pr. værelse. Der er i mødrehjælpens materiale kun medregnet ansøgere, der har selvstændig lejlighed eller selvstændigt værelse.

Af materialet fremgår, at ca. 23 pct. af ansøgerne bor i overbefolkede lejligheder. Til sammenligning kan anføres, at ca. 4 pct. af alle lejligheder i hovedstaden (iflg. Stati-

stisk Årbog for 1952) må betegnes som overbefolkede.

Tabel VI. Motiverne for abortønsket i 1945—47.

	antal	%
<i>Gruppe 1: Overvejende lægelige motiver.</i>		
moderens helbred . . . . .	679	26,8 %
frygt for arvelig belastning .	142	5,6 %
talrige fødsler, udslidthed ..	138	5,4 %
frygt for vanskelig fødsel ..	38	1,5 %
ialt gruppe 1 . . . . .	997	39,3 %
<i>Gruppe 2: Overvejende personlige motiver.</i>		
dårligt ægteskab . . . . .	181	7,1 %
svigtet af barnefaderen . . . .	99	3,9 %
ægteskab med barnefaderen udelukket . . . . .	89	3,5 %
ægtemanden (el. kæresten) ikke barnefader . . . . .	79	3,1 %
ung alder . . . . .	70	2,8 %
skam . . . . .	60	2,4 %
hensyn til forældre . . . . .	41	1,6 %
ulyst til at få børn . . . . .	28	1,1 %
hensyn til børn . . . . .	25	1,0 %
ægtemandens el. barnefaderens helbred dårligt . . . .	25	1,0 %
krænkelse af kvindens kønsfrihed . . . . .	22	0,9 %
høj alder . . . . .	11	0,4 %
andre forhold . . . . .	41	1,6 %
ialt gruppe 2 . . . . .	771	30,4 %
<i>Gruppe 3. Overvejende sociale og økonomiske motiver.</i>		
dårlige økonomiske forhold . .	664	26,2 %
frygt for at miste arbejde eller afbryde uddannelse . .	61	2,4 %
bolignød . . . . .	42	1,7 %
ialt gruppe 3 . . . . .	767	30,3 %
ialt gruppe 1, 2 og 3 . . . . .	2 535	100,0 %

Motiverne har gennem alle årene delt sig i 3 omtrent lige store grupper. For godt en trediedel er motivet sygelige tilstande, for knap en trediedel personlige vanskeligheder og for knap en trediedel er årsagen navnlig økonomiske byrder.

I langt de fleste tilfælde er vanskelighederne af blandet natur, idet både helbredsmæssige, personlige og økonomisk-sociale forhold gør sig gældende.

Med hensyn til det omfang, i hvilket der er stillet indikation for svangerskabsafbrydelse, kan det oplyses, at dette i årene siden 1944 har varieret mellem 38 og 44 pct. af ansøgerne, medens procenten i de første år efter lovens gennemførelse lå noget lavere, hvilket bl. a. stod i forbindelse med, at mødrehjælpen i de første år søgtes af relativt flere ugifte, for hvem der som bekendt sjældnere findes indikation, end når det drejer sig om gifte.

Man har foretaget undersøgelser over, i hvilket omfang de kvinder, der ikke får foretaget svangerskabsafbrydelse, gennemfører deres svangerskab. Dette gjaldt i 1952 i København 68 pct. af tilfældene, i provinsen ca. 80 pct. af tilfældene.

Ved mødrehjælpsinstitutionen i København har man for at få et indtryk af lovgivningens virkninger på længere sigt i det enkelte tilfælde ved læge Henrik Hoffmeyer foretaget en lægelig-social efterundersøgelse af ca. 500 kvinder, som i 1943 henvendte sig til mødrehjælpen med ønsket om lovlig svangerskabsafbrydelse. 65 eller 26 pct. af de kvinder, der havde fået afslag på ønsket om lovlig svangerskabsafbrydelse, aborterede inden fødslen, men kun 21 af disse indrømmede, at aborten var kriminel. For 39's vedkommende måtte institutionen ved efterundersøgelsen skønne, at aborten virkelig havde været spontan. Selvom dette næppe er sandsynligt, har man dog indtryk af, at påfaldende mange af disse kvinder aborterer spontant. Undersøgelsen af barnets skæbne i de tilfælde, hvor der er givet afslag på lovlig svangerskabsafbrydelse, og hvor svangerskabet derefter er blevet gennemført, viser, at langt de fleste af børnene bliver hos moderen, idet kun 11 pct. bortadopteres. 2,7 pct. er dødfødte, medens tallet for dødfødte ved alle fødsler i København de sidste år ligger omkring 1,8 pct. 9,4 pct. døde i første leveår, hvilket er 2 til 3 gange mere, end man skulle vente, idet dødeligheden i det første leveår i København i 1943 var 3,6 pct. For de kvinder, der har gennemført svangerskabet, er det dominerende indtryk, at de nu er glade for deres barn; kun i ganske få til-



fælde mødte man en mere unaturlig indstilling, i reglen betinget af en vis sjælelig fejludvikling. Selvom disse kvinder imidlertid er glade for deres barn nu, fastholder langt de fleste dog, at deres forhold på henvendelsestidspunktet og senere har været så vanskelige, at svangerskabet burde have været afbrudt. Blandt de kvinder, der har fået foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse, er langt den overvejende part udelte tilfredse hermed. Kun i 15 tilfælde er der

tale om en mere kompliceret stillingtagen. Kun nogle få af disse fortryder afgørende, at indgrebet blev foretaget. Af de 15 har iøvrigt de 5 fået foretaget afbrydelse på ren eugenisk indikation, og eugeniske forhold har spillet en væsentlig rolle ved flere af de resterende afbrydelser. Endelig har det i enkelte tilfælde drejet sig om psykopatiske kvinder eller sinker, hvis øjeblikkelige bedømmelse man måske ikke kan tillægge alt for stor vægt.

### E. Årsagerne til stigningen i antallet af svangerskabsafbrydelserne.

Ved en gennemgang af det foreliggende statistiske materiale og oplysningerne fra mødrehjælpen ses, at antallet af *lovlige afbrydelser* er steget fra 522 i 1940 til 5 031 i 1952 eller til ca. det 10-dobbelte, medens antallet af de *hospitalsbehandlede svangerskabsafbrydelser* i tiden fra 1940 til 1950, når man bortser fra de lovlige, er steget fra 4 945 til 12 219 eller ca. 2,5 gange så mange.

Med hensyn til antallet af *ulovlige svangerskabsafbrydelser* er man på usikker grund, idet det ikke er muligt at fastslå antallet. Den tidligere svangerskabskommission anslog da skønmæssigt tallet til at ligge mellem 1 000 og 2 000, medens et mindretal anslog antallet til mindst 6 000. Nu anslår man tallet til at ligge omkring 13 000, jfr. ovenfor i afsnit IV B. Selvom disse tal må tages med alt muligt forbehold, fremkalder den utvivlsomme stigning dog alvorlige overvejelser, men man må dog i denne forbindelse ikke glemme, at antallet af fødsler i samme periode er steget fra 70 121 til 76 559 årlig.

Som grundlag for overvejelserne må man vel først undersøge, hvilke kategorier af kvinder der søger og opnår lovlig svangerskabsafbrydelse.

Hvis man på stigningstallet for de lovlige afbrydelser (ca. 4 200 til 1951) overfører den samme procentfordeling, som konstateres på hele tallet for 1951, vil disse 4 200 lovlige afbrydelser fordele sig på 3 300 gifte, 600 ugifte og ca. 300 fraskilte og separerede kvinder. Af statistikken kan videre ses, at næsten 98 pct. af de gifte kvinder tidligere havde født, og at 64,6 pct. havde flere end 3 børn.

Af mødrehjælpens oplysninger ses, at langt den største del af de kvinder, der søger foretaget lovlig svangerskabsafbrydelse, lever under meget små indtægtsforhold, og at der er sket en væsentlig forholdsmæssig forøgelse af antallet af de kvinder, der er beskæftiget alene som husmødre.

I 1944—45 udgjorde disse kvinders antal 41 pct. mod i 1949—50 52 pct. af de kvinder, der gennem mødrehjælpen søgte bistand til lovlig svangerskabsafbrydelse.

Hvis man ser på grundlaget for de lovlige afbrydelser, finder man en betydelig stigning i tilladelser, begrundet i psykiske lidelser og i svangerskabslovens § 1, jfr. § 2, medens man for de øvrige medicinske og de etiske indikationer ikke finder nogen væsentlig stigning, og en moderat stigning inden for de eugeniske indikationer.

Man må altså gå ud fra, at den betydeligste stigning i antallet af svangerskabsafbrydelser ligger blandt ret fattige, gifte kvinder med flere børn, og at grundlaget for tilladelsen til lovlig svangerskabsafbrydelse i ca. 75 pct. af tilfældene kan søges i psykiske lidelser, ofte forbundet med og uddybet gennem ringe sociale kår, dårlige boligforhold, udslidthed og flere børnefødsler.

Da denne kategori af kvinder fandtes i lige så stort, ja måske i større omfang i 1940 end i 1951, kan man sikkert ikke søge årsagerne til stigningen i en forværring af disse kvinders kår, men vel snarere i en mentalitetsændring, såvel hos kvinderne som hos de behandlende læger. Den resignation, den „finden sig i skæbnen“ og „laden stå til“, som tidligere var almindelig hos ikke helt unge kvinder, er vel på alle områder afløst af en sikkert sundere livs-

vilje og et større krav om menneskeværdige kår både for dem selv og de allerede fødte børn. Hos de behandlende læger er der samtidig udviklet en større forståelse og interesse for det psykiatriske arbejde og en tilsvarende mulighed for at konstatere psykiske lidelser og bedømme disse lidelsers fremtidsudsigter og mulighederne for at helbrede dem. Videre må sikkert også nævnes, at hele befolkningen og især den mindrebevidlede del nu hyppigere aflægger lægesøg og har større tillid til, at læger forstår deres psykiske lidelser og de sociale vilkårs betydning for disse lidelser.

Endelig kan vel også nævnes, at de dårligere stillede, navnlig blandt landbefolkningen, først efterhånden har fået kendskab til de muligheder, den nugældende svangerskabslov åbner for hjælp, når kvinden er syg eller overbelastet og udslidt.

Årsagen til stigningen i antallet af svangerskabsafbrydelser kan således ikke findes i en enkelt faktor, men må ses som resultatet af en række samvirkende faktorer, hvoraf her kun er nævnt nogle få.

Der er enighed i kommissionen, bortset fra forfatteren til afsnit XIV, om, at års-

gen til stigningen derimod *ikke* kan søges i en fejlagtig fortolkning af lovens bestemmelser eller i en mere eller mindre bevidst tendens til omgåelse af lovens bestemmelser hos kirurger eller psykiatere, endsiige at mødrehjælpinstitutionerne skulle have medvirket til at skabe en stigning i antallet af svangerskabsafbrydelser.

Tværtimod er det kommissionens overbevisning, støttet af alle de oplysninger, kommissionen har været i besiddelse af, at lægestanden med den største samvittighedsfuldhed har søgt at foretage det overordentlig vanskelige skøn, som loven har pålagt den i disse sager, og at mødrehjælpen har gjort et meget betydeligt individuelt og psykologisk rådgivningsarbejde og med de forhåndenværende midler også har støttet kvinder, der ønskede svangerskabsafbrydelse, økonomisk og menneskeligt, for at de i de tilfælde, hvor de har fået afslag på deres ønske om afbrydelse, kunne gennemføre svangerskabet, ligesom mødrehjælpen ved løfter om og faktisk ydet hjælp har formået mange kvinder til at opgive ønsket om afbrydelse og har fået dem til at gennemføre svangerskabet.

## Bistand i anledning af svangerskab.

Da kommissionens medlemmer som nævnt er af den opfattelse, at det forebyggende arbejde er af den største betydning, har man søgt at få klarlagt de væsentligste årsager til, at kvinderne ønsker at få deres svangerskab afbrudt. Det fremgår som tidligere anført af oplysninger fra mødrehjælpen i København, at baggrunden for henvendelserne til denne institution om svangerskabsafbrydelse i ca.  $\frac{1}{3}$  af tilfældene hovedsagelig har været helbredsmaessige problemer (sygdom, udslidthed o. lign.), i ca.  $\frac{1}{3}$  tilfælde hovedsagelig personlige forhold (vanskeligheder i forholdet til ægtemand, kæreste, forældre etc.), og i ca.  $\frac{1}{3}$  tilfælde hovedsagelig praktiske og økonomiske problemer. Denne gruppering er foretaget efter de motiver, der for kvinden træder mest i forgrunden. Ofte er det dog vanskeligt at fastslå, hvilke grunde der må betragtes som hovedårsag til ønsket om svangerskabsafbrydelse, og der er således ikke tale om nogen skarp afgrænsning mellem grupperne.

Da årsagerne i så stort et antal tilfælde er af social, økonomisk og personlig karakter, bør der efter kommissionens opfattelse fra samfundets side sættes afgørende ind på en forbedring af de svangre kvinders forhold med det mål at lette gennemførelsen af svangerskabet og forebygge, at ønsket om afbrydelse af dette opstår.

Kommissionen har derfor på grundlag af den ovennævnte gruppering foretaget en gennemgang af de lægelige, sociale og økonomiske foranstaltninger, der kan være af betydning.

A. Hvor *helbredsmaessige forhold* spiller ind som afgørende eller medvirkende årsag til kvindens ønske om svangerskabsafbrydelse, må der iværksættes foranstaltninger af lægelig art, hvad enten det er behandling af fysiske eller psykiske lidelser eller aflastende foranstaltninger. Der skal også peges på de

forhold, hvorunder selve fødslen foregår, ligesom der indledningsvis skal fremføres nogle bemærkninger om de profylaktiske opgaver, selvom disse sidste næppe kan siges at være direkte abortforebyggende.

Selve den profylaktiske helbreds kontrol er lagt i faste rammer, idet der ved lov af 1. december 1945 om svangerskabshygiejne er sikret alle gravide kvinder ret til indtil 10 gratis helbredsundersøgelser hos læge og jordemoder i forbindelse med svangerskab og fødsel.

Den her i landet eksisterende organisation af sundhedsvæsenet giver enhver kvinde adgang til behandling af sygdom under og i forbindelse med svangerskab og fødsel. Det vil dog være af afgørende betydning, om der i langt videre omfang var praktisk mulighed for behandling af psykiske og nervøse lidelser, ikke mindst af depressive tilfælde og udprægede overbelastningstilfælde. Kommissionen sætter sin lid til den udbygning med åbne afdelinger indenfor sindsygehospitalet og psykiatriske sygehusafdelinger, der er i gang, men desuden skal man fremhæve betydningen af særlige behandlings- og rekreationshjem for gravide kvinder.

Man skal i denne forbindelse henlede opmærksomheden på det hjem for gravide kvinder, som mødrehjælpsinstitutionen i København har drevet siden begyndelsen af 1951. Om dette hjem, der efter det af mødrehjælpen oplyste i høj grad har virket abortforebyggende, henvises til beretningen i bilag 3. Kvinderne er normalt på hjemmet i 4—6 uger, hvor de under hjemlige forhold i gode omgivelser får den fornødne ro og hvile; et ugentligt tilsyn af psykiater og socialrådgiver søger at hjælpe kvinderne med deres vanskeligheder. Et sådant hjem vil samtidig være egnet til observation, før stilling tages til spørgsmålet om, hvorvidt indikation for svangerskabsafbrydelse fore-

ligger eller ej. Denne funktion vil dog delvis være afhængig af, at man i praksis forlader den hidtidige fejlagtige fortolkning af svangerskabslovens § 1, stk. 2, hvorefter den for afbrydelse på etisk og eugenisk indikation fastsatte 3 måneders grænse er anset for gældende også ved de medicinske indikationer, se herom betænkningens afsnit VII C.

Der bør efter kommissionens opfattelse oprettes flere hjem af denne art. Da det, som det fremgår af bilaget, ikke vil være hensigtsmæssigt, at kvinderne medbringer deres børn på rekreativhjem som de nævnte, vil det ofte være nødvendigt, at der træffes foranstaltninger til pasning af børnene. I et vist omfang kan spørgsmålet løses ved husmoderafløsere (se herom nedenfor), men i en række tilfælde må der fremskaffes særlige anbringelsesmuligheder. Det vil her anses for praktisk, at mødrehjælpsinstitutionen skaffer anbringelsesmuligheder for de ikke-skolesøgende børn i børnekolonier og lignende. Mødrehjælpen har i en periode været i stand til at følge denne fremgangsmåde og har indtryk af, at det er langt lettere at få mødrene til at reflektere på tilbudet om rekreation, når man samtidig tager sig af deres børn.

For den overanstrengte eller på anden måde helbredsmæssigt svækkede svangre kvinde vil en hushjælp ofte være af afgørende betydning.

Der kan være tale såvel om daglig hjælp som om en aflastning et par gange ugentlig i en, eventuelt flere perioder, f. eks. i første og sidste del af svangerskabet og efter fødslen. Hjælpen må ofte ydes i forholdsvis lange perioder. Navnlig hvis det drejer sig om langvarig hjælp, kan det være nødvendigt at yde hjælpen gratis, idet familiens budget kan være hårdt belastet på grund af det ventede barn.

I en del tilfælde vil den ønskede hjælp kunne ydes efter loven om husmoderafløsning. Efter denne lov kan der i sygdomstilfælde ydes husmoderafløsning. Hjælpen ydes normalt i 14 dage, men der er en mulighed for efter behov at forlænge perioden. I praksis ydes hjælpen daglig, enten som heldagshjælp eller nogle timers hjælp. Husmoderafløsningen ydes gratis til ubemidlede, medens der iøvrigt betales efter nogle af arbejds- og socialministeriet fast-

satte vejledende regler. Det har vist sig, at en del hjem af økonomiske grunde holder sig tilbage fra at søge denne hjælp.

Selv om der efter loven om husmoderafløsning er mulighed for at tage visse individuelle hensyn, vil man, hvor det drejer sig om syge gravide kvinder og barselpatienter, kunne blive stillet overfor sådanne specielle behov, at det vil være vanskeligt at opfylde dem gennem den almindelige husmoderafløsning.

Kommissionen skal foreslå, at hjælp til syge gravide kvinder og barselpatienter ydes gennem loven om husmoderafløsning ved samarbejde mellem mødrehjælpen, kvindens læge og lederen af den almindelige husmoderafløsning, og at der stilles et beløb til rådighed for mødrehjælpen i tilfælde, hvor hjælp ikke kan ydes gennem loven om husmoderafløsning.

For de kommuners vedkommende, hvor der ikke er gennemført husmoderafløsning, må den fornødne hjælp ydes direkte ved mødrehjælpens foranstaltning.

Adskillige gravide trænger til lægebehandling, der medfører ordinationer af forskellig art, omfattende såvel medicin som f. eks. gummistrømper. Der ydes kun i ringe omfang hjælp hertil gennem sygekasserne. Kommissionen anser det for påkrævet, at mødrehjælpsinstitutionerne, som hidtil kun i meget ringe omfang har kunnet sætte ind på disse områder, gennem rådighedsbeløb sættes i stand til i samråd med kvindens læge at yde disse behandlingsmidler og medicamenter i det omfang, der ikke fra anden side kan ydes den svangre kvinde hjælp dertil. Selvom disse behandlingsmidler ikke kan siges at være direkte abortforebyggende, kan de dog lette hendes situation og give hende større trykthed og arbejdsdygtighed og således være medvirkende til, at hun afstår fra sit ønske om abort.

Skønt passende tandbehandling under svangerskabet i dag anses som nødvendig, er der ikke nogen almindelig adgang hertil. En del sygekasser yder betydelig støtte til tandbehandling, men navnlig for en del landkommuner er dette ikke tilfældet. Det var ønskeligt, om en sådan tandbehandling kunne sikres gravide kvinder.

Forsåvidt angår selve fødslen er der i henhold til den gældende lovgivning sikret alle kvinder betryggende jordemoder- og læge-

hjælp, det være sig i eller udenfor deres hjem, men kommissionen skal pege på betydningen af, at der i noget videre omfang gives adgang til fødsel udenfor hjemmet. En sådan adgang vil virke beroligende for den kvinde, for hvem frygten eller bekymringen for fødslen, det være sig på grund af helbredsmæssige eller rent ydre forhold, f. eks. overbefolket eller dårlig lejlighed, har været medvirkende til ønske om svangerskabsafbrydelse. Angående dette spørgsmål må kommissionen imidlertid henvise til det af indenrigsministeriet nedsatte udvalg vedrørende fødselshjælp.

*B.* Hvor ønsket om svangerskabsafbrydelse har været begrundet i *personlige forhold*, har det drejet sig om meget varierende personlige problemer.

I disse mangeartede personlige problemer er det af største betydning, at mødrehjælpsinstitutionerne kan sætte ind med en positiv, forstående og indsigtfuld støtte, opmuntning og vejledning, navnlig fordi mange af kvinderne står meget ensomt med deres problemer.

Den personlige rådgivning må individualiseres i meget høj grad. Den kræver megen tid, ofte kontakt over en længere periode med en række samtaler med kvinden selv og tit også med hendes pårørende, ægtefælle, kæreste, forældre og arbejdsgiver, således at kvinden virkelig får følelsen af, at der er et sted, hvor hun kan henvende sig og drøfte sine problemer, efterhånden som de opstår. Mødrehjælpsinstitutionen i København har i de senere år forsøgsvis optaget en videregående undersøgelse og rådgivning (familierådgivning), hvortil der i fornødent omfang medvirker psykiater og psykolog. Man arbejder her med forskellige problemer vedrørende hjemmets forhold, seksuelle vanskeligheder, problemer hidrørende fra en ægtefælles drikkædighed eller vedrørende børnene. Man henviser til bilag 4 om den omhandlede familierådgivning.

Det bærende princip i arbejdet er den personlige hjælp og støtte i forbindelse med den lægelige og psykologiske vejledning. Rådgivningen bygger samtidig på mødrehjælps almindelige hjælpeforanstaltninger og muligheder for at yde økonomisk hjælp; budgetlægning og mere rationel tilrettelæggelse af arbejdet i hjemmet, eventuelt

med særlige hjemkonsulenter, har erfaringsmæssigt ligeledes vist sig at være af værdi. For ikke få familier er situationen gennem familierådgivningen forandret på afgørende vis.

Denne rådgivning har vist sig at være af overordentlig stor betydning i arbejdet med kvinder, for hvem ægteskabelige eller andre familiemæssige problemer har været årsagen til et ønske om svangerskabsafbrydelse, og erfaringerne i den københavnske institution har vist, at den har stor abortforebyggende virkning.

Selvom en familierådgivning må blive ret bekostelig på grund af den tid, der medgår hertil, og den kvalificerede arbejdskraft, der er nødvendig, må kommissionen derfor anbefale, at der åbnes mulighed for, at også mødrehjælpsinstitutionerne i provinsen i fornødent omfang kan tage et sådant arbejde op. Ved den kontakt, man herved får med familien, vil man også få bedre mulighed for at sikre sig en effektiv gennemførelse af svangerskabsforebyggende forholdsregler.

For ugifte og andre enligstillede mødre er der særlige vanskeligheder. Det kan være nødvendigt at yde bistand i forholdet til forældre og andre pårørende, barnets far eller arbejdsgiveren. Ofte vil en støtte og kontakt under hele svangerskabet og i den første tid efter fødslen være nødvendig, tit i forbindelse med hjælp til igangsætning, uddannelse m. v., jfr. nedenfor.

De personlige vanskeligheder for enligstillede svangre kvinder beror i høj grad på en mere almen indstilling i samfundet overfor deres forhold. Såfremt der i samfundet kunne udvikles en ændret og mere forstående indstilling overfor disse kvinder, ville derved et betydeligt antal svangerskabsafbrydelser kunne undgås.

For det første vil det være af betydning, at den ugifte moders stilling i social og økonomisk henseende forbedres (jfr. iøvrigt nærmere afsnit C), og at det almindelige syn på en sådan kvinde ændres, således at hun respekteres som et i enhver henseende ligeberettiget medlem af samfundet. Selvom der i de sidste årtier er sket fremskridt på dette område, er der dog endnu langt igen.

For det andet burde det tages under overvejelse, om man gennem undervisning i skoler, ungdomsskoler og lignende kan bidrage til hos mænd at udvikle en større

ansvarsbevidsthed overfor den svangre kvinde. Altfor hyppigt er manden sig ikke dette ansvar tilstrækkelig bevidst, og i talrige tilfælde forsømmer han endog de simpleste forpligtelser overfor den kvinde, han har besvangret. Dette problem er så alvorligt, at man burde sætte kraftigt ind på at søge situationen ændret.

C. Hvor ønsket om svangerskabsafbrydelse skyldes *praktiske og økonomiske problemer*, bliver der spørgsmål dels om *almene foranstaltninger*, som tilsigter at forbedre mødrenes stilling, dels om *individuel hjælp*, som stilles til rådighed efter et skøn i det enkelte tilfælde.

En virkelig rationel udvidelse af de almene hjælpeforanstaltninger, jfr. herom nedenfor, må uden tvivl virke i retning af at formindske det antal, hos hvem ønske om svangerskabsafbrydelse opstår, ligesom muligheden for at henvise til sådanne foranstaltninger vil være et virksomt middel for de hjælpende institutioner. Disse hjælpeforanstaltninger har den fordel, at de vil komme alle kvinder til gode og ikke blot den mindre gruppe, der ønsker deres svangerskab afbrudt.

Samtidig må det dog stærkt understreges, at der — uanset tilstedeværelsen af almene hjælpeforanstaltninger — utvivlsomt altid vil være et ikke ubetydeligt antal kvinder, for hvem et svangerskab i den konkrete situation vil være — eller føles som — en så stor byrde, at kun en individuelt tilpasset hjælp kan få et sådant omfang og en sådan karakter, at den kan få direkte abortforebyggende betydning. Ud fra et retfærdighedssynspunkt vil det kunne hævdes, at der er noget urigtigt i, at kvinder, som søger deres svangerskab afbrudt, får en hjælp, som ikke ydes andre gravide kvinder. Det må dog i denne forbindelse fremhæves, at det ikke efter den gældende lovgivning er nogen betingelse for opnåelse af individuel støtte gennem mødrehjælpen, at ønske om svangerskabsafbrydelse er fremsat.

#### *Almene hjælpeforanstaltninger.*

##### 1) Støtte i anledning af fødslen.

Reglerne i folkeforsikringsloven og loven om offentlig forsorg har sikret kvinderne fuldt forsvarlig læge- og jordemoderhjælp ved fødslen, ligesom svangerskabshygien-

loven har givet alle gravide kvinder adgang til gratis at få de fornødne helbredsundersøgelser under svangerskabet. Endvidere sikrer loven om mælkehjælp af 4. juli 1946 gravide kvinder og mødre med spæde børn et vigtigt ernæringsmæssigt tilskud, for så vidt de opfylder de økonomiske betingelser for at være nydende medlemmer af en sygekasse.

Den gældende lovgivning har derimod ikke i tilstrækkeligt omfang sikret moderen den nødvendige pasning under svangerskabet og ej heller givet tilstrækkelig hjælp til dækning af de direkte udgifter ved nyanskaffelser til det spæde barn.

Vedrørende pasning af moderen i barselperioden er den tidligere omtalte lov om husmoderafløsning et vigtigt skridt.

Bortset fra særbestemmelserne i folkeforsikringsloven om dagpenge til fabriksarbejdende kvinder m. fl. og tjenestemandenslovens og funktionærlovens bestemmelser om hel eller delvis løn under forsømmelse i forbindelse med svangerskab, udgår den direkte økonomiske hjælp i forbindelse med svangerskab og fødsel for tiden alene fra mødrehjælpsinstitutionerne.

I henhold til § 1, stk. 4, i lov om mødrehjælpsinstitutioner er der således mulighed for, at disse institutioner i et vist omfang kan give hjælp til spædbørnsudstyr. Det beløb, der i 1952/53 har været stillet til institutionernes rådighed til dette formål, har udgjort ca. 1¼ million kroner, og man har i hele landet kunnet uddele spædbørnstøj til 11 346 ansøgere.

Når det sammenligningsvis anføres, at fødselstallet i 1952 var 76 943, vil man se, at det kun er godt 14 pct. af alle fødende kvinder, der har fået denne hjælp, hvilket i det væsentligste skyldes, at mødrehjælpsinstitutionerne har måttet sætte indtægtsgrænsen for de kvinder, der kunne komme i betragtning, så lavt som til ca. halvdelen af sygekassegrænsen.

Yderligere er der i henhold til nævnte § 1, stk. 4, i lov om mødrehjælpsinstitutioner adgang til i særlige tilfælde at yde en „direkte økonomisk støtte til imødegåelse af den trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet“.

Det beløb, der i 1952/53 har stået til mødrehjælpsinstitutionernes rådighed til dette formål, var 496 721 kr., og man har

heraf kunnet hjælpe ca. 2 800 kvinder, altså en endnu mindre procentdel af samtlige fødende. Dette beløb har hidtil i det væsentligste været anvendt til at hjælpe kvinder, der har ønsket deres svangerskab afbrudt på grund af økonomiske vanskeligheder, og mødrehjælpsinstitutionerne betegner det som utilfredsstillende, at man kun i ringe omfang har været i stand til at yde andre fødende kvinder en direkte økonomisk støtte. Hertil kommer, at der er et stort antal svangre kvinder, som ikke kommer i forbindelse med mødrehjælpsinstitutionerne og derfor ikke har mulighed for at få hjælp.

Kommissionen skal derfor udtale følgende:

Det ville være af den største værdi, om der gaves en mere generel adgang for alle kvinder til en moderskabsydelse, der kunne komme såvel den husmoder til gode, der udelukkende udfører husligt arbejde i sit hjem, som den selverhvervende kvinde, herunder ikke alene lønmodtageren, men også den selvstændigt arbejdende og den såkaldte medhjælpende hustru.

Det forekommer kommissionen, at en sådan hjælp bør gives i videst muligt omfang, idet hjælpen til nødvendigt børnetøj, barneseng og -vogn og lignende samt forvarlig pasning i barselperioden må siges at være lige så påkrævet som den af samfundet anerkendte og ydede sundhedsmæssige støtte i anledning af svangerskab og fødsel. En kontant moderskabsydelse i forbindelse med det senere omtalte børnetilskud vil utvivlsomt forebygge, at en del kvinder søger deres svangerskab afbrudt af økonomiske grunde.

Der henvises i denne forbindelse til, at der i Sverige er gennemført en ordning, hvorefter alle sygeforsikrede kvinder uden hensyn til deres økonomiske forhold gennem sygeforsikringen til delvis dækning af udgifter i forbindelse med en fødsel kan få udbetalt 125 sv.kr., hvoraf 75 kr. udgør tilskud fra staten. Til ikke sygeforsikrede kvinder, hvis skattepligtige indtægt (hendes og mandens) ikke overstiger 4 000 kr., ydes 75 sv.kr. i „moderskabspenning“. 94 pct. af samtlige fødende kvinder får enten den ene eller den anden hjælp. Endvidere kan der efter individuel transundersøgelse ydes en supplerende såkaldt „mødrehjælp“ på indtil 600 kr. pr. kvinde (800 kr. ved fødsel af to eller

flere børn). Denne hjælp har i de senere år fået en stigende betydning, dels ved at antallet af mødre, der får denne hjælp, er øget stærkt, dels ved at det gennemsnitligt ydede beløb er steget betydeligt. Omkring halvdelen af alle fødende kvinder får nu „mødrehjælp“, og det gennemsnitligt ydede beløb udgjorde i 1952: 249 kr. Der ydes hyppigst hjælp til udstyr til moderen og barnet, tandbehandling og hjælp i huset. Normalt ydes hjælpen som forbrugsbundne bidrag ved udlevering af varer eller anvisninger til bestemte køb, eller ved at en repræsentant fra „Mødrehjælpen“ følger med på indkøb. Hjælpen kan kun ydes i kontant form, når der foreligger særlige grunde dertil.

I Sverige er der således adgang til såvel almen som individuel støtte i anledning af svangerskab og fødsel. En tilsvarende adgang ville kommissionen finde ønskelig her i landet.

Samtidig anser man det for påkrævet, at der arbejdes videre med loven om husmoderafløsning, og det skal ligeledes understreges, at mødrehjælpsinstitutionerne bør have betydelig større mulighed for at give individuel hjælp i særlige tilfælde til svangre kvinder (jfr. nedenfor under afsnittet „Individuel hjælp“).

Endvidere finder kommissionen det ønskeligt, at der gives alle erhvervsarbejdende kvinder — altså også kvinder, der ikke er undergivet arbejderbeskyttelseslovgivningens forbud mod arbejde en vis tid før og efter en fødsel — ret til *ekstra dagpenge* i den tid, de på grund af svangerskab og fødsel er arbejdsudygtige, og at denne ret ikke begrænses til sygekassemedlemmer. Det må i denne forbindelse fremhæves, at den hjælp, som for tiden ifølge forsorgslovens § 238 kan ydes til ikke-sygekassemedlemmer i tilfælde af fødsel, kun gives i de første 4 uger efter fødslen og kun i trangtilfælde.

Da ængstelse for at miste arbejdet ofte er en medvirkende årsag til ønske om svangerskabsafbrydelse, bør der indføres en *lovbestemmelse om, at graviditet og barnfødsel ikke er lovlig afskedigelsesgrund*. En sådan bestemmelse ville ikke mindst være af moralsk betydning. Det er kommissionen bekendt, at det bl. a. i flere større erhvervsvirksomheder forekommer, at ansatte kvinder opsiges i tilfælde af svangerskab, hvilket efter kommissionens opfattelse bør stemples

som en samfundsskadelig og uværdig handle-måde.

## 2) Støtte efter fødslen.

Ved siden af de berørte forbedringer af kvindens stilling under svangerskabet vil endvidere øget hjælp til barnet under opvæksten være af betydning. Det er mødre-hjælpens erfaring fra arbejdet med abort-søgende kvinder, at abortønsket i mange tilfælde ikke blot er begrundet i bekymringer for at klare svangerskabet, fødslen og den første tid herefter, i hvilken periode mødre-hjælpen i et vist omfang er i stand til at hjælpe, men endnu mere i spekulationer over, hvorledes familien i fremtiden skal klare forsørgelsen af endnu et barn. Det ville her være af stor forebyggende betydning, om man ved et almindeligt børnetilskud gav familien aflastning for nogle af de udgifter, der er forbundet med at forsørge et barn.

### a. Børnetilskud.

Der findes her i landet siden 1950 en mid-letidig børnetilskudsordning. Reglerne fin-des nu i lov nr. 72 af 31. marts 1953 og er gældende for tiden indtil 31. marts 1954. Børnetilskudet ydes til forsørgere med skattepligtig indtægt under 16 000 kr. og varierer — efter indtægt og bopæl — fra 182 kr. til 88 kr. pr. barn årlig. Tilskudet modregnes i den forsørgeren pålignede skat, således at kun familier, der betaler mindre end tilskudsbeløbet i skat, opnår en kontant udbetaling.

Kommissionen finder ikke denne tilskuds-ordning tilstrækkelig effektiv, men anser det for vigtigt, at tilskudsordningen ændres på flere punkter.

Man har i denne forbindelse haft opmærk-somheden henvendt på den børnetilskuds-ordning, der findes i Sverige, og som hviler på en lov om børnetilskud af 31. juli 1947. Herefter udbetales der alle familier uanset indtægt et kontant tilskud på 290 kr. årlig for hvert barn. Som hovedregel tilkommer dette bidrag barnets moder, der får bidraget tilsendt kvartalsvis pr. postanvisning.

Det forekommer kommissionen, at den svenske børnetilskudsordning langt er at foretrække for den danske, idet den dels er permanent, dels giver mulighed for større tilskud og dels bygger på kontant udbetaling til mødrene.

Kommissionen vil derfor i overensstem-melse hermed foreslå:

- 1) at børnetilskudsordningen gøres perma-nent,
- 2) at tilskudene forhøjes,
- 3) at de nugældende indtægtsgrænser bort-falder, således at alle familier bliver be-rettiget til børnetilskud,
- 4) at man indfører en ordning, hvorefter børnetilskudet i højere grad end hidtil direkte kommer familien til gode. Et fradrag i skatten betyder selvsagt en vis hjælp i hjemmets almindelige økonomi, men et kontant tilskud føles i langt højere grad som en virkelig hjælp til børnenes forsørgelse,
- 5) at tilskudet almindeligvis udbetales til barnets moder. Da tilskudet netop skulle dække direkte udgifter ved barnets for-sørgelse, f. eks. beklædning, som mode-ren normalt tager sig af, synes en ord-ning som den svenske, der efter erfaringerne også virker tilfredsstillende, na-turlig. Den ved de senere danske børne-tilskudslove indførte ordning, hvorefter det sociale udvalg i særlige tilfælde kan tillægge moderen tilskudet, fyldestgør kun i utilstrækkelig grad dette formål.

### b. Mødrenes stilling med hensyn til for-skudsvis udbetaling fra det offentlige af under-holdsbidrag til børn.

Som grundlag for fastsættelsen af barne-faderens bidrag er der ved forsorgslovens § 193 fastsat et normalbidrag, som efter de seneste ændringer i de 3 kommunegrupper (København, Frederiksberg og Gentofte — købstæder og bymæssige bebyggelser — det øvrige land) udgør henholdsvis 1 380 kr., 1 212 kr. og 1 020 kr. årlig, dog med 20 pct. forhøjelse i barnets 2 første leveår. Faderens bidrag er ansat til  $\frac{3}{6}$  af normalbidraget, således at moderen herefter får udbetalt henholdsvis 828 kr., 720 kr. og 612 kr. årlig (i barnets 2 første leveår dog henholdsvis 996 kr., 864 kr. og 732 kr. årlig).

Efter de gældende bestemmelser i lov om offentlig forsorg kan forskudsvis udbetaling af underholdsbidrag fra det offentlige til en moder ikke ske, når hendes indtægt efter fradrag af de i lovens § 194, stk. 3, omhand-lede beløb (skatter, arbejdsløsheds- og syge-forsikringsbidrag m. v.) overstiger en vis grænse, således for tiden efter 1. april 1954



for enlige mødre med 1 barn henholdsvis 6 090 kr., 5 370 kr. og 4 500 kr. årlig i de tre kommunegrupper. Overstiger indtægten dette beløb, fradrages 60 pct. af det overskydende indtægtsbeløb i bidraget, og bliver dette herved mindre end  $\frac{1}{12}$  af grundbeløbet, bortfalder det. Adgangen til at få bidraget udbetalt af det offentlige er oftest for barnemoderen den eneste mulighed for at få bidraget betalt. Den fastsatte indtægtsgrænse virker derfor uheldigt, navnlig efter at kvindernes indtægter i de senere år er steget mere end prisniveauet. Den bedrelønnede del af kvinderne er i stand til at opnå en indtægt, der ville udelukke udbetaling af børnebidraget fra det offentlige, og de kvinder, der er time- eller akkordlønnede, fristes herved til at opgive deres arbejde en del af året for at holde indtægten under den fastsatte grænse. Såfremt man ikke mener fuldstændig at kunne ophæve indtægtsgrænserne, — hvorved man bl. a. ville spare de nuværende administrative besværligheder ved undersøgelse af barnemoderens økonomiske forhold, — bør indtægtsgrænserne svare til lønnen for vellønnet kvindeligt arbejde indenfor industrien (akkordløn), således at ordningen ikke virker hemmende på initiativet hos de bedrelønnede kvindelige arbejdere.

Efter en beregning, foretaget af arbejds- og socialministeriet, vil en fuldstændig ophævelse af den nævnte indtægtsgrænse medføre en merudgift for det offentlige på 11-12 millioner kroner årlig. Denne beregning bygger på, at inddrivelse af de udlagte beløb kun sker i samme omfang som hidtil. Der er således en mulighed for at nedbringe det beregnede udgiftsbeløb, såfremt der iværksettes en mere effektiv inkasso overfor de bidragspligtige.

### *c. Huslejetilskud til familier med børn og enlige med 1 barn.*

Efter mødrhjælpens erfaringer indtager boligproblemer i mange tilfælde en fremskudt plads blandt motiverne for ønske om svangerskabsafbrydelse, og mødrhjælpen har på dette område kun i meget ringe omfang haft mulighed for at yde hjælp. Mødrhjælpsinstitutionerne har ganske vist søgt samarbejde med boliganvisning og bolig-selskaber, men hidtil har resultaterne heraf været små.

Henvendelser om svangerskabsafbrydelse angår ofte familier med børn, som har vanskeligt eller umuligt ved at betale huslejen, og kommissionen skal derfor understrege betydningen af, at muligheden for huslejetilskud, jfr. lovbekendtgørelse nr. 288 af 14. juni 1951, udvides både med hensyn til størrelsen af tilskudene og kredsen af familier, der kan komme i betragtning. Man skal navnlig pege på følgende punkter, hvor den gældende ordning efter mødrhjælpens erfaringer giver anledning til vanskeligheder:

- 1) Efter lovens § 35, stk. 2, skal en familie normalt have haft lejlighed i kommunen i 1 år for at få tilskud. Da det under de nuværende forhold ofte er nødvendigt for en familie at flytte til en anden kommune for overhovedet at opnå en lejlighed, er det i mange tilfælde umuligt økonomisk at overkomme huslejen i det første år, hvor lejenedsættelse ikke kan ske. Dispensation fra denne regel kan ganske vist gives, men denne adgang benyttes efter mødrhjælpens erfaring kun i ret ringe omfang.
- 2) For familier, der lever af offentlig hjælp, og som bor i en nyopført ejendom, er det som regel ikke muligt — til trods for huslejens nedsættelse — at opnå betaling gennem det sociale udvalg af den familien påhvillende del af lejen, idet det sociale udvalg ikke mener at kunne betale en så høj husleje, uanset at det ikke måtte være muligt at skaffe familien anden bolig.
- 3) For enligstillede mødre er der særlig vanskelighed ved at fremskaffe egnet bolig til en for dem overkommelig betaling, og det er kommissionens indtryk, at det tilskud, der i disse tilfælde kan ydes, er for lille, i hvert fald i de første år, hvor mødrene står overfor at skulle i gang med erhverv, eventuelt gennemgå en uddannelse, der sætter dem i stand til at forsørge barnet. Der burde derfor gives adgang til større nedsættelse af lejen for enlige mødre.

Det kan diskuteres, om der ikke ville være brug for særlige boliger, hvor enlige mødre kan få deres børn passet og bo under praktiske forhold, idet erfaringsmæssigt mange vanskeligheder gør sig gældende for disse mødre.

Kommissionen vil dog ikke gå ind for, at enlige mødre i almindelighed samles i særlige boligkomplekser, men man vil mene, at særlige boliger med kollektivforanstaltninger ville være af stor værdi i den overgangsperiode, i hvilken mødre indretter sig på deres fremtidige tilværelse som eneforsørger.

I denne forbindelse kan det oplyses, at mødrehjælpsinstitutionen i København i foråret 1954 vil tage et såkaldt kollektivhus i brug for enlige mødre med børn. Der bliver her 61 lejligheder, hver bestående af stue, soverum for barnet, køkken og toilet med brusebad. Der bliver vuggestue i tilknytning til ejendommen, vaskeri, adgang til køb af et måltid varm mad daglig, fælles systue for reparationer o. lign. Det er tanken, at mødre skal kunne bo i dette kollektivhus de første år efter barnets fødsel, for at de i denne periode kan få tid og ro til at få deres forhold ordnet med henblik på fremtiden, evt. tage en uddannelse eller afslutte en sådan.

#### *d. Uddannelse og igangsætning af enlige mødre.*

Den af Danske Kvinders Nationalråd og Dansk Kvindesamfund nedsatte kommission vedrørende den enlige moder er stærkt gået ind for hjælp til uddannelse af enlige mødre på linie med mødrehjælpsens påbegyndte arbejde, og nærværende kommission kan for sit vedkommende give sin fulde tilslutning hertil. For den enlige gravide kvinde vil en sådan hjælp og udsigten hertil kunne være af den største betydning for hendes egen og barnets fremtid og vil således kunne være årsag eller medvirkende til, at hun afstår fra sit ønske om abort.

#### *e. Udvidelse af antallet af vuggestuer, børnehaver og fritidshjem.*

Det er i reglen af afgørende betydning for kvinder, der har eget erhverv, efter en barnfødsel at kunne fortsætte erhvervet, og da dette i almindelighed forudsætter, at barnet i arbejdstiden kan anbringes i vuggestue, børnehave eller fritidshjem, bør en fortsat udvidelse af disse institutioner tilstræbes. Manglende udsigt til at kunne få anbragt det ventede barn i den tid, det er påkrævet af hensyn til moderens arbejde, vil ofte kunne give anledning til ønske om at få svangerskabet afbrudt. Dette gælder såvel for enlige mødre som for gifte kvinder.

#### *Individuel hjælp.*

En individuel hjælp til svangre kvinder som led i forebyggelsen af svangerskabsafbrydelser er i de senere år af mødrehjælpen ydet med hjemmel i § 1, stk. 4, i loven om mødrehjælpsinstitutioner, hvorefter der i ganske særlige tilfælde blandt andet kan ydes direkte økonomisk støtte til imødegåelse af den trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet. Angående den således ydede hjælp henvises til den som bilag 5 til betænkningen optagne redegørelse fra mødrehjælpsinstitutionen i København. Det fremgår heraf, at den ydede hjælp kan inddeles i følgende hovedgrupper:

- 1) Almindelig hjælp, støtte og opmuntring.
- 2) Kompensation for tabt arbejdsfortjeneste.
- 3) Hushjælp.
- 4) Anskaffelser til barnemoderen.
- 5) Anskaffelser til hjemmet.
- 6) Anskaffelser til barnet.
- 7) Betaling for barnets ophold på børnehjem.
- 8) Betaling af gæld og afdrag.
- 9) Indskud i lejlighed.
- 10) Hjælp til uddannelse.
- 11) Hjælp til start af erhverv.
- 12) Anden hjælp.

Der blev i finansårene 1949/50, 1950/51, 1951/52 og 1952/53 til det omhandlede formål bevilget henholdsvis 307 500 kr., 372 500 kr., 411 000 kr. og 498 000 kr.

Der er i redegørelsen givet en fremstilling af, hvilke undersøgelser man i den københavnske mødrehjælpsinstitution foretager, forinden hjælpen bevilges, og hvorledes man søger at sikre sig, at hjælpen anvendes på rette måde. Kommissionen vil understrege, at en sådan undersøgende og kontrollerende virksomhed fra mødrehjælpsinstitutionernes side synes en nødvendig forudsætning for, at hjælpen kan ydes på rette måde.

Man har med rådighedsbeløbet søgt at sætte ind overfor de øjeblikkelige vanskeligheder og afhjælpe disse i det omfang, det har været muligt, men hjælpen har måttet afpasses efter de snævre økonomiske rammer, der var afstukket. En virkelig afhjælpning af vanskelighederne har derfor kun været mulig i forholdsvis få tilfælde.

Den ydede hjælp til uddannelse er givet i meget begrænset omfang, selvom den måtte synes helt afgørende for kvinder, der står overfor at skulle være eneforsørgere. Dette skyldes ifølge mødrehjælpsinstitutionernes oplysninger, at den økonomiske hjælp, der er brug for i det enkelte tilfælde, ville være så stor — frit ophold for moderen, senere eventuelt også for barnet gennem en længere periode, betaling af undervisning og lignende —, at man med de forhåndenværende midler kun sjældent har kunnet yde den. Det har dog været en hjælp, at man i de senere år har fået tilskud til dette formål gennem tipsmidlerne. Såfremt sådan almindelig hjælp til uddannelse af enlige mødre fremtidig bliver givet i større omfang, vil det ikke være nødvendigt, at det såkaldte rådighedsbeløb benyttes hertil.

Det er tidligere omtalt, at det af lægelige grunde kan være påkrævet, at kvinden ophører med sit arbejde i en længere periode for at kunne klare gennemførelsen af svangerskabet og fødslen, men kompensation for tabt arbejdsfortjeneste i så lang tid, som det i adskillige af disse tilfælde ville være påkrævet, falder utvivlsomt udenfor de nuværende mulighedsgrænser.

Det må fremhæves, at behovet for individuel hjælp selvsagt vil være afhængigt af, hvilke almene hjælpeforanstaltninger der findes. Ydelsen af kompensation for tabt arbejdsfortjeneste som individuel hjælp vil således kunne indskrænkes betydeligt, såfremt der indføres almindelige regler om kvindens ret til dagpenge og lignende i forbindelse med en fødsel. Det samme er tilfældet, forsåvidt angår den individuelle ydelse af hushjælp, såfremt lovgivningen om husmoderafløsning udbygges. Hvilken individuel hjælp der skal ydes til anskaffelser til moderen og barnet, vil afhænge af, om der

indføres almindelige regler om moderskabsydelse.

Det vil næppe være muligt for tiden at anslå nogen bestemt størrelse af det beløb, der bør stilles til rådighed for mødrehjælpsinstitutionerne til individuel hjælp til svangre kvinder. Den nuværende ordning, der giver mulighed for administrativ forhøjelse af rådighedsbeløbet, synes indtil videre at måtte foretrækkes, således at man kan følge udviklingens gang og endnu en tid har mulighed for at forsøge sig frem til de mest effektive former for hjælp. Det må i denne forbindelse fremhæves, at den udvidelse af mødrehjælpsinstitutionernes indsats i svangerskabsafbrydelsessager, der formentlig vil blive resultatet af kommissionens forslag, i nogle år fremefter må påregnes at ville medføre en stadig stigning i mødrehjælpsinstitutionernes klientel, som på nuværende tidspunkt vanskeligt lader sig forudberegne.

Kommissionen ønsker imidlertid at fastslå, at den hidtil ydede individuelle hjælp, omend den har udgjort et meget værdifuldt led i bestræbelserne for at forebygge svangerskabsafbrydelse, har haft et for ringe omfang, og at en betydelig udvidelse af de individuelle ydelser — som hidtil henlagt under mødrehjælpsinstitutionernes administration — er en absolut nødvendig forudsætning for en virkelig effektiv indsats imod svangerskabsafbrydelse.

Kommissionen har i det foregående peget på en række områder, hvor man mener, hjælpeforanstaltninger for mødre og børn ville kunne have abortforebyggende betydning. Man har imidlertid ikke set det som sin opgave at give mere detaljerede forslag, men henstiller, at spørgsmålene tages op til nærmere undersøgelse af vedkommende myndigheder.

## Vejledning af befolkningen om svangerskabsforebyggende metoder.

A. Ovenfor i afsnit IV er der nærmere redegjort for det store antal svangerskabsafbrydelser (legale og illegale), der i de senere år har fundet sted her i landet. Det ville for alle parter have været lykkeligere, om besvangring i disse tilfælde var blevet forebygget. Kommissionen finder det derfor i høj grad ønskeligt, at kendskabet til anvendelse af svangerskabsforebyggende midler udbredes.

Også lægevidenskabens erfaringer om den sundhedsmæssige betydning af passende hvileperioder mellem de enkelte svangerskaber gør det iøvrigt — navnlig af hensyn til den gifte del af befolkningen — påkrævet at gennemføre en oplysning om svangerskabsforebyggende metoder. Herved vil desuden i mange tilfælde kunne opnås en stabilisering af ægteskaber, hvis beståen trues af disharmoni i samlivet på grund af hustruens frygt for uønskede svangerskaber.

B. Befolkningens kendskab til svangerskabsforebyggende metoder har hidtil ikke været tilstrækkeligt. Man kan i denne forbindelse henviser til dr. med. Kirsten Aukens afhandling: „Unge kvinders seksuelle adfærd“ og til nogle oplysninger, der er meddelt af læge Henrik Hoffmeyer på grundlag af undersøgelser blandt patienter hos mødrehjælpen i København\*). Et uddrag af læge Hoffmeyers oplysninger er gengivet i bilag 6 til betænkningen. Når svangerskabsforebyggelse således ikke har været gennemført i tilstrækkeligt omfang, skyldes det en række delvis samvirkende faktorer:

a. *Befolkningens forståelse* af problemet synes ikke at have været vakt i tilstrækkelig grad. I tiden fra 1. september 1948 til 28. februar 1949 blev der i København af Kvindelige Lægers Klub med støtte fra Københavns kommune gennemført nogle

forsøgskonsultationer i svangerskabsforebyggelse for kvinder. Der er i bilag 7 og 8 givet en nærmere redegørelse for disse konsultationers forløb. Man havde anlagt forsøget på at yde vejledning til 10 000 kvinder igennem en periode på 6 måneder. Imidlertid mødte i disse 6 måneder kun ialt 731 kvinder, der instrueredes i brug af pessar, og skønt pessaret udleveredes gratis, undlod 193 af de nævnte kvinder at afhente det ordinerede pessar. Forsøgsperioden forlængedes med 2 måneder, hvorunder yderligere 200 kvinder henvendte sig til konsultationerne.

Dette ringe antal viser befolkningens manglende forståelse af svangerskabsforebyggelsens betydning, men erfaringer fra Sverige tyder på, at en sådan forståelse kan oparbejdes i tidens løb. Da Riksförbundet för sexuell upplysning åbnede sit rådgivningskontor i Stockholm i 1936, havde kontoret således det første år kun 838 klienter (heraf søgte knap halvdelen vejledning i svangerskabsforebyggelse), men i 1951 var klienttallet steget til ca. 18 700 (herunder ca. 13 400 angående svangerskabsforebyggelse).

b. *Adgangen til vejledning om svangerskabsforebyggelse* har hidtil ikke været tilstrækkelig let for befolkningen. Vejledningen har som altovervejende hovedregel måttet søges hos de praktiserende læger, og disses indsats på dette område har hidtil været ret begrænset. Dels har mange læger manglet den fornødne uddannelse, idet seksuologi ikke indgår som led i studieplanen ved noget af universiteterne, dels har lægerne i almindelighed vanskeligt kunnet afsætte tid til konsultationer af denne art, som er ret tidkrævende og ikke har kunnet honoreres gennem den almindelige sygekasseordning. En del læger har desuden af etiske

\*) Ugeskrift for Læger 113, 569, 1951.

eller religiøse grunde eller almindelig uvilje afvist at give vejledning om disse spørgsmål. Dertil kommer, at befolkningen — bl. a. som følge af manglende oplysning om seksuelle spørgsmål — i almindelighed ikke har betragtet vejledning om seksuelle forhold, herunder oplæring i brug af svangerskabsforebyggende midler, som en opgave, der naturligt henhører under den sædvanlige læge.

c. Angående de forskellige svangerskabsforebyggende metoder er der offentliggjort en række artikler i Ugeskrift for Læger\*). Kommissionen har fra læge J. H. Leunbach indhentet en redegørelse angående erfaringerne på dette område, jfr. bilag 9 til betænkningen. Det fremgår heraf, at ingen af de nu kendte metoder frembyder den ønskelige fuldstændige sikkerhed i den praktiske anvendelse i den brede befolkning, men at en af metoderne dog — rigtigt anvendt — frembyder en meget væsentlig beskyttelse imod uønskede svangerskaber.

C. Skal der opnås en mærkbar forbedring i befolkningens anvendelse af svangerskabsforebyggende midler og dermed forhåbentlig en nedbringelse af både de illegale og legale aborters antal, må der sættes ind på alle de nævnte felter.

a. Befolkningens interesse for spørgsmålet må stimuleres ved en egnet propaganda, hvori der gives oplysning om de anvendelige svangerskabsforebyggende metoder, om betydningen af deres anvendelse og om de steder, hvor vejledning kan opnås. Det bør understreges, at det er en naturlig pligt for den enkelte (mand eller kvinde) at skaffe sig den fornødne belæring for at undgå uønskede svangerskaber. Oplysningsarbejdet bør omfatte såvel gifte som ugifte og bør støttes af det offentlige, jfr. kommissionens nedenfor omtalte lovforslag. Befolkningens forståelse af betydningen af en sådan oplysning vil dog antagelig først få det rette grundlag, hvis den bliver en naturlig fortsættelse af en almindelig seksualundervisning i skolerne. Dette forudsætter imidlertid, at seksualundervisning indgår som pligtig undervisning på seminarierne.

b. Der bør gives den bedst mulige adgang til lægelig oplysning om svangerskabsforebyggende metoder, både gennem de praktiserende læger, og — hvor der er behov herfor — gennem særlige klinikker og konsultationer.

1. *De praktiserende læger.* Hovedbestyrelsen for Den almindelige danske Lægeforening har allerede forlængst i Ugeskrift for Læger fastslået sin principielle villighed til en positiv medvirken, og foreningens hovedbestyrelse og hygiejnekomiteé har påny under forhandlinger med svangerskabskommissionen udtrykt deres villighed til at søge lægerne aktiveret på dette område. Forudsætningen herfor må være, at de kommende læger under studiet får en betryggende undervisning angående seksuelle spørgsmål, og at de allerede praktiserende læger, som ikke har den fornødne viden eller evne til at give den omhandlede vejledning, ved fortsættelseskursus sættes i stand hertil. Lægeforeningen har erklæret sig indforstået med at drage omsorg for, at sådanne kurser gennemføres i fornødent omfang, og har allerede påbegyndt dette arbejde.

Under hensyn til den betydelige interesse for samfundet, der er forbundet med nedbringelse af aborternes antal, anser kommissionen det for nødvendigt, at der i vidt omfang skabes mulighed for vederlagsfri oplysning om svangerskabsforebyggende metoder. En almindelig adgang til sådanne vederlagsfri konsultationer har kommissionen dog allerede på grund af de dermed forbundne administrative og kontrolmæssige vanskeligheder ikke ment at burde foreslå. Derimod finder kommissionen, at der ved en udbygning af den gældende lov nr. 472 af 1. oktober 1945 om svangerskabshygiejne bør gives enhver kvinde, der har født eller aborteret, adgang til vederlagsfri oplysning om anvendelse af svangerskabsforebyggende midler. Man mener at måtte henvise andre (kvinder, der ikke omfattes af forslaget, og mænd) til enten selv at betale for vejledningen hos en læge eller at søge vejledningen hos de nedenfor under 2. omhandlede klinikker og konsultationer.

Den gældende svangerskabshygiejneordning giver bl. a. de kvinder, der har født,

\*) Jfr. Vald. Madsen, K. Mauritzen og J. B. Ternansen: Ugeskrift f. Læger, 114, 1173, 1952.

ret til en undersøgelse ved jordemoder ca. 6 uger efter fødslen. Denne undersøgelse påtænkes efter oplysning fra sundhedsstyrelsen af lægelige årsager henlagt til en læge og flyttet til den 8. uge efter fødslen. Kommissionens forslag går ud på, at denne undersøgelse fremtidig kombineres med en vejledning angående svangerskabsforebyggende metoder, således at lægen enten skal tilbyde kvinden denne vejledning og, såfremt hun ønsker det, meddele vejledningen eller henvise hende til anden lægelig vejledning.

Kommissionen har nærmere drøftet nødvendigheden af en efterfølgende lægeundersøgelse til kontrollering af, at kvinden har forstået den givne instruktion om anvendelsen af den tilrådede svangerskabsforebyggende metode, hvilket særlig kan være påkrævet ved anvendelsen af pessar. Lægeforeningens hygiejnekomité har under drøftelser af spørgsmålet udtalt, at en efterfølgende konsultation af denne art vel ikke altid kan anses for påkrævet, når lægen har virkelig indsigt og erfaring, men at der i almindelighed, hvor det drejer sig om vejledning i brug af pessar, må gives adgang til ialt 2 konsultationer.

Når en abort er konstateret af en læge eller et sygehus, må der i medfør af loven om svangerskabshygiejne kunne gives patienten adgang til den omhandlede undersøgelse og vejledning om svangerskabsforebyggende metoder. Såfremt vedkommende læge i sådanne tilfælde får det indtryk, at kvinden foreløbig eller varigere ønsker at undgå et nyt svangerskab, bør han enten tilbyde og — hvis tilbudet modtages — give kvinden vejledning om svangerskabsforebyggelse eller henvise hende til anden lægelig vejledning. Det er i tilfælde af svangerskabsafbrydelse af særlig indlysende betydning, at der gives kvinden vejledning for at forebygge, at en gentagen uønsket besvangring med påfølgende svangerskabsafbrydelse finder sted.

Kommissionens forslag vil kunne gennemføres ved, at bestemmelsen i § 1 i loven om svangerskabshygiejne om adgang til „indtil 3 forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge og indtil 7 forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder“ ændres, således at der fremtidig bliver adgang til „indtil 5 forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge og indtil 6 forebyggende hel-

bredsundersøgelser hos en jordemoder“, og således at det om fornødent udtrykkeligt udtales i loven, at der i forbindelse med undersøgelse kan gives oplysning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder. De iøvrigt fornødne bestemmelser vil kunne fastsættes administrativt, formentlig ved et cirkulære fra sundhedsstyrelsen.

Honoraret for undersøgelse må i overensstemmelse med § 3 i ovennævnte lov fastsættes af indenrigsministeren. Lægeforeningen har under forhandlinger med svangerskabskommissionen fremsat visse udtalelser vedrørende honorarerne for de omhandlede undersøgelser. Antages det skønsmæssigt, at til at begynde med omkring halvdelen af de årligt fødende eller ca. 40 000 kvinder ønsker at modtage vejledningen, vil udgiften herved efter disse oplysninger blive ca. 400 000 kr. årlig. Anslås det, at vejledningen yderligere må gives ca. 10 000 aborterende kvinder årlig, vil den samlede udgift kunne anslås til omkring  $\frac{1}{2}$  million kroner årlig. Herved må man imidlertid tage den besparelse i betragtning, som opnås, såfremt antallet af aborter nedsættes (besparelser i sygehusudgifter m. v.)

2. Selvom de praktiserende lægers indsats i oplysningen om svangerskabsforebyggelse øges som omtalt ovenfor, vil det efter kommissionens opfattelse være påkrævet at skabe adgang til denne oplysning også ad andre veje. Det må forudses, at en del læger stadig vil være uvillige til at give den nævnte oplysning, og at en del af befolkningen ikke ønsker at søge den sædvanlige læge om disse spørgsmål. Endvidere kan det — særlig i de større byer — være vanskeligt for de praktiserende læger at overkomme denne vejledning, og endelig synes der at være grund til at give navnlig de mindrebemidlede, som ikke omfattes af kommissionens forslag om vederlagsfri konsultationer, adgang til vejledning uden betaling eller til nedsat takst.

Der kan derfor være anledning til, hvor forholdene iøvrigt gør det muligt, at inddrage vejledningen om svangerskabsforebyggelse under mødrehjælpens opgaver. For det første skal den foreslåede ordning ikke udelukke, at mødrehjælpsinstitutionerne fremtidig — på samme måde, som det

hidtil er sket i flere af institutionerne — skal kunne give oplysning om svangerskabsforebyggende midler til de kvinder, der allerede er i forbindelse med mødrehjælpen på grund af svangerskab eller fødsel, jfr. § 1 sidste punktum i det af svangerskabskommissionen udarbejdede forslag til ny mødrehjælpslov (betænkningen side 79). Der synes endvidere principielt ikke at være noget til hinder for, at det overlades mødrehjælpsinstitutionerne at oprette konsultationer om svangerskabsforebyggelse i det omfang, de foreliggende personale- og lokaleforhold tillader det. Kommissionen har derfor i det udarbejdede forslag til ny mødrehjælpslov (betænkningens afsnit XI) i § 3 indføjet en bestemmelse om adgang for mødrehjælpsinstitutionerne til med arbejds- og socialministerens godkendelse bl. a. at optage denne oplysningsvirksomhed, idet udgifterne herved i så fald afholdes med halvdelen af statskassen og med halvdelen af de indtægter, der fra privat eller kommunal side er stillet til institutionernes rådighed.

Der er hidtil i et vist begrænset omfang på nogle sygehuse givet vederlagsfri konsultationer i svangerskabsforebyggelse, men disse konsultationer har kun været lidet kendt og har haft en meget begrænset søgning. Såfremt de skal få nogen virkelig betydning, må de formentlig indrettes som „åbne konsultationer“, der kan søges uden lægehensvisning, og der må drages omsorg for, at det bliver kendt i den almindelige befolkning, at disse konsultationer eksisterer og står åbne for enhver.

Efter kommissionens opfattelse bør det offentlige fremme oprettelsen — særlig i de større byer — af særlige klinikker, der giver vejledning angående svangerskabsforebyggelse. Man bør imidlertid bygge på initiativ fra kommuner og lokale organisationer, således at man stimulerer dette initiativ ved betydelige tilskud fra statskassen. Kommissionen har derfor i det i betænkningens afsnit X optagne forslag til ændringer i svangerskabsloven foreslået følgende bestemmelse (§ 9):

„Der kan af staten ydes kommuner, som påtager sig organiseringen og driften af et oplysningsarbejde overfor befolkningen om seksualhygiejne, refusion af indtil halvdelen af udgifterne herved.

Der kan ligeledes af staten ydes private foreninger eller organisationer, som påtager sig organisering eller drift af oplysningsvirksomhed af den i stk. 1 nævnte art, refusion af indtil halvdelen af udgifterne herved. Tilskudet kan, såfremt oplysningsarbejdet har særlig tilknytning til bestemte kommuner, betinges af, at disse deltager i udgifterne med indtil halvdelen af det beløb, der ydes af staten.

Udgifterne ved ydelsen af de i stk. 1 og 2 nævnte statstilskud afholdes ved bevilling på de årlige finanslove.“

Den foreslåede tilskudsordning har forbilleder på andre områder, således navnlig tuberkulosebekæmpelsen og visse sider af mødrehjælpsens virksomhed, som man fra starten har anset det for hensigtsmæssigt at søge løst ved privat initiativ i forbindelse med tilskud fra det offentlige.

Efter forslaget vil der kunne ydes tilskud både til den ovenfor under a. omhandlede propagandavirksomhed og til oprettelsen og driften af klinikker med vejledning i svangerskabsforebyggelse som formål.

Om indretningen og placeringen af eventuelle klinikker må afgørelse træffes i det enkelte tilfælde, idet en vis vejledning vil kunne hentes i de oplysninger om den i Aarhus indrettede klinik, som indeholdes i betænkningens bilag 10—11. Det vil i reglen være hensigtsmæssigt at søge sådanne klinikker oprettet i tilslutning til et offentligt sygehus, og der vil næppe opstå vanskeligheder ved at opnå ordninger med de enkelte sygehuse om leje af forhåndenværende lokaler.

Forsåvidt angår private foreninger eller organisationer finder kommissionen det rimeligt, at tilskudet fra statskassen i almindelighed betinges af, at de kommuner, hvori oplysningsarbejdet udføres, også deltager i udgifterne. Herigennem vil man opnå, at de kommunale myndigheder tager stilling til, om vedkommende private organisation er af en sådan beskaffenhed, at tilskud fra det offentlige kan betros den.

c. Ufuldkommenheden af de hidtil anvendte svangerskabsforebyggende metoder gør en fortsat forskning på dette område værdifuld. De nedenfor under D foreslåede 2 universitetsinstitutter og til en vis grad

også de foreslåede seksualklinikker vil give et godt grundlag for en forskning med henblik på at finde frem til bedre og specielt mere sikre metoder end de hidtidige.

D. Forsåvidt angår *en videregående seksualoplysning* overfor befolkningen, omfattende de overordentlig talrige seksuelle vanskeligheder (frigiditet, impotens m. m.) bemærkes, at lægevidenskabens kundskab på dens nuværende stadi endnu lader en del tilbage at ønske. En oplysning og rådgivning af denne art ville foreløbig blive vanskelig og overordentlig bekostelig, ligesom det i første omgang næppe ville være muligt at skaffe tilstrækkelig erfarent personale til en sådan rådgivning. Man har derfor anset det for rettest foreløbig at afstå fra etablering af en sådan videregående oplysning, men det må dog fremhæves, at det af kommissionen stillede forslag til en tilskudsordning ikke udelukker tilskud til klinikker m. v. med et sådant videregående formål, såfremt dette i det enkelte tilfælde måtte findes gennemførligt, jfr. herved, at det af oplysningerne om den eksisterende klinik i Aarhus fremgår, at denne i et vist omfang yder rådgivning også om de nævnte seksuelle problemer.

Da det efter de kommissionen meddelte oplysninger må antages, at der vil kunne skabes mulighed for betydelige videnskabelige fremskridt ved en yderligere forskning på dette område, foreslår kommissionen, at der i tilknytning til landets 2 universiteter oprettes 2 forskningsklinikker, hvor der kan iværksættes en effektiv videnskabelig udforskning af seksuelle lidelser og disses behandling samt vedrørende svangerskabsforebyggende midler og disses effektivitet.

Det vil formentlig være nødvendigt at begrænse tilgangen til disse klinikker, således at behandling på klinikkerne kun kan ske efter lægehenvielse, men selv med denne begrænsning vil klinikkerne tillige i nogen grad kunne virke til at imødekomme det eksisterende behov for en effektiv behandling af alvorligere seksuelle lidelser.

Erfaringerne fra klinikkerne vil være af afgørende værdi ved tilrettelæggelsen både af den nødvendige undervisning i seksuologi under lægestudiet, af de nødvendige fortsættelseskursus for praktiserende læger og af arbejdet med seksualoplysning iøvrigt.

E. Kommissionen skal henlede opmærksomheden på den indgående drøftelse af spørgsmålet om befolkningens oplysning om seksualhygiejne, der indeholdes i kap. VI i den af Befolkningsskommissionen af 1935 afgivne betænkning angående moderens rettigheder i anledning af fødsel m. v.

F. Som et led i arbejdet for den ønskelige udbredelse af anvendelsen af svangerskabsforebyggende midler vil det være af betydning, at befolkningen kan købe disse til en rimelig pris. Det er for kommissionen oplyst, at det for tiden er muligt at importere kondomer af god kvalitet til en pris af ca. 8 kr. pr. gros, og at kondomer her i landet i almindelighed forhandles til priser, varierende mellem 50 øre og 1,50 kr. pr. stk. Også for pessarer mangedobles importprisen, inden de når frem til kunderne. Kommissionen henstiller derfor, at spørgsmålet om at tilvejebringe rimeligere priser på svangerskabsforebyggende midler optages til overvejelse.



## VII.

### Frengangsmåden ved meddelelse af tilladelse til og gennemførelse af svangerskabsafbrydelse.

#### A. Hvilken myndighed bør stille indikation for svangerskabsafbrydelse?

Efter svangerskabslovens § 3, stk. 1, må afbrydelse af svangerskab kun foretages af en autoriseret læge efter samråd med en anden autoriseret læge, i almindelighed kvindens sædvanlige læge. Bestemmelsen tilsigter ved kravet om 2 lægers medvirken at skabe størst mulig sikkerhed for, at der forud for enhver tilladelse til svangerskabsafbrydelse foregår en grundig undersøgelse og overvejelse af, om svangerskabsafbrydelse er nødvendig og lovens betingelser opfyldt.

Denne ordning, hvorefter kvindens sædvanlige læge i almindelighed skal medvirke til at stille indikationen, har imidlertid vist sig upraktisk. Ganske vist har praktiserende læger udført et stort arbejde for at få kvinder til at gennemføre svangerskabet, men i de tilfælde, hvor dette ikke er lykkedes, har lægerne ofte følt savnet af den sagkundskab på dette specielle område, som er forudsætningen for at tage stilling til, om der foreligger indikation for svangerskabsafbrydelse, og de har derfor oftest henvist afgørelsen til vedkommende sygehusafdeling eller til mødrehjælpen. Deres virksomhed har i disse tilfælde indskrænket sig til på forespørgsel at meddele de oplysninger om patienterne, som de var i besiddelse af.

Der kan i denne forbindelse henvises til den i afsnit IV givne redegørelse for, hvilken rolle psykiatrisk sagkundskab har spillet ved indikationsstillingen.

Erfaringen har tillige som nævnt i afsnit IV vist, at der ved afgørelsen af, om svangerskabsafbrydelse i det enkelte tilfælde er berettiget, ofte indgår sociale momenter, som det er nødvendigt at have kendskab til for at kunne vurdere en foreliggende alvorlig fare for kvindens fysiske eller psykiske helbredstilstand. Det er derfor nødvendigt, at

der foreligger både en social og lægelig, herunder ofte en psykiatrisk undersøgelse af den abortsøgende kvindes forhold. Hertil tager den gældende ordning ikke tilstrækkeligt hensyn.

Til støtte for en ændring af den gældende indikationsordning kan det endvidere anføres, at denne har givet anledning til en vis uensartethed i praktiseringen af loven, begrundet i lægernes forskellige indstilling til spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse.

Der bør skabes sikkerhed for en såvidt muligt ensartet praktisering af lovens bestemmelser om svangerskabsafbrydelse, og afgørelserne bør henlægges til myndigheder med en sådan autoritet, at gennemførelse af svangerskabsafbrydelse på grundlag af stillede indikationer i almindelighed ikke støder på vanskeligheder.

Når en ændring af indikationsordningen skal overvejes, synes det naturligt først at tage stilling til, om den mere centraliserede ordning, der gælder i Sverige, er egnet til overførelse til danske forhold.

Efter den svenske svangerskabslov af 17. juni 1938 måtte svangerskab kun afbrydes, når den læge, som udførte indgrebet, og en anden læge i en nærmere angiven tjenestestilling skriftligt havde erklæret, at forudsætningerne var tilstede. Afbrydelse på eugenisk indikation eller i tilfælde, hvor kvinden på grund af sin sindstilstand var ude af stand til at meddele gyldigt samtykke, kunne dog kun tillades af medicinalstyrelsen. Den oprindelige svenske lov byggede således som hovedregel på samme system med 2 lægers attest som den danske lov.

Ved ændringen af den svenske lov i 1946 blev det imidlertid bestemt, at medicinalstyrelsen også kunne give tilladelse til svan-

gerskabsafbrydelse udenfor de nævnte særlige tilfælde. Selv om man ved siden heraf opretholdt adgangen til at foretage indgrebet på grundlag af 2 lægers attest, har man i virkeligheden stort set forladt dette system, idet udviklingen i praksis siden lovændringen har ført til en centralisering af afgørelserne hos medicinalstyrelsen, som i 1949, da antallet af legale svangerskabsafbrydelser udgjorde ca. 5 500, traf afgørelse i 80 pct. af sagerne (i 1940 afgjorde medicinalstyrelsen kun 30 pct. af sagerne).

Til behandling af sagerne er der af medicinalstyrelsen nedsat et socialpsykiatrisk nævn, der afholder møde een gang ugentlig. Til dette nævn indgives ansøgningerne om tilladelse til svangerskabsafbrydelse på særlige blanketter, vedlagt erklæring fra ægtefælle, slægtninge, socialkurator o. lign., lægeerklæring, og ved ansøgning, begrundet i arveanlæg hos manden, en særlig erklæring vedrørende denne. Ansøgningerne gennemgås først i medicinalstyrelsen og går så videre til nævnet. Der er ingen mulighed for appel af nævnets afgørelser, men en sag kan genoptages til fornyet afgørelse, når nye oplysninger foreligger.

Den i afsnit III omtalte svenske kommission har nu i sin under 2. september 1953 afgivne betænkning udtalt sig for en ændring af det skildrede svenske system. Det fremhæves, at systemet tilsigtede at give garantier for den størst mulige ensartethed og objektivitet ved afgørelsen og at sikre, at de ydre milieuomstændigheders betydning for afgørelsen blev taget i betragtning. For at opnå disse fordele har man givet afkald på kravet om personlig kontakt mellem den abortsøgende og den, som skal træffe afgørelsen. Imidlertid har man i praksis ikke opnået den tilsigtede ensartethed, idet afgørelserne i nævnet i høj grad er blevet „papirafgørelser“, afhængige af de lokale læger, der afgiver erklæring i sagerne, og hvis indstilling til foretagelse af svangerskabsafbrydelse er højst forskellig. Man finder det derfor ikke forsvarligt, at afgørelserne fortsat træffes af en myndighed uden personlig kontakt med ansøgerne. Kommissionen stiller følgende forslag om en decentralisering af afgørelserne, således at disse fremtidig træffes af særlige nævn, bestående af 2 læger, hvoraf den ene skal være psykiater og den anden gynækolog eller kirurg, samt et

trejde medlem med prøvet social erfaring, selvstændighed og godt psykologisk omdømme. Der foreslås oprettet et sådant nævn indenfor hvert „sjukvårdsområde“. Efter kommissionens forslag skal disse nævn træffe afgørelse i alle sager om svangerskabsafbrydelse, også i de rent medicinske tilfælde. Afbrydelsen kan altså efter forslaget ikke længere ske på grundlag af 2 lægers attest. Afgørelse om svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation skal dog efter forslaget — som hidtil — alene kunne træffes af den svenske medicinalstyrelse. For denne skal nævnets afgørelse kunne indankes af en kvinde, der har fået afslag fra nævnet, eller af et medlem af nævnet, der er uenig med de 2 andre medlemmer om en tilladt svangerskabsafbrydelse. Endelig skal medicinalstyrelsen føre tilsyn med nævnenes virksomhed.

Svangerskabskommissionen finder, at de i Sverige gjorde erfaringer afgørende taler mod at henlægge afgørelserne her i landet til en central myndighed uden personlig kontakt med ansøgerne.

I praksis er mødrehjælpsinstitutionerne som tidligere omtalt allerede kommet til at spille en betydelig rolle ved indikationsstillingen og har fået en ret omfattende erfaring på dette område. Det forekommer kommissionen, at man bør bygge videre på den udvikling, der således er foregået i praksis gennem de sidste 10 år, og fremtidig i vidt omfang henlægge afgørelserne i svangerskabsafbrydelsessager til lægeligt udbyggede mødrehjælpsinstitutioner.

For det første vil mødrehjælpsinstitutionerne i de tilfælde, hvor oplysninger om kvindens sociale forhold er af betydning for den lægelige vurdering, have de bedst mulige forudsætninger for at fremskaffe et forsvarligt grundlag for afgørelsen om svangerskabsafbrydelse.

Kommissionen vil dernæst understrege betydningen af, at man ved afgørelsen af, om der foreligger grundlag for svangerskabsafbrydelse eller ej, i hvert enkelt tilfælde har for øje, om det ikke ved hjælpeforanstaltninger af forskellig art er muligt at hjælpe de pågældende kvinder til at gennemføre deres svangerskab. Dette taler for, at afgørelserne henlægges til mødrehjælpsinstitutionerne, der naturligt kan have dette for øje. Man har fra kommissionens side navnlig hæftet sig ved

den virksomhed, der siden ikrafttrædelsen af svangerskabsloven og lov om mødrehjælpsinstitutioner har udviklet sig indenfor disse institutioner med henblik på vurdering af, hvorvidt der skønnes at være indikation for svangerskabsafbrydelse, og med henblik på iværksættelse af et positivt hjælpearbejde for gravide kvinder og familier med små børn, jfr. herom nærmere afsnit IV.

Det er endvidere af største betydning for forebyggelsen af ulovlige svangerskabsafbrydelser, at så mange som muligt af de kvinder, der ønsker deres svangerskab afbrudt, bringes i kontakt med mødrehjælpsinstitutionerne, således at disse kan have mulighed for ved vejledning og støtte at hjælpe de pågældende og derved afholde dem fra svangerskabsafbrydelse. Det må antages at ville bidrage væsentligt til, at mødrehjælpsinstitutionerne får den fornødne kontakt med kvinderne, såfremt de overfor offentligheden kommer til at stå som den myndighed, hvortil en kvinde, der ønsker sit svangerskab afbrudt, normalt må henvende sig for at få konstateret, om lovens betingelser foreligger. Betænkeligheder herved synes ikke at være tilstede under forudsætning af, at mødrehjælpsinstitutionerne udbygges med fornøden sagkyndig bistand.

Den foreslåede ordning vil efter kommissionens skøn modvirke omgælse af loven.

Kommissionen er klar over, at nogle kvinder af diskretionshensyn vil nære uvilje mod at henvende sig til en institution. Man er dog af den opfattelse, at hensynet hertil må vige for hensynet til, at kvinden ved henvendelse til mødrehjælpsinstitutionen har størst mulighed for at blive vejledt og støttet på rette måde.

Kvinden bør i almindelighed henvende sig til mødrehjælpsinstitutionen på sit hjemsted, hvor man har lettest adgang til at få kendskab til hendes forhold og kan forhandle direkte med de læger, socialrådgivere og andre, som har undersøgt hende. Hensynet til at undgå unødige rejseudgifter og besvær vil oftest bevirke, at denne ordning stemmer med kvindens interesser. Efter kommissionens opfattelse bør man dog ikke ubetinget foreskrive, at kvinden altid skal henvende sig til mødrehjælpsinstitutionen på sit hjemsted, idet hun, når særlige grunde taler derfor, bør kunne henvende sig til en anden mødrehjælpsinstitution.

Forinden afgørelsen træffes, bør mødrehjælpsinstitutionen — som det også sker for tiden — i almindelighed indhente en udtalelse fra kvindens sædvanlige læge. Heller ikke på dette område bør der dog gives en ufravigelig regel, da der kan forekomme tilfælde, hvor det på grund af særlige omstændigheder vil stride mod kvindens interesser, at hendes sædvanlige læge får kendskab til sagen. Bortset fra sådanne særlige tilfælde bør man derimod drage nytte af den sædvanlige læges viden.

I det omfang, det skønnes fornødent, bør mødrehjælpsinstitutionerne søge assistance af speciallæge, indhente erklæring fra Arvebiologisk Institut (i tilfælde af eugenisk indikation) eller lade kvinden indlægges på sygehus til observation.

Det grundlag, på hvilket der tages stilling til indikationsspørgsmålet, vil således bestå i:

*En lægelig undersøgelse*, omfattende sygehistorie og undersøgelse, ofte tillige psykiatrisk undersøgelse, udtalelse fra Arvebiologisk Institut, oplysninger vedrørende tidligere indlæggelser, specialundersøgelser og sygehusobservation samt i almindelighed en udtalelse fra kvindens sædvanlige læge om hans kendskab til hendes helbredstilstand og sociale forhold.

*En social undersøgelse*, omfattende skildring af kvindens levnedsløb og aktuelle situation samt indtrykket af kvinden, samtale med ægtefælle, barnefader eller pårørende, referat af hjemmebesøg og oplysninger fra andre institutioner (evt. politiet ved afbrydelse på etisk indikation).

Som allerede nævnt forudsætter den skitserede ordning en udbygning af mødrehjælpsinstitutionerne.

Der må for det første ved samtlige mødrehjælpsinstitutioner opbygges organer, som har den fornødne sagkundskab både på det lægelige og sociale område til at tage stilling til indikationerne for svangerskabsafbrydelse. Kommissionen foreslår, at der — i fortsættelse af den udbygning af mødrehjælpen med lægelig bistand, som allerede er påbegyndt i praksis — ved hver institution oprettes et eller om fornødent flere *samråd*, bestående af institutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person og 2 læger, hvoraf den ene såvidt muligt skal

være speciallæge i psykiatri. Samrådenes medlemmer og det fornødne antal suppleanter for dem foreslås beskikket af arbejds- og socialministeren, de lægelige medlemmer og disses suppleanter efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen og for højst 4 år ad gangen. De fornødne bestemmelser på dette område bør gives ved tilføjelser til loven om mødrehjælpsinstitutioner, jfr. det i betænkningens afsnit XI indeholdte ændringsforslag til denne lov.

Bestemmelse om, at svangerskabsafbrydelse i det enkelte tilfælde kan foretages, bør være betinget af enighed indenfor samrådet. I særlig vanskelige tilfælde kan samrådet efter et medlems begæring forelægge sagen for det nedenfor nævnte centralnævn, som i så fald forinden sagens afgørelse kan afgive en udtalelse til brug for samrådets videre overvejelser, men nævnets udtalelse vil — om end den som hovedregel må forventes fulgt ved samrådets afgørelse — kun være af vejledende karakter.

Såfremt den foreslåede ordning skal fungere tilfredsstillende, skønnes det nødvendigt at udvide antallet af mødrehjælpsinstitutioner. Allerede med mødrehjælpens hidtidige virkefelt har det i stigende grad været følt som en hindring, at kvinderne ofte har måttet foretage lange rejser for at komme i forbindelse med mødrehjælpen, ligesom de lange afstande har stillet sig hindrende i vejen for den intensitet i arbejdet, som må anses for nødvendig for virkelig at hjælpe. Selvom man gennem oprettelse af filialer og faste ugentlige konsultationer i ca. 70 byer har søgt at imødekomme kvinderne, har en udvidelse af institutionernes antal derfor længe været påkrævet. Skal mødrehjælpsinstitutionerne tillige varetage den omhandlede opgave med hensyn til at stille indikationer for svangerskabsafbrydelse, må det gøres lettere for kvinderne at komme i forbindelse med institutionernes læger og socialrådgivere, som må kunne foretage ret grundige undersøgelser af såvel lægelig som social karakter i hvert enkelt tilfælde. Udbygningen af mødrehjælpsinstitutionernes antal bør ske under hensyntagen til befolkningstal, byernes tæthed, fødsler, afstandsforhold m. v. For tiden findes der 8 mødrehjælpsinstitutioner; antallet bør udvides til 16, jfr. det som bilag 12 til betænkningen optagne forslag til oprettelse af dette antal institu-

tioner. Antallet bør udvides, efterhånden som det senere måtte vise sig påkrævet.

Den nugældende svangerskabslov har som tidligere nævnt ikke været praktiseret ensartet landet over.

For at muliggøre, at samrådene følger ensartede retningslinier, bør der efter kommissionens opfattelse oprettes et *centralnævn*, bestående af en leder af en mødrehjælpsinstitution eller en socialpraktiker med nøje kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde samt 2 læger, hvoraf den ene skal være speciallæge i psykiatri. Nævnets medlemmer og de fornødne suppleanter for dem foreslås udpeget af arbejds- og socialministeren for højst 4 år ad gangen, de lægelige medlemmer efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen.

Det skal være nævnets opgave at føre tilsyn med samrådenes virksomhed. Med henblik herpå bør det pålægges samrådene efter anmodning til nævnet at indsende genpart af afgørelser i sager om svangerskabsafbrydelse. Nævnet bør være berettiget til på eget initiativ at tage enkeltsager eller principielle spørgsmål, der ikke har været forelagt af de enkelte institutioner, op til drøftelse og fremsætte udtalelser af vejledende art overfor samrådene.

Kommissionen har overvejet, om nævnet bør fungere som appelinstans for kvinder, der af samrådene får afslag på svangerskabsafbrydelse. Dette har man dog ment at måtte udelukke, da man blot ved at give kvinden en subsidieret ret til at appellere til et centralnævn let vil risikere, at denne ret bliver udnyttet i et meget stort antal sager. Herved vil fordelene ved den lokale afgørelse sættes over styr, den lokale institutions autoritet vil undergraves, centralnævnet vil blive overbelastet, og mere eller mindre desperate patienter vil eventuelt ofre urimelige summer på rejser frem og tilbage til nævnets medlemmer.

Det er i det hele ikke tanken at give centralnævnet afgørelsesmyndighed overfor samrådene. Derimod er der som omtalt intet i vejen for, at det enkelte samråd efter et medlems begæring forelægger nævnet særlig vanskelige sager, forinden disse afgøres, og at nævnet derefter afgiver en vejledende udtalelse til brug for samrådets videre overvejelser.

Såfremt nævnet finder den af et samråd fulgte praksis uheldig, og denne praksis ikke ændres efter vejledende udtalelser fra nævnet, må dette være henvist til eventuelt at gøre arbejds- og socialministeren — som den, der har udnævnelsesretten med hensyn til samrådene — opmærksom på forholdet.

Bestemmelserne om oprettelse af det foreslåede centralnævn hører — ligesom bestemmelserne om samrådene — hjemme i loven om mødrehjælpsinstitutioner, jfr. om ændring af denne lov betænkningens afsnit XI.

Det er med foranstående forslag tanken, at mødrehjælpsinstitutionernes samråd skal kunne stille indikation for svangerskabsafbrydelse indenfor hele lovens område, altså både hvor det drejer sig om medicinsk, etisk og eugenisk indikation. Med hensyn til de sidstnævnte tilfælde bemærkes, at den eugeniske indikation ikke kan afgøres isoleret fra medicinske og sociale faktorer. De eugeniske abortindikationer vil desuden ofte give anledning til overvejelse af sterilisations-spørgsmål, som i mange tilfælde bedst løses i forbindelse med en mødrehjælpsinstitution.

Forsåvidt angår *de medicinske indikationer* finder kommissionen det dog ikke naturligt udelukkende at give mødrehjælpsinstitutionernes samråd adgang til at stille indikationen. Under forudsætning af, at svangerskabets afbrydelse på grund af sygdom er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, og at dette er konstateret på et af de sygehuse, hvor svangerskabsafbrydelse kan finde sted (jfr. herom nedenfor), ville det i almindelighed være urimeligt og i enkelte tilfælde endog ganske uforsvarligt at kræve, at kvinden henvises til en mødrehjælpsinstitution, forinden indgrebet kan finde sted. Derimod bør vedkommende sygehusoverlæge — der ligesom samrådene forudsættes i fornødent omfang at søge bistand hos speciallæge — i overens-

stemmelse med loven kunne stille indikation for svangerskabsafbrydelse. Nogen virkelig fare for misbrug vil ikke opstå herigennem, idet bestemmelserne om journalføring og hele den offentlighed, der præger de nævnte sygehuse, må være tilstrækkelig garanti mod misbrug. Sådanne misbrug ville — om de dog måtte forekomme — uvægerligt rygtes og derved komme til overordnede lægelige myndigheders kundskab. Hertil kommer, at en indikation, stillet på et offentligt sygehus, så godt som altid vil være resultatet af flere lægers drøftelser, selvom ansvaret for afgørelsen formelt alene påhviler overlægen.

Ordningen vil derfor ikke give mindre, men tværtimod større sikkerhed for lovens overholdelse end den nuværende ordning, hvorefter 2 læger i forening kan stille indikationen.

I tilfælde, hvor en mødrehjælpsinstitutionens læge eller samråd som led i behandlingen af en ansøgning om svangerskabsafbrydelse har ladet den pågældende kvinde indlægge på sygehus til observation, vil sygehusets overlæge i overensstemmelse med foranstående på egen hånd kunne stille indikation for svangerskabsafbrydelsen, jfr. lovforslagets § 3, stk. 3. Finder overlægen, at der ikke er grundlag for svangerskabsafbrydelse, må han til samrådet afgive en begrundet meddelelse om resultatet af observationen.

Er kvinden på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan begæringen om dettes foretagelse efter den gældende lovs § 2, nr. 4, fremsættes af en beskikket særlig værge eller af den anstalt, under hvis forsorg kvinden er inddraget, uden den sædvanlige vejledning fra mødrehjælpen. I disse tilfælde foreslås det fremtidig overladt til overlægen ved det pågældende sygehus at stille indikationen uden mødrehjælps mellemløst.

## B. Indgrebets gennemførelse.

Efter den gældende lov må svangerskabsafbrydelse kun foretages af en autoriseret læge på et af statens eller kommunens sygehuse eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

Denne bestemmelse foreslår kommissionen opretholdt. Man har ganske vist overvejet, om man under hensyn til pladsmangelen på sygehuse skulle foreslå indføjet en adgang for private klinikker til at modtage patienter til foretagelse af svangerskabsafbrydelse,

når indikationen herfor i forvejen var behørigt stillet i overensstemmelse med det ovenfor anførte, men man har dog ikke ment for tiden at burde foreslå en sådan bestemmelse gennemført.\*)

Det følger af den gældende sygehusordning, at indgrebet i almindelighed skal foretages på sygehuset på kvindens hjemsted, og kommissionen foreslår derfor, at det udtrykkeligt bestemmes, at kvinden, når bestemmelse om svangerskabsafbrydelse foreligger, på begæring skal modtages på vedkommende sygehus (sygehusafdeling).

Der har under den hidtidige lovordning i flere tilfælde vist sig vanskeligheder ved at få gennemført indgrebet på det lokale sygehus, og mødrehjælpen rettede i denne anledning i 1949 en henvendelse til justitsministeriet om at skabe mulighed for afhjælpning af vanskelighederne, eventuelt ved betaling fra det offentlige for kvindens indlæggelse på et sygehus udenfor sit hjemsted. De tilfælde, der i praksis har voldt vanskeligheder, falder i 2 hovedgrupper:

1) Det er i en del tilfælde forekommet, at sygehusoverlæger har været utilbøjelige til eller helt har nægtet at foretage svangerskabsafbrydelser, og at kvinder, for hvis vedkommende indikation for svangerskabsafbrydelse allerede var stillet, er blevet afvist af overlægen ved det pågældende sygehus, hvorpå man enten har måttet opgive at få indgrebet foretaget eller har måttet søge at få svangerskabsafbrydelsen foretaget på et andet sygehus. Denne tilstand er efter kommissionens opfattelse uholdbar. Det er ikke forsvarligt, at kvinden skal være henvist til at henvende sig på det ene sygehus efter det andet for at få indgrebet gennemført og eventuelt bebyrdes med øgede udgifter ved indgrebets foretagelse på et sygehus udenfor hendes hjemsted.

Vanskelighederne har sikkert for en stor del været begrundet i den ret betydelige uensartethed i lovens praktisering, og kommissionen har derfor, som det fremgår af det foregående, lagt vægt på at udforme reglerne om de indikationsstillende myndigheder således, at der sikres større ensartethed i lovens administration, og at de stillede indikationer

i højere grad kan ventes respekteret af kirurgerne. Men selvom kommissionens forslag gennemføres, vil det dog uden tvivl også derefter kunne forekomme, at en kirurg modsætter sig at gennemføre en svangerskabsafbrydelse på en kvinde, der hører under hans sygehus og har fået stillet lovlig indikation for indgrebets foretagelse. Kommissionen har derfor måttet overveje, hvilken løsning man i en sådan situation må foretrække.

Der synes ikke at kunne blive tale om at pålægge kirurgen en pligt til at udføre en svangerskabsafbrydelse, som han — uanset at indikation for indgrebet lovligt er stillet — ikke finder det forsvarligt at udføre. En sådan pligt for kirurgen ville stride imod de hævdvundne principper i den danske lægeordning, som de har fundet udtryk i den danske lægelov. Dette gælder, hvadenten hans vægning er begrundet i, at indgrebets udførelse skønnes uforsvarlig af medicinske grunde, eller i moralske eller religiøse betragtninger eller i mistillid til den stillede indikation.

Kommissionen har dernæst overvejet, om der måtte være mulighed for at gennemføre en ordning, der altid giver kvinden adgang til at få indgrebet udført på det sygehus, hvorunder hun hører, idet indgrebet, hvis sygehusets kirurg ikke ønsker at medvirke dertil, foretages på sygehuset af en anden — f. eks. af mødrehjælpen anvist — læge. En sådan ordning ville medføre, at ulemper for kvinden på grund af kirurgens modvillige holdning kunne undgås, uden at man dog tvang kirurgen til at handle mod sin overbevisning. Imidlertid vil en sådan ordning være i strid med vort sygehusvæsens hidtidige principper, ligesom den kunne fremkalde vanskeligheder i samarbejdet mellem mødrehjælpen og sygehuslægerne. Under hensyn hertil har kommissionen ikke anset en sådan ordning for gennemførlig.

Tilbage bliver herefter spørgsmålet om at sikre kvinden, at indgrebet i de omhandlede tilfælde kan foretages på et andet sygehus uden forøgede udgifter for hende. På dette grundlag har kommissionen udformet følgende forslag:

Nægter overlægen at foretage indgrebet,

\*) Den tidligere svangerskabskommission foreslog i sin betænkning, at svangerskabsafbrydelse skulle kunne foretages på privatklinikker, der var godkendt af sundhedsstyrelsen, men denne bestemmelse blev ikke medtaget i regeringens lovforslag, jfr. rigsdagstidende 1936—37, tillæg A, spalte 2525.

kan patienten indlægges på et andet sygehus, om fornødent — altså kun, hvis spørgsmålet ikke ordnes af overlægen selv — ved vedkommende mødrehjælpsinstitutions foranstaltning. I så tilfælde afholdes kun den sædvanlige takstmæssige betaling for indlæggelse på hjemstedssygehuset af kvinden på samme måde, som hvis indgrebet var sket på dette sygehus. Med hensyn til de yderligere udgifter ved kvindens indlæggelse på det fremmede sygehus (den fulde daglige udgift med fradrag af den takstmæssige betaling) foreslås der givet indenrigsministeren bemyndigelse til at bestemme, at disse udgifter helt eller delvis skal refunderes af sygehuset på kvindens hjemsted. Kommissionen har herved forudsat, at indenrigsministeren vil benytte denne bemyndigelse til at pålægge hjemstedssygehuset at afholde de sidstnævnte udgifter. Når man ikke udtrykkelig har bestemt dette i kommissionens lovforslag, skyldes det udelukkende, at detailbestemmelser af denne art ikke skønnes at høre hjemme i loven.

Den foreslåede refusionsordning vil ganske falde i tråd med den ordning, som allerede på grundlag af aftaler mellem sygehusene er truffet vedrørende betaling for sygehusophold, når patienter overføres til et fremmed sygehus til specialbehandling. Sygehusforeningen i Danmark har da også i den som bilag 13 til betænkningen optagne skrivelse til kommissionen af 14. februar 1952 givet sin tilslutning til den foreslåede refusionsordning.

2) I den anden gruppe af tilfælde, hvor foretagelse af svangerskabsafbrydelse på det lokale sygehus i praksis har voldt vanskeligheder, har disse været begrundet i kvindens egne forhold, idet hun selv af diskretionshensyn har ønsket indgrebet foretaget på et sygehus udenfor sit hjemsted. Når sådanne diskretionshensyn af mødrehjælpen findes tilstrækkelig vægtige til at begrunde, at kvindens ønske imødekommes, bør indgrebet efter mødrehjælpens bestemmelse kunne foretages på et andet sygehus.

I ovennævnte skrivelse fra Sygehusforeningen i Danmark har denne udtalt, at man i sådanne tilfælde finder det mindre rimeligt, at det pålægges hjemstedssygehuset at afholde de yderligere opholdsudgifter på det fremmede sygehus, da hjemstedssygehuset ikke i disse tilfælde har erklæret sig ude af stand til at udføre indgrebet. Kommissionen mener dog efter indgående overvejelse af spørgsmålet at måtte gå ind for, at der i disse tilfælde indføres samme refusionsordning som foreslået ovenfor. Kommissionens standpunkt er dels begrundet i, at det rent lovteknisk vil være kompliceret og derfor uheldigt at have 2 forskellige sæt regler for svangerskabsafbrydelser, der foretages „på fremmed sygehus“, dels i, at hjemstedssygehuset i disse tilfælde har samme faktiske besparelse i udgifter ved at undgå patientens indlæggelse, og endelig i det ringe antal tilfælde, det vil komme til at dreje sig om.

### C. Ændring af den i svangerskabslovens § 1, stk. 2, fastsatte 3-måneders frist for foretagelse af svangerskabsafbrydelse.

Efter svangerskabslovens § 1, stk. 2, må afbrydelse af svangerskab, når der ikke er alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, normalt ikke foretages efter udløbet af den 3. svangerskabsmåned.

Efter bestemmelsens indhold gælder den således ikke de medicinske, men kun de etiske og eugeniske indikationer, og selv i disse tilfælde er der mulighed for at fravige bestemmelsen, jfr. ordet „normalt“.

Imidlertid har der i praksis siden svangerskabslovens ikrafttræden vist sig en tilbøjelighed til også at overholde 3-måneders fristen ved medicinske indikationer, og fristen har samtidig vist sig at have uheldige virk-

ninger, idet det ofte volder vanskelighed at få en sag om svangerskabsafbrydelse omhyggeligt undersøgt så hurtigt, at man kan nå at afbryde svangerskabet inden udgangen af 3. måned. Man ville iøvrigt ved en forlængelse af fristen få bedre tid og mulighed for at sætte ind med passende behandling overfor de mere eller mindre udprægede svangerskabsdysforier (nedtrykt sindstilstand), eventuelt ved indlæggelse på psykiatriske afdelinger eller på særlige hjem. Til belysning af betydningen af fristens forlængelse har mødrehjælpsinstitutionen i København afgivet en redegørelse, der er optrykt som bilag 14 til betænkningen.

Denne redegørelse viser, at der er en afgjort trang til lempelse af den gældende frist for indgrebets foretagelse.

Til begrundelse af 3-måneders fristen er det tidligere anført, at svangerskabsafbrydelse efter 3. måned indebærer større risiko end før 3. måned, og man har — således i den tidligere svangerskabskommissions betænkning — som holdepunkt herfor henvist til en række lægevidenskabelige undersøgelser. Da disse undersøgelser imidlertid angår materialer af ældre dato, altså fra tiden før kendskabet til de moderne midler til bekæmpelse af infektion (sulfapræparater, penicillin m. m.), de moderne narkosemetoder, betydningen af den tidlige bevægelsesbehandling og fordelene ved den moderne vædskebehandling af opererede patienter, er de af tvivlsom værdi for nutiden.

Spørgsmålet om risikoen ved legal svangerskabsafbrydelse før og efter 3. svangerskabsmåned ville kunne belyses ved en videnskabelig bearbejdelse af samtlige de svangerskabsafbrydelser, der er indberettet til sundhedsstyrelsen siden 1932 (ialt ca. 20 000 tilfælde), men en sådan bearbejdelse ville dels tage lang tid, idet det foreliggende materiale måtte suppleres med oplysninger fra sygehusene, og ville dels blive meget bekostelig. Endelig er der ingen grund til at formode, at en sådan undersøgelse ville give væsentlig andre resultater end de foreliggende nyere lægevidenskabelige undersøgelser på dette område.

Kommissionen har derfor i stedet foranlediget, at reservekirurg, dr. med. V. Oram, der gennem flere år har arbejdet med disse spørgsmål, til brug for kommissionen har udarbejdet den som bilag 15 til betænkning

gen optagne oversigt over den nordiske lægevidenskabelige litteratur angående legale svangerskabsafbrydelser i de sidste 10 år.

Af denne oversigt fremgår, at risikoen ved svangerskabsafbrydelse efter 3. svangerskabsmåned ikke er så stor, at man af lægelige grunde bør opretholde en 3-måneders frist, når andre grunde stærkt taler for at udvide denne frist.

Det kan til støtte for dette standpunkt yderligere anføres, at svangerskabsafbrydelse efter den svenske lov kan foretages til udgangen af svangerskabets 20. uge og med medicinalstyrelsens tilladelse endda, når særlige grunde taler derfor, indtil udgangen af 24. uge.

Efter den finske svangerskabslov er fristen sat til udgangen af svangerskabets 4. måned, men medicinalstyrelsen kan, når kvinden ved besvangrelsen ikke var fyldt 16 år, eller når særlige grunde iøvrigt foreligger, tillade, at indgrebet udføres indtil udgangen af svangerskabets 5. måned.

Både den svenske og den finske lov undtager fra fristen svangerskabsafbrydelse på grund af sygdom eller legemlig mangel.

Kommissionen foreslår under henvisning til foranstående, at man forlænger 3-måneders fristen til udgangen af 20. svangerskabsuge, således at man bibeholder den mulighed for afvigelser fra fristen, som ligger i ordene „normalt ikke“. Som det fremgår af kommissionens senere aftrykte lovforslag, foreslår man endvidere en ændret formulering af bestemmelsen, således at det med større tydelighed fremgår, at fristen ikke gælder for svangerskabsafbrydelse på medicinsk indikation.

#### D. Sterilisation i forbindelse med svangerskabsafbrydelse.

Spørgsmålet om sterilisation i forbindelse med svangerskabsafbrydelse rejser sig ofte, idet de forhold, som taler for abort, langt fra altid er begrænsede til det aktuelle svangerskab. Tværtimod kan det ofte forudses, at de samme forhold, som betinger gennemførelsen af en svangerskabsafbrydelse, også i fremtiden vil gøre sig gældende. Forsåvidt der derfor er udsigt til, at kvinden atter bliver gravid, vil spørgsmålet om sterilisation uvægerligt rejse sig. Ikke sjældent stiller det sig

endda således, at det forekommer meningsløst alene at foretage svangerskabsafbrydelse, idet man må forudse snarlig ny graviditet med fornyet krav om abortindgreb.

Mulighederne for at foretage sterilisation i forbindelse med svangerskabsafbrydelse ligger forskelligt efter, hvilken indikation der er tale om.

Ved svangerskabsafbrydelse på *medicinsk* indikation kan der uden særlig tilladelse af rent lægelige grunde samtidig foretages steri-



lisation, når det skønnes, at et nyt svangerskab vil frembyde en lignende alvorlig fare for liv eller helbred som det aktuelle svangerskab. Denne adgang til at foretage sterilisation følger af almindelige nødretsregler, ganske som det var tilfældet med svangerskabsafbrydelse på medicinsk indikation forinden svangerskabslovens ikrafttræden.

Ved svangerskabsafbrydelse på *etisk* indikation opstår spørgsmålet om sterilisation i almindelighed ikke, idet de forhold, der begrundes svangerskabsafbrydelsen, ikke kan give grundlag for sterilisation.

Ved svangerskabsafbrydelse på *eugenisk* indikation bliver spørgsmålet om sterilisation altid aktuelt, når den eugeniske indikation er baseret på arveanlæg hos kvinden.

Den gældende lovgivning giver ikke i disse tilfælde lægen adgang til på egen hånd at træffe afgørelse angående sterilisation. Der kræves derimod i det enkelte tilfælde en forudgående tilladelse, som for personer, der ikke er åndssvage, i henhold til lov nr. 176 af 11. maj 1935 meddeles af justitsministeriet og for åndssvage efter lov nr. 171 af 16. maj 1934 meddeles af et særligt nævn.

Betingelserne for sterilisation er forskellige efter de to nævnte love. *For kvinder, der ikke er åndssvage*, kræves efter førstnævnte lov, at samfundsmæssige grunde taler for sterilisation samt for psykisk normale, at særlige forhold, navnlig fare for afkommets arvelige belastning, taler derfor, og for psykisk abnorme, at det er til gavn for vedkommende. *Kvinder, der er åndssvage*, kan efter sidstnævnte lov steriliseres efter bestemmelse af det omtalte særlige nævn, når samfundsmæssige hensyn, såsom at den pågældende på grund af åndssvagthed skønnes ikke at være i stand til på forsvarlig måde at opdrage sine børn eller ved eget arbejde at forsørge dem, taler for, at den åndssvage sættes ud af stand til at få afkom, eller når sterilisation vil være gavnlig for den åndssvage selv, idet sterilisation vil gøre det forsvarligt at undlade inddragelse under forsyng eller muliggøre en friere anbringelse.

Manglerne ved den eksisterende ordning er for det første, at åndssvage kvinder, for hvis vedkommende den mentale defekt som altovervejende hovedregel er arvelig, efter loven overhovedet ikke kan steriliseres af

eugeniske grunde. Man kan således komme i den situation, at svangerskabsafbrydelse må foretages af eugeniske hensyn, uden at man trods kvindens indvilgelse heri er i stand til at foretage en sterilisation, skønt denne er det eneste rationelle skridt for at forhindre nye graviditeter med påfølgende gentagne svangerskabsafbrydelser på eugenisk grundlag.

Dernæst er det en alvorlig svaghed ved den eksisterende ordning, at indhentelsen af de nævnte tilladelser erfaringsmæssigt kan tage så lang tid, at sterilisationen ikke kan foretages samtidig med eller ganske kort efter svangerskabsafbrydelsen. Da det ofte drejer sig om svagtbegavede kvinder, som vel under svangerskabet og i forbindelse med dets afbrydelse indser nødvendigheden af sterilisation og er indforstået hermed, men mister forståelsen af og interessen for spørgsmålet, såsnart de har fået problemerne noget på afstand, medfører den gældende ordning ikke sjældent, at sterilisation ikke bliver foretaget, skønt den var i høj grad påkrævet for at forebygge nødvendigheden af gentagne svangerskabsafbrydelser på eugenisk grundlag.

I den svenske svangerskabslov har man løst dette problem ved at foreskrive, at svangerskab ikke må afbrydes på grund af arveanlæg hos kvinden, uden at der samtidig foretages sterilisation af hende, medmindre dette af særlige grunde findes uhensigtsmæssigt. På tilsvarende måde skal der efter den finske lov ved svangerskabsafbrydelse på grund af arveanlæg hos kvinden samtidig foretages sterilisation, når ikke afgørende grunde taler derimod.

En så vidtgående regel mener kommissionen dog ikke at kunne gå ind for. Dels finder man det stridende mod høvdvundne principper i dansk lovgivning at udøve den tvang overfor kvinden til at underkaste sig sterilisation, som ligger i svensk og finsk rets sammenknytning af de to indgreb, dels finder man det uhensigtsmæssigt, at en sådan lovregel kan føre til, at man, når kvinden modsætter sig sterilisation, må modsætte sig svangerskabsafbrydelse og derved eventuelt fremtvinge fødslen af et alvorligt arveligt belastet barn. Den tidligere omtalte svenske kommission har da også foreslået ophævelse af den omtalte bestemmelse i den svenske lov.

Derimod finder kommissionen det i høj grad påkrævet, at der skabes en lettere adgang til foretagelse af sterilisation i de omhandlede eugeniske tilfælde, således at sterilisationen kan ske i forbindelse med svangerskabsafbrydelsen.

Kommissionen foreslår derfor, at der i svangerskabslovens § 1 optages følgende bestemmelse:

„Såfremt svangerskabsafbrydelse skal foretages på grund af sådanne arvelige anlæg, som omtales i § 1, stk. 1, nr. 3, og disse anlæg stammer fra kvinden, vil der i forbindelse med svangerskabsafbrydelsen kunne foretages sterilisation af kvinden, såfremt hun indvilger heri og ikke særlige grunde taler derimod.“

Kommissionen er vel fuldt ud klar over, at en lovbestemmelse af den foreliggende art i og for sig ikke hører hjemme i svangerskabsloven, men de forhold, der taler for indførelsen af bestemmelsen, herunder dennes abortforebyggende betydning, har forekommet kommissionen så væsentlige, at man dog har ment at burde medtage bestemmelsen ved forslaget til ændring af svangerskabsloven. Man kan i denne forbindelse henvise til de ovenfor omtalte bestemmelser i den svenske og finske svangerskabslovgivning, som i de nævnte tilfælde knytter svangerskabsafbrydelse og sterilisation sammen, endog således, at sterilisationen som hovedregel gøres til en betingelse for svangerskabsafbrydelsen.

Der forekommer ikke kommissionen at være nogensomhelst betænkelighed ved i overensstemmelse med forslaget at henlægge afgørelsen af, om sterilisation i disse tilfælde skal foretages, til vedkommende læge. Dels træffer lægerne i forvejen afgørelse af, om sterilisation skal foretages på rent medicinsk grundlag, og dels ligger der en garanti imod overdreven brug af bestemmelsen deri, at der i forvejen skal foreligge en lovligt indiceret svangerskabsafbrydelse på eugenisk grundlag.

Det er efter forslaget en betingelse, at kvinden indvilger i sterilisationen. Heri ligger tillige, at kvinden skal have forståelsen af indgrebets betydning. Er dette ikke tilfældet, må man med hensyn til sterilisation gå

frem efter reglerne i lovene af 16. maj 1934 og 11. maj 1935.

Som det fremgår af kommissionens forslag til ændringer i svangerskabsloven (betænkningens afsnit X), foreslår kommissionen endvidere, at de samme regler om samtykke fra forældremyndighedens indehaver og erklæring fra kvindens ægtefælle, som skal gælde ved svangerskabsafbrydelsen, også får gyldighed med hensyn til sterilisationsindgrebet.

Kommissionen finder anledning til at henvise opmærksomheden på, at den gældende sterilisationslovgivning synes at lide af sådanne mangler, ikke blot på de ovenfor fremdragne punkter, at en revision af denne lovgivning synes i høj grad påkrævet. Man skal i denne forbindelse fremhæve følgende:

Adgangen til at stille indikation for sterilisation må for tiden søges i 3 forskellige lovområder og er henlagt til 3 forskellige myndigheder. Ved sterilisation på medicinsk indikation må hjemmelen søges i nødretsreglerne, og indikationen stilles af vedkommende læge. Ved sterilisation iøvrigt af personer, som ikke er åndssvage, findes reglerne i ovennævnte lov af 11. maj 1935, og tilladelse til indgrebet gives af justitsministeriet. Ved tilladelse til sterilisation af åndssvage findes reglerne i ovennævnte lov af 16. maj 1934, og indikationen stilles af det ved denne lov nedsatte sterilisationsnævn. Alleerede denne fordeling af sterilisationsbestemmelserne på forskellige sæt love og myndigheder virker uhensigtsmæssig, så meget mere som afgrænsningen af de sterilisationer, der kan foretages på medicinsk indikation, i praksis kan være forbundet med vanskeligheder, og lignende vanskelige grænsetilfælde kan opstå ved afgørelsen af, om en person i givet fald skal steriliseres efter reglerne for åndssvage eller ikke-åndssvage.

Endnu uheldigere er det dog, at bestemmelserne om indikationerne for sterilisation ikke er rationelt udformet. Dette gælder begge de ovennævnte love. Loven af 11. maj 1935 (om sterilisation af ikke-åndssvage) nævner således kun hensynet til afkommet arvelige belastning for de psykisk normale, medens dette hensyn dog må være langt mere afgørende for de psykisk abnorme. For

disse sidste lægger loven til gengæld vægt på, om sterilisationen er til gavn for vedkommende, hvilket i mindst lige så høj grad burde fremhæves for de psykisk normale. I loven af 16. maj 1934 (om de åndssvage) nævnes som allerede anført åndssvaghedens

arvelighed ikke som afgørende for sterilisation, skønt netop dette hensyn er af betydelig vægt.

Kommissionen vil anse det for særdeles ønskeligt, at reglerne om sterilisation optages til revision.

### Indikationerne for svangerskabsafbrydelse.

I de år, der er forløbet siden svangerskabslovens vedtagelse, har der fra forskellig side været rejst kritik af de gældende regler om indikation for svangerskabsafbrydelse. På den ene side har spørgsmålet om udvidelse af indikationerne ved indførelse af adgang til svangerskabsafbrydelse på social indikation i overensstemmelse med den tidligere svangerskabskommissions forslag været rejst, og på den anden side har det stigende antal af legale afbrydelser foranlediget, at der er rejst spørgsmål om en skærpelse af praksis.

Endvidere har det ikke mindst fra visse kirurgers side været krævet, at de gældende indikationsbestemmelser skulle klargøres, således at der ikke kunne rejses berettiget tvivl om lovens mening.

I en til kommissionen indsendt henvendelse (vedhæftet betænkningen som bilag 16) har „Kvindeligt Arbejderforbund i Danmark“ bl. a. henstillet, at der gives adgang til svangerskabsafbrydelse, når det med absolut positiv sikkerhed kan påvises at ville medføre en varig forringelse af kvindens økonomiske og samfundsmæssige stilling, såfremt svangerskabet skulle gennemføres, altså en social indikation, der i det hele er på linie med den tidligere svangerskabskommissions forslag herom.

Fra forskellige katolske sammenslutninger har kommissionen modtaget en henvendelse, der udtaler sig imod enhver adgang til svangerskabsafbrydelse (bilag 17 til betænkningen).

Ved behandlingen af indikationsspørgsmålet har kommissionen delt sig i et flertal (alle med undtagelse af de i afsnit XII, XIII og XIV nævnte 6 medlemmer) og 3 mindretal, hvis betænkninger findes i afsnittene XII—XIV.

Kommissionens flertal ønsker meget stærkt at fremhæve betydningen af forebyggelse af uønskede svangerskaber og svangerskabs-

afbrydelser og mener, at denne forebyggelse kan opnås dels ved at gå ind for en almindelig adgang til oplæring i antikonceptionel teknik, jfr. afsnit VI, dels ved at gå ind for en stærk udvidelse af almene og individuelle hjælpeforanstaltninger for familier og mødre med børn, jfr. afsnit V. Begge dele vil betyde en væsentlig formindskelse af antallet af uønskede svangerskaber og derved gøre problemet om svangerskabsafbrydelse mindre, selvom det aldrig helt vil kunne løses ad denne vej.

For kommissionens flertal har det været et hovedsynspunkt, at svangerskabsafbrydelse altid må være en nødudvej, idet den aldrig kan frembyde en tilfredsstillende løsning af problemerne, men man anerkender, at der er en række tilfælde, hvor en afbrydelse af svangerskabet må siges at være den efter forholdene mest forsvarlige løsning.

Flertallet kan ikke gå ind for *fri adgang til svangerskabsafbrydelse* således som nedenfor i afsnit XIII foreslået af et af kommissionens medlemmer. Man lægger navnlig vægt på, at en sådan frihed til foretagelse af svangerskabsafbrydelse vil kunne medføre et stort antal afbrydelser, som alene er begrundet i den midlertidige depression, der ofte opstår hos den gravide kvinde i de første måneder af svangerskabet, og at mange kvinder af mænd eller kærester ville kunne blive presset til at lade foretage svangerskabsafbrydelser, som de ikke selv nærer noget virkeligt ønske om. Det er muligt, at en indgående rådgivning fra hjælpende institutioners side kunne afværge nogle af disse svangerskabsafbrydelser, men det forekommer overvejende sandsynligt, at de fleste kvinder ikke ville være tilbøjelige til at ofre en sådan rådgivning tilstrækkelig opmærksomhed, såfremt de havde bevidstheden om, at de i alle tilfælde kunne opnå svangerskabsafbrydelse. Det kan i den for-

bindelse bemærkes, at mødrehjælpsinstitutionerne har oplyst, at kvinderne i langt de fleste tilfælde først viser virkelig interesse for rådgivning og hjælpeforanstaltninger, efter at afslag på abortønsket er givet, medens de i tilfælde, hvor lægerne i forvejen har givet dem meddelelse om, at svangerskabet kan afbrydes, betragter samtalen med mødrehjælpen som en ren formalitet.

Kommissionens flertal har heller ikke ment at kunne gå ind for *svangerskabsafbrydelse på social indikation*. Det har for flertallet været et hovedsynspunkt, at det for den sunde og normale kvinde vil være det naturlige, at hun føder barnet, og at hun, såfremt samfundet sikrede hende fuldt forsvarlig hjælp under svangerskabet, omkring fødslen og senere vedrørende barnets forsørgelse, også selv ønsker det. Det forekommer flertallet — i overensstemmelse med de betragtninger, der i sin tid førte til, at en social indikation ikke blev optaget i loven —, at det må være samfundets uafviselige pligt at iværksætte sådanne hjælpeforanstaltninger fremfor at tillade svangerskabsafbrydelse på social indikation. Man skal herom nærmere henviser til afsnit V.

Yderligere mener flertallet, at enhver formulering af en social indikation eller „velfærdssindikation“ vil være knyttet til betingelser af så vag og ubestemt karakter, at dens gennemførelse vil være ensbetydende med en i praksis fuldstændig fri adgang til svangerskabsafbrydelse.

Kommissionens flertal har derfor ikke kunnet tiltræde mindretallets forslag i afsnit XII. Med hensyn til dette forslag ønsker flertallet også at bemærke, at man ikke kan tiltræde mindretallets forslag om at lade sådanne rent sociale forhold bedømme af organer af overvejende lægelig karakter som de foreslåede samråd. Den almindelige danske lægeforening fremhævede allerede under forhandlingerne med den tidligere svangerskabskommission nødvendigheden af rene linier på dette område, og dette standpunkt fastholdes stadig. Konsekvensen af det stillede forslag om en rent social indikation må være, at bedømmelsen af de tilfælde, hvor kvinden påberåber sig truet velfærd, overlades til rent sociale organer, f. eks. bestående af socialpolitikere eller socialpraktikere, således at afgørelsen ikke får et lægeligt præg,

der ikke svarer til de virkelige forhold. I de tilfælde, hvor et sådant organ måtte ønske oplysninger om kvindens helbred, kan de fornødne oplysninger indhentes gennem en lægeundersøgelse.

På den anden side kan kommissionens flertal heller ikke gå ind for en indsnævring af den nugældende lovgivning, endsiige et totalt forbud mod svangerskabsafbrydelse. Det må vel erkendes, at der kan findes tilfælde, hvor kvinder efter den nugældende fremgangsmåde har fået afbrudt svangerskabet uden fuldt tilstrækkelig grund, men sådanne tilfælde vil forekomme under en hvilken som helst lovgivning, der ikke foreskriver enten totalt forbud eller fuldstændig frihed, fordi afgørelsen i hvert enkelt tilfælde hviler og må hvile på et overordentlig vanskeligt skøn.

Det er imidlertid flertallets opfattelse, at der i langt de fleste tilfælde af legal afbrydelse har foreligget vægtige, ja tvingende grunde til afbrydelsen. Men ligesom der har været tilfælde af afbrydelser; der ikke har været rimelige, har der efter flertallets opfattelse også været en række tilfælde, hvor afbrydelse burde have fundet sted, men ikke er sket, dels fordi der også her har været fejlskøn, dels fordi lovens bestemmelser ikke har været helt klare nok og i hvert fald har været forskelligt fortolket af de forskellige læger.

Kommissionens flertal går principielt ind for en tilsvarende regel som den, der findes i den gældende lov, men finder det påkrævet, at lovens udformning af den medicinske indikation tydeliggøres på en række punkter.

Den gældende bestemmelse går ud på, at svangerskabsafbrydelse kan ske, når den er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred. Udtrykket „fare“ er ofte fortolket således, at faren skal foreligge umiddelbart i tilslutning til graviditeten eller fødslen, men flertallet er enige om, at ordet også omfatter en mere fjerntliggende fare for helbredsforringelse, det være sig ved sygdom, øget overbelastning af kvindens kræfter, udslidthed, underernæring eller lign.

„Helbred“ omfatter såvel den fysiske som den psykiske helbredstilstand. Der henvises i denne forbindelse til den af Det lægevidenskabelige Fakultet i 1940 udsendte vejled-

ning for læger vedrørende afbrydelse af svangerskab, hvori der bl. a. er redegjort for de psykiske lidelser, der erfaringsmæssigt har givet anledning til overvejelse af svangerskabsafbrydelse.

Faren for liv eller helbred kan være begrundet ikke blot i sygdom, men også i andre forhold, jfr. den udtrykkelige forudsætning heraf i den nugældende lovs § 2. Også de sociale forhold, hvorunder kvinden lever, må tages i betragtning. En sygdom eller en svækkelsestilstand, som muligt, hvis kvinden levede i gode kår og kunne få den fornødne hjælp og pleje, ikke ville bevirke, at svangerskabet truede hendes liv og helbred, kan fremkalde en alvorlig fare, når kvinden lever under vanskelige kår uden mulighed for den fornødne aflastning og pleje. Den lægelige bedømmelse kan i det hele ikke foretages uden at tage den sociale baggrund i betragtning. Deri ligger imidlertid ikke en anerkendelse af den ovennævnte sociale indikation, når det stadig fastholdes, at der skal foreligge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred.

For at skabe klarhed over lovens fortolkning på de nævnte punkter foreslår kommissionens flertal, at lovens § 1, stk. 1, nr. 1, affattes således:

„Når svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred. Ved bedømmelsen af denne fare skal der også tages hensyn til truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande og til de forhold, hvorunder kvinden må leve.“

Selvom det er flertallets hovedsynspunkt, at svangerskabsafbrydelse, bortset fra eugeniske og etiske indikationer, må være betinget af fare for kvindens liv eller helbred, mener man dog, at der ganske ekstraordinært bør være adgang til svangerskabsafbrydelse, selvom en sådan fare ikke foreligger. Man har her navnlig haft kvinder med alvorlige legemlige eller sjælelige defekter for øje, såsom åndssvage kvinder, sinker, udpræget psykisk afstumpede kvinder, psykopater, psykoinfantile kvinder, eventuelt ganske unge kvinder samt kvinder med visse sindssygdomme (organiske sindssygdomme, schizofreni) samt kvinder med alvorlige legemlige defekter eller lidelser (ortopædiske lidelser, døvstumhed,

blindhed og lignende). Der vil i en del af disse tilfælde være tale om arvelige defekter eller lidelser, som giver grundlag for svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation, men i mange tilfælde foreligger en sådan fare for arvelig belastning af afkommet ikke, ligesom der heller ikke er tale om egentlig fare for liv eller helbred, da det drejer sig om stationære tilstande, der ikke påvirkes synderligt af svangerskab eller fødsel. Man vil dog mene, at der desuagtet bør åbnes adgang til svangerskabsafbrydelse i sådanne tilfælde, og der kan iøvrigt herudover tænkes at forekomme andre ekstraordinære forhold, hvor svangerskabsafbrydelse kan være påkrævet både under hensyn til kvindens forhold og af samfundsmæssige grunde uden at være hjemlet ved de gældende indikationer.

Flertallet mener ikke, at den sædvanlige fremgangsmåde, hvorefter beslutning træffes af de i afsnit VII omtalte samråd, bør følges her, men man vil mene, at det ganske ekstraordinære ved disse tilfælde understreges derved, at afgørelsen i hvert enkelt tilfælde træffes af justitsministeren. Flertallet foreslår derfor, at der åbnes mulighed for, at justitsministeren kan give tilladelse til svangerskabsafbrydelse, såfremt ganske ekstraordinære omstændigheder gør afbrydelsen påkrævet.

Man har overvejet, om afgørelsen i disse tilfælde kan henlægges til det i afsnit VII foreslåede centralnævn, men har fundet dette stridende mod nævnets karakter som i det hele kun vejledende for samrådene. Man mener derimod, at andragendet bør indsendes gennem nævnet og med dettes erklæring videresendes til justitsministeren. Hvert af samrådets medlemmer kan forlange sagen fremsendt. For den foreslåede ordening, hvorefter afgørelsen i disse ekstraordinære tilfælde henlægges til justitsministeren, kan iøvrigt anføres, at justitsministerens afgørelse vil være truffet under sædvanligt politisk ansvar overfor folkettingen med hensyn til den rette praktisering af bestemmelsen.

I kommissionen er der enighed om, at den nugældende bestemmelse om etisk indikation ikke bør ændres.

Med hensyn til den eugeniske indikation bemærker kommissionen, at den nuværende formulering er for snæver, idet den ikke

omfatter de tilfælde, hvor der under svangerskabet er tilføjet fosteret en sådan skade, at det kan forudsiges, at barnet vil blive født med alvorlige defekter eller blive dødfødt. Således kan det i visse tilfælde med særlige blodtypeforhold (visse rhesustilfælde) forudsiges, at barnet vil fødes dødt eller stærkt beskadiget. Videre kan nævnes, at fosteret angiveligt i 20—40 pct. af tilfældene vil lide alvorlig skade, hvis moderen i de første 3—4 måneder af svangerskabet angribes af „røde hunde“. Den eugeniske indikation bør derfor udvides til også at gælde tilfælde, hvor der er nærliggende fare for alvorlig sygdom eller defekt som følge

af sygdom eller beskadigelse, erhvervet i fostertilstanden.

De 2 mindretal, hvis forslag er udtrykt i afsnit XII og XIII, har ønsket at udtale, at de — såfremt deres forslag ikke måtte vise sig gennemførlige —, anser flertallets forslag som en forbedring af den nugældende lov. Fabricius-Møller og Elsass Fridericia har dog i denne forbindelse ønsket at fremhæve, at det efter deres opfattelse er en forudsætning, at de læger, der bliver medlemmer af de af flertallet foreslåede samråd, er ansat i de pågældende mødrehjælpsinstitutioner, da samrådenes afgørelser ellers i det væsentlige vil blive „papirafgørelser.“

## IX.

### Svangerskabslovens straffebestemmelser.

Efter svangerskabslovens § 6, stk. 1, straffes den kvinde, som afbryder sit svangerskab eller lader det afbryde af en person, der ikke er autoriseret læge, med hæfte indtil 3 måneder, hvis betingelserne for lovlig svangerskabsafbrydelse var tilstede, og med fængsel indtil 3 måneder, hvis hun var vidende om, at lovens betingelser for svangerskabsafbrydelse ikke var tilstede. Påtale kan ikke finde sted, når der er forløbet 2 år, forsøg med utjenlige midler straffes ikke, og under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde.

Kommissionen har overvejet, om man helt burde ophæve straffen for kvindens eget vedkommende. Som det fremgår af det i afsnit I anførte, rejstes der kun tiltale mod kvinderne i en forsvindende del af de forekommende tilfælde af ulovlig svangerskabsafbrydelse, og hele udviklingen synes at vise, at straffetruslen i det hele er uden større effektivitet. Ved at ophæve strafansvaret for kvindens vedkommende ville man endvidere undgå de nu forekommende tilfælde, hvor en mand benytter sin viden om en stedfunden svangerskabsafbrydelse til under en påfølgende separations- eller skilsmisssag at true sin hustru til at fraskrive sig børn eller underholdsbidrag. Endelig må det antages, at indførelse af straffrihed for kvinderne ville give bedre mulighed for at få de nødvendige oplysninger til at komme de mere professionelle svangerskabsafbrydere til livs.

Når kommissionen dog ikke har ment at kunne stille forslag om fuldstændig straffrihed for kvinderne, skyldes det ikke blot de juridiske betænkeligheder, der ville være forbundet med en ordning, hvorefter man straffede den, som foretog indgrebet, men ikke kvinden selv, uanset hvor stærkt hun havde tilskyndet til indgrebet, men tillige de uheldige følger, som en sådan ordning ville medføre. Der kunne for det første være

fare for, at kvinderne i så fald ville kunne komme ud for et endnu stærkere pres fra de pågældende mænds side til at lade foretage svangerskabsafbrydelse. Dernæst måtte man formentlig dog foreskrive straf for den kvinde, som selv foretager afbrydelsen.

Kommissionen foreslår derfor, at man vel ikke ophæver straffen for kvindens vedkommende, men lemper strafferammerne, således at straffen, når lovens betingelser for indgrebet er tilstede, fastsættes til bøde, og når dette ikke er tilfældet, til hæfte indtil 3 måneder. Samtidig foreslås påtalefristen, som efter lempelsen af strafferammerne ville være 2 år, nedsat til 1 år. Da der efter nedsættelsen af strafferammerne aldrig vil være tale om højere straf end hæfte, vil forsøg i alle tilfælde være straffri efter den almindelige bestemmelse i straffelovens § 21, stk. 3. Den hidtidige særbestemmelse om straffrihed for forsøg med utjenlige midler bliver herefter overflødig.

Efter svangerskabslovens § 6, stk. 2, er der hjemlet straf af fængsel indtil 1 år, under formildende omstændigheder hæfte, for den, der har besvangret en kvinde udenfor ægteskab, når det under en sag, der er rejst til straf for ulovlig svangerskabsafbrydelse eller forsøg derpå mod kvinden eller hendes medhjælpere, godtgøres, at den pågældende trods henvendelse fra kvindens side om støtte af personlig eller økonomisk art har undladt at yde hende en efter forholdene rimelig støtte og bistand, og denne undladelse har været af afgørende betydning for hendes beslutning om at afbryde svangerskabet.

Denne strafbestemmelse er efter kommissionens opfattelse særdeles velbegrundet, idet den omhandlede undladelse af rimelig støtte og bistand fra den mand, der har besvangret kvinden, meget ofte driver kvinden til at foretage ulovlig svangerskabsafbrydelse. Imidlertid er der efter oplysning fra



rigsadvokaten ikke i noget tilfælde efter svangerskabslovens ikrafttræden rejst tiltale efter denne bestemmelse. Dette har efter kommissionens opfattelse bl. a. sin årsag i, at de betingelser, der i lovbestemmelsen er fastsat for strafansvaret, er således udformet, at bestemmelsen af bevismæssige grunde vanskeligt lader sig anvende i praksis, selv når der foreligger eksempler på den forkastelige optræden, som det må antages at have været hensigten at ramme med straf. Da navnlig forbeholdet om, at undladelsen af at yde kvinden bistand skal have været af afgørende betydning for svangerskabsafbrydelsen, skønnes i væsentlig grad at have været til hinder for bestemmelsens anvendelse i praksis, foreslår kommissionen dette forbehold slettet. Selv herefter vil bestemmelsen kun ramme forhold, som efter kommissionens opfattelse er strafværdige.

Efter svangerskabslovens § 6, stk. 3, straffes en autoriseret læge, der afbryder et svangerskab eller bistår derved, vidende om, at lovens betingelser ikke er tilstede, med fængsel indtil 2 år og under nærmere angivne skærpene omstændigheder med fængsel indtil 4 år.

Der har undertiden fra lægers side været tvivl om, i hvilket omfang en kirurg, der udfører en svangerskabsafbrydelse, som senere viser sig ikke at være lovligt indiceret, kan pådrage sig strafansvar herfor, og kommissionen har derfor overvejet, om det er påkrævet i loven at give en udtrykkelig bestemmelse angående omfanget af kirurgens ansvar.

I en i sundhedsstyrelsens årsberetning 1947 side 27—28 refereret sag udtalte retslægerådet og justitsministeriet, at det af svangerskabslovens § 6, stk. 3, sammenholdt med § 3, stk. 1, følger, at den læge, der foretager en svangerskabsafbrydelse, ligesåvel som den anden i § 3, stk. 1, nævnte læge må påse, at lovens betingelser for indgrebet foretages er til stede, men at han må være berettiget til, når en læge, der er i besiddelse af den efter forholdene fornødne sagkundskab, har godkendt indikationen, at støtte sig til det af denne læge afgivne skøn uden at foretage nogen selvstændig undersøgelse, dog at operationen selvfølgelig ikke må foretages, såfremt han er klar over, at dette skøn er urigtigt.

Denne sag drejede sig om et tilfælde, hvor kirurgen efter den gældende ordning medvirkede til at stille indikationen. Endnu mere givet følger det af lovens § 6, stk. 3, at en kirurg, der — såfremt kommissionens forslag om ændring af indikationsordningen følges — udfører en svangerskabsafbrydelse, for hvilken indikationen fuldt ud er stillet af andre (en mødrehjælpinstitutionens samråd eller en sygehusoverlæge), kun kan pådrage sig ansvar for indikationens eventuelle urigtighed, når han er vidende herom. En kirurg, der i tillid til den stillede indikation udfører en svangerskabsafbrydelse, vil således — ganske som en læge, der udfører en sterilisation på grundlag af en anden læges indikation eller en myndigheds tilladelse — kun have ansvaret for den forsvarlige gennemførelse af indgrebet. Ansvar for indikationen må derimod lægges hos den sagkyndige myndighed, hvortil loven har henlagt indikationen.

Efter den af kommissionen foreslåede indikationsordning er der imidlertid intet i vejen for, at en kirurg ved et offentligt sygehus selv stiller indikation for en svangerskabsafbrydelse i medfør af lovens § 1, stk. 1, nr. 1, og derpå udfører indgrebet. I sådanne tilfælde er det en selvfølge, at kirurgen, der har stillet indikationen, selv er ansvarlig for dennes rigtighed.

Da reglerne om kirurgens ansvar således kan udledes af de nævnte lovbestemmelser, har kommissionen ikke fundet grundlag for at foreslå indført en særlig bestemmelse herom.

Efter lovens § 6, stk. 3, sidste punktum, straffes en læge, der afbryder en kvindes svangerskab uden hendes samtykke, med fængsel fra 2 til 12 år. Det gældende strafminimum foreslås slettet, idet det i nogen grad forekommer stridende imod nyere strafferetlige principper, hvorefter sådanne minima i almindelighed ikke er foreskrevet. Bestemmelsen har iøvrigt ikke været anvendt i praksis.

Efter svangerskabslovens § 6, stk. 4, straffes den, som uden at være autoriseret læge afbryder et svangerskab eller yder bistand hertil, med fængsel indtil 4 år og under nærmere angivne skærpene omstændigheder med fængsel indtil 8 år. I gentagelsestilfælde, eller såfremt gerningsmanden har

handlet uden kvindens samtykke, er straffen fængsel fra 2 til 12 år.

Minimumsstraffen i sidstnævnte tilfælde bør efter kommissionens opfattelse ophæves — ligesom foreslået vedrørende lovens § 6, stk. 3, — således at straffen i mildere tilfælde kan ansættes til fængsel ned til 30 dage. Det er kommissionen bekendt, at ihvertfald bestemmelsen om en minimumsstraf på 2 års fængsel for gentagen ulovlig svangerskabsafbrydelse har virket ganske urimelig i praksis i nogle tilfælde, hvor indgrebene var foretaget ikke for vindings skyld, men alene af medlidenhed med og under pres fra gravide kvinder. De fastsatte høje strafmaksima i de nævnte bestemmelser må antages overfor domstolene tilstrækkeligt at understrege den alvor, hvormed lovgivningen i almindelighed betragter forhold af den pågældende art.

Efter svangerskabslovens § 7 straffes den, der ved ulovlig tvang, ved trusler om økonomisk tab eller forringelse af stilling i personlig, familie- eller samfundsmæssig henseende eller ved løfte om belønning formår en svanger kvinde, der ønsker at gennemføre sit svangerskab, til at lade dette afbryde, med fængsel indtil 2 år, eller, hvis afbrydelsen foretages af en person, der ikke er autoriseret læge, med fængsel indtil 4 år. Efter oplysning fra rigsadvokaturen har denne straffebestemmelse kun været anvendt i een sag, hvor 2 tiltalte blev anset med betinget straf. Der kan efter kommissionens opfattelse være grund til at henstille til politi og anklagemyndighed, at straffebestemmelserne i svangerskabslovens § 6, stk. 2, og § 7 søges anvendt i videre omfang.

X.

**Kommissionsflertallets forslag til ændringer i svangerskabsloven.**

*Den gældende lov.*

§ 1.

*Stk. 1.* En svanger kvinde kan få sit svangerskab afbrudt i følgende tilfælde:

1) Når svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred.

2) Når kvinden er blevet besvangret under sådanne omstændigheder, som omhandles i Borgerlig Straffelov af 15. april 1930 § 210 eller § 210, jfr. § 212, samt når svangerskabet skyldes krænkelse af kvindens kønsfrihed under sådanne omstændigheder, der omhandles i straffelovens §§ 216—223 eller disse paragraffer sammenholdt med § 224.

3) Når der er nærliggende fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg vil blive lidende af sindssygdom, åndssvaghed, andre svære mentale forstyrrelser, epilepsi eller alvorlig og uhelbredelig legemlig sygdom.

*Stk. 2.* Afbrydelse af svangerskab må, når der ikke er alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, normalt ikke foretages efter udløbet af den 3. svangerskabsmåned.

*Stk. 3.* Skyldes svangerskabet krænkelse af kvindens kønsfrihed under sådanne omstændigheder, som omhandles i straffelovens § 216, § 217, stk. 2, § 218 og § 221 eller disse

*Ændringsforslagene.*

§ 1.

*Stk. 1.* En svanger kvinde kan få sit svangerskab afbrudt i følgende tilfælde:

1) Når svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred. Ved bedømmelsen af denne fare skal der også tages hensyn til truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande og til de forhold, hvorunder kvinden må leve.

2) uændret.

3) Når der er nærliggende fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller på grund af beskadigelser eller sygdom, pådraget i fosterlivet, vil blive lidende af sindssygdom, åndssvaghed, andre svære mentale forstyrrelser, epilepsi eller alvorlig og uhelbredelig abnormitet eller legemlig sygdom.

*Stk. 2. (nyt):*

Justitsministeren kan efter erklæring fra det i § 7, stk. 3, i lov nr. af om mødrehjælpsinstitutioner omhandlede navn meddele tilladelse til afbrydelse af et svangerskab, uanset at de i stk. 1 angivne betingelser ikke foreligger, såfremt ganske ekstraordinære omstændigheder gør afbrydelsen påkrævet.

*Stk. 3.* (træder i stedet for det tidligere stk. 2).

Afbrydelse af svangerskab må i de i § 1, stk. 1, nr. 2 og 3 og § 1, stk. 2, omhand-

paragraffer sammenholdt med § 224, må afbrydelse af svangerskab ikke finde sted, medmindre der er sket anmeldelse til politiet om forbrydelsen, og anmeldelsen — efter stedfunden politiundersøgelse — ikke er afvist som urigtig.

### § 2.

Er faren for kvindens liv eller helbred ikke begrundet i sygdom, må svangerskabsafbrydelse i medfør af bestemmelserne i § 1, stk. 1, pkt. 1, ikke finde sted, med mindre følgende betingelser er opfyldt:

1) Der skal foreligge attestation fra en af de i lov om mødrehjælpsinstitutioner omhandlede mødrehjælpsinstitutioner om, at der er givet hende, eventuelt tillige indehaveren af forældremyndigheden eller værgen, fuld oplysning dels om farerne ved og de mulige følger af en svangerskabsafbrydelse, dels om den bistand og de hjælpemidler af økonomisk og lægelig art, der står til rådighed for hende selv eller til hjælp ved forsørgelsen af det ventede barn, såfremt hun gennemfører svangerskabet.

2) Er kvinden under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, må indehaveren af forældremyndigheden, henholdsvis værgen, samtykke i svangerskabsafbrydelsen.

3) Er kvinden over 18 år, men under 21 år, må hendes værge samtykke i svangerskabsafbrydelsen. Ønsker hun ikke at søge bistand hos sin værge, og er hun ikke umyndiggjort i personlig henseende, kan samtykke meddeles af en hertil efter indstilling fra det sociale udvalg beskikket særlig værge.

4) Er kvinden på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet,

lede tilfælde normalt ikke foretages efter udløbet af den 20. svangerskabsuge.

*Stk. 4.* Som tidligere stk. 3.

*Stk. 5.* Såfremt svangerskabsafbrydelse skal foretages på grund af sådanne arvelige anlæg, som omtales i § 1, stk. 1, nr. 3, og disse anlæg stammer fra kvinden, vil der i forbindelse med svangerskabsafbrydelsen uden særlig tilladelse kunne foretages sterilisation af kvinden, såfremt hun indvilger heri, og ikke særlige grunde taler derimod. Bestemmelserne i § 2, nr. 1 og 3 finder anvendelse i sådanne tilfælde.

### § 2.

Svangerskabsafbrydelse må ikke finde sted, forinden følgende betingelser er opfyldt:

1) Er kvinden under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, skal der indhentes samtykke fra indehaveren af forældremyndigheden, henholdsvis værgen, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod.

2) Er kvinden på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan begæringen om dettes foretagelse fremsættes af en hertil efter indstilling af det sociale udvalg beskikket særlig værge eller, forsåvidt hun er inddraget under forsorg af en statsanstalt eller en i henhold til § 67 i lov om offentlig forsorg godkendt anstalt, af anstaltslederen.

3) Er kvinden gift og samlever med sin ægtefælle, skal der gives denne lejlighed til at udtale sig, medmindre særlige omstændigheder taler derimod.

kan begæringen om dettes foretagelse fremsættes af en hertil efter indstilling af det sociale udvalg beskikket særlig værge eller, forsåvidt hun er inddraget under forsorg af en statsanstalt eller en i henhold til § 67 i lov nr. 181 af 20. maj 1933 om offentlig forsorg godkendt anstalt, af anstaltslederen. Fremsættes begæringen, kan indgrebet foretages, uden at der foreligger attestation fra mødrehjælpsinstitutionen, jfr. pkt. 1.

5) Er kvinden gift og samlever med sin ægtefælle, skal der gives denne lejlighed til at udtale sig, medmindre særlige omstændigheder taler derimod.

### § 3.

*Stk. 1.* Afbrydelse af svangerskab må kun foretages af en autoriseret læge efter samråd med en anden autoriseret læge, i almindelighed kvindens sædvanlige læge.

*Stk. 2.* Afbrydelse af svangerskab må kun finde sted på et af statens eller kommunens sygehuse eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

### § 3.

*Stk. 1.* Afbrydelse af svangerskab må kun foretages af en autoriseret læge på et af statens eller kommunens sygehuse eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

*Stk. 2.* En kvinde, der ønsker sit svangerskab afbrudt i medfør af denne lov, må rette henvendelse herom til en mødrehjælpsinstitution, jfr. dog stk. 3. Den pågældende mødrehjælpsinstitution undersøger, om de i §§ 1 og 2 fastsatte betingelser for indgrebets foretagelse er til stede, og bør herunder i almindelighed indhente oplysninger fra kvindens sædvanlige læge. Tillige skal mødrehjælpsinstitutionen i fornødent omfang søge assistance af speciallæge, indhente erklæring fra Arvebiologisk Institut eller lade kvinden indlægge på sygehus eller dertil egnede hjem til observation eller behandling. Mødrehjælpsinstitutionens samråd — eller pågældende sygehusoverlæge, jfr. stk. 3, — træffer derefter bestemmelse om, hvorvidt svangerskabsafbrydelse kan foretages.

*Stk. 3.* Såfremt faren for kvindens liv eller helbred i de i § 1, stk. 1, nr. 1, omhandlede tilfælde er begrundet i sygdom, og dette er konstateret på et af de i nærværende paragrafs 1. stykke omhandlede sygehuse, kan bestemmelse om svangerskabsafbrydelse træffes af sygehusets overlæge, også uden at kvinden i medfør af stk. 2 henvises til en mødrehjælpsinstitution. Det samme gælder i tilfælde, hvor kvinden er

ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, jfr. § 2, nr. 2.

*Stk. 4.* Når bestemmelse om svangerskabsafbrydelse foreligger, skal kvinden på begæring modtages på det sygehus (sygehusafdeling), hvorunder hun hører. Sygehusets (sygehusafdelingens) overlæge er berettiget til at forelægge spørgsmålet om indgrebets foretagelse for det i § 7, stk. 3, i lov nr. af om mødrehjælpsinstitutioner omhandlede nævn til vejledende erklæring. Nægter overlægen at foretage indgrebet, kan patienten indlægges på et andet sygehus, om fornødent ved vedkommende mødrehjælpsinstitutions foranstaltning. .

#### § 4.

De i § 3 nævnte læger samt personalet ved de i § 3 nævnte sygehuse er under ansvar efter Borgerlig Straffelov § 263, jfr. § 275, forpligtet til at iagttage tavshed om de privatlivet tilhørende forhold, som de i anledning af spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse måtte erfare eller få formodning om, medmindre de ifølge lovgivningen er forpligtet til at udtale sig, eller medmindre de handler i berettiget varetagelse af almen interesse eller eget eller andres tarv.

#### § 5.

Den, som til brug ved afgørelse af, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger, bevidner noget, hvorom han intet kendskab har, eller forsætlig afgiver urigtige oplysninger, straffes efter reglerne i Borgerlig Straffelov § 162.

#### § 6.

*Stk. 1.* En kvinde, der selv afbryder sit svangerskab eller lader det afbryde af en person, der ikke er autoriseret læge, straffes, selvom de i § 1 foreskrevne betingelser for lovlig svangerskabsafbrydelse er til stede, med hæfte indtil 3 måneder. Afbryder hun sit svangerskab, eller lader hun det afbryde, vidende om, at betingelserne for lovlig svangerskabsafbrydelse ikke er til stede, er straffen fængsel indtil 3 måneder. Påtale kan ikke finde sted, når der er forløbet 2 år efter svangerskabsafbrydelsen. Forsøg med utjenlige midler straffes ikke. Under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde.

#### § 4.

Uændret.

#### § 5.

Uændret.

#### § 6.

*Stk. 1.* En kvinde, der selv afbryder sit svangerskab eller lader det afbryde af en person, der ikke er autoriseret læge, straffes, selvom de i § 1 foreskrevne betingelser for lovlig svangerskabsafbrydelse er til stede, med bøde. Afbryder hun sit svangerskab, eller lader hun det afbryde, vidende om, at betingelserne for lovlig svangerskabsafbrydelse ikke er til stede, er straffen hæfte indtil 3 måneder. Påtale kan ikke finde sted, når der er forløbet 1 år efter svangerskabsafbrydelsen. Under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde.

*Stk. 2.* Fremkommer der under en sag, der er rejst til straf for ulovlig svangerskabsafbrydelse eller forsøg derpå mod en uden for ægteskab besvangret kvinde eller hendes medhjælper, sådanne oplysninger, at det må anses for godtgjort, hvem der har besvangret hende, straffes denne med fængsel indtil 1 år, under formildende omstændigheder med hæfte, såfremt det godtgøres, at han trods henvendelser fra kvindens side om støtte af personlig eller økonomisk art har undladt at yde hende en efter forholdene rimelig støtte og bistand og denne undladelse har været af afgørende betydning for hendes beslutning om at afbryde svangerskabet.

*Stk. 3.* En autoriseret læge, der afbryder et svangerskab eller yder bistand hertil, vidende om, at de i § 1 foreskrevne betingelser for lovlig svangerskabsafbrydelse ikke er til stede, straffes med fængsel indtil 2 år. Under skærpende omstændigheder, særlig når handlingen er foretaget for vindings skyld, eller hvis den har medført kvindens død eller betydelig skade på legeme eller helbred, er straffen fængsel indtil 4 år. Finder en efter § 1 lovlig svangerskabsafbrydelse sted uden iagttagelse af forskrifterne i §§ 2 og 3, er straffen hæfte eller under formildende omstændigheder bøde. Afbrydes et svangerskab uden kvindens samtykke, er straffen fængsel fra 2 til 12 år.

*Stk. 4.* Den, som uden at være autoriseret læge afbryder et svangerskab eller yder bistand hertil, straffes med fængsel indtil 4 år. Under skærpende omstændigheder, særlig når handlingen er foretaget for vindings skyld, eller hvis den har medført kvindens død eller betydelig skade på legeme eller helbred, er straffen fængsel indtil 8 år. I gentagelsestilfælde, eller såfremt gerningsmanden har handlet uden kvindens samtykke, er straffen fængsel fra 2 til 12 år.

*Stk. 2.* Som hidtil, dog at ordene „eller forsøg derpå“ og ordene „og denne undladelse har været af afgørende betydning for hendes beslutning om at afbryde svangerskabet“ udgår.

*Stk. 3.* Som hidtil, dog at ordene „fra 2 til 12 år“ ændres til „indtil 12 år“.

*Stk. 4.* Som hidtil, dog at ordene „fra 2 til 12 år“ ændres til „indtil 12 år“.

*Stk. 5.* Foranstående straffebestemmelser omfatter ikke uagtsomt forhold.

## § 7.

Den, der ved ulovlig tvang, jfr. Borgerlig Straffelovs § 260, eller ved trusler om økonomisk tab eller om forringelse af stilling i

## § 7.

Uændret.

men alene ved nødretsregler (hensynet til at redde moderens liv eller helbred).

Ved forslaget til § 1, stk. 5, indføres der adgang til i forbindelse med svangerskabsafbrydelse på grund af arveanlæg hos kvinden at foretage sterilisation uden særlig administrativ tilladelse, såfremt kvinden indvilger deri og ikke særlige grunde taler derimod. Afgørelsen er altså — ligesom ved sterilisation på lægeligt grundlag — henlagt til den læge, der foretager indgrebet. Bestemmelsen tilsigter, som det nærmere er omtalt i afsnit VII D, at forebygge fornyede svangerskaber med krav om gentagen svangerskabsafbrydelse på eugenisk grundlag.

Skyldes svangerskabsafbrydelsen arveanlæg hos manden, er bestemmelsen uanvendelig. I disse tilfælde må man gennem fornuftig rådgivning søge at formå manden til at lade sig sterilisere.

Efter forslaget kan sterilisation på det omhandlede eugeniske grundlag foretages af lægen i forbindelse med svangerskabsafbrydelsen; man har herved tilsigtet at give udtryk for, at sterilisationen kan ske samtidig med eller i rimelig kontinuitet af svangerskabsafbrydelsen. Undertiden er det af lægelige grunde hensigtsmæssigt at udskyde sterilisationen en kortere tid, f. eks. 14 dage, og dette har man derfor ikke villet udelukke ved lovforlaget.

Bestemmelserne om samtykke fra forældremyndigheden og erklæring fra kvindens ægtefælle i § 2, nr. 1 og 3 (jfr. herom nedenfor) er gjort anvendelige, idet det findes rimeligt at følge samme regel for svangerskabsafbrydelsen og sterilisationen. Derimod er bestemmelserne i § 2, nr. 2 ikke gjort anvendelige, idet sterilisation efter § 1, stk. 5, forudsætter, at kvinden er i stand til at forstå betydningen af indgrebet og selv indvilger deri.

#### ad § 2.

De foretagne ændringer af denne paragraf er for det første begrundet i den foreslåede omformulering af lovens § 1, stk. 1, nr. 1, hvori der — som det for tiden er tilfældet i lovens § 2 — gives udtryk for, at faren for kvindens liv eller helbred kan begrundes i andet end sygdom.

Ændringerne skyldes dernæst, at indikationsstillingen i de medicinsk-soziale tilfælde, der omfattes af den gældende lovs § 1, stk. 1, nr. 1, jfr. § 2, foreslås henlagt til særlige samråd ved mødrehjælpsinstitutionerne, jfr. ad § 3. Herved kommer kvinden i forbindelse med en mødrehjælpsinstitution, og den hidtidige forskrift om vejledning fra en sådan institution bliver herefter overflødig.

Bestemmelserne i § 2 om samtykke fra forældremyndighedens indehaver m. v., der hidtil kun har været gældende for svangerskabsafbrydelser efter lovens § 1, stk. 1, nr. 1, jfr. § 2, er ved forslaget udvidet til at gælde for alle svangerskabsafbrydelser, idet det ikke skønnes rimeligt på dette område at følge forskellige retsregler ved de forskellige indikationer.

Forslaget opretholder det hidtidige krav om samtykke fra forældremyndigheden og værgen henholdsvis for kvinder under 18 år og personligt umyndiggjorte kvinder, men man har dog fundet det påkrævet at hjemle fravigelse herfra, når afgørende omstændigheder taler derfor. Den hidtidige regel om samtykke fra værgen for kvinder mellem 18 og 21 år foreslås ophævet, idet tilsvarende krav ikke kan stilles ved andre operationer.

Den gældende bestemmelse om indhentelse af erklæring fra ægtefællen opretholdes og udvides som anført til at gælde ved alle svangerskabsafbrydelser.

#### ad § 3.

Den hidtidige bestemmelse om, at svangerskabsafbrydelse kun må foretages af en autoriseret læge på et offentligt sygehus, foreslås bibeholdt.

Kommissionen har ud fra de i afsnit VII A anførte betragtninger foreslået, at afgørelsen af, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger, henlægges til særlige samråd ved mødrehjælpsinstitutionerne, bestående af institutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person og to læger, hvoraf den ene så vidt muligt skal være speciallæge i psykiatri, jfr. det samtidig udarbejdede forslag til ændring af mødrehjælpsloven (betænkningens afsnit XI B), hvori tillige er optaget forslag til oprettelse af et særligt navn, der skal føre tilsyn med de enkelte samråds virksomhed.

Der er i stk. 2 givet nærmere regler om det grundlag, der skal tilvejebringes forinden samrådets afgørelse. Når der herunder nævnes „indlæggelse på sygehus eller dertil egnet hjem til observation eller behandling“, har kommissionen navnlig haft psykiatiske eller delvis psykiatiske tilfælde for øje samt træthedstilstande, betinget af legemlige sygdomme eller social overbelastning. Kvindens indstilling er i de første svangerskabsmåneder ofte præget af nedtrykthed og modløshed, hvorfor det i mange tilfælde vil være værdifuldt, at hun i en egnet institution kan komme igennem denne periode uden at være udsat for de belastninger, som dagliglivet kan hyde hende. Under et sådant ophold vil man samtidig med behandling få mulighed for at observere, hvor dybtgående depressions- eller træthedstilstanden er.



En kombineret observation og behandling som den skitserede foregår i princippet allerede i dag, men i det væsentlige kun på de psykiatriske afdelinger og sindssygehospitalerne. I mange tilfælde ville dog egnede hjem med tilknyttet psykiatrisk konsulent være at foretrække som behandlingssteder, ligesom de ville være mindre bekostelige end egentlige psykiatriske afdelinger. Såfremt disse hjem er direkte knyttet til den hjælpende institution, vil man gennem kontakten med denne institutions psykiatriske og sociale medhjælpere tillige få bedre mulighed for at drøfte og vinde gehør for positive udveje og hjælpeforanstaltninger, der ofte vil være af både social og lægelig art, jfr. bilag 3 om „Nebbegaard“ og afsnit V om sociale foranstaltninger.

Dertil kommer, at det vil være af største betydning, at der er et nært samarbejde mellem observations- og behandlingsforanstaltninger og indikationsstilling (mødrehjælpens samråd).

Hjem som de nævnte bør derfor normalt henlægges under mødrehjælpen, hvorved man undgår at komplicere fremgangsmåden yderligere. Dog vil det være ønskeligt, at hjem med det nævnte formål, oprettet af private kredse, efter godkendelse af arbejds- og socialministeriet kan få tilskud til driften med halvdelen af udgifterne. Forslag til de nødvendige bestemmelser herom er optaget i § 1 i forslaget til ny mødrehjælpslov, jfr. nedenfor i afsnit XI.

I forslaget til § 3, stk. 3, bestemmes det, at afgørelsen af, om afbrydelse af et svangerskab kan ske på grund af sygdom, konstateret på et offentligt sygehus, kan træffes af sygehusets overlæge. Som det fremgår af betænkningens afsnit VII A, finder kommissionen, at en sådan ordning vil være i overensstemmelse med de for andre operative indgreb gældende regler og under hensyn til sygehusenes organisation ikke kan give anledning til betænkeligheder. Samme ordning foreslås i tilfælde, hvor kvinden er ude af stand til at forstå indgrebets betydning, og en henvisning af kvinden til mødrehjælpen derfor ville være uden værdi.

Ved forslaget til § 3, stk. 4, har kommissionen søgt at imødegå de vanskeligheder ved at få en lovlig svangerskabsafbrydelse gennemført, der som omtalt i afsnit VII B er forekommet i nogle tilfælde. Det bestemmes i forslaget, at kvinden skal modtages på det sygehus, hvorunder hun hører. Nægter sygehusets overlæge at foretage indgrebet, kan kvinden — om fornødent med bistand fra mødrehjælpen — indlægges til foretagelse af svangerskabsafbrydelsen på et andet sygehus, uden at dette skal kunne medføre øgede udgifter for hende,

jfr. bestemmelsen herom i forslaget § 8, stk. 2. Nogen pligt til mod sin overbevisning at foretage svangerskabsafbrydelsen har man således ikke villet pålægge overlægen ved det stedlige sygehus. Man har imidlertid foreslået, at der gives ham adgang til i tvivlstilfælde at indhente en vejledende erklæring fra det i forslaget til en ny mødrehjælpslov omhandlede nævn, der skal føre tilsyn med den af mødrehjælpens samråd fulgte praksis. Gennem indhentelse af en sådan erklæring — der dog ikke skal kunne forpligte overlægen til at foretage indgrebet — vil foreliggende uoverensstemmelser om indgrebets behørlighed sikkert i mange tilfælde kunne udjævnes.

ad §§ 4 og 5.

Ændringer i disse bestemmelser findes ikke påkrævede.

ad § 6.

Ved forslaget til stk. 1 lempes straffen for kvinden selv i overensstemmelse med det i betænkningens afsnit IX anførte. Som anført i dette afsnit mener kommissionen ikke at kunne foreslå straffrihed for kvinden, men straffen foreslås fastsat til bøde, når betingelserne for indgrebet forelå (men indgrebet er foretaget af en person, der ikke var autoriseret læge), og til hæfte indtil 3 måneder, når betingelserne for indgrebet ikke var til stede. Forældelsesfristen nedsættes til 1 år. Forsøg vil, da der ikke foreslås hjemlet højere straf end hæfte, altid være straffrit, jfr. straffelovens § 21, stk. 3, og den hidtidige særbestemmelse om straffrihed for utjenligt forsøg er derfor udeladt.

Ændringerne i stk. 2 tilsigter at gøre denne bestemmelse mere anvendelig i praksis, jfr. bemærkningerne i afsnit IX.

De gældende strafminima på 2 år i stk. 3 og 4 foreslås ophævet.

Efter straffelovens § 19 er straffebud uden for straffeloven anvendelige, også når lovovertrædelsen er begået af uagtsomhed, medmindre det modsatte har særlig hjemmel. Det har i praksis (men uden udtrykkelig hjemmel) været antaget, at straffebestemmelserne for ulovlig svangerskabsafbrydelse kun angår forsætligt forhold. Kommissionen har derfor fundet det rettest som sidste stykke i § 6 at optage en bestemmelse om, at de foranstående straffebestemmelser ikke omfatter uagtsomt forhold.

ad § 7.

Også i denne straffebestemmelse foreslås det gældende strafminimum på 2 år ophævet.

Det fremgår af bestemmelsens affattelse, at den kun omfatter forsætligt forhold.

## ad § 8.

De hidtidige bestemmelser om afholdelse af udgifterne ved svangerskabsafbrydelse foreslås bibeholdt, jfr. stk. 1, men suppleret med bestemmelser om afholdelse af udgifterne i tilfælde, hvor indgrebet ikke kan foretages på det sygehus, hvorunder kvinden hører, jfr. forslaget til stk. 2 og 3.

Såfremt overlægen ved sygehuset på kvindens hjemsted nægter at foretage svangerskabsafbrydelsen, skønt lovlig indikation er stillet i overensstemmelse med forslagets § 3, må kvinden som nævnt i bemærkningerne til § 3 indlægges på et andet sygehus til foretagelse af indgrebet. Det bestemmes i forslaget til § 8, stk. 2, for det første, at kvinden ikke skal betale de herved forårsagede øgede udgifter. Der foreslås dernæst givet indenrigsministeren en bemyndigelse til at fastsætte almindelige bestemmelser om, at de nævnte øgede udgifter skal afholdes af sygehuset på kvindens hjemsted. Som omtalt i afsnit VII B har Sygehusforeningen i Danmark tiltrådt dette forslag.

I stk. 3 foreslås der i tilfælde, hvor særlige hensyn (diskretionshensyn) taler derfor, givet mødrehjælpen adgang til at bestemme, at svangerskabsafbrydelsen foretages udenfor kvindens hjemsted. Som omtalt i afsnit VII B finder kommissionen det rimeligt, at de øgede udgifter herved afholdes efter samme regler, som hvor indgrebets foretagelse på fremmed sygehus skyldes den lokale sygehusoverlæges modstand mod at foretage indgrebet. Ved henlæggelse af afgørelsen til mødrehjælpen mener kommissionen at have skabt fornøden sikkerhed for, at bestemmelsen kun anvendes, hvor virkelig vægtige grunde taler derfor.

## ad § 9.

Som omtalt i betænkningens afsnit VI anser kommissionen en mere effektiv oplysning til befolkningen om seksuelle forhold, herunder navnlig om forebyggelse af uønskede svangerskaber, for et meget betydningsfuldt led i bekæmpelsen af de

ulovlige svangerskabsafbrydelser. Kommissionen har derfor foreslået en udvidelse af de praktiserende lægers virksomhed på dette område ved en udbygning af den gældende lov om svangerskabshygge, således at den kommer til at omfatte vejledning om svangerskabsforebyggende metoder og — til dels som forudsætning herfor — en øget uddannelse og undervisning af lægerne om disse spørgsmål. Gennemføres disse forslag, skulle der herved kunne sikres enhver kvinde rimelig adgang til *i forbindelse med et svangerskab* at få vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende midler.

Imidlertid vil det efter kommissionens opfattelse være nødvendigt også ad andre veje at søge den fornødne seksuelle oplysning til befolkningen gennemført, og kommissionen foreslår derfor i overensstemmelse med det i betænkningens afsnit VI anførte, at der gives både kommuner og private foreninger eller organisationer adgang til at opnå tilskud på indtil 50 pct. fra statskassen til seksuelt oplysningsarbejde, herunder både propaganda-virksomhed og oprettelse af klinikker, der kan yde befolkningen vejledning i svangerskabsforebyggelse m. v. Ordningen bygger således på det lokale initiativ fra kommuner eller private organisationer. Drejer det sig om tilskud til private organisationer til oplysningsarbejde, der har særlig tilknytning til bestemte kommuner, vil det ofte være naturligt at betinge statens tilskud af et vist tilskud fra de pågældende kommuner. Hertil sigter bestemmelsen i stk. 2, sidste punktum.

Udgifterne ved statstilskudene foreslås bevilget på de årlige finanslove, hvorved der sikres folketingsindseende med bestemmelsens administration.

Som omtalt i afsnit VI bør der samtidig i mødrehjælpsloven gives mødrehjælpsinstitutionerne mulighed for med arbejds- og socialministerens godkendelse at optage den nævnte oplysningsvirksomhed blandt sine opgaver. Forslag herom er optaget i forslaget til ny mødrehjælpslov i afsnit XI.

## XI.

### Ændringer i mødrehjælpsloven.

#### A. Almindelige bemærkninger.

Efter den gældende lov om mødrehjælpsinstitutioner, der er aftrykt nedenfor i afsnit B, oprettes mødrehjælpsinstitutionerne ved det offentliges foranstaltning, idet socialministeren efter forhandling med mødrehjælpens fællesråd afgør, i hvilket omfang der skal forefindes mødrehjælpsinstitutioner samt disses beliggenhed og virkeområde. De enkelte institutioner — for tiden ialt 8 — ledes af en bestyrelse, sammensat af repræsentanter for amts- og byråd indenfor institutionens virkeområde samt — med socialministerens godkendelse — af et antal repræsentanter for støtteforeninger eller andre private foreninger indenfor virkeområdet med interesse for institutionens arbejde. Desuden udpeges til bestyrelsen en overløge ved et af sygehusene i området. Bestyrelsen vælger en formand og nedsætter et forretningsudvalg til at tage sig af institutionens daglige drift. Som rådgivende organ for socialministeren med hensyn til lovens gennemførelse er der oprettet et „Mødrehjælpens fællesråd“, der tillige har til opgave at følge udviklingen og vejlede de enkelte institutioner. Rådet er sammensat af formændene for institutionernes bestyrelser, lederne af institutionerne, repræsentanter for forskellige organisationer samt 2 repræsentanter for henholdsvis socialministeriet og indenrigsministeriet. Socialministeriets repræsentant er formand for fællesrådet og dets forretningsudvalg.

Udgifterne ved varetagelsen af mødrehjælpsinstitutionernes almindelige opgaver efter den gældende lovs §§ 1 og 2 afholdes med halvdelen af statskassen og halvdelen af vedkommende kommuner, medens udgifterne ved de særlige opgaver, som insti-

tutionerne kan optage efter lovens § 3, må afholdes af de indtægter, der fra privat side er stillet til rådighed. Tab ved udlæg af forskud på underholdsbidrag refunderes dog fuldt ud af stat og kommune.

Kommissionens forslag om at henlægge til særlige samråd at stille indikation for svangerskabsafbrydelse nødvendiggør bestemmelser i mødrehjælpsloven om oprettelse af disse samråd og om deres virksomhed. Forslag til de nødvendige bestemmelser herom er optaget i forslaget til en ny mødrehjælpslov nedenfor i afsnit B, jfr. forslagets §§ 1, 2 og 7.

Udover disse ændringer har kommissionen overvejet nødvendigheden af en nyordning af mødrehjælpsinstitutionernes administration og i forbindelse hermed af reglerne for refusion af mødrehjælpsudgifterne. Kommissionen har som grundlag herfor benyttet et udkast til et forslag til lovændring på de nævnte områder, der er udarbejdet af socialministeriet i 1949—50 og af ministeriet er oversendt til kommissionen til udtalelse.

Baggrunden for de foreslåede ændringer, der vil blive omtalt nærmere nedenfor, er dels den stedfunde store udvidelse af mødrehjælpens virksomhed siden lovens ikrafttræden, dels en af forvaltningsnævnet efter anmodning fra socialministeriet i 1948—49 foretagen undersøgelse af, om mødrehjælpsinstitutionernes administration kan anses for hensigtsmæssigt opbygget.

Omfanget af mødrehjælpens virksomhed er i de senere år undergået en meget betydelig udvikling både med hensyn til antallet af kvinder, der søger hjælp, og med hensyn til karakteren af den hjælp, der ydes. I 1944/45 henvendte der sig således 13 348 kvinder

til institutionerne om hjælp efter mødrehjælpsloven, og det samlede antal personlige henvendelser udgjorde 73 693. I regnskabsåret 1948/49 var de tilsvarende tal henholdsvis 19 403 og 157 918 og i regnskabsåret 1952/53 henholdsvis 30 297 og 200 258. Det offentliges (statens og kommunernes) udgifter i henhold til mødrehjælpsloven har i de samme regnskabsår udgjort henholdsvis 957 682 kr., 2 648 754 kr. og 5 550 252 kr. Samtidig er rådgivningen i forbindelse med henvendelser om svangerskabsafbrydelse undergået en betydelig udvikling, og det har vist sig meget værdifuldt, at der af bevillingsmyndighederne er stillet midler til rådighed til hjælp for de kvinder, der har behov for økonomisk støtte ved gennemførelsen af et svangerskab. I de ovennævnte regnskabsår har henholdsvis 1 143, 4 220 og 9 564 kvinder søgt mødrehjælpens råd i anledning af ønske om svangerskabsafbrydelse.

Den ovennævnte undersøgelse af mødrehjælpsinstitutionernes administration blev foretaget i samarbejde med personalet i mødrehjælpen i København og angik forholdene i denne institution. Den af forvaltningsnævnet afgivne indstilling, der er offentliggjort i 6. betænkning fra Forvaltningskommissionen af 1946, bilag 2, blev den 11. november 1949 tiltrådt af forvaltningskommissionen.

Forvaltningsnævnet tilrådede som resultat af undersøgelsen ændringer i mødrehjælpsinstitutionernes organisation på flere punkter. Nævnet fandt det navnlig uheldigt, at bestyrelsen for den enkelte institution formelt har ansvaret for institutionens drift, uagtet det i praksis har vist sig vanskeligt i tilstrækkelig grad at opnå en aktiv indsats fra bestyrelsens side ved løsningen af institutionens opgaver. Nævnet rejste derfor i sin betænkning spørgsmål om afskaffelse af de nuværende ret store bestyrelser, således at der i stedet indsættes tilsynsråd, hvis opgaver i første række skulle være af rådgivende art.

Nævnet stillede i sin betænkning endvidere forslag om en nyordning med hensyn til de administrative fællesanliggender for samtlige mødrehjælpsinstitutioner. Det var oplyst, at mødrehjælpens fællesråd siden sin oprettelse kun havde afholdt få møder og derfor kun havde kunnet få en begrænset be-

tydning ved varetagelsen af de administrative fællesanliggender, idet disse opgaver i praksis i stedet havde været varetaget af den københavnske institution, der på en række områder havde fungeret som fælles sekretariat for institutionerne ved behandling af principielle spørgsmål m. v. På dette punkt rejste forvaltningsnævnet spørgsmål om at gennemføre en fastere sekretariatsordning på grundlag af den udviklede praksis, idet der har vist sig en stadig voksende trang til et sådant samlende administrativt overordnet organ.

På grundlag af forvaltningsnævnets betænkning har arbejds- og socialministeriet i det ovennævnte udkast til forslag til en ny mødrehjælpslov foreslået, at mødrehjælpen overgår til at blive en ren statsinstitution, således at staten overtager hele den det offentlige påhvilende del af udgifterne, idet den påkrævede reform af administrationsforholdene i så fald skønnes bedst at kunne gennemføres. Ministeriet har lagt vægt på, at de opgaver, mødrehjælpsinstitutionerne i dag beskæftiger sig med, for en stor del snarere må siges at være statsopgaver end kommunale opgaver. Dette gælder således medvirken i faderskabssager, adoptionsager, udbetaling af underholdsbidrag, erklæringer i henhold til svangerskabsloven og oplysningsarbejde.

Svangerskabskommissionen har for sit vedkommende kunnet tiltræde det nævnte forslag om ændringer i mødrehjælpsloven, herunder om mødrehjælpens omdannelse til en statsinstitution. Såfremt mødrehjælpsinstitutionernes indsats på det økonomiske og sociale område i abortforebyggende øjemed i overensstemmelse med kommissionens forslag udvides betydeligt, og såfremt der yderligere tillægges institutionerne myndighed til gennem de foreslåede samråd at stille indikation angående svangerskabsafbrydelse, vil dette yderligere tale for, at mødrehjælpen som varetagende statslige opgaver henlægges under staten.

I det nedenfor i afsnit B optagne forslag til en ny mødrehjælpslov er derfor det af arbejds- og socialministeriet udarbejdede lovudkast lagt til grund. Hvor kommissionen har fundet anledning til ændringer i udkastet, er dette fremhævet i de specielle bemærkninger nedenfor i afsnit C.

## B. Kommissionens lovforslag.

### Den gældende lov

(nr. 119 af 15. marts 1939 som ændret ved lov nr. 150 af 30. marts 1942 og lov nr. 112 af 23. marts 1948).

#### O p g a v e r.

##### § 1.

*Stk. 1.* Ved det offentliges foranstaltning oprettes mødrehjælpsinstitutioner, som har til formål at give svangre kvinder personlig, social og juridisk bistand, råd og vejledning med hensyn til deres svangerskab, derunder om den hjælp af økonomisk og lægelig art, der under svangerskabet og efter fødslen står til rådighed for dem selv eller til hjælp ved forsørgelse af det ventede barn. I forbindelse hermed bør der i fornødent omfang være adgang til at lade kvinder, der søger mødrehjælpsinstitutionerne, underkaste sig regelmæssig helbreds kontrol under og efter svangerskabet.

*Stk. 2.* Det påhviler mødrehjælpsinstitutionerne at organisere hjælp af hygiejnisk og social art; for enligt stillede mødre bør der således være adgang til ophold — eventuelt i forbindelse med arbejdsydelse — før og efter fødslen på svangre- eller mødrehjem eller hos private, og institutionerne skal i fornødent omfang kunne afholde de hermed forbundne udgifter. Institutionerne skal derhos efter vejledning hos mødrehjælpsens fællesråd, jfr. § 12, udfolde bestræbelser for, at der bliver givet almen oplysning om moderskabets betydning og om opgaver vedrørende moderskabet af pædagogisk og sundhedsmæssig art.

*Stk. 3.* Såfremt det til løsning af de foranævnte opgaver er nødvendigt at oprette svangre- og mødrehjem eller børnehjem, kan

### Forslag til ny lov.

#### O p g a v e r.

##### § 1.

*Stk. 1.* De af staten oprettede mødrehjælpsinstitutioner har til formål at give svangre kvinder og mødre personlig, social og juridisk bistand, råd og vejledning med hensyn til deres svangerskab og fødsel, derunder om den hjælp af økonomisk og lægelig art, der under svangerskabet og efter fødslen står til rådighed for dem selv eller til hjælp ved forsørgelse af barnet. Institutionerne skal derhos udfolde bestræbelser for, at der bliver givet almen og individuel oplysning om moderskabets betydning og om opgaver vedrørende moderskabet af pædagogisk og sundhedsmæssig art. Mødrehjælpsinstitutionerne medvirker endvidere i overensstemmelse med § 3, stk. 2, i lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. m. til undersøgelse og afgørelse af, om betingelserne for afbrydelse af svangerskab foreligger. Mødrehjælpsinstitutionerne kan endvidere i det omfang, det skønnes fornødent, give oplysning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til kvinder, der henvender sig til institutionerne i anledning af svangerskab eller fødsel.

*Stk. 2.* For enligt stillede mødre bør der være adgang til ophold — eventuelt i forbindelse med arbejdsydelse — før og efter fødslen på svangre- eller mødrehjem eller hos private, og institutionerne skal i fornødent omfang kunne afholde de hermed forbundne udgifter.

*Stk. 3* (uændret). Såfremt det til løsning af de foranævnte opgaver er nødvendigt at oprette svangre- og mødrehjem eller børne-

mødrehjælpsinstitutionerne med socialministerens billigelse oprette sådanne hjem i tilknytning til vedkommende institution, ligesom socialministeren kan give den enkelte institution pålæg i så henseende.

*Stk. 4.* Hvor forholdene i det enkelte tilfælde gør det påkrævet, kan mødrehjælpsinstitutionerne yde spædbørnstøj, ligesom institutionerne i ganske særlige tilfælde kan yde direkte økonomisk støtte til imødegåelse af den trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet.

## § 2.

*Stk. 1.* Såfremt en svanger kvinde, der ønsker sit svangerskab afbrudt, af egen drift eller efter henvisning af det sociale udvalg eller af andre henvender sig til en mødrehjælpsinstitution, påhviler det denne at optage forhandlinger med hende på grundlag af de oplysninger, som institutionen efter et skøn i hvert enkelt tilfælde finder det fornødent at indhente. Under forhandlingerne skal institutionen dels søge at afholde hende fra overilede skridt, dels give hende vejledning om den bistand og de hjælpemidler, der står til rådighed, såfremt hun gennemfører svangerskabet, samt fuld oplysning om farerne ved og de mulige følger af en svangerskabsafbrydelse, eventuelt tilige om de herom gældende straffebestemmelser.

*Stk. 2.* I de tilfælde, hvor det ifølge bestemmelse i § 2 i lov nr. 163 af 18. maj

hjem, kan mødrehjælpsinstitutionerne med arbejds- og socialministerens billigelse oprette sådanne hjem i tilknytning til vedkommende institution, ligesom arbejds- og socialministeren kan give den enkelte institution pålæg i så henseende.

*Stk. 4.* I tilknytning til mødrehjælpsinstitutionerne kan der af disse med arbejds- og socialministerens godkendelse oprettes særlige hjem, hvor gravide kvinder, navnlig sådanne, der henvender sig til institutionerne med ønske om svangerskabsafbrydelse, kan indlægges til observation eller behandling, således at udgifterne herved affholdes af statskassen. Arbejds- og socialministeren kan endvidere godkende, at indtil halvdelen af udgifterne til hjem med nævnte formål, oprettet af kommuner eller private, refunderes af statskassen under forudsætning af disse hjemms nære samarbejde med mødrehjælpsinstitutionerne.

*Stk. 5.* Hvor forholdene i det enkelte tilfælde gør det påkrævet, kan mødrehjælpsinstitutionerne yde spædbørnstøj, ligesom institutionerne i særlige tilfælde kan yde direkte økonomisk støtte til imødegåelse af den trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet. Der kan af mødrehjælpsinstitutionerne ydes forskud på underholdsbidrag fra det offentlige, jfr. forsorgslovens § 187, stk. 2.

## § 2.

Såfremt en svanger kvinde, der ønsker sit svangerskab afbrudt, henvender sig til en mødrehjælpsinstitution herom, påhviler det institutionen at søge at afholde den pågældende kvinde fra overilede skridt og at give hende vejledning om den bistand og de hjælpemidler, som står til rådighed, såfremt svangerskabet gennemføres. Endvidere påhviler det institutionen at undersøge, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse er til stede, hvorefter samrådet træffer afgørelse herom, jfr. § 3, stk. 2, i lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v. og nærværende lovs § 7.

1937 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. m. er nødvendigt, at der foreligger attestation om, at der er forhandlet med kvinden, for at svangerskabsafbrydelse kan finde sted, er institutionen efter forhandlingernes afslutning pligtig til at attestere, at der er givet kvinden, eventuelt tillige indehaveren af forældremyndigheden eller værgen, vejledning og fuld oplysning i overensstemmelse med reglerne i § 1.

### § 3.

Mødrehjælpsinstitutionerne kan, i det omfang den enkelte institutions økonomi tillader det, påtage sig opgaver, der tjener til at forbedre mødrenes stilling, således tilvejebringelse af en betryggende ordning vedrørende barselpleje og hushjælp under barselperioden, rekreationsophold efter fødslen, ydelse af hjælp til anskaffelse af sådant børnetøj, der ikke falder ind under § 1, stk. 4, og andet børneudstyr, udlæg af forskud på underholdsbidrag fra det offentlige eller andre opgaver, som udviklingen måtte føre med sig.

## Organisation.

### § 4.

*Stk. 1.* Socialministeren afgør efter forhandling med mødrehjælpens fællesråd, jfr. § 12, i hvilket omfang der skal forefindes mødrehjælpsinstitutioner samt disses beliggenhed og virkeområde.

*Stk. 2.* Varetagelsen af den enkelte institutions opgaver indenfor dens virkeområde kan i fornødent omfang ske gennem oprettelse af filialer og udsendelse af rejsende medhjælpere.

### § 5.

*Stk. 1.* Det amt, i hvilket der efter socialministerens bestemmelse skal oprettes en mødrehjælpsinstitution (for Københavns kommune magistratens 3. afdeling), tager efter forhandling med eventuelle andre amter indenfor institutionens virkeområde ini-

### § 3.

*Stk. 1.* Mødrehjælpsinstitutionerne kan, hvis der findes særlige midler til rådighed herfor, udover de i § 1 nævnte opgaver med arbejds- og socialministerens godkendelse påtage sig dels andre opgaver, der tjener til at forbedre mødrenes stilling, dels opgaver af den i § 9 i lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. m. omhandlede art. Halvdelen af udgifterne ved varetagelse af disse opgaver afholdes af de indtægter, der fra privat eller kommunal side er stillet til institutionernes rådighed, medens den anden halvdel af udgifterne refunderes institutionerne af statskassen.

*Stk. 2.* Forsåvidt institutionerne påtager sig opgaver udover de af arbejds- og socialministeren godkendte, afholdes udgifterne af de fra privat eller kommunal side til institutionernes rådighed stillede midler.

## Organisation.

### § 4.

Arbejds- og socialministeren afgør mødrehjælpsinstitutionernes beliggenhed og virkeområde.

### § 5.

*Stk. 1.* Indenfor hver institutions virkeområde nedsættes af arbejds- og socialministeren et tilsynsråd på mindst 3 og højst 5 medlemmer. Tilsynsrådet fører tilsyn med den af vedkommende mødrehjælpsinstitution udøvede virksomhed samt virker råd-

tiativet til dannelsen af en bestyrelse, der har til opgave at etablere mødrehjælpsinstitutionen og virke som dennes ledelse.

*Stk. 2.* Til bestyrelsen vælger amtsrådene og byrådene indenfor institutionens virkeområde hver 2 medlemmer, byrådet i den by, hvori institutionen er beliggende, 1 medlem; til bestyrelsen for mødrehjælpsinstitutionen i København vælger amtsrådene og byrådene indenfor institutionens virkeområde dog hver 1 medlem og Københavns kommunalbestyrelse 2 medlemmer. Såfremt der er dannet en forening med det formål økonomisk og på anden måde at støtte mødrehjælpsinstitutionens virksomhed, kan denne forening med socialministerens godkendelse vælge indtil 2 medlemmer til bestyrelsen. Såfremt der indenfor institutionens virkeområde findes private foreninger med interesse for institutionens arbejde, kan disse med socialministerens godkendelse repræsenteres med indtil 2 medlemmer i bestyrelsen. Det amt, indenfor hvilket mødrehjælpsinstitutionen er beliggende, udpeger en overlæge ved et af sygehusene i institutionens virkeområde til medlem af bestyrelsen. Det bør tilstræbes, at en del af bestyrelsens medlemmer er kvinder, og at et af medlemmerne er jurist.

*Stk. 3.* Angående sager vedrørende den sundhedsmæssige oplysningsvirksomhed skal bestyrelsen forhandle med amtslægen og en repræsentant for lægekredsforeningens (lægekredsforeningernes) hygiejneudvalg.

*Stk. 4.* Bestyrelsen vælger mellem sine medlemmer en formand og nedsætter et forretningsudvalg til at tage sig af institutionens daglige drift.

*Stk. 5.* For de allerede bestående mødrehjælpsinstitutioners vedkommende kan socialministeren foretage mindre afvigelser fra foranstående regler.

## § 6.

*Stk. 1.* Mødrehjælpsinstitutionens bestyrelse vælger en leder af institutionen. Valget godkendes af socialministeren efter forhandling med mødrehjælpsens fællesråd.

givende og vejledende for institutionen, særlig i sager af lokal betydning.

*Stk. 2.* De nærmere regler for tilsynsrådernes sammensætning og virksomhed og medlemmernes funktionstid fastsættes af arbejds- og socialministeren.

## § 6.

*Stk. 1.* Lederen af en mødrehjælpsinstitution skal være en kvinde, der har bestået juridisk eller statsvidenskabelig embeds-eksamen eller afgangseksamen fra Den sociale Skole eller er i besiddelse af en med de nævnte eksaminer ligestillet uddannelse, og som ved praktisk arbejde på det sociale



*Stk. 2.* Lederen skal være en kvinde, der har gennemgået et anerkendt kursus for socialhjælpere eller er i besiddelse af en dermed ligestillet uddannelse, og som ved praktisk arbejde på det sociale område har vist evner, der gør hende særlig egnet til leder af en mødrehjælpsinstitution.

*Stk. 3.* Til mødrehjælpsinstitutionen skal være knyttet en i gynækologi og obstetrik kyndig læge, såvidt muligt med tilknytning til den stedlige fødselsanstalt.

*Stk. 4.* Institutionens øvrige personale antages af bestyrelsen efter indstilling af lederen. De af personalet, der ikke udelukkende beskæftiger sig med kontorarbejde, skal have gennemgået et anerkendt kursus for socialhjælpere eller være i besiddelse af en dermed ligestillet uddannelse.

*Stk. 5.* Lederen af et til en mødrehjælpsinstitution knyttet mødre- eller svangrehjem antages af institutionens bestyrelse og skal være uddannet sygeplejerske, der, såfremt hun er leder af et mødrehjem, tillige skal være i besiddelse af en særlig uddannelse i barnepleje.

*Stk. 6.* Socialministeren godkender efter forhandling med finansministeren lønninger og pensionsforhold for de til mødrehjælpsinstitutionerne knyttede personer.

## § 7.

Personalet ved mødrehjælpsinstitutionerne er under ansvar efter Borgerlig Straffelov § 263, jfr. § 275, forpligtet til at iagttage tavshed om de privatlivet tilhørende forhold, som de under udøvelse af deres gerning måtte erfare eller få formodning om, medmindre de ifølge lovgivningen er forpligtet til at udtale sig, eller medmindre de handler i berettiget varetægelse af almen interesse eller af eget eller andres tarv.

område har vist evner, der gør hende særlig egnet til leder af en mødrehjælpsinstitution.

*Stk. 2.* Mødrehjælpsinstitutionernes personale omfattes af reglerne i lov om statens tjenestemænd. Den del af personalet, der beskæftiger sig med rådgivende arbejde, skal have bestået juridisk eller statsvidenskabelig embedseksamen eller afgangseksamen fra Den sociale Skole eller være i besiddelse af en med de nævnte eksaminer ligestillet uddannelse.

## § 7.

*Stk. 1.* Ved hver mødrehjælpsinstitution oprettes et eller om fornødent flere samråd, bestående af institutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person og 2 læger, hvoraf den ene såvidt muligt skal være speciallæge i psykiatri. Samrådernes medlemmer og de fornødne suppleanter for dem udpeges af arbejds- og socialministeren, de lægelige medlemmer og disses suppleanter efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen og for højst 4 år ad gangen.

*Stk. 2.* Det påhviler samrådet i overensstemmelse med § 3, stk. 2, i lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. m. at træffe bestemmelse om, hvorvidt betingelserne for svangerskabsafbrydelse fore-

ligger. Bestemmelse om, at svangerskabsafbrydelse kan foretages, kan kun træffes, når der foreligger eenstemmighed herom i samrådet.

*Stk. 3.* Der oprettes et for hele landet fælles nævn til at følge samrådenes virksomhed og gennem rådgivning overfor disse at virke for en ensartet praksis i sager angående svangerskabsafbrydelse. Nævnet består af en leder af en mødrehjælpsinstitution eller en socialpraktiker med nøje kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde og 2 læger, hvoraf den ene skal være speciallæge i psykiatri. Nævnets medlemmer og de fornødne suppleanter for dem udpeges af arbejds- og socialministeren for højst 4 år ad gangen, de lægelige medlemmer efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen.

#### § 8.

Inden en mødrehjælpsinstitution påbegynder sit arbejde, skal den være godkendt af socialministeren. Bestyrelsens indstilling herom ledsages af oplysning om bestyrelsens sammensætning og om institutionens leder, personale og lokaleforhold samt om bestyrelsens planer med hensyn til tilrettelæggelsen af institutionens arbejde.

#### § 9.

Mødrehjælpsinstitutionen er berettiget til at forhandle med offentlige myndigheder og institutioner af offentlig karakter, dels angående spørgsmål af mere almindelig karakter, dels angående enkelttilfælde, som mødrehjælpsinstitutionen har til behandling.

#### § 10.

En mødrehjælpsinstitution, der overensstemmende med § 3 har foretaget udlæg af det underholdsbidrag, der ventes forskudsvis udbetalt af det offentlige, indtræder i den moderen i medfør af kap. XV i lov nr. 181 af 20. maj 1933 om offentlig forsorg tilkommende ret til at kræve bidraget forskudsvis udbetalt, dog aldrig for et beløb, der er større end det foretagne udlæg.

#### § 8.

(Som tidligere § 7).

Personalet ved mødrehjælpsinstitutionerne og de i § 7 nævnte institutioner er under ansvar efter Borgerlig Straffelov § 263, jfr. § 275, forpligtet til at iagttage tavshed om de privatlivet tilhørende forhold, som de under udøvelse af deres gerning måtte erfare eller få formodning om, medmindre de ifølge lovgivningen er forpligtet til at udtale sig, eller medmindre de handler i berettiget varetagelse af almen interesse eller af eget eller andres tarv.

## Ø k o n o m i.

## § 11.

*Stk. 1.* Udgifterne ved varetagelsen af den enkelte mødrehjælpsinstitutions opgaver efter §§ 1 og 2 bæres med halvdelen af statskassen og halvdelen fordelt efter folketal af amtskommunerne og købstæderne indenfor mødrehjælpsinstitutionens virkeområde, dog således at folketallet i den by, i hvilken vedkommende mødrehjælpsinstitution er beliggende, regnes dobbelt.

*Stk. 2.* De årlige budgetter for de enkelte mødrehjælpsinstitutioner indsendes til socialministeriet til godkendelse forsåvidt angår den del af udgifterne, der skal refunderes af det offentlige, og til videre fornøden foranstaltning med hensyn til bevilling på de årlige finanslove af statskassens tilskud til institutionerne, herunder de årlige tilskud til de i § 1, stk. 4, nævnte opgaver.

*Stk. 3.* Efter regnskabsårets udløb revideres den enkelte institutions regnskab af en statsautoriseret revisor og indsendes inden 1. juli gennem vedkommende amt til socialministeriet. Dette beregner derefter udgifternes fordeling efter folketal mellem amtskommuner og købstæder (Københavns kommune) og meddelelser amterne (Københavns magistrat) størrelsen af den udgift, der skal bæres af de enkelte amtskommuner og købstæder. Med finansministerens samtykke kan der af statskassen gives de enkelte institutioner forskud på deres tilskud fra det offentlige.

*Stk. 4.* Udgifterne ved varetagelsen af de opgaver, som en mødrehjælpsinstitution kan påtage sig efter § 3, afholdes af de indtægter, som fra privat side er stillet til institutionens rådighed, dog således at halvdelen af institutionens udgifter ved ydelse af hjælp til anskaffelse af det i denne bestemmelse omhandlede børnetøj og andet børneudstyr samt ved ydelse af hushjælp under barselperioden og de fulde udgifter ved mulige tab ved udlæg af forskud på underholdsbidrag fra det offentlige refunderes institutionen efter reglerne i nærværende bestemmelses stk. 1.

*Stk. 5.* Socialministeren har den endelige afgørelse af, hvorvidt en i henhold til denne lov afholdt udgift berettiger til refusion fra det offentlige.

## Ø k o n o m i.

## § 9.

Udgifterne ved mødrehjælpsinstitutionernes virksomhed afholdes af statskassen, for de i § 3 nævnte opgavers vedkommende dog efter de i denne lovbestemmelse fastsatte regler.

*Stk. 6.* Det påhviler mødrehjælpsinstitutionerne at udarbejde en årsberetning, hvoraf et eksemplar indsendes til socialministeriet.

## Sekretariat.

### § 10.

*Stk. 1.* Ved arbejds- og socialministerens foranstaltning oprettes et for mødrehjælpsinstitutionerne fælles sekretariat. De nærmere retningslinier og området for sekretariatets virksomhed fastsættes af arbejds- og socialministeren. Sekretariatets chef skal opfylde betingelserne for at være leder af en mødrehjælpsinstitution, jfr. § 6, stk. 1.

*Stk. 2.* Chefen for sekretariatet afgiver hvert år beretning om mødrehjælpsinstitutionernes virksomhed.

## Mødrehjælpens fællesråd.

### § 12.

Ved socialministerens foranstaltning oprettes et mødrehjælpens fællesråd, der skal være rådgivende for socialministeren med hensyn til gennemførelsen af denne lov. Fællesrådet skal følge udviklingen med henblik på mødrehjælpsarbejdet og i fornødent omfang vejlede de enkelte institutioner og overfor socialministeren fremsætte forslag til sådanne foranstaltninger, som udviklingen gør påkrævet. Fællesrådet skal give sin vejledning og støtte til det almindelige oplysningsarbejde vedrørende moderskabets betydning, opgave og pligter og vedrørende den sundhedsmæssige vejledning af befolkningen på det heromhandlede område.

### § 13.

*Stk. 1.* Formændene for mødrehjælpsinstitutionernes bestyrelse og institutionernes ledere er i kraft af deres stilling medlemmer

### § 11.

Der oprettes et *fællestilsynsråd* under forsæde af arbejds- og socialministeren eller en af denne valgt formand, der ikke bør være tjenestemand, for hvilket chefen for mødrehjælpens sekretariat een gang årlig aflægger beretning om mødrehjælpsinstitutionernes virksomhed, og som derudover skal indkaldes til møde, når formanden eller arbejds- og socialministeren eller mindst en fjerdedel af medlemmerne ønsker et sådant afholdt.

Rådet følger mødrehjælpens virksomhed, udtaler sig i spørgsmål af principiel natur, som forelægges det af arbejds- og socialministeren, og kan selv rejse spørgsmål til drøftelse og indgive forslag til ændringer af de gældende lovbestemmelser eller den praktiske udførelse af disse.

I rådet skal repræsentanter for folketinget og de kommunale råd samt Den almindelige danske Lægeforening have sæde. Foruden arbejds- og socialministeriet skal indenrigsministeriet og justitsministeriet samt sundhedsstyrelsen være repræsenteret i rådet.

af mødrehjælpens fællesråd. Desuden udnævner socialministeren 2 medlemmer, repræsenterende henholdsvis socialministeriet og indenrigsministeriet (sundhedsstyrelsen), 2 kvindelige medlemmer efter indstilling henholdsvis af Danske Kvinders Nationalråd og De samvirkende Fagforbund, 1 medlem efter indstilling fra Den almindelige danske Lægeforenings hygiejnekommité, 1 medlem efter indstilling af Købstadforeningen og 1 medlem efter indstilling af Amtsrådsforeningen.

*Stk. 2.* Socialministeren kan derudover udnevne indtil 2 særlig interesserede og sagkyndige personer til medlemmer af fællesrådet.

*Stk. 3.* Fællesrådet nedsætter et forretningsudvalg på højst 8 medlemmer. Dettets sammensætning godkendes af socialministeren, der ligeledes træffer bestemmelse om forretningsudvalgets beføjelser til at repræsentere fællesrådet.

*Stk. 4.* Socialministeriets repræsentant er formand for fællesrådet og dettes forretningsudvalg.

*Stk. 5.* Udgifterne ved fællesrådets virksomhed afholdes af statskassen ved bevilling på de årlige finanslove.

### C. Specielle motiver til lovforslaget.

ad § 1.

I stk. 1 fastsættes det, at mødrehjælpsinstitutionerne oprettes af staten, jfr. de almindelige bemærkninger herom ovenfor.

Institutionernes formål er angivet som hidtil, idet den hidtidige bestemmelse om institutionernes medvirken til helbredsundersøgelse under og efter et svangerskab er udeladt som overflødig, jfr. lov nr. 472 af 1. oktober 1945 om svangerskabs-hygiejne. Til udvalgets opgaver er i overensstemmelse med kommissionsbetænkningens afsnit VII føjet medvirken til at stille indikation for svangerskabsafbrydelse.

Endvidere er der indføjet en udtrykkelig bestemmelse om, at mødrehjælpsinstitutionerne — som det også hidtil er sket uden særlig bestemmelse derom i loven — kan give kvinder, der henvender sig i anledning af svangerskab eller fødsel, fornøden vejledning om svangerskabsforebyggende metoder. Seksualoplysningsvirksomhed overfor befolkningen

i almindelighed vil derimod kun kunne optages af institutionerne, såfremt arbejds- og socialministeren meddeler sin godkendelse heraf, og i så fald kun med adgang til refusion af halvdelen af udgifterne, jfr. lovforslagets § 3 og nedenstående bemærkninger dertil.

Endelig er der som nyt stk. 4 indføjet en bestemmelse, der muliggør oprettelse af de i § 3 i forslaget til svangerskabsloven og bemærkningerne dertil omtalte særlige observations- og behandlingshjem, hvor kvinder, der henvender sig til mødrehjælpen angående svangerskabsafbrydelse, kan indlægges. Oprettelsen foreslås betinget af godkendelse fra arbejds- og socialministeren, således at udgifterne, såfremt hjemmene oprettes af mødrehjælpen selv, kan afholdes på dennes budget (af statskassen), medens der, såfremt hjemmene oprettes af kommuner eller private, efter ministerens bestemmelse kan ydes refusion af indtil halvdelen af udgifterne fra statskassen. Det må som angivet i bestemmelsen

være en forudsætning, at de sidstnævnte hjem har et nært samarbejde med mødrehjælpsinstitutionerne.

De øvrige ændringer er af redaktionel karakter.

#### ad § 2.

Denne bestemmelse er formuleret i overensstemmelse med kommissionens forslag om at henlægge til mødrehjælpsinstitutionernes samråd at stille indikation for svangerskabsafbrydelse.

Den hidtidige bestemmelse om, at kvinden skal vejledes om farerne ved og de mulige følger af en svangerskabsafbrydelse, er udeladt, dels fordi faren ved en legal svangerskabsafbrydelse efter de nu indvundne erfaringer i almindelighed ikke er større — muligt endda mindre — end faren ved en fødsel, og dels fordi det ikke forekommer kommissionen rimeligt og stemmende med sædvanlig lægelig fremgangsmåde særligt at understrege risikoen ved et operativt indgreb, hvor dette er påkrævet.

#### ad § 3.

Da mødreforsorgen er under stadig udvikling, er der i vidt omfang brug for privat initiativ ved optagelsen af nye opgaver. Det foreslås derfor, at der som hidtil er mulighed for, at institutionerne udover de i § 1 nævnte opgaver, hvorved udgifterne afholdes af staten, optager andre opgaver, således at staten refunderer halvdelen af udgifterne herved. Medens de opgaver, hvortil der således kan ydes statstilskud, hidtil har været angivet i loven, således at en udvidelse af de statsstøttede områder har krævet lovændring i det enkelte tilfælde, har man i lovforslaget foreslået arbejds- og socialministeren bemyndiget til at godkende de opgaver til forbedring af mødrenes stilling, hvortil statstilskud skal kunne ydes, idet en sådan smidigere ordning synes hensigtsmæssig. Det er naturligvis en forudsætning, at ministeren forinden godkender af nye opgaver af denne art indhenter tilslutning hertil fra bevillingsmyndighederne. I overensstemmelse med bemærkningerne i betænkningens afsnit VI er der givet mulighed for også at optage den i svangerskabslovens § 9 omhandlede seksualoplysning med statsrefusion af halvdelen af udgifterne.

Endelig gives der ved forslaget mødrehjælpen adgang til at påtage sig yderligere opgaver ved hjælp af de midler, som fra privat eller kommunal side måtte blive stillet til dens rådighed. Anvendelsen af sådanne midler til påbegyndelse og gennemprøvning af nye opgaver, hvis nytte og rækkevidde ikke på forhånd kunne bedømmes, har spillet en

overordentlig stor rolle for mødrehjælpen arbejde og udvikling og vil også i fremtiden stadig have værdi, når der er tale om påbegyndelse af helt nye opgaver.

#### ad § 4.

Bestemmelsen erstatter § 4 i den gældende lov. De foretagne ændringer skyldes dels institutionernes henlæggelse under staten, dels fællesrådets bortfald.

Angående nødvendigheden af en udvidelse af antallet af mødrehjælpsinstitutioner henvises til bemærkningerne i betænkningens afsnit VII A.

#### ad § 5.

De hidtil eksisterende bestyrelser foreslås i overensstemmelse med bemærkningerne ovenfor i afsnit A erstattet med tilsynsråd med mindre medlemstal. Man har anset det for værdifuldt, at der bevares en kontakt mellem mødrehjælpsinstitutionerne og de lokale myndigheder og eventuelle interesserede privatpersoner.

Tilsynsrådet skal føre tilsyn med institutionen og virke rådgivende og vejledende, særlig i lokale sager. Det er desuden tanken, at arbejds- og socialministeriet vil indhente erklæring fra tilsynsrådet inden ansættelse af institutionens leder, og institutionens budget og regnskab bør fremsendes gennem tilsynsrådet. Dette er efter lovforslaget kun rådgivende, men vil i tilfælde af uheldigt forhold, som ikke rettes efter henstilling, kunne henvende sig til det fælles sekretariat eller arbejds- og socialministeriet herom.

#### ad § 6.

Som betingelse for ansættelse i lederstilling eller ved rådgivende arbejde har kommissionen foreslået juridisk eller statsvidenskabelig embeds-eksamen eller afgangseksamen fra Den sociale Skole eller en med de nævnte eksaminer ligestillet uddannelse. Dette krav stemmer med hidtidig praksis. I det af arbejds- og socialministeriet udarbejdede udkast var der stillet et ufravigeligt krav om en af de særlig nævnte eksaminer. Denne udformning af uddannelseskravene forekommer imidlertid kommissionen for snæver, idet man næppe helt bør udelukke, at personer med anden uddannelse og særlig social erfaring i undtagelsestilfælde opnår de omhandlede stillinger.

Efter oprettelsen af samråd med 2 lægelige medlemmer ved hver mødrehjælpsinstitution, jfr. ad § 7, vil den væsentligste lægelige bistand være sikret institutionerne. Ved siden heraf kan der antages lægehjælp til rent forberedende arbejde med sagerne

om svangerskabsafbrydelse, til familierådgivning og til behandling af andre sager, men det synes ikke nødvendigt i mødrehjælpsloven at fastsætte nærmere regler herom.

Arbejds- og socialministeriet har ikke anset det for nødvendigt, at der — som hidtil — er fastsat særlige betingelser for ansættelse som leder af et mødre- eller svangrehjem, jfr. den gældende lovs § 6, stk. 5, og en tilsvarende bestemmelse er derfor ikke optaget i lovforslaget.

De øvrige ændringer i bestemmelserne om personalet skyldes forslaget om institutionernes overgang til staten. Af samme grund er bestemmelserne i den gældende lovs §§ 8 og 9 udeladt.

#### ad § 7.

Heri er optaget de af kommissionen foreslåede bestemmelser om oprettelse af samråd ved de enkelte mødrehjælpsinstitutioner og af et centralt nævn, som skal føre tilsyn med samrådets virksomhed og virke for en ensartet praksis i disse sager.

Det vil antagelig i større byer på grund af det store antal sager være nødvendigt at oprette flere samråd.

#### ad § 8.

Bestemmelsen svarer til § 7 i den gældende lov.

#### ad § 9.

Jfr. bemærkningerne i afsnit A.

#### ad § 10.

Der henvises til bemærkningerne ovenfor i afsnit A angående oprettelsen af et fælles sekretariat. Det er kommissionens tanke, at sekretariatet skal oprettes som en selvstændig institution. Arbejds- og socialministeriets repræsentant har dog på dette punkt taget forbehold angående eventuel oprettelse af sekretariatet i tilknytning til mødrehjælpen i København, således at dennes leder tillige virker som chef for sekretariatet.

Sekretariatet skal indgå som et led mellem arbejds- og socialministeriet og de enkelte institutioner i sager om besættelse af ledende stillinger, de årlige budgetter, normering af personale o. l.

Sekretariatet skal endvidere være rådgivende for ministeriet og institutionerne og i det hele med-

virke til, at der skabes ensartede retningslinier for mødrehjælpsinstitutionernes arbejde.

Sekretariatets oprettelse vil ikke være til hinder for, at lederne af mødrehjælpsinstitutionerne eller tilsynsrådene afholder møder til drøftelse af foreliggende problemer af fælles interesse i det omfang, det findes hensigtsmæssigt.

#### ad § 11.

Mødrehjælpens omfattende virksomhed, som den er fastlagt i nærværende lovudkast og i lovudkast om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v., vil gribe dybt ind i samfundslivet og ofte få afgørende betydning for det enkelte menneskes liv og skæbne. Selv den mest samvittighedsfuldt arbejdende statsinstitution vil trænge til nær og stærk forbindelse med repræsentanter for hele landets befolkning.

Ansvaret for udviklingen bør derfor efter kommissionens opfattelse ikke lægges alene på en statsinstitution, men der bør for denne være adgang til at rådføre sig med repræsentanter for landets folkevalgte forsamlinger, og der må for disse være adgang til at følge arbejdet og udviklingen og have hånd i hanke hermed. Dette vil muliggøres ved det foreslåede fællestilsynsråd. Dette vil gennem de afholdte møder med årlige beretninger få kontakt med mødrehjælpsinstitutionernes løbende arbejde og indsigt både i udviklingen af de sociale hjælpeforanstaltninger og samrådets praksis i sager om svangerskabsafbrydelse.

Bestemmelsen i den gældende lovs § 10 om ret for den mødrehjælpsinstitution, der har foretaget udlæg af underholdsbidrag, til at indtræde i moderens ret til forskudsvis udbetaling af bidraget fra det offentlige er overflødiggjort ved § 187, stk. 2, i lov om offentlig forsorg som ændret ved lov nr. 257 af 9. juni 1948 og foreslås derfor ophævet.

Bestemmelserne i den gældende lovs §§ 11—13 er udeladt som følge af de foreslåede ændringer af mødrehjælpsinstitutionernes organisation, herunder ophævelsen af mødrehjælpens fællesråd.

En oversigt over mødrehjælpsinstitutionernes samlede budget for finansåret 1951/52 er vedhæftet betænkningen som bilag 18.

### Indstilling, afgivet af 4 af kommissionens medlemmer (Bruun, Elsass Fridericia, Helweg og Simonsen).

Mindretallet ønsker -- ganske i overensstemmelse med kommissionens flertal -- stærkt at fremhæve betydningen af forebyggelse af uønskede svangerskaber som et overordentlig vigtigt led i bekæmpelsen af såvel legale som illegale svangerskabsafbrydelser, jfr. afsnit VI. Vi indser dog, at det antagelig vil være en årrække, inden de i afsnit VI fremsatte forslag vil være fuldt gennemført; når hertil kommer, at ingen af de eksisterende svangerskabsforebyggende midler byder 100 pct. sikkerhed, vil der stadig være et vist antal uønskede svangerskaber, og i en del af disse tilfælde vil afbrydelse være vel begrundet.

Mindretallet går ligeledes -- som foran betonet af kommissionens flertal -- fuldt og helt ind for en stærk udvidelse af almene og individuelle hjælpeforanstaltninger for familier og mødre med børn, jfr. afsnit V.

Mindretallet kan -- ligesom kommissionens flertal -- ikke gå ind for fri adgang til svangerskabsafbrydelse ud fra de samme motiver som nævnt af flertallet.

Endelig er vi enige med kommissionens flertal i, at svangerskabsafbrydelse bør være tilladt, når der foreligger alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, kønsfrihedsforbrydelse og arvelig belastning.

Som for kommissionens flertal er det for os et hovedsynspunkt, at „det for den sunde og normale kvinde vil være det naturlige, at hun føder barnet, og at hun, såfremt samfundet sikrer hende fuldt forsvarlig hjælp inden svangerskabet, omkring fødslen og senere vedrørende barnets forsørgelse, også selv ønsker det“, samt at det må være samfundets uafviselige pligt at iværksætte sådanne hjælpeforanstaltninger. Dog mener mindretallet at måtte se i øjnene, at det vil være en rum tid, før dette kan realiseres -- før vor sociale standard, taget i

videste forstand, vil ligge på et sådant niveau, at en kvindes ønske om svangerskabsafbrydelse på grund af social nød og personlige lidelser ikke vil kunne tages alvorligt. Derfor vil de aktuelle problemer ikke kunne løses alene ad denne vej.

Mindretallet er af den opfattelse, at der bør være adgang til svangerskabsafbrydelse, når der foreligger sociale og personlige vanskeligheder af så alvorlig karakter, at de ikke skønnes at kunne afhjælpes på anden måde. Stillet overfor de enkelte tilfælde må man erkende, at der er kvinder, der ikke kan hjælpes på anden måde. Disse kvinder bør ikke være henvist til *enten* at gennemføre det uønskede svangerskab med yderligere forringelse af de sociale og menneskelige forhold til følge, *eller* at søge illegal svangerskabsafbrydelse, der er forbundet med såvel helbredsmæssig risiko som med trusel om straffedom.

Denne særlige indikation bør fremgå klart af lovens formulering. Man foreslår derfor, at der i loven bliver åbnet adgang til svangerskabsafbrydelse: „*Når kvindens velfærd er så alvorligt truet, at de hjælpeforanstaltninger, der kan bringes i anvendelse, må skønnes at være uden fornøden virkning*“. En sådan bestemmelse vil ikke i sig selv kunne afhjælpe abortproblemet, som naturligvis må behandles i nøje sammenhæng med de sociale forhold og deraf følgende sociale foranstaltninger. Målet må være, at disse hjælpeforanstaltninger iværksættes i så vid udstrækning som muligt for at fjerne de mest tungtvejende årsager til nødvendigheden af svangerskabsafbrydelse på social indikation. Samfundet vil således selv blive den regulerende faktor.

Mindretallet har med den foreslåede indikation haft opmærksomheden henvendt på de tilfælde, hvor baggrunden for en



kvindes ønske om svangerskabsafbrydelse er fattigdom, elendige boligforhold og andre agtværdige grunde. Disse vanskeligheder vil som oftest være forbundet med en legemlig eller psykisk svækkelsestilstand, der, skønt nedbrydende, dog ikke kan siges at udsætte kvindens liv eller helbred for *alvorlig fare*. Man har endvidere været opmærksom på de tilfælde, hvor justitsministeren efter flertallets forslag under ekstraordinære omstændigheder skal have adgang til at tillade svangerskabsafbrydelse — nemlig hvor der foreligger tilfælde af stationær karakter og tilfælde, „hvor svangerskabsafbrydelse kan være påkrævet, både under hensyn til kvindens forhold og af samfundsmæssige grunde uden at være hjemlet ved de gældende indikationer“. Vi skal iøvrigt i denne forbindelse bemærke, at vi anser det for urigtigt at henlægge afgørelser af denne art til centraladministrationens skøn og mener at måtte gå ind for, at alle afgørelser, der ikke falder ind under reglen i lovforslagets § 3, stk. 3, træffes af samrådene, der består af læger og socialpraktikere. Vi er også betænkelige ved — ikke mindst på basis af de i Sverige indhøstede erfaringer — at gøre disse afgørelser til „papirafgørelser“.

Endelig skal vi som yderligere motivering for vort mindretalsforslag anføre, at vi finder, at den nye svangerskabslov bør formuleres således, at indikationsbestemmelserne såvidt muligt ikke giver anledning til fortolkningstvivl. De senere års diskussioner har vist, at der ikke mindst i lægekredse er tvivl om fortolkningen af de eksisterende bestemmelser, og det har endog været anført, at der har været tale om kamoufleret social indikation. Hvorvidt en sådan kritik er berettiget, kan vi ikke tage stilling til, men da opfattelsen synes ret udbredt, anser vi det for nødvendigt, at der bringes klarhed over bestemmelserne. Selvom vi finder, at flertallets udformning af den medicinske indikation (§ 1, stk. 1, nr. 1) har tydeliggjort denne og således må betragtes som en forbedring, mener vi ikke, at den således foreslåede bestemmelse — i forbindelse med den særlige regel i § 1, stk. 2, — vil være i stand til at skabe rene linier.

Når mindretallet som social indikation har foreslået den nævnte almindelige formulering i stedet for en detaljeret bestem-

melse med angivelse af bestemte kriterier, skyldes det, at forholdene indenfor dette område er overordentlig forskellige, og at man derfor ved en for fast formulering vil risikere at komme ud for betydelige fortolkningstvivl. I disse sager må der under alle omstændigheder være tale om en skønmæssig vurdering, hvad der ikke er noget nyt i dansk lovgivning, idet en række afgørelser bl. a. af lægelig og social karakter hviler på et sagkyndigt skøn. Som vejledende for udøvelsen af skønnet anser vi den foreslåede lovbestemmelse for fuldt tilstrækkelig, i særdeleshed da den må ses på baggrund af de overordentlig dybtgående undersøgelser, der fra mødrehjælpsinstitutionernes side foretages i hvert enkelt tilfælde, jfr. afsnit VII. Det vil herigennem være muligt at tage stilling til, hvorvidt „de hjælpeforanstaltninger, der kan bringes i anvendelse, må skønnes at være uden fornøden virkning“. — Vi ønsker i denne forbindelse at fastslå, at vi er ganske enige i flertallets foranstående bemærkninger, hvor betydningen fremhæves af, at „man ved afgørelsen af, om der foreligger grundlag for svangerskabsafbrydelse eller ej, i hvert enkelt tilfælde har for øje, om det ikke ved hjælpeforanstaltninger af forskellig art er muligt at hjælpe de pågældende kvinder til at gennemføre svangerskabet“.

Mindretallets forslag må ses i forbindelse med kommissionens indstilling om, at afgørelserne skal træffes af samråd, bestående af mødrehjælpsinstitutionens leder og to læger, hvoraf den ene såvidt muligt skal være speciallæge i psykiatri. Det er vor opfattelse, at man med fuld tryghed kan overlade skønnet over indikationerne til dette organ, der — i forbindelse med mødrehjælpsinstitutionerne, der forbereder de enkelte sager — er i besiddelse af så megen erfaring og kyndighed, at det sikrer skønnets omhyggelige prøvelse, jfr. tilsvarende betragtninger side 63, stk. 2, i den tidligere svangerskabskommissions betænkning.

Vi ønsker stærkt at betone, at gennemførelsen af vort forslag efter vor bedste overbevisning *ikke* kan blive ensbetydende med „en i praksis fuldstændig fri adgang til svangerskabsafbrydelse“. Begrænsningen er givet i indikationens formulering, idet det udelukkende drejer sig om de tilfælde, hvor „de hjælpemidler, der kan bringes i anvend-

delse, må skønnes at være uden fornøden virkning“, og dette skøn er ikke overladt til kvinden selv, men til samrådene. En kvinde vil ikke kunne få foretaget svangerskabsafbrydelse, såfremt en sådan ikke skønnes nødvendig af samrådet. Vi føler os overbevist om, at tilladelse til svangerskabsafbrydelse ikke vil blive givet, dersom der findes mulighed for at hjælpe kvinden på anden og bedre måde.

I langt de fleste af de sager, der vil blive forelagt samrådene, vil der antagelig foreligge såvel lægelige som sociale momenter, men selv i det fåtal af sager, der er af rent social karakter, mener vi, at et organ af den foreslåede sammensætning er fuldt kompetent. Det er vor opfattelse, at de læger, der vil blive tale om at udpege til medlemmer af samrådene, vil være i stand til at bedømme ikke blot medicinske, men også sociale forhold.

Det fællesnævn, som kommissionen foreslår oprettet til at følge samrådenes virksomhed og være rådgivende overfor disse, vil desuden virke for ensartet praksis i sager om svangerskabsafbrydelse og skabe yderligere tryk for ordningens funktion.

Den af mindretallet foreslåede særlige indikation vil overflødiggøre kommissionsflertallets forslag om adgang for justitsministeren til at tillade svangerskabsaf-

brydelse under ekstraordinære omstændigheder.

Nedenfor er angivet de af mindretallet foreslåede ændringer af svangerskabslovens § 1 sammenlignet med den gældende lov. Forsåvidt angår udformningen af svangerskabslovens § 2 kan mindretallet tiltræde kommissionsflertallets forslag, jfr. herom betænkningens afsnit X.

#### *Mindretallets ændringsforslag.*

Stk. 1, nr. 1—2: (som gældende lov).

Stk. 1, nr. 3: (som flertalsforslaget).

#### *Nyt nr. 4.*

Når kvindens velfærd er så alvorligt truet, at de hjælpeforanstaltninger, der kan bringes i anvendelse, må skønnes at være uden fornøden virkning.

#### *Nyt stk. 2.*

Afbrydelse af et svangerskab må i de i § 1, stk. 1, nr. 2, 3 og 4 omhandlede tilfælde normalt ikke foretages efter udløbet af den 20. svangerskabsuge.

Stk. 3. (som gældende lov og flertalsforslagets stk. 4).

Stk. 4. (som flertalsforslagets stk. 5).

### Indstilling, afgivet af overkirurg Fabricius-Møller.

Svangerskabsafbrydelse er den sletteste form for børnebegrænsning.

Vil man søge at reducere svangerskabsafbrydelsens antal gennem lovgivning, må man kende grundene til ønsket om svangerskabsafbrydelse og skaffe sig oplysning om, hvordan kvinderne stadig i vid udstrækning får deres svangerskab afbrudt ulovligt.

Hvad grundene angår, ligger disse klart oplyst gennem den offentlige debat og gennem de erfaringer, vore mødrehjælpsinstitutioner sidder inde med. Ligeledes har vi gennem indberetningerne til sundhedsstyrelsen fuldstændigt kendskab til de *lovlige* svangerskabsafbrydelser.

For at få oplysning om, hvordan de *ulovlige* svangerskabsafbrydelser foregår, må man, specielt læger, udspørge de kvinder, der har aborteret, og vinde deres tillid, så de fortæller, hvad der er sket, hvis de har handlet ulovligt.

I over 27 år har jeg været chef for en stor kirurgisk afdeling, og fra den første dag, jeg kom på afdelingen, interesserede mig for alt vedrørende abortspørgsmålet. Vi har i den tid på min afdeling behandlet ca. 3 000 tilfælde af abort (4—5 pct. af vore patienter) og foretaget ca. 1 000 lovlige svangerskabsafbrydelser, hvilket giver en ret stor erfaring i disse forhold. Jeg har i vid udstrækning haft mine patienters tillid, fordi jeg altid har sagt til dem, at jeg ikke ville høre noget om, *hvor* og af *hvem* de var blevet behandlet, hvis de var blevet hjulpet ulovligt, og lovet patienterne, at intet af, hvad de betroede mig om indgrebet, ville blive noteret i deres journaler. På den måde har jeg gennem årene fået meget at vide om, hvad der sker i befolkningen med hensyn til ulovlig svangerskabsafbrydelse.

*Til at fremkalde abort* er benyttet stave og urinkatetre af forskellig art; een gang har jeg måttet fjerne en afbrækket glasspids fra livmoderen: vi kunne på røntgen-

billedet se den ligge i denne. En kollega har vist mig et lignende tilfælde, hvor han måtte fjerne en hårklemme brugt i samme øjemed. Desuden er der benyttet strikkepinde, cykleeger og lange neglerensere. Også en sådan har jeg måttet fjerne operativt. Endelig er der brugt modersprøjter af forskellig art med lange tynde spidser, som føres ind i livmoderen, hvorpå der sprøjtes forskellige vædske ind, hyppigst vistnok sæbevånd. At kvinderne forsøger at fremkalde abort ved at indtage forskellige medicamenter, specielt sølverglød eller kinipiller, skal lige omtales. De er som regel nytteløse, men kan i store doser give alvorlige forgiftninger, hvorunder der eventuelt kan indtræde abort, ja, kvinden kan dø af forgiftningen.

Også med hensyn til *hvem der foretager indgrebene*, har jeg fået ikke så lidt at vide. Ulovlige indgreb er i mit materiale foretaget af: læger, medicinske studenter, sygeplejersker, sygeplejeelever, jordemødre, dyrlæger og dyrlægestuderende, d. v. s. det er i disse tilfælde gjort af mennesker med mere eller mindre anatomisk og kirurgisk viden. Dernæst foretager talrige kvinder selv indgrebet ved med fingrene at finde modermunden i skeden og så føre et eller andet apparat eller en sprøjtespids gennem modermunden ind i livmoderen, hvorpå de indsprøjter en eller anden vædske, eller kvinderne får mand, kæreste, ven, veninde eller moder til at hjælpe sig. Endelig har vi som fosterfordrivere de rene kvaksalvere, der handler i vindingsøjemed, og som benytter de samme metoder som ovenfor omtalt.

Gang på gang har jeg undret mig over, hvor åbenmandede kvinderne er ved omtalen af sådanne handlinger, der dog er strafbare, og hvor naturligt de finder det, de har gjort, når de ikke har kunnet få deres svangerskab afbrudt ad lovlig vej.

At de ulovlige aborter forekommer hyppigt, er alle klare over; hvor hyppigt ved man

derimod ikke. Efter forskellige beregninger regner man nu med ca. 13 000 tilfælde årligt, men tallet er vist noget for lavt, fordi meget tyder på, at et større antal ulovlige aborter, end man tidligere har troet, foreløber i hjemmet, uden at der tilkaldes læge.

Mine ovenfor omtalte erfaringer er fornylig suppleret ved en meddelelse fra dr. *Jens Vilh. Dahlerup* (U.f.L. 1952: 35,1181), der på et lille, men omhyggeligt undersøgt materiale påviser, at af 71 illegale aborter er en trediedel fremkaldt af læger, en trediedel af kvaksalvere og en trediedel af kvinden selv eller barnefaderen. Midlerne, der er benyttet hertil, svarer til de ovenfor omtalte. Fra udlandet foreligger meddelelser af lignende art.

Jeg har ment det nødvendigt at omtale ovenstående for at pointere, hvor let det er at afbryde et svangerskab, og for at påpege, at farerne herved som regel ikke er i stand til at afskrække kvinderne fra deres forsæt; forhold, der er af betydning at vide, når man vil lovgive om svangerskabsafbrydelse.

Før den nugældende svangerskabslov af 18. maj 1937 trådte i kraft den 1. oktober 1939, var svangerskabsafbrydelse under enhver form forbudt og fandt kun sted ved ulovlige indgreb eller ved indgreb begrundet i nødrets-reglen, når læger fandt, at der var alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, hvis svangerskabet ikke blev afbrudt, og at hensynet til kvinden måtte gå forud for bevarelsen af fostret.

Ved den nugældende lov blev svangerskabsafbrydelse tilladt i en række tilfælde: Den *medicinske* indikation, den *etiske* indikation, den *eugeniske* indikation og den *udvidede medicinske* indikation, også kaldet den *socialmedicinske* indikation. Loven blev revolutionerende i sammenligning med tidligere lovgivning på dette område, idet man nu ved lov tillod svangerskabsafbrydelse, ikke alene i de tilfælde, der tidligere var faldet ind under nødrets-reglen, men *yderligere indførte social indikation i begrænset omfang* som grund til svangerskabsafbrydelse, idet etisk og eugenisk indikation er rene sociale indikationer, som man blot giver mere velklingende betegnelser, ligesom sociale forhold meget ofte gør sig væsentligt gældende, hvor man foretager

svangerskabsafbrydelse efter den socialmedicinske indikation. Sociale grunde til svangerskabsafbrydelse er således *ikke ukendt i nugældende dansk lovgivning*, og det, man ønsker, når man fra mange sider taler om, at social indikation burde være tilladt som grund til svangerskabsafbrydelse, er i virkeligheden kun et ønske om *at få udvidet grænserne for de sociale indikationsområder*.

At loven fik vidtrækkende følger, efterhånden som vi lærte at benytte den, viser den stærke stigning i de lovlige svangerskabsafbrydelsers antal, og dette betyder igen, at hovedparten af danske kirurger anser de stillede indikationer i overensstemmelse med loven, da det står enhver kirurg frit for, ja er hans pligt at nægte en svangerskabsafbrydelse, hvis han ikke finder den lovmedholdelig.

Trods denne stigning har det dog vist sig, at loven ikke har været i stand til at begrænse antallet af ulovlige svangerskabsafbrydelser. Dette skyldes først og fremmest sociale grunde af forskellig art, men dertil kommer yderligere, at stadig større og større dele af befolkningen finder det ganske naturligt, at en kvinde lader sit foster fjerne, når hun af en eller anden grund ikke ønsker at gennemføre sit svangerskab, og talrige kvinder generer sig derfor ikke for frimodigt at omtale, at de har ladet deres foster fjerne ulovligt, og giver endog andre anvisning på, hvordan de kan få det gjort. Svangerskabsafbrydelse er blevet et *spørgsmål om moral* og vækker — som alle moralske spørgsmål — let lidenskaberne, hvad den gentagne offentlige diskussion for og imod tilladeligheden af svangerskabsafbrydelse på udvidet social indikation tydeligt viser.

Jeg respekterer de mennesker, der er modstandere af at udvide indikationsområdet for svangerskabsafbrydelse, vel at mærke, hvis de fastholder deres standpunkt, når tilfældet også gælder dem selv eller deres nærmeste — og ikke blot alle andre —, men sådanne mennesker træffes efter min erfaring ikke hyppigt, tværtimod, de fleste har, når det gælder dem selv eller deres familie, alverdens gode — men i lovens forstand intetsigende — grunde at fremføre for, at svangerskabet bør afbrydes, når de nødtigt vil, at det ventede barn skal fødes.

Jeg anerkender også det alvorlige i det synspunkt, der er fremført, at hvis man gør svangerskabsafbrydelse straffri, vil en del mænd af ren egoisme lokke eller true kvinderne til at få foretaget en svangerskabsafbrydelse, der ikke er ønsket af kvinden selv, men jeg vil heroverfor dog gøre opmærksom på, at dette også hyppigt finder sted nu, hvor svangerskabsafbrydelse er strafbar, og hvad værre er, det sker, at de samme mænd, der har fået kvinderne til at lade deres foster fjerne ulovligt, bag- eller benytter denne deres viden til at ramme kvinderne, hvis disse ikke retter sig efter dem — f. eks. truer en jaloux mand kæresten med anmeldelse, hvis hun hæver forlovelsen, en brutal ægtemand tvinger ved truslen om straf for svangerskabsafbrydelse hustruen til skilsmisse endog uden at ville yde hende forsørgerbidrag. Viden om det ulovlige indgreb benyttes til pengeafpresning eller, hvad værre er, til seksuelt misbrug, og anmeldelse foretages ikke alene med anmelderens underskrift, men også så utiltalende som anonymt. I alle sådanne tilfælde rammes kvinden urimelig hårdt og ikke den, der burde rammes — manden. Hvis svangerskabsafbrydelse var tilladt, ville kvinden stå stærkere overfor trusler fra mandens side, og kvaksalverne måtte opgave deres utiltalende virksomhed.

Når man tager hensyn til befolkningens liberale syn på svangerskabsafbrydelse, når man ved, hvor let det er, selv for ikke-læger eller for kvinderne selv, at afbryde et svangerskab, når det i modsætning til tidligere opfattelse har vist sig, at sådanne afbrydelser i det store og hele forløber uden større risiko for kvinden, og når kun et yderst ringe antal af de ulovlige afbrydelser kommer til politiets kendskab og straffes, er det forståeligt, at truslen om straf ikke har været i stand til at reducere antallet af sådanne svangerskabsafbrydelser, endsiige forhindre dem.

Jeg tror derfor ikke på, at man ved strafforanstaltninger kan komme de hyppige svangerskabsafbrydelser tillivs, og mener desuden, at hvor det som her også drejer sig om moralske begreber, bør man ikke straffe, men i stedet søge at reducere antallet af svangerskabsafbrydelser: ved udbredt og tidlig oplysning om seksuelle for-

hold, så børnene allerede i skolen lærer derom, ved mulighed for, at befolkningen — ugifte såvel som gifte — let kan få vejledning i børnebegrænsning, ved at gøre svangerskabsforebyggende midler billige og let tilgængelige, ved let adgang til sterilisation, hvorved mange ægteskaber vil kunne reddes, ved rigelig hjælp til trængende gravide kvinder før og efter fødslen og ved betydelig økonomisk støtte til børnerige familier og enligstillede mødre.

Som samfundsforholdene er nu, bliver en ulovlig svangerskabsafbrydelse ofte en nødvendig tilflugt for kvinder af alle samfundslag, hvis de vil opretholde deres levestandard, deres stilling i samfundet eller deres hjem.

Derfor, og for at undgå al den uærlighed og alt det smuds, der omgærdet de ulovlige svangerskabsafbrydelser, mener jeg, at man bør gøre svangerskabsafbrydelse lovlig i overensstemmelse med nedenstående lovforslag. Der er heri medtaget de ændringer af svangerskabsloven iøvrigt, som forslaget gennemførelse vil nødvendiggøre.

Det bliver da samfundets sag at vise sin gode vilje til at forhindre svangerskabsafbrydelse. Hidtil har det været altfor lidt, man har gjort, for at lære befolkningen ikke at sætte uønskede børn i verden og for at hjælpe de kvinder, der knap nok ved, hvordan de skal klare sig selv, endsiige tage sig af det barn, de venter. *I dette spørgsmål spiller det uønskede barn og dets opdragelse også en rolle, hvad man er altfor tilbøjelig til at se bort fra eller gå let hen over.*

Jeg har svært ved at forstå den ofte voldsomme modstand mod udvidet adgang til svangerskabsafbrydelse, der fremkommer fra visse sider, for der er jo ingen, der tænker på at lægge dem, der trods uønsket svangerskab dog vil føde barnet, den fjerneste hindring i vejen herfor. I et demokratisk samfund bør man respektere andres meninger og moralske indstilling, også når disse andre mener, at svangerskabsafbrydelse bør være lovlig. Den opfattelse gør sig i større og større udstrækning gældende i befolkningen, at det er mere umoralsk at sætte et barn i verden end at afbryde et svangerskab, hvis kvinden ikke er i stand til at give det barn, hun venter, en god opdragelse, så det lærer omhu og kærlighed at kende.

*Et er sikkert:* vil man ikke i vid udstrækning følge de ovenfor skitserede retningslinier, betale, hvad det koster, og gøre svangerskabsafbrydelse tilladelig som foreslået,

kan man vedtage en hvilken som helst svangerskabslov: *de ulovlige svangerskabsafbrydelser vil fortsætte som nu.*

### Lovforslag.

#### § 1.

Svangerskabsafbrydelse må kun foretages af en autoriseret læge.

#### § 2.

Svangerskabsafbrydelse må ikke finde sted efter udløbet af den 20. svangerskabsuge. Dette gælder dog ikke, såfremt afbrydelsen er begrundet i fare for kvindens liv eller helbred eller i fare for arvelig belastning af barnet, eller såfremt svangerskabet er en følge af blodskam eller en sædelighedsforbrydelse.

#### § 3.

Er svangerskabsafbrydelse ikke begrundet i fare for kvindens liv eller helbred, må afbrydelsen ikke finde sted, medmindre der foreligger attestation fra en mødrehjælpsinstitution om, at der er givet kvinden oplysning om den bistand, der står til rådighed for hende selv eller til hjælp ved forsørgelsen af det ventede barn, såfremt hun gennemfører svangerskabet.

#### § 4.

Forinden svangerskabsafbrydelse foretages, skal følgende betingelser være opfyldt:

- 1) Er kvinden under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, skal der indhentes samtykke fra indehaveren af forældremyndigheden, henholdsvis værgen, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod.
- 2) Er kvinden på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan begæringen om dettes foretagelse fremsættes af en hertil efter indstilling af det sociale udvalg beskikket særlig værge, eller, forsåvidt hun er inddraget under forsorg af en statsanstalt eller en i henhold til § 67 i lov om offentlig forsorg godkendt anstalt, af anstaltslederen.

- 3) Er kvinden gift og samlever med sin ægtefælle, skal der gives denne lejlighed til at udtale sig, medmindre særlige omstændigheder taler derimod.

#### § 5.

*Stk. 1.* En kvinde, der selv afbryder sit svangerskab eller lader det afbryde af en person, der ikke er autoriseret læge, straffes med bøde.

*Stk. 2.* En autoriseret læge, der afbryder et svangerskab i strid med reglerne i §§ 2—4, straffes med hæfte eller under formildende omstændigheder med bøde. Afbryder en autoriseret læge et svangerskab uden kvindens samtykke, straffes han med fængsel indtil 12 år.

*Stk. 3.* Den, som uden at være autoriseret læge afbryder et svangerskab eller yder bistand hertil, straffes med fængsel indtil 2 år. Under skærpende omstændigheder, særlig når handlingen er foretaget for vindings skyld, eller hvis den har medført kvindens død eller betydelig skade på legeme eller helbred, er straffen fængsel indtil 8 år. I gentagelsestilfælde, eller såfremt gerningsmanden har handlet uden kvindens samtykke, er straffen fængsel indtil 12 år.

#### § 6.

Den, der ved ulovlig tvang, jfr. Borgerlig Straffelovs § 260, eller ved trusler om økonomisk tab eller om forringelse af stilling i personlig, familie- eller samfundsmæssig henseende eller ved løfte om belønning formår en svanger kvinde, der ønsker at gennemføre sit svangerskab, til at lade dette afbryde, straffes, selvom afbrydelsen finder sted under iagttagelse af de herom givne regler, med fængsel indtil 2 år; straffen er dog fængsel indtil 4 år, såfremt afbrydelsen foretages af en person, der ikke er autoriseret læge.

## § 7.

Udgifterne i anledning af svangerskabsafbrydelse afholdes af den pågældende selv. I de i § 2, 2. punktum, omhandlede tilfælde afholdes udgifterne dog, hvis den pågælden-

de ikke har midler hertil, af statskassen eller, forsåvidt hun er inddraget under en af de i § 66 i lov om offentlig forsorg nævnte forsorgsgrene, af vedkommende anstalt.

*Bemærkninger til lovforslaget.*

## ad § 1.

Ligesom det er en læge tilladt at foretage enhver operation under ansvar, må det også være ham tilladt at afbryde et svangerskab under iagttagelse af de derom fastsatte bestemmelser.

## ad § 2.

Ved medicinsk, etisk og eugenisk indikation for svangerskabsafbrydelse bør der ikke være tidsgrænse for indgrebets udførelse. Derimod må kvinden i andre tilfælde have tid nok til at overveje sagen inden udgangen af 20. svangerskabsuge.

## ad § 3.

Det gælder om at få alle kvinder, der ikke skal have deres svangerskab afbrudt på grund af sygdom, sat i forbindelse med mødrehjælpen. Her skal de have råd og vejledning og oplysninger om al den hjælp, man fra samfundets side er parat til at yde dem, hvis de vil afstå fra at lade deres foster fjerne. Mødrehjælpsinstitutionerne skal have ret til at sætte sig ordentligt ind i kvindens forhold, ret til at tale med mand, kæreste, pårørende, arbejdsgiver og andre i det omfang, det kan få betydning for kvindens og barnets fremtid. Vi ved af erfaring fra

mødrehjælpen og fra læger, hvor mange svangerskaber der kan føres igennem til fødsel og til lykke for både moder og barn, hvis man virkelig sætter et arbejde ind på at hjælpe den gravide kvinde i de første måneder af svangerskabet, hvor hun ofte er særlig fortvivlet.

## ad § 4.

Enslydende med kommissionsflertallets forslag til lovens § 2, jfr. betænkningens afsnit X.

## ad § 5.

Kun hvor svangerskabsafbrydelse foretages i vindingsøjemed eller rent forbryderisk, bør straffen være hård.

## ad § 6.

Enslydende med den gældende lovs § 7.

## ad § 7.

Ved medicinsk, etisk og eugenisk indikation foreslås den gældende betalingsordning, hvorefter staten betaler udgifterne i trangstilfælde, opretholdt. I andre tilfælde af svangerskabsafbrydelse bør udgifterne afholdes af kvinden selv.

## Mindretalsbetænkning

Af Erik Rydberg.

### Indledning og motivering.

I beskikkelsen til kommissionens medlemmer står der, at kommissionen skal have til opgave „at undersøge, på hvilke punkter den gældende svangerskabslovgivning under hensyn til det sidste 10-års udvikling og de herunder indvundne erfaringer formenes at burde ændres, herunder at søge fastslået, hvilke opgaver og hvilke midler der bør tillægges mødrehjælpsinstitutionen, . . . . .“, etc.

Det fremgår af den foreliggende betænkning, at kommissionens flertal har anset følgende opgaver for lovgivningen og for samfundets organer som de i øjeblikket vigtigste:

- 1) At forbedre de svangre kvinders forhold med det mål at lette gennemførelsen af svangerskabet og forebygge, at ønsket om afbrydelse af dette opstår.
- 2) At sprede oplysning om antikonceptionel teknik blandt befolkningen.
- 3) At befæste og autorisere den indarbejdede praksis, hvor langt de fleste legale aborter foretages på formelt social-medicinske indikationer.
- 4) At søge at opnå størst mulig ensartethed i afgørelserne.
- 5) At med henblik på de under punkt 3 og 4 anførte mål indføre en udtrykkelig social-medicinsk indikation i loven.
- 6) At yderligere centralisere afgørelserne hos mødrehjælpen og udbygge den, således at den befæstes i sin stilling som en abortbevilgende statsinstitution.

Med hensyn til punkt 1 og 2 har jeg intet at erindre og står ikke i noget modsætningsforhold til kommissionen iøvrigt, i hvert fald ikke i den forstand, at jeg ikke anerkender

det formålstjenlige i økonomiske og andre hjælpeforanstaltninger og det berettigede i, at man forsøger at fremme oplysningen i antikonception.

Hvad angår den øvrige del af kommissionens program, punkterne 3—6 ovenfor, har jeg et helt andet syn på tingene end det, der kommer til udtryk i kommissionsbetænkningen. I modsætning til kommissionens øvrige medlemmer har jeg den bestemte mening, at den legale abortpraksis har udartet, at den nuværende hastige og stadige stigning i de legale aborters antal er urovækkende og i højeste grad usund i sine virkninger, og at den fortolkning af den nu gældende lov, som er forudsætningen for den nuværende praksis, ikke er i overensstemmelse med lovens ånd og mening. Da kommissionsflertallets forslag til optagelse af en udtrykkelig social-medicinsk indikation i loven er egnet til at befæste og autorisere den nuværende praksis, kan jeg ikke tiltræde det. Jeg anser, at det er en meget uheldig udvikling, der er sket, når en statsinstitution, in casu mødrehjælpen, har påtaget sig den opgave at bevilge eller afslå ansøgninger fra borgerne om abort, og jeg er overbevist om, at det ville være en ulykke, hvis denne funktion blev lovfæstet. I det hele deler jeg ikke de anskuelser om abortspørgsmålet, der er kommet til udtryk i betænkningen, og jeg ser mig derfor nødsaget til at føre mine egne synspunkter og forslag frem i et separat indlæg.

Det af mindretallet Bruun, Fredericia, Helweg, Simonsen fremførte forslag går ud på, at en velfærdsindikation optages i loven.

Jeg vil senere mere udførligt diskutere virkningerne af udvidede indikationer af typen social-medicinske, sociale og velfærds-



indikationer og redegøre for mine grunde til, at jeg ikke kan tiltræde noget forslag til en restriktiv lovgivning, der anerkender andre end rent medicinske, eugeniske og etiske indikationer. På dette sted vil jeg kun erklære mig enig med kommissionsflertallet i, at en velfærdsindikation i loven ville betyde, at så godt som ingen restriktioner læn- gere kunne opretholdes.

For min stilling til overkirurg Fabricius-Møllers forslag om at ophæve kriminaliseringen af fosterfordrivelsen skal jeg redegøre i det sidste afsnit af min fremstilling.

Hvis man ser således på sagen, som det er blevet antydnet her, kommer man ikke udenom at deklare sit syn på abortspørgsmålet ud fra mere generelle synspunkter. Jeg mener også, at det kunne være værd at komplettere den foregående svangerskabskommissions i og for sig udmærkede historiske og retsfilosofiske udredning med nogle korte historiske betragtninger og oplysninger, der er egnet til at skabe perspektiv og baggrund for vore moderne problemer.

*Nogle træk fra historien\*). Den moderne åndelige baggrund for abortproblemet.*

Beretninger om foranstaltninger til at begrænse afkommet og om midler til at fremkalde aborter findes fra tider så langt tilbage, som vore historiske kundskaber overhovedet strækker sig, og etnograferne fortæller os om midler og metoder, der bruges af primitive folk. Den ældste eksisterende recept på et abortivum er ifølge Himes meddelt af en kinesisk forfatter for mere end 4 600 år siden.

Ebers papyrus (ca. 1550 f. Kristus), som er det største medicinske værk, der findes bevaret fra gammelægyptisk tid, beskriver fremgangsmåden ved abortprovokation, og dens fremstilling giver gode grunde til at formode, at praksis af svangerskabsafbrydelse var velkendt hos de gamle ægyptere.

Af særlig interesse for os er praksis af og opfattelse om svangerskabsafbrydelsens berettigelse eller forkastelighed hos grækere, romere og israelitter, og hvorledes kristendommen i senere tider har påvirket lovgivning og sædvaner i den civiliserede verden.

Abortprovokationer var en udbredt praksis i det gamle Hellas. Man kender ret godt de brugte metoder, og man har gjort fund af instrumenter, der ligner de curetter og tænger, som anvendes ved mindre gynækologiske operationer og også ved abortprovokationer i nuværende tid. De store græske filosoffer befattede sig som bekendt meget med sociologiske spekulationer og havde ingen betænkeligheder imod abortprovokationer. De rekommanderes af både Plato og Aristoteles af befolkningspolitiske grunde. Den hippocratiske medicin synes derimod at have været stærkt tilbageholdende, i hvert fald i teorien, som fremgår af det med rette højt beundrede dokument, der kaldes asklepiæceden eller den hippocratiske lægeed, stammende fra det 5. århundrede før Kristus. Det hedder i denne:

„Selvom jeg opfordres dertil, vil jeg ikke udlevere nogen dødelige gifte eller give nogen sådant råd, ej heller give nogen kvinde fosterfordrivende midler. Jeg vil bevare mit liv og min kunst rent og fromt.“ (J. L. Heibergs oversættelse).

Det fortælles dog om Hippocrates selv, at han engang gav en harpespillerske, som ønskede at blive befriet for sit svangerskab, det råd, at hun skulle springe højt i luften og slå hælene imod lænderne i springet. Hun efterkom hans anvisning, og efter det syvende spring aborterede hun prompte.

Hippocrates er en skikkelse, hvis konturer taber sig i en usikker tradition, og man har meget ufuldstændigt kendskab til, hvad der skal tilskrives ham selv af den tids lægekunst og af det, der findes bevaret i de såkaldte hippocratiske skrifter. Den ovenfor omtalte episode kan derfor godt være apo-

\*) Mine hovedsagelige kilder for denne kortfattede historiske oversigt har været:

*Grimm, J.*: Deutsche Rechtsalterthümer, 4. Aufl., Theodor Weicher, Leipzig 1890.

*Lewin, L.*: Die Fruchtabtreibung, 4. Aufl., Georg Stilke, Berlin 1925.

*Møller, J. S.*: Moder og Barn i Dansk Folkeoverlevering, Einar Munksgaard, København 1940.

*Taussig, F. J.*: Abortion. Spontaneous and Induced, C. V. Mosby Co., St. Louis 1936.

*Waurinsky, R.*: Om Barnavården och särskildt Fosterbarnvården i äldre och nyare tid. Nordin och Josephson, Stockholm 1896.

kryf i den forstand, at Hippocrates selv er uskyldig i ordinationen til harpespillersken. Imidlertid lader denne beretning formode, at man i de indre lægcecirkler på den tid docerede en etik, som man ikke altid kunne opretholde, når man konfronteredes med det aktuelle tilfælde. Opfattet på denne måde og set på baggrund af edens højtidelige og smukke ordlyd er Hippocrates og harpespillersken et patetisk eksempel på den evige konflikt mellem teori og praksis.

I den gammelromerske tid skal abortprovokationer have været sjældne, men fosterfordrivelse var ikke i sig selv en strafbar handling efter loven. I kejsertiden blev svangerskabsafbrydelse en meget udbredt skik, og der findes flere beretninger om ulykker og dødsfald som følge af sådanne indgreb.

Cicero fortæller om en kvinde, som fremkaldte abort på sig selv i den hensigt at skaffe sig en større del af den fremtidige arv efter sin mand. Hun straffedes med døden, ikke fordi hun havde forgrebet sig på fosteret, men fordi hun havde snydt sin herre og mand for faderskabets glæde. Dette er et eksempel på den indstilling, som kom til udtryk i den senere romerret, og som omtales i den første svangerskabskommissions betænkning side 29, at fosterdrab kun var strafbart i sin egenskab af angreb på familie- og arveretlige interesser.

Flere senromerske forfattere fordømmer abortskikken i skarpe vendinger, men der har næppe været nogen almen aversion imod den i det hedenske Romerrige.

Hos jøderne var fosterfordrivelse vistnok en næsten ukendt praksis i den gammeltestamentlige tid, og racens tilvækst og udbredelse ansås som et højeste gode — jfr. Herrens ord til Abraham (I. Mosebog, 22, 17): „Derfor vil jeg storligen velsigne dig og meget mangfoldiggøre din sæd, som stjernerne på himlen og som sand, der er ved havets bred, . . . .“.

I de nytestamentlige skrifter findes intet om fosterdrab, sandsynligvis fordi det var så godt som ukendt blandt jøderne, men i de første århundreder af kristendommens udbredelse i det græsk-romerske civilisationsområde fandt grundlæggerne af den kristne lærebygning rig anledning til at tage spørgsmålet op. De første teologiske behandlinger af emnet stammer også fra de første kristne

århundreder og har allerede fra begyndelsen deres egen umiskendelige og karakteristiske tone. Fosterdrab blev til synd, og et angreb på fosteret sidestilledes med mord eller rettere, betragtedes som noget endnu værre som følge af visse dogmatiske læresætninger. I den tidlige kristne epoke var handlingen dog ikke strafbar som manddrab førend efter det tidspunkt, hvor fosteret efter den tids forestillinger blev besjælet.

Det er kristendommen, som har indført den virkelige og dybe frygt for fosterdrabet som sådant. Det er fra kristendommen, forestillingen om fosterets ret til sit eget liv stammer, og det er kirkens dogmatik, som har, om ikke direkte inspireret, så dog rationaliseret de kristnes reaktioner overfor en udbredt og ældgammel skik.

I vore dage indtager den romersk-katolske kirke stadig en absolut afvisende holdning mod svangerskabsafbrydelsens berettigelse under alle forhold, og kirken er ubøjelig og konsekvent på dette punkt. I lande, hvor den katolske kirke har beholdt sin magt og indflydelse over kulturlivet, som i Spanien og i Irland, er svangerskabsafbrydelse heller ikke legaliseret under nogen form.

I nær forbindelse med fosterdrabet står den ligeledes ældgamle skik at sætte det nyfødte barn ud eller slå det ihjel. Der kan ikke være tvivl om, at denne praksis i gamle dage betød et større tab af menneskeliv end de forsætlige fosterdrab. Den var legaliseret eller rettere traditionsmæssigt tilladt, i den hedenske oldtid hos grækere, romere og hos de nordiske folk, og det var faderen, som afgjorde, om barnet skulle sættes ud, dræbes eller få lov til at leve.

Ved tiden omkring Kristi fødsel havde denne skik at udsætte børnene taget særligt uhyggelige former i storbyen Rom. Om morgenen fandt man børn på gader og offentlige pladser døende af sult eller sønderrevne af dyr. Det var skik og brug, at børnene udlagdes på Forum boarium ved en søjle kaldet Columna lactaria, og dér kunne hvem, der måtte ønske det, optage børnene, adoptere dem eller benytte dem som slaver. Mange af disse udsatte børn gik de mest umenneskelige skæbner i møde, idet fosterforældrene ikke sjældent lemlæstede dem, for at de senere som krøblinge skulle vække medlidenhed og kunne benyttes til tiggeri. Allerede flere af de hedenske kejsere, Nerva,

Trajanus, Hadrianus, Marcus Aurelius, gjorde store anstrengelser for at forhindre disse skændsler. Konstantin den Store, som overgik til Kristendommen, lige inden han døde, indrettede på egen bekostning et hittebarnshjem og udfærdigede to edikter (år 315, henholdsvis år 322), som påbød understøttelse af offentlige midler til fattige familier for at forhindre barnemord og salg af nyfødte børn. Vi er dermed fremme ved det tidspunkt, hvor kristendommen havde vundet stor udbredelse, og de kristne menigheders barmhjertighedsvirksomhed, som allerede var en social bevægelse af betydning, var i høj grad engageret i pleje og opdragelse af de forældreløse børn.

Det største lovmæssige fremskridt på dette område i de første kristne århundreder tilvejebragtes af kejser Justinianus (527—565), som foreskrev frihed for alle udsatte og forladte børn, stillede disse under kirkens og biskoppernes beskyttelse og påbød, at kirken sammen med de verdslige myndigheder skulle bekoste børnenes opdragelse. Udsættelse af børn på offentlige pladser blev sidestillet med mord.

Allerede i det 4. og 5. århundrede begyndte man at oprette særlige anstalter, orphanotrophia, i tilslutning til kirker og klostre, hvor forældreløse børn blev optaget. Fra disse stiftelser stammer de hittebarnsanstalter, som har aflæggere endnu i seneste tid, i Danmark i Den Kongelige Fødsels- og Plejestiftelse.

I den første tid opsatte man særlige marmorskåle ved kirkedørene, hvor mødrene kunne nedlægge deres børn, og hvor de herefter blev hentet og optaget i hittebarnsinstitutionerne.

Selve fremgangsmåden ved afleveringen af barnet forbedredes væsentligt ved en indretning, som første gang skal være indført ved et hittebarnshjem i Marseille, stiftet 1188 af Helligåndsordenen, der særligt gav sig af med sådan virksomhed. I stedet for den traditionelle marmorskål havde man en lille åbning i porten, gennem hvilken barnet kunne afleveres til vægteren, uden at moderen eller den, der kom med barnet, kunne ses og genkendes. „Drejeskålen“ var en yderligere forbedring. Den bestod af en skålformet, polstret skive, hvorpå barnet blev lagt, og som siden drejedes en halv omdrejning, hvorved barnet på behændig måde

blev bragt indendørs og en lem samtidig skudt ind over åbningen i porten. Et mekanisk alarmsystem kompletterede apparatet. En lignende mekanisme var forøvrigt i brug i nogle år (1771—1774) på det gamle Frederiks Hospital i København.

I den nordiske digt- og sagnoverlevering findes interessante vidnesbyrd om brydningerne mellem den kristne livsopfattelse og den ældgamle skik at udsætte eller dræbe de nyfødte børn, når de var uønskede, og om den frygt, som kristendommen indgyd hos menneskene, at handle således som de hensyn, man nu ville kalde sociale, familiemæssige og økonomiske, måtte tilskynde dem til.

I en dansk folkeviser finder vi udsættelsesmotivet behandlet i følgende linier:

— — —  
den jomfru tager over sig kåben blå,  
og ned til stranden monne hun gå;  
hun ganger hen ud ved den strand  
og skød det skrin så langt fra land,  
hun kasted det skrin så langt fra sig:  
den rige Christ befaler jeg dig,  
den rige Christ leverer jeg dig,  
du haver ikke længer moder i mig.

J. S. Møller meddeler følgende oversættelse af et stykke af en beretning i Landnamsbogen, som er et islandsk, historisk værk fra 1200-tallet:

Thorkatla, Asgrims kone, fødte et drengbarn. Asgrim bød bære det ud, en træl skærpede den greb, hvormed han skulde grave dets grav, mens drengen var lagt ned på gulvet. Da hørte de alle, hvorledes barnet kvad dette: „Bær sønnen til moderen, det er koldt for mig på gulvet; hvor må sønnen have en sømmeligere plads end ved sin faders arne. Der er ingen grund til at sætte æg på jernet eller gøre skår i grønsværen. Hold op med den stygge gerning, jeg vil leve videre blandt mennesker.“ Siden blev drengen øst med vand og kaldt Thorstein.

Denne legendariske beretning er uden tvivl et udtryk for et kristent syn på den gammelhedenske skik, og det synes mig at være af ikke ringe interesse at se, hvordan forfatteren lader barnet i dets forsvarstale argumentere for sin egen ret til menneskelivet.

Jeg har opholdt mig noget ved de former, den gamle skik at udsætte børnene og slå dem ihjel, har taget i tidernes løb, ved de

litterære overleveringer desangående og ved de foranstaltninger, man har tilgrebet for at redde børnene, fordi disse fænomener viser både analogier med og væsentlige forskelle fra fosterdrabet og bestræbelserne på at bekæmpe det. De naturbestemte årsager til begge fænomener er de samme, disproporitionen mellem sexualdriften og muligheden for eller viljen til at sørge for afkommet. De religiøse reaktioner imod dem er de samme og grundet på forestillingen om individets ukrænkelighed fra det øjeblik, det er blevet til. Den instinktive reaktion imod drab på nyfødte børn eller vanrøgt af dem er selvfølgelig stærkere end den tilsvarende følelsesmæssige indstilling til fosterdrabet, men ikke væsensforskellig derfra. Mord på børn og udsættelse af dem troede man indtil for 20 år siden var et afsluttet kapitel. Nazismens udskejelser har vist os, at man skal være forsigtig med at skønne over, hvilke frygtelige socialpolitiske tilbagefald, der kan finde sted.

Med fosterdrabet er vi ikke færdige, og anskuelserne over den stilling, samfundet skal tage dertil, svinger imellem de yderstandpunkter, der repræsenteres af den katolske kirke og af den moderne radikale åndsretning. Det kirkelige standpunkt er det, at fosterdrab under ingen omstændigheder er tilladt. De moderne, radikale tendenser går ud på, at det skal være legaliseret og tilladt enten uden indskrænkning, eller når det foretages på grund af, at barnets tilkomst ville forvolde sociale eller personlige ulemper. Disse tendenser vil altså have samfundet til at tage en lignende stilling til fosterdrabet, som det gjorde til barnemordet i hedensk tid.

Den forrige svangerskabskommission konstaterer, at fosterdrabets kriminalisering som angreb på fosterets liv stammer fra den kanoniske ret, og der kan ikke være tvivl om, at man må sætte det forhold, at fosteret er retsbeskyttet i alle civiliserede samfund, i direkte forbindelse med den kristne tradition.

Det stærkeste lovmæssige udtryk, som jeg kender, for at det ufødte foster er blevet betragtet som et levende individ, der skulle nyde samfundets beskyttelse og værn som sådant, findes i den islandske lovsamling, kaldet „Grågåsen“. Den foreligger i håndskrifter fra den senere halvdel af 1200-tallet.

Mange af de bestemmelser, den indeholder, er ikke at betragte som udtryk for gældende retspraksis, men udgør logiske konstruktioner af private forfattere. Ofte bærer de præg af indflydelse fra den kanoniske ret. Den passus, jeg tænker på, er sandsynligvis at opfatte som udtryk for denne påvirkning og lyder således i V. Finsens oversættelse af håndskriftet på Det Kongelige Bibliotek i København:

Ej bør man dræbe en kvinde, som er frugtssommelig med et levende foster, uagtet hun har begået noget, der gør hende ufredhellig, eller er dømt til forvisning; og hun falder isåfald ikke som ufredhellig. Dersom en kvinde, som bliver dræbt, er frugtssommelig med et levende foster, er der to drabs-sager, og sagen angående fosterets drab skal behandles som andre drabssager.

I betænkningen fra svangerskabskommissionen af 1932 hedder det:

Samfundets interesse i at værne livet, selv for den ufødte, fra det øjeblik den kvindelige ægcelle er blevet befrugt, og altså fosteret endnu kun er en organisme i udvikling, gennem den periode, hvor der kan spores selvstændige livstegn hos det, til selve fødselsaktens begyndelse, er ganske analog med den beskyttelse, samfundet yder ethvert menneskeliv, uden hensyn til dets fysiske eller moralske værdi, og som omfatter den dødsdømte, den dødsyge, det ikke levedygtige barn eller den åndssvage, hvis åndsevner er ringere end dyrets — ja, som i en række lande, derunder Danmark, har ført til dødsstraffens afskaffelse, selv for den mest ryggesløse forbryder — kun at straffen for krænkelser af samfundets interesse i fosterlivets bevarelse i alle nugældende love er lavere, ofte betydeligt lavere, end for almindeligt manddrab, idet hensynet til, at fosterets tilblivelse som menneske endnu kun er en eventualitet, her gør sig gældende.

Det citerede stykke af den forrige svangerskabskommissions betænkning er ikke tom retorik, men et vel formuleret udtryk for de idéer, der ligger bagved lovgivningen om svangerskabsafbrydelse i lande med vesterlandsk civilisation. En anden ting er, at sådanne retsfilosofiske udlægninger ikke kan siges at give en udtømmende motivering for de gældende retsregler. Til syvende og sidst er det følelses- og instinktmæssige reaktioner, som har bestemt samfundets holdning overfor fosterdrabet, i højere grad end reflexion og rationelle motiver, idet denne

handling, som den foregående svangerskabskommission udtrykker det, strider mod de mest elementære etiske begreber og mod naturens orden, som lærer omhu og ømhed for den kommende generation. Det er ikke en kunstig udvidelse af dette beskyttelsesinstinkt, men en erfaringssag, at det omfatter også det ufødte foster, selvom dette instinkt let nok lader sig trænge tilbage og neddysse af egoistiske og interessebetonede motiver. Det er her, sagens kerne ligger, og man kan derfor ikke tage praktisk og realistisk på abortproblemet uden at regne med den instinktmæssige og moralske side af sagen.

Den opfattelse, at svangerskabsafbrydelse er en kriminel handling, i det mindste når der ikke foreligger tvingende grunde, er også udtrykt i etiske regler for lægegerningen fra nuværende tid.

World Medical Association har opstillet en „International Code of Medical Ethics“, hvor en af reglerne siger: „A doctor must always bear in mind the importance of preserving human life from the time of conception until death“. I samme code erklæres det for uetisk, hvis en læge tager del „in any plan of medical care in which the doctor does not have professional independence.“ Den almindelige danske Lægeforening er tilsluttet World Medical Association.

Sveriges Läkarförbund har fornylig udformet en codex ethicus indeholdende 15 regler, af hvilke to har direkte forbindelse med det her betragtede spørgsmål.

Den første af disse er regel IV, som lyder: „Läkaren skall besinna sin plikt att skydda och bevara människoliv allt ifrån dess tillkomst i moderlivet.“ Den anden er regel XV, som siger: „Läkaren må icke medverka i sjukvård, där han icke är tillförsäkrad full frihet att handla i enlighet med dessa läkarreglers bud, och han må icke ens under det allvarligaste hot avvika därifrån.“

De ovenfor citerede regler giver udtryk for svangerskabets principielle integritet. De er formuleret af læger for læger, men bundet naturligvis i de samme forestillinger og reaktioner, som har virket bestemmende på lovgivningen.

Hvis man vil karakterisere det moderne samfunds reaktioner overfor fosterdrabet og sætte dem i forbindelse med åndelige strømninger og tendenser i nutiden, så bliver det

ikke let at give et billede af situationen. Hele den indstilling til sagen, som repræsenteres af den romersk-katolske kirke, forekommer uden tvivl de fleste skandinaver meget fremmed, opdraget som de er i en protestantisk tradition, som med tiden er blevet meget fjern fra de håndfaste dogmatiske læresætninger, der ligger bagved den katolske kirkes holdning over for fosterdrabet. Hertil kommer, at en stor del af befolkningen i de skandinaviske lande står helt uden for kirkelig indflydelse overhovedet og er fremmed for enhver art af betragtninger, der er baseret på religiøse forestillinger.

Man må også huske, at det enkelte menneske er tilbøjeligt til at se meget forskelligt på tingene, når abortproblemet diskuteres teoretisk og på afstand fra sagens realiteter, og når personlige interesser er med i spillet. Det er i det hele taget et spørgsmål, om man overhovedet kan tale om en opinion i abortproblemet. Man kan næppe, tror jeg, sige mere, end at hvis man spurgte et større antal udviklede og modne mennesker, så ville nogle sige, at svangerskabsafbrydelse er en komplet ligegyldig ting, og at afgørelsen derom bør være en ren privatsag; nogle ville mene, at det er en alvorlig sag, som kun kan tillades på klare og objektive indikationer, og nogle, og sikkert ikke nogen fåtallig gruppe, ville anse, at man måske ikke kan opgive alle restriktioner, men at samfundet bør optræde liberalt og forstående, hjælpe så mange som muligt og ikke fæste sig for meget ved principper. Gang på gang møder man blandt radikalt indstillede læger og socialt virksomme personer den opfattelse, at svangerskabsafbrydelserne er noget, man overhovedet ikke skal se på som en i og for sig beklagelig ting; vi står kun over for et administrativt spørgsmål, mener man, nemlig at ordne det således, at mindst mulig skade opstår ved selve indgrebene. Dr. Svend Hoffmeyer sagde på lægemødet 1932 følgende, der udtrykker den opfattelse:

„Hvad end lægerne siger i dag, og hvordan så end stemningen skulle blive forandret i morgen eller i overmorgen, vil det ikke forandre en tøddel i det forhold, vi her diskuterer, nemlig at kvinderne ikke vil have uønskede børn. Det eneste, der kan forandres, er den måde, hvorpå de frivillige svangerskabsafbrydelser skal kunne ske. Spørgsmålet er, om de skal foretages af kyndige eller ukyndige.“

For at sige det kort og summarisk, den særdeles hyppige handling, som fosterdrabet er, vurderes så forskelligt, som det vel er muligt, af forskellige mennesker alt efter deres mere følelsesmæssige indstilling og naturligvis også for nogles vedkommende efter deres erfaringer i arbejdet med abortsagerne.

Det skal dog udtrykkeligt fremhæves, at når vi her i Danmark og i alle civiliserede lande har en lovgivning, som begrænser tilfældigheden af svangerskabsafbrydelser, så bunder dette forhold i en følelse af, at fosterdrab *ikke er en moralsk ligegyldig handling*. De mere rationelt begrundede indvendinger imod svangerskabsafbrydelserne er aldeles irrelevante i sammenligning med dem, der er følelsesmæssigt, moralsk eller religiøst begrundet.

Overalt i de protestantiske lande og også i enkelte overvejende eller helt katolske stater er fosterets retsbeskyttelse kun relativ, idet man anerkender, at den svangre kvindes liv og eventuelt også hendes helbred er et større gode end fosterets liv, således at hvis begge disse goder ikke kan bevares, går hensynet til moderens liv og helbred foran hensynet til fosteret. I flere lande stilles betingelserne for, at svangerskabsafbrydelse skal være tilladt, så strengt, at kvindens liv skal være i fare. Således lyder loven i Frankrig og i de fleste af staterne i USA. Den adlydes dog næppe efter bogstaven af lægerne, ikke engang af dem, der er meget principfaste. Ser man på de overvejende protestantiske lande, så vil praktisk taget alle læger, jurister og socialt kyndige mennesker være enige om det berettigede i svangerskabsafbrydelse på det, man kan kalde rent medicinsk indikation, d. v. s. i tilfælde, hvor svangerskabets fortsatte bevarelse erfaringsmæssigt vil medføre livsfare eller fare for varig og alvorlig helbredsforringelse for kvinden. Men herefter hører enigheden op.

Tendensen i Norden har været at gå længere og længere i liberalitet og tilmed at gå udenom de medicinske indikationer. Det er dog relativt sjældent, at der åbent propageres for fuldstændig frihed for kvinderne til at få foretaget abort, kun fordi de ønsker det. Af langt større betydning for udviklingen i Skandinavien er de meget kraftige bestræbelser, der findes, for at opnå en udvidelse af de lovlige indikationer, og den

stærkt liberale tendens, som er kommet til at præge praksis, og som udmærkes af, at man fortolker loven yderst frit, specielt med hensyn til betydningen af sådanne ord og udtryk som „alvorlig fare for liv eller helbred“ og lignende, som anvendes i lovteksten for at definere indikationerne. I stedet for at propagere for frihed for kvinderne til at tage afgørelsen i egne hænder, en ordning, som man ikke uden videre kan sige savner *raison*, har man stræbt henimod at få offentlige organer for abortvirksomheden og efter at lægge afgørelserne, om indikationer foreligger, hos socialeksperter og psykiatere. Forudsætningen for denne bevægelse er naturligvis, at den gamle opfattelse om svangerskabets principielle ukrænkelighed ikke gælder længere for dem, der har tilskyndet og virket for denne udvikling, kun at det ikke er kvindernes forogdtbefindende, der er afgørende, men at afgørelsen træffes af personalet i et abortbevillende statsligt organ eller en lignende institution. Det er disse tilstande, der allerede er virkelighed i Danmark.

### *Den nugældende lov.*

Den nuværende svangerskabslov blev givet i maj 1937 og trådte i kraft 1939, efter at der var blevet foretaget visse forandringer i anledning af, at oprettelsen af seksualklinikker, som var foreskrevet i den første version af loven, ikke blev gennemført.

Lovens formulering af de tilladte indikationer for svangerskabsafbrydelse skyldes daværende justitsminister Steincke, og den svangerskabslov, som vi fik i 1937, blev ført frem i rigsdagen som regeringens forslag, lige efter at svangerskabskommissionen af 1932 havde afgivet sin betænkning. Regeringens lovforslag, som blev antaget af rigsdagen, adskilte sig på et meget afgørende punkt fra kommissionsflertallets forslag, men det sidstnævnte spillede en betydelig rolle både i debatten i rigsdagen og i diskussionen iøvrigt på det tidspunkt, da betænkningen blev offentliggjort. I virkeligheden er forholdet det, at man må kende kommissionens forslag og motivering for at forstå baggrunden for regeringsforslaget, d. v. s. for den nugældende lov, og hensigten med formuleringen af de indikationer, den anerkender. Jeg skal derfor først erindre om

de væsentlige punkter i kommissionens forslag.

I det lovforslag, som blev fremlagt af flertallet i svangerskabskommissionen af 1932, var der optaget både en *medicinsk* og en *social* indikation samt en såkaldt *etisk* og en *eugenisk* indikation. Med den etiske indikation menes den, der foreligger i tilfælde af voldtægt, blodskam og lignende.

Det er med formuleringen af den medicinske og den sociale indikation, jeg foreløbig skal beskæftige mig.

Den *medicinske indikation* defineredes i kommissionens lovforslag § 1, stk. 1, punkt 1 således, at abortprovokation skulle *være tilladt*, „når svangerskabets afbrydelse foretages for at afværge en på grund af *sygdom* tilstedeværende fare for kvindens liv eller for en varig og betydelig forringelse af hendes helbredstilstand.“

Den *sociale indikation* formuleredes i samme § stk. 1, punkt 4 på følgende måde: „Når svangerskabet eller barnets fødsel medfører fare for en varig og betydelig forringelse af kvindens personlige, familie- eller samfundsmæssige stilling, og denne fare ikke findes at kunne afværges på anden måde.“

Den medicinske indikation var i lovforslaget skarpt afgrænset til det, man nu ville kalde for rent medicinsk indikation. Det var kommissionens opfattelse, at man burde skelne skarpt mellem medicinske grunde for svangerskabsafbrydelser og sociale, og kommissionsflertallet gik ind for, at man skulle anerkende sociale indikationer for svangerskabsafbrydelse som lovlige foruden de rent medicinske. Den udredning, som betænkningen indeholder om de forskellige motiver for svangerskabsafbrydelse og deres eventuelle berettigelse, har meget stor interesse, også med hensyn til vor nuværende situation, og jeg skal derfor citere den.

Flertallet konstaterer i deres indstilling (se betænkningen side 45 samt siderne 52—54), at en udvidelse af de medicinske indikationer havde vundet indpas i praksis i de år, der gik inden betænkningens afgivelse (1936), og fortsætter: „Den udglidning, der således er ved at finde sted for de medicinske indikationer, er — om end fagligt uberettiget — en naturlig følge af, at medicinsk indikation for tiden er den eneste lovlige hjemmel for fosterfordrivelse og derfor påberåbes, hvor i virkeligheden andre grunde, der har

forekommet lægen at være af tvingende natur, foreligger . . . . .“

Man kommer således ind på et skråplan, hvor der er fare for, at begrebet «medicinsk indikation» helt skal forflygtiges samtidig med, at antallet af de læger, der vil tage ansvaret herfor, forøges, hvoraf følgen naturligvis vil blive, at også antallet af de forkastelige fosterfordrivelser vil tiltage uforholdsmæssigt.

Det rigtige turde derfor være, samtidig med at gengive de medicinske indikationer deres oprindelige saglige begrænsning, at skabe nye retsregler for de tilfælde, som ikke kan betegnes som medicinsk indicerede, men hvor ligeartede synspunkter af anden art gør sig gældende på en sådan måde og i et sådant omfang, at en human betragtning i vore dage vil finde dem berettigede, og som af den grund dels foretages af lægerne under den falske etikette «medicinsk indiceret», dels erklæres straffri af nævningerne, hvis de drages for domstolene.“

Kommissionens forslag om lovfæstelse af en social indikation mødte stærk modstand allerede i regeringen, og ved fremlæggelse af regeringens lovforslag i folketinget udtalte daværende justitsminister Steincke sig på følgende måde om denne sag:

„Efter regeringens opfattelse er det principielt og praktisk umuligt at anerkende et almindeligt begreb som «social indikation». For ansvarsbevidste læger vil det på grund af begrebets uklarhed være uhyre vanskeligt at afgøre, om betingelserne er til stede, altså om de gør sig skyldig i en strafbar handling eller ej, og for ikke ansvarsbevidste læger vil omtrent enhver ulempe stå som henhørende under social indikation. Men dertil kommer, at den af kommissionsflertallet foreslåede ordning i sig selv må synes principielt urigtig og praktisk uheldig. Det er principielt urigtigt og efter min opfattelse, efter regeringens opfattelse, en umulig opgave for en stat gennem embedsmænd at optræde som officiel fosterfjerner . . . . .“

Og videre: „I almindelighed at gøre det til en statsopgave at overveje, om den enkelte kvinde skal have sit foster fjernet eller ej, forekommer justitsministeriet at være en absurd idé med yderst samfundsfarlige konsekvenser, og denne opfattelse deles altså af det samlede ministerium.“

Regeringens lovforslag, som siden blev antaget, havde ingen social indikation, men den medicinske indikation blev formuleret således, at den tillod en noget videre fortolkning. Begyndelsen af loven og bestemmelsen af den medicinske indikation kom til at lyde således: „En svanger kvinde kan få sit svangerskab afbrudt i følgende tilfælde:

- 1) Når svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred.“

Man ser, at ordet sygdom er gået ud. Hensigten med denne formulering fremgår af daværende justitsminister Steinckes motivering, som man finder i de i Rigsdagstidende offentliggjorte forhandlinger i Folketinget. Jeg citerer efter denne kilde:

„Efter en omfattende drøftelse inden for ministeriet af alle sider af denne sag er man enedes om følgende ordning: Ligesom kommissionens flertal og mindretal kan man tiltræde, at svangerskabsafbrydelse foretages på medicinsk, etisk og eugenisk indikation, altså i så fald er straffri.

På den anden side er kommissionens affattelse af begrebet medicinsk indikation formentlig for snæver, idet man jo blot kan pege på, at kvindens liv eller helbred meget vel kan være udsat endog for særdeles høj grad af fare af andre grunde end egentlig sygdom, årsager, der både kan være af fysisk og psykisk karakter, f. eks. kronisk underernæring på grund af nød og elendighed, udslidthed på grund af talrige børnefødsler, voldsom depressionstilstand, foretagne selvmordsforsøg eller andre fortvivlede skridt.“

Det lovlige indikationsområde blev yderligere bekendtgjort gennem sundhedsstyrelsens cirkulære af den 25. september 1939, hvor de i det ovenfor citerede indlæg af justitsminister Steincke nævnte eksempler anføres ordret.

Det forhold, at der ikke behøvede at foreligge sygdom i sædvanlig betydning, kommer også til udtryk i lovens § 2, hvor der angives visse administrative retningslinier for, hvad lægerne skal iagttage i tilfælde, hvor faren for kvindens liv eller helbred ikke er begrundet i sygdom. *Nogen ny indikation indføres ikke i § 2, hvad der særligt skal fremhæves,*

fordi lovens formulering her hyppigt giver anledning til misforståelser.

Vedrørende selve begyndelsen af loven: „En svanger kvinde kan få sit svangerskab afbrudt i følgende tilfælde“, er der det at sige, at den fremstiller svangerskabsafbrydelse som en *ret* under visse forudsætninger. Som allerede omtalt havde svangerskabskommissionen af 1932 ikke foreslået en sådan formulering af en ret, men havde det mindre bindende udtryk, at svangerskabsafbrydelse var *tilladt* under visse forhold.

De øvrige indikationer, den etiske og den eugeniske, blev lovfæstede i ordret samme formulering som i kommissionens forslag.

#### *Om afgrænsning af indikationer for legal svangerskabsafbrydelse.*

Formulering og afgrænsning af de tilladte indikationer er en temmelig vanskelig sag, hvis man kræver, at lovteksten skal være klar og samtidig give plads for en skønsom bedømmelse af visse grupper af tilfælde, som det var meningen med den nuværende svangerskabslov. Da det er min hensigt i det følgende at diskutere, dels hvorvidt praksis har udviklet sig i overensstemmelse med lovens ånd og mening, dels hvilke indikationer man bør give plads til i den fremtidige praksis af legal abort, bliver det nødvendigt, at jeg først, så langt det er muligt, fra et sagligt synspunkt forsøger at karakterisere de indikationsområder, som er særligt vanskelige at afgrænse og definere, når man skal skrive love om svangerskabsafbrydelse. De i det følgende angivne indikationsområder er at opfatte som forfatterens forsøg til en afgrænsning, ikke som selvfølgelig definitioner.

*Den medicinske indikation.* Det drejer sig her om sygdomme, fysiske eller psykiske, latente eller manifesterede, hvor ifølge klinisk erfaring og medicinsk videnskab et svangerskab ved sin direkte virkning på den syge organisme eller ved sin effekt på den psykiske tilstand må forventes varigt at forringe kvindens helbredstilstand eller tilmed udsætte hende for en umiddelbar livsrisiko. Som eksempler kan nævnes visse former af hjertefejl, nyresygdomme og graviditetstoxicoser samt alvorlige depressive psykoser. Når man taler om medicinsk indikation i den betydning, som her defineret, forudsæt-



tes det, at den fare for helbredsforringelse eller den livsrisiko, som er forenet med svangerskabets fortsættelse eller selve fødslen, ikke kan elimineres ved behandling under eller efter graviditeten.

*Social-medicinsk indikation.* Den nu gældende danske lov kan ikke siges at knæsette nogen social-medicinsk indikation, idet der intet står i den om, hvorvidt kvindens milieu og sociale status skal eller kan tages med i betragtning ved afgørelse af, når medicinsk indikation for svangerskabsafbrydelse foreligger. Kommissionsflertallets lovforslag er formuleret således, at man kan tale om en virkelig og udtrykkelig social-medicinsk indikation, idet det foreskrives, at hensyn skal tages til „de forhold, hvorunder kvinden må leve“, når man skal afgøre, om svangerskabets bevarelse medfører alvorlig fare for liv eller helbred. Den svenske lov af den 17. maj 1946 angiver en social-medicinsk indikation og udtrykker den således, at et svangerskab „må afbrydes“, hvilket ifølge svensk juridisk sprogbrug nærmest betyder kan afbrydes, „når med hänsyn till kvinnans levnadsförhållanden och omständigheterna för övrigt kan antagas, att hennes själsliga och kroppsliga kræfter skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst och vården om barnet.“

*Social indikation.* Denne er vanskelig at definere, men svangerskabskommissionen af 1932 angav i sit lovforslag en formulering, som er omhyggeligt og vel afvejet, og som allerede er citeret (se side 105). Man bør observere, at der i dette lovforslag ikke var tale om forringelse af den økonomiske stilling. Den nuværende lov har ingen social indikation.

*Velfærdsindikation.* Den kan næppe defineres. Hvis man vil lade hensynet til kvindens „velfærd“ gælde som indikation for svangerskabsafbrydelse, må man bemyndige enkelte personer eller institutioner til at afgøre, hvornår betingelserne er opfyldt, og dette efter et rent skøn. Et mindretal af kommissionen foreslår, at der indføres en velfærdsindikation, og at mødrehjælpen skal træffe afgørelserne.

Det skal bemærkes, at den medicinske indikation naturligvis er uafhængig af kvindens ønsker med hensyn til graviditetens bevarelse, og det normale vil være, at lægen med beklagelse ser sig nødsaget til at

tilråde svangerskabsafbrydelse, ikke at kvinden selv beder om at få den udført. Hvis man indfører i loven eller under liberal fortolkning af loven praktiserer en social-medicinsk indikation, og endnu mere hvis man indfører rent sociale og velfærdsindikationer, bliver følgen den, at initiativet til de under lovens hegn foretagne svangerskabsafbrydelser i de fleste tilfælde vil blive taget af kvinderne selv.

#### *Om frekvensen af aborter på medicinsk indikation.*

Jeg skal ikke her nævne de sygdomstilstande, hvor der kan foreligge ren medicinsk indikation for svangerskabets afbrydelse, men det er nødvendigt at forsøge at komme frem til et skøn over det omtrentlige antal, det skulle blive her i landet, hvis kun sådanne indikationer var gyldige efter loven, og hvis loven blev adlydt. Jeg har i en artikel i Ugeskrift for Læger, nr. 21, 1952, temmeligt udførligt behandlet det spørgsmål; den, der måtte ønske nærmere besked, henvises til denne artikel. I U.S.A. er kun rent medicinske indikationer anerkendt som lovlig grund for abortus provocatus. Der afbrydes legalt omtrent 1 svangerskab på 200 fødsler. I Danmark blev der udført legal svangerskabsafbrydelse 7 gange på hver 1 000 fødte børn i 1940. Disse tal ligger sikkert for højt, hvis man ville anse dem som udtryk for det antal svangerskabsafbrydelser, som er indiceret af rent medicinske grunde efter moderne principper. Dels er der altid en tendens til at lade sociale, økonomiske og humanitære hensyn tælle med i afgørelserne, uden tvivl også i U.S.A., dels er de videnskabeligt begrundede indikationer stadig nedadgående i antal som følge af fremskridt i behandlingen af flere af de sygdomme, der kan blive tale om, og som resultat af, at de diagnostiske muligheder er blevet større i senere tid.

Når det gælder om at finde et brugbart sammenligningstal for de svangerskabsafbrydelser, der nu foretages i Danmark, d. v. s. skønne over, hvor mange der foretages på rent medicinsk indikation, uden at andre hensyn tæller med, må man imidlertid hellere sætte tallet for højt end for lavt. Vi er uden tvivl på den sikre side, hvis vi sætter 1 svangerskabsafbrydelse på 200 fødte børn

som norm for frekvensen af abortus provocatus, når den foretages på rene medicinske indikationer. Personlig er jeg overbevist om, at tallet i virkeligheden skulle ligge endnu meget lavere, hvis vi holdt os til den foreliggende viden om prognosen i de forskellige tilfælde, og jeg er ikke alene om den opfattelse.

For Danmarks vedkommende var man nede på tal af denne størrelsesorden, inden den nu gældende svangerskabslov trådte i kraft, og i U.S.A. ligger tallene for tiden stadigvæk på dette niveau.

#### *Udviklingen af praksis i Danmark siden 1940. Forholdene i Sverige og i Schweiz.*

I den tid, der er gået, siden den nu gældende svangerskabslov blev antaget, har en hastig stigning i de legale aborters antal fundet sted. I sundhedsstyrelsen har man opgjort det samlede antal legale aborter siden 1940. Tallene er først blevet lagt frem af Mogens Fenger og Marie Lindhardt (Ugeskrift for Læger, 114, 617, 1952), senere af Mogens Landgreen Jensen på lægemødet den 31. august 1952. De meddeles i kommissionsbetænkningens tabellariske opstillinger, side 19—26. Udviklingen er blevet omtalt og diskuteret af undertegnede i en artikel i Ugeskriftet, nr. 21, 1952\*), og i et indlæg på lægemødet den 31. august 1952 samt af flere talere på det nævnte møde. Alle indlæg på dette møde er trykt i Ugeskriftets nr. 41 A, 1952 (side 1433).

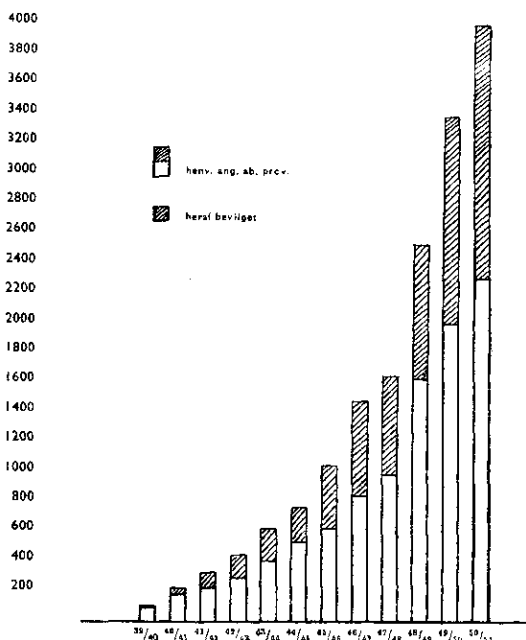
Til belysning af den udvikling, der er foregået, henvises til tabellerne i kommissionens betænkning. Jeg skal her kun nævne nogle få, men særdeles belysende tal:

De legale aborters antal i Danmark i 1940 . . . 522  
 — — — — — 1952 . . . 5031

Da antallet konceptioner ikke er bekendt, men kun kan angives efter en skønsmæssig vurdering på grundlag af antallet fødte og antallet kendte aborter, er det fordelagtigt at sætte de legale aborter i relation til antallet fødte børn, som er nøjagtigt kendt. I hele landet blev der i 1951 foretaget godt og vel 6 legale aborter og i København 12 pr. 100 fødte børn. Disse tal for de legale aborter er 12, henholdsvis 24

gange så store, lavt regnet, som de tal, vi skulle vente at finde, hvis kun rent medicinske indikationer havde været bestemmende.

Ifølge T. Kærn, som er lægelig medarbejder i mødrehjælpen, er 80—90 pct. af de legale aborter i København i de senere år udført på mødrehjælpens indstilling. Dr. S. Kielberg har i „stud. med.“ 1951, nr. 10, meddelt en grafisk opstilling visende antallet ansøgninger og bevillinger i Københavnsinstitutionen for årene 1940—1951, som gengives her nedenfor.



*Antal ansøgninger om abortus provocatus til mødrehjælpen i København.*

(Kielberg: stud. med. 1951 nr. 10.)

Man ser, at proportionen mellem bevilligede abortprovokationer og henvendelser ligger temmelig konstant ved omtrent 40 pct. i de senere år, men at der er en tydelig stigning fra de første år, der er medtaget i opstillingen. Det skal bemærkes, at hver kolonne i diagrammet angiver et regnskabsår, den sidste kolonne f. eks. den senere halvdel af år 1950 + den første halvdel af år 1951.

Den meget stærke stigning i antallet af legale aborter, som man ser i sundhedssty-

\*) Jfr. Ugeskrift f. Læger: 114, 690, 1952.

relsens og i mødrehjælpens opgørelser, kommer naturligvis også frem i sygehusenes rapporter. Som eksempel skal nævnes, at i 1941 var det samlede antal abortprovokationer på de tre kirurgiske afdelinger på Københavns amts sygehus i Gentofte 44, og at tallet for 1950 var 416 — det vil sige, at antallet i denne 10-årsperiode er steget til næsten det 10-dobbelte.

I Sverige har stigningen af de legale abortprovokationer stort set været parallelt forløbende med den i Danmark; tallet for år 1951 var 6 328. Man indførte der 1946 den nye social-medicinske indikation, og det er muligt, at den har medvirket til den hurtige stigning i de legale aborters antal og den mindskning i antallet af fødsler, som er registreret i de senere år. Det er imidlertid svært at vurdere betydningen af den slags enkelte faktorer. Langt mere end en sådan forandring af loven betyder den liberalisering af lægernes syn på abortprovokation, der har fundet sted, og det forhold, at den legaliserede abortvirksomhed naturligvis trækker de læger til sig, som sympatiserer med dens tendenser, eller som i hvert fald ingen betænkeligheder har imod at medvirke.

De skandinaviske lande og Schweiz ligger i tæten med hensyn til frekvensen af legale aborter. Forholdene i Schweiz er af stor interesse, fordi praksis er meget varierende i de forskellige kantoner til trods for en fælles lovgivning. I 1950 var antallet legale aborter i hele Schweiz 6 200 eller omtrent 7 pct. af fødselstallet, og i de forskellige kantoner varierede antallet mellem 0 og 15 pct. af fødselstallet (Koller og Monsch, Verh. d. Deutsch. Ges. f. Gynäk. 1951). I kantonen Genève var der i 1951 flere legale aborter end fødsler; tallene var 2 563 legale aborter og 2 216 fødsler. Den schweiziske lovs formulering ligner meget den danskes, men er strengere, idet kun rent medicinsk indikation anerkendes. Den pågældende lovparagraf er formuleret som en undtagelsesbestemmelse i straffeloven og er citeret i flertalsbetænkningen, side 17.

Den stærkt varierende praksis i de forskellige kantoner i Schweiz viser på overbevisende måde, at de legale aborters antal er et fænomen, der aldeles ikke kan sættes i

direkte forbindelse med lovbestemmelsernes formulering, men som hænger sammen med hele den psykologiske og ideologiske baggrund i befolkningen og blandt lægerne. Det fremhæves fra schweizisk side, at når Genève er blevet til et centrum for abortvirksomheden, så beror det ikke så meget på, at den faste befolkning der aborterer mere end andre steder, men på, at lægerne der er særligt liberale i deres indstillinger, hvorfor kvinderne rejser til Genève fra det øvrige land i dette ærinde.

#### *Indikationerne i Danmark efter svangerskabslovens antagelse.*

Mer end noget andet karakteriseres den praksis, der er blevet indarbejdet i de sidste 10—12 år, af den store overvægt af psykiatriske diagnoser og indikationer.

Af årsberetningen fra Frederiksberg hospitals gynækologiske afdeling for 1950 fremgår det, at man der foretog 319 abortprovokationer i det nævnte år. Af disse var 267 på psykiatrisk indikation. De anførte diagnoser i disse 267 tilfælde var følgende:

Depressio mentis in graviditate . . . . .	147	tilfælde
Inferioritas intellectualis . . . . .	12	—
Nervosismus anxiosus . . . . .	3	—
Nervosismus depressivus . . . . .	20	—
Neurasthenia depressiva . . . . .	44	—
Neurasthenia e labore . . . . .	31	—
Neurosis in graviditate . . . . .	1	—
Psykasthenia . . . . .	2	—
Psykopathia . . . . .	4	—
Psykosis anankasmata . . . . .	1	—
Schizofrenia . . . . .	1	—
Surmenage . . . . .	1	—

I året 1951 foretoges der på samme afdeling 409 abortprovokationer, hvoraf 320 på psykiatrisk indikation.

Årsberetningerne fra Gentofte amts sygehus viser tilsvarende forhold.

Disse tal er bemærkelsesværdige set på baggrund af den plads, der gives de psykiatriske indikationer i U.S.A., et land, hvor den medicinske viden ikke står tilbage for vor. I min tidligere omtalte artikel i Ugeskriftet har jeg temmelig udførligt redegjort for de retningslinier for legal abort, der praktiseres i U.S.A. Sådanne indikationer som „neurasthenia e labore“ og lignende fore-

kommer overhovedet ikke i de amerikanske materialer, jeg kender, og diagnosen „reactive psychosis“, som nærmest svarer til, hvad der os hos plejer at kaldes psykogen depression, forekommer som indikation på større amerikanske klinikker kun undtagelsesvis — med års mellemrum — eller slet ikke; hos os forekommer afbrydelser på diagnoser, der dækker det samme eller endnu lettere mentale og nervøse forstyrrelser, hver eller hveranden dag på adskillige større kirurgiske og gynækologiske afdelinger.

Den store forøgelse af de legale svangerskabsafbrydelsers antal, der har fundet sted i Skandinavien, beror simpelthen på, at man er kommet ind på at praktisere det, som man kalder for den social-medicinske indikation, i meget stor udstrækning i afgørelserne. Det er kombinationen af sociale eller rent personlige, milieubestemte faktorer og lette neurotiske eller depressive symptomer, som bestemmer prognosestillingen og afgørelserne i det alt overvejende antal tilfælde hos de instanser, der præger praksis, og det er disse instansers vurderinger, der driver aborttallet i højden. Følgende udtalelse af dr. Teit Kærn på lægemødet i august 1952 giver et udmærket billede af, hvordan den social-medicinske indikation stilles. „Indikationen, d. v. s. prognosen, stilles ikke på en diagnose, men på en konklusion, der er opbygget over patientens hovedsygdom og dens symptomer som kerne, men med behørig og afgørende indflydelse af en række andre momenter, såsom disposition, personlighed, legemstype, udviklingsmilieu, konkommitterende sygdomme, inclusive neuroser, nuværende milieu og sandsynligt fremtidsmilieu, etc.“

Ifølge Juel Henningsen, Skalts og Hoffmeyer (Ugeskrift for Læger, 114, 502, 1952) kan i visse tilfælde det, der giver indikation for svangerskabsafbrydelse, være „faren for en fjernereliggende helbredsforringelse, evt. i form af en langsom, alvorlig nedslidning af kvinden som følge af livet i samfundet.“

Det er indlysende, at med en så vidtgående fortolkning af loven bliver „kærnen, hovedsygdommen“ i praksis meget ofte noget helt andet end det, man ellers kalder sygdom. Da der ifølge loven kun kan fore-

tages legal abort efter et lægeligt skøn om indikationen, bliver der altid i sygejournalen angivet en diagnose. Den plejer at være af typen depressio mentis, neurasthenia e labore, inferioritas intellectualis, psykoinfantilismus og lignende. Tilmed „surmenage“ forekommer som diagnose. Den social-medicinske indikation er i praksis blevet til noget, hvor de sociale og personlige vanskeligheder, som den pågældende kvinde har at kæmpe med, meget hyppigt er den egentlige realitet, og diagnosen temmelig intetsigende og tilfældig. Man skal derfor ikke fæste sig for meget ved diagnoserne, hvis man vil forstå, hvordan indikationerne stilles for tiden.

På den anden side er det meget instruktivt at se, hvordan f. eks. den store gruppe af tilfælde, der går under diagnosen psykogen depression, præsenterer sig for psykiaterne og for kirurgerne eller gynækologerne. Denne depression kan naturligvis være en tilstand, som patienten har været i mere eller mindre konstant gennem længere tid før graviditeten, og som graviditeten truer med at forværre eller gøre uheldelig, men i de fleste tilfælde er den simpelthen patientens reaktion på en uønsket graviditet. Depressionen forsvinder i de sidst nævnte tilfælde meget hyppigt øjeblikkeligt, hvis abort bliver lovet hende, og kirurgen eller gynækologen kan derfor ofte ikke se, at der er noget i vejen med de patienter, som indlægges hos dem til abortprovokation under denne diagnose. Tilmed psykiaterne kan have vanskeligt ved at se noget påfaldende hos de patienter, hvad der fremgår af følgende beskrivelse af professor Helweg (Menneske og Miljø, 1, 1946):

„De psykogene depressioner er i reglen ganske kortvarige, er fremkaldt ved den uønskede graviditet og svinder sædvanligt prompte, når denne afbrydes. Differentialdiagnostisk at adskille dem fra en normalpsykologisk affektreaktion er ikke let og kan ikke altid gøres med sikkerhed. Jeg skal ikke komme nærmere ind på tilfældenes almindelige klinik, men blot påpege et par praktiske forhold. Når patienten indlægges, forekommer det ofte, at depressionen slet ikke er til at opdage. Pt. synes rolig, glad og ligevægtig. Det viser sig oftest at bero på, at selve indlæggelsen er blevet opfattet som et tilsagn.“  
 . . . . . I fortsættelsen: „Det medfører, at vi oftest, for at få reaktionen frem og få mulighed for at

observere dens styrke, må belaste pt. med meddelelsen om, at udsigterne til svangerskabets afbrydelse er minimale, ja nærmere sig nul.“

Denne belastning er altså at opfatte som en slags psykologisk funktionsprøve til vurdering af styrken af kvindens affekttilstand og dermed til prognosestillingen, hvis man siger ja eller nej til hendes fremstilling om legal abort.

Det er ikke svært at forstå, at antallet af de legale aborter hurtigt springer op i højden, når det medicinske islæt i den kombineret medicinske og sociale indikation ikke behøver at være mere end en af situationen betinget depression. For den udvikling, der har fundet sted, har mødrehjælpen betydet meget, og den stilling til sagen, som en autoritet som professor H. Helweg har indtaget, har ligeledes været af overordentlig stor betydning. Jeg skal derfor citere endnu en udtalelse af ham, som på klar og ligefrem måde giver udtryk for en indstilling, hvis praktiske konsekvenser er indlysende. I den samme artikel, som allerede er citeret, skriver professor Helweg:

„Hvor mange legale svangerskabsafbrydelser der kommer, vil naturligvis til en vis grad afhænge af, hvordan loven anvendes. Loven er ret elastisk og kan anvendes stramt og mere imødekommende, som man nu er i humør til, men først og fremmest afhænger antallet af, i hvor høj grad kvinderne ønsker at få børnene eller ønsker at blive af med dem. Når man laver en lov, der giver de gravide kvinder mulighed for at få svangerskabet afbrudt, når de og de betingelser er til stede, så er der ikke andet at gøre end at tage det, som det kommer. Bliver man bange for, at landet skal blive affolket, må man lave betingelserne om, d. v. s. gå tilbage til det krav, at kvinden skal føde børnene, selv om det medfører alvorlig fare for liv og helbred. Det er muligt, at nogen vil gå ind for dette standpunkt, men jeg vil da gerne se ham, før jeg tror det. Det stigende antal af svangerskabsafbrydelser kan altså ikke berettige til betænkeligheder. Hvis reglerne er gode, må vi tage det antal, som der nu er.“

Det sidste citat skal ikke foranledige mig til nogle kommentarer. Der nævnes, at loven er elastisk, og at den kan fortolkes stramt eller imødekommende. Spørgsmålet om lovligheden af den indarbejdede praksis skal behandles i det næste afsnit.

### *Er den nuværende praksis i overensstemmelse med loven?*

Vi har set, at praksis er blevet sådan, at der i øjeblikket afbrydes graviditeter legalt i et antal, som er mere end 10 gange så stort som det tal, man ville have, hvis rene medicinske indikationer var bestemmende. Det første spørgsmål, man stiller sig, er nu dette: Er denne udvikling i overensstemmelse med lovens ånd og mening?

I forhold til den første svangerskabskommissions lovforslag blev den medicinske indikation i den gældende lov mindre skarpt afgrænset, idet, som allerede nævnt, ordet sygdom udgik.

Da svangerskabsloven diskuteredes før og umiddelbart efter, at den blev vedtaget af rigsdagen, blev det fra forskellig side fremhævet, at lovens formulering åbnede en bagdør for den sociale indikation, uden at denne blev kaldt ved sit rette navn. Man kan dog, synes det mig, ikke med rimelighed sige, at formuleringen af selve retsgrundlaget for svangerskabsafbrydelse på medicinsk indikation, som det er afgrænset i lovens § 1, punkt 1, er uklart. „Alvorlig fare for kvindens liv eller helbred“ er et udtryk så tydeligt, som man kan forlange det, når man tager i betragtning, at det drejer sig om afgørelser, som umuligt kan afgrænses med skarpe definitioner, og lignende formuleringer går igen i flere andre landes lovgivning. Anderledes forholder det sig med lovens § 2. Den giver besked om lægens forpligtelser, når han skal foretage en svangerskabsafbrydelse, hvor faren for kvindens liv eller helbred ikke er begrundet i sygdom. Bare det forhold, at der i loven udtrykkeligt nævnes, at der eksisterer andre acceptable grunde end sygdom, uden angivelse af, hvad man egentlig tænker på, kunne give anledning til en formodning om, at man har skelet til rent sociale indikationer, som man, som det er blevet sagt, lukker ind ad bagdøren. Formuleringen turde være blevet til som et kompromis mellem stridende anskuelser og kan ikke siges at være klar og vejledende.

Hvad man end vil sige om lovens heldige eller mindre heldige form, der kan ikke være tvivl om, at formuleringen af den medicinske indikation, § 1, punkt 1, er udtryk for den traditionelle opfattelse, at et tilstedeværende svangerskab ikke må angribes, med mindre

der foreligger særdeles stærke grunde til at antage, at dets bevarelse ville medføre livsfare eller risiko for en bestående og betydelig helbredsforringelse for moderen. Skal man sige noget mere generelt til karakteristik af loven, må det blive, at den var forbavsende konservativ i sin tendens, set på baggrund af det kommissionsforslag, der var afgivet på det tidspunkt, loven blev antaget. Specielt var det forudsat, at afgørelsen om, hvorvidt lovlig indikation for svangerskabsafbrydelse forelå, helt og holdent var et lægeligt spørgsmål. Man tænkte sig, at reglen skulle være, at kvindens sædvanlige læge og den opererende læge skulle blive enige om den sag, og allerede af den grund er det klart, at man aldrig har haft den hensigt og vel heller ikke tænkt sig muligheden af, at de sociale og psykiatriske eksperter skulle blive brugt i den grad, som det er sket, til at formulere grundlag og motiveringer for legale svangerskabsafbrydelser. Praksis svarer i virkeligheden mere til formuleringen af den svenske lovs socialmedicinske indikation — den såkaldte „formodede svaghed“, — og i mange tilfælde ville hensynet til kvindens velfærd være den rigtige benævnelse for de grunde, der har været afgørende ved indikationsstillingen.

Jeg kan ikke se andet, end at indikationerne i praksis er kommet på glem, at sociale og velfærdsindikationer i virkeligheden er bestemmende for en masse af indstillingerne, og at det kun er lovens form, der fremtvinger anvendelsen af medicinsk terminologi i udtalelserne.

For nu at være helt sikker på, at jeg ikke opfatter lovens mening forkert, når jeg hævder, at den nuværende praksis har sprængt dens rammer, forekom det mig meget naturligt og nærliggende at spørge dens ophavsmand og stærkeste tilskynder, forhenværende justitsminister Steincke, om hans mening om sagen.

Jeg har skriftligt tilstillet ham de tre nedenfor anførte spørgsmål og meddeler med hans tilladelse besvarelsenerne:

#### *Spørgsmål:*

- 1) Er det i overensstemmelse med lovens ånd og mening, når de social-psykiatriske indikationer bruges i så stort omfang, at de legale aborter er steget

til omtrent 10 gange så mange, som inden loven trådte i kraft?

- 2) Har det været lovgivernes hensigt, at kvindernes eget ønske om abort skulle tillades at veje så tungt ved indikationsstillingen, at denne faktor bliver den vigtigste, der driver aborttallet i højen? — at det er tilfældet, indrømmes af psykiaterne.
- 3) Er det ikke indlysende, at praksis har sprængt lovens rammer, når det i Københavns kommune i 1951 er blevet til 12 legale aborter på 100 fødte børn?

#### *Svar:*

- ad 1) Som forholdene lå i 1936, var der — ikke alene i regeringen, men også inden for flertallet af den socialdemokratiske og radikale rigsdagsgruppe, for slet ikke at tale om den konservative og venstres — overhovedet ikke andet at gøre, hvis man skulle have en svangerskabslov, end at opgive den tidligere kommissions „sociale indikation“. Da jeg heller ikke engang kunne gennemføre en undtagelse for de fattige, udslidte, børnerige mødre eller få indført en adgang for justitsministeren til dispensation i ganske særlige tilfælde, kom jeg ind på de overvejelser om en vis udvidelse af den rent medicinske indikation, således som det bl. a. er skildret i min pjece „Skal fosterdrab være straffrit?“ s. 29—31.

Når man kender denne forhistorie og iøvrigt tænker på afstemningerne i rigsdagen og disses begrundelse, jfr. s. 32, siger det sig selv, at spørgsmålet må besvares benægtende.

- ad 2) Naturligvis ikke! Det ville jo end ikke den første kommission have turdet foreslå eller forudsætte.
- ad 3) Formentlig (jfr. pjecen s. 30). En sikker besvarelse måtte dog for mit vedkommende forudsætte et kendskab til de enkelte tilfælde og deres begrundelse, et kendskab, som jeg selvfølgelig ikke kan have.

Videre kommentarer er overflødige — i praksis er indikationerne blevet langt videre, end hvad loven giver hjemmel for.

*Er abortprovokationerne, som de nu praktiseres, i kvindernes interesse?*

Næste spørgsmål bliver da: Gør man den enkelte den tjeneste, man tror, ved at bevilge disse mange ansøgninger om abort?

Farerne ved selve indgrebet er ikke store, hvis det udføres lege artis på det passende tidspunkt, tidligt i graviditeten. De er i virkeligheden så små, at man efter min mening ikke med føje kan føre dem frem som et argument imod den udvidede praksis, hvis den ellers er vel begrundet i kvindernes interesser. Det er ikke usandsynligt, at sterilitet følger efter indgrebet i enkelte tilfælde, men ikke heller den komplikation er så hyppig, at den mulighed kan veje tungt i indikationsstillingen.

For en relativt imødekommende politik af de abortbevilgende instanser har man anført: Kvaksalveraborterne skulle blive færre, når disse instanser, hos os mødrehjælpen, trækker de abortsøgende til sig, fordi der er en vis chance for at få udført abort ad legal vej gennem dem. Dette er en fejlagtig antagelse, grundet på et meget overfladisk ræsonnement. Dr. T. Kærn, som i en række af år har været knyttet til mødrehjælpen, har forsøgt en undersøgelse over frekvensen af de kriminelle aborter i Københavns kommune i de senere år, og hans konklusion blev følgende:

„Man må altså sige, at det intensive arbejde, som mødrehjælpen har udført med abortus provocatusproblemet, ikke har medført nogen nedgang af de kriminelle aborters antal, og det samlede abortantal har vist en lettere stigning på grund af det øgede antal legale aborter.“ (Månedsskrift for Praktisk Lægegerning og Social Medicin, nr. IV, 1952).

På side 27 i kommissionsbetænkningen er der angivet et skøn over de ulovlige, provokerede aborters antal i Danmark i øjeblikket. Man har ment, at de må være 12 000—13 000, lavt skønnet, eller mindst dobbelt så mange som de legale aborter. De, der muligvis måtte mene, at det er en opgave for det legalt arbejdende abortvæsen at konvertere hovedmassen af disse illegale aborter i legale, burde betænke, at det bliver et kapløb, hvor man starter med et så overvældende dårligt handicap, at opgaven er håbløs, så længe man har en lov, der i nogen

grad indskrænker friheden til at rekvirere svangerskabsafbrydelser.

Den vigtigste grund til den udvidelse af indikationerne, der har fundet sted, en grund som man påstår skulle have hjemmel i lovens ordlyd, er omtrent som følger: Også hvis en abortsøgende kvinde ikke er egentlig syg og i og for sig kunne magte at gå svangerskabet igennem, så vil dog i mange tilfælde hendes helbredsmæssige situation være forringet efter graviditeten og fødslen, og hendes kræfter vil ikke slå til til at holde hjermet og tage sig af det nyfødte barn. Man formulerer så en motivering for abort, som, i tilfælde af at den kommer fra mødrehjælpen, plejer at indeholde en udførlig social og medicinsk situationsbeskrivelse. Hvis der foreligger en depressiv reaktion, en neurastheni eller lignende, så trækkes dette moment naturligvis frem i motiveringen.

Der findes endnu meget få undersøgelser publiceret, på hvilke man kan basere en vurdering af resultaterne af abortprovokationer på sådanne social-medicinske indikationer. Fra Sverige foreligger imidlertid et arbejde, som er værd at observere, til trods for at materialet ikke er stort. Jeg tænker på en rapport af kurator Karin Malmfors fra den legale abortvirksomhed i Stockholmsområdet (Sv. Läkartidningen nr. 42, 19. oktober, 1951). Det drejer sig om en efterundersøgelse af 200 abortsøgende, og undersøgelsen gør indtryk af at være særdeles samvittighedsfuldt og godt udført. Fru Malmfors har selv besøgt alle kvinderne i deres hjem uden foranmeldelse; hun har ladet kvinderne tale selv og har befitet sig på ikke at fremsuggerere svar i en bestemt retning.

58 kvinder har ladet sig overtale til at fortsætte svangerskabet og havde født barnet. Hos dem var der almindelig tilfredshed og ingen, der fortrød sin beslutning.

I 84 tilfælde blev der bevilget abort. Helt tilfredse var 39, eller knap halvdelen. Ulyst ved det hele, skuffelse eller udtalt anger forekom hos 35. Den psykiske helbredstilstand var forværret i 10 tilfælde.

Et enkelt ordret citat af kvindernes egne udtalelser skal jeg gengive: „En abort tager meget mere sjæleligt end legemligt, og jeg tror ikke, at jeg nogensinde kommer helt over det. Aldrig mere vil jeg være med til noget sådant.“

Om de tilfælde, hvor den psykiske tilstand var forværret efter aborten, siger forfatterinden: „De, hvis psykiske tilstand var dårligere efter aborten, havde også før denne været plaget af forskellige neurotiske gener. Abortindgrebene blev i disse tilfælde endnu et psykisk traume, som medvirkede til yderligere at fiksere de nervøse symptomer. Nogle kvinder havde efter operationen fået svære angstneuroser og kunne ikke arbejde i lange perioder.“

Det skal fremhæves, at der findes også undersøgelser, der giver et noget lysere billede af resultaterne af abortprovokationer på lignende indikationer som dem, der for tiden praktiseres i Danmark. Ekblad har udført en efterundersøgelse af 103 kvinder, som havde fået legal abort udført på psykiatrisk indikation (Sv. Läkartidningen, nr. 23, 1952). 22 af disse kvinder oplyste, at de havde haft selvbefredelser eller havde fortrudt aborten. Kun i 3 tilfælde var disse følger af aborten så stærke, at de kunne rubriceres som sygelige, eller at de havde nedsat arbejdsevnen. Det kan diskuteres, hvorvidt dette nu er særlig gode resultater, men de er dog bedre end dem, kurator Malmfors har redegjort for. Antallet af observationer er ikke meget større end det, kurator Malmfors har i sin undersøgelse, og sikre vurderinger af den terapeutiske værdi af disse indgreb eller faren ved dem tillader hverken Ekblads eller Malmfors' undersøgelser.

Større og konsekvent gennemførte arbejder, der virkelig giver statistisk pålidelige oplysninger, findes, såvidt jeg har kunnet se, endnu ikke. Iøvrigt er selve spørgsmålet af den art, at en besvarelse næppe er mulig, idet det objektive grundlag for vurdering af virkningen på langt sigt af en abortprovokation er umuligt at tilvejebringe.

Et spørgsmål af stor betydning for et skøn over, i hvilken grad man er i stand til at forandre patienternes hele situation i gunstig retning ved disse abortprovokationer, er, hvorvidt nye graviditeter kommer hurtigt efter indgrebet eller ikke. Ekblad har i det ovenfor omtalte arbejde også undersøgt dette spørgsmål. I 20 af hans 103 tilfælde blev der udført steriliseringsoperation i forbindelse med abortprovokationen, og 3 kvinder blev frivilligt gravide snart efter. Tilbage bliver 80, som ikke havde ønsket at

blive gravide igen. Efterundersøgelsen blev foretaget 2—2½ år efter aborten for de flestes vedkommende. Det viste sig, at 26 (33 pct.) var eller havde været gravide igen ved efterundersøgelsen. Af disse var 9 blevet gravide allerede i det første halvår efter operationen og yderligere 7 i det første år. Ekblads konklusion var, at den legale abort ofte kun er en momentan løsning af de abortsøgendes problem, og at det er vigtigt, at patienterne oplæres i præventiv teknik i tilslutning til abortoperationen.

Der er et synspunkt, som man aldrig ser anført, men som jeg mener er værd at tage i betragtning: De virkelige vanskeligheder for det abortsøgende klientel ligger i reglen i psykologiske, familiemæssige og økonomiske forhold, og den uønskede graviditet er kun en episode i en større sammenhæng, som vi har meget begrænsede muligheder for at påvirke. En abortprovokation føles uden tvivl ofte som en hjælp i øjeblikket for kvinden, men hvor ofte bliver det ikke kun et slag i luften, fordi andre og tungere byrder hviler på hende end graviditeten, og hvad dermed følger?

Psykiaterne opfatter åbenbart abortprovokationerne som en virkelig hurtigkur imod de psykiske og nervøse forstyrrelser, der figurerer i deres indikationer, hvilket jo fremgår af deres udtalelser og også deraf, at de så godt som aldrig indkalder patienterne til observation efter indgrebet. Fødselslægen, som ser kvinden i alle stadier af graviditeten, ved fødslen og når fødslen er overstået, vil oftest have svært ved at tro, at masseprovokationer af aborter er den rigtige behandling af disse stemningssvingninger i begyndelsen af graviditeten, som han er tilbøjelig til at se på som et ganske naturligt og forbigående fænomen. For ham vil det også være et alt for drastisk skridt at tage at afbryde graviditeten, fordi en situationsmelankoli — udtrykket er anvendt af Bleuler, en anset schweizisk psykiater — er så at sige vel motiveret af de forhold, hvorunder kvinden lever. Man skulle også høre på, hvad den har at sige, som ser, at kvinderne faktisk næsten altid er glade for barnet, når det er født, hvordan de end har det i hjemmet, og hvor tung den arbejdsbyrde end er, der venter dem. De kvinder, der græder på en fødeafdeling, er de ugifte, som må give barnet fra sig, fordi bortadop-



tion er den eneste mulige løsning for dem, men det er ikke de gifte og heller ikke de ugifte, der beholder barnet.

Hvis vi ser sagen fra et rent materielt nyttesynspunkt, er det højst tvivlsomt, om noget nævneværdigt vindes for den enkelte gennem den udbredte abortering på såkaldte social-medicinske indikationer. Men det er meget mere end nytten, det gælder.

Det er aldeles ufatteligt for mig, at man kan tro, at der kommer noget rigtigt og godt ud af det system, der er etableret, hvor en statsinstitution ved sine lægelige og sociale eksperter forsøger at finde rede i det, som kommissionen i betænkningen kalder de abortsøgendes „psykisk-somatiske og sociale mosaik“. Dette puslespil fører ganske vist til enten afslag eller bevilling, men de vidtløftige analyser og konklusioner hviler dog til syvende og sidst på meget subjektive indtryk og beror også i allerhøjeste grad på de abortsøgendes fremstillingskunst. Det er nedværdigende og demoraliserende, at kvinderne på denne måde skal føre en slags proces om en aborttilladelse, og det driver sikkert ikke så få af dem til stærk aggrava­tion af deres situation eller til ren svindel.

I bladet „Information“ for den 11. september 1952 findes en drastisk beskrivelse af, hvordan hele proceduren ser ud fra kvindernes synspunkt. Jeg skal ikke genfortælle den historie, men den anbefales til gennemlæsning.

#### *De samfundsmæssige virkninger af de legale abortprovokationer.*

At begrænse afkommet ved kunstigt fremkaldte aborter er en ældgammel skik, og det ville være naivt at tro, at den kan udryddes i overskuelig tid. Den har imidlertid taget en voldsom fart i de senere decennier, og i de sidste år er der sket det, at den er blevet partielt legaliseret. Dette sidste er et moderne socialpolitisk foretagende, som har en historisk parallel i den i hedensk tid tilladte praksis at slå de nyfødte børn ihjel eller sætte dem ud.

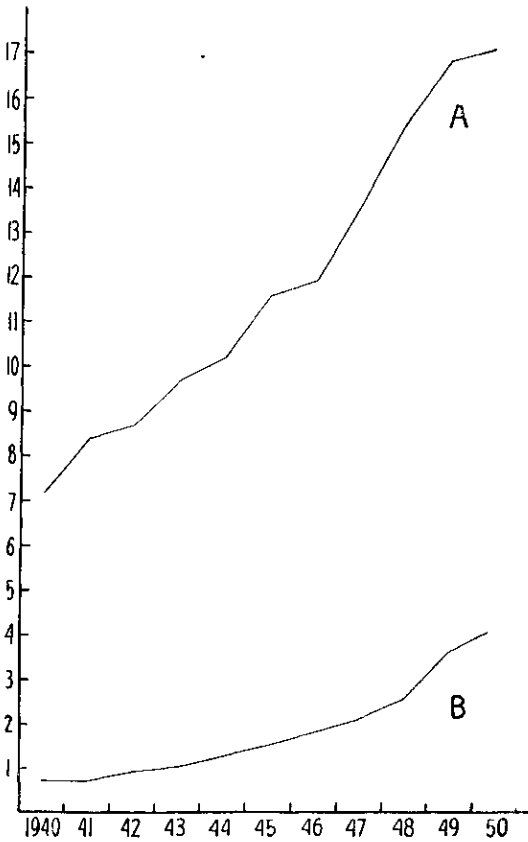
Man hører af og til ellers forstandige mennesker sige, at drab af nyfødte børn burde være tilladt i enkelte tilfælde, f. eks.

ved medfødte misdannelser, åndssvaghed etc. Man har dog aldrig i senere tid set forslag om at gøre drab af nyfødte børn tilladt på mere relative indikationer, uden tvivl fordi den moderne mentalitet ikke kan forlige sig med det grusomme og dramatiske i selve handlingen. Man har lettere ved at forlige sig med den tanke, at et hurtigt og simpelt kirurgisk indgreb slukker livet hos et meget lille foster, som moderen aldrig får at se, og som lever rent vegetativt og ingen bevidste fornemmelser har.

Den moderne teknik har gjort hele proceduren ved en abortprovokation så simpel, så lidt stødende og så ufarlig, at ingen undtagen operatøren og det ved operationen tilstedeværende sygehuspersonale får nogen rigtig anskuelsesundervisning i, hvad der egentlig foregår. Teknikken beherskes af mange iøvrigt ganske ukyndige kvaksalvere og kan let læres af læger, der ikke har nogen kirurgisk træning. Det forhold, at selve indgrebet er blevet simpelt og relativt ufarligt, har naturligvis virket stærkt stimulerende på abortskikken og er også en forudsætning for, at et legaliseret abortvæsen har kunnet skabes og siden har kunnet fungere i flere år i de skandinaviske lande.

I Danmark er de legale svangerskabsafbrydelser allerede oppe i så højt et antal, ca. 5 000 om året, at deres indflydelse på fødselstallet ikke kan siges at være aldeles uden betydning. Fortsætter vi på samme måde i de kommende år — i virkeligheden er der ingen grund til at tro, at kurvens topunkt er nået endnu — vil vi efter en 16 års tid have ombragt 80 000 fostre, hvad der svarer til indbyggerantallet i en by af Aalborgs størrelse. Hvorvidt dette er afskrækkende store tal eller ikke, skal jeg ikke diskutere, nogen direkte trusel for affolkning af landet ved de legale aborteringer kan man ikke tale om endnu, og de illegale abortprovokationer er mindst dobbelt så mange. Ser man på hele antallet svangerskabsafbrydelser — både de illegale og de legale — har disse artificielt inducerede aborter allerede en tydelig reduktion af fødselstallet tilfølgende, man kan skønne med 15—20 pct.

Den på næste side meddelte grafiske opstilling er taget fra Mogens Fengers og Marie Lindhardts artikel i Ugeskrift for Læger, 114, 617, 1952.



Hospitaliserede aborter i Danmark 1940—50.  
Pr. 100 svangerskaber.

A. Samtlige hospitaliserede aborter pr. 100 svangerskaber.

B. Abortus provocatus pr. 100 svangerskaber.

(Fenger og Lindhardt: Ugeskrift f. Læger, 114, 617, 1952).

Det fremgår af de meddelte kurver, at de *legale* aborter og *det totale antal hospitaliserede* aborter er steget omtrent parallelt i tidsperioden 1940—1950. Det er klart, at man ikke uden videre kan aflæse det virkelige antal provokerede aborter på denne opstilling. På den anden side kan der ikke være megen tvivl om, at stigningen af de hospitaliserede aborters antal til dels er udtryk for en reel stigning i det totale antal aborter, og at aborterne stiger, fordi der provokeres flere flere både legalt og illegalt.

Der er heller ikke noget mærkeligt i, at kurverne for det totale antal hospitaliserede aborter og for de legalt provokerede følges ad, fordi een faktor af stor virkning i begge

grupper er den samme, kvindernes ønske om at blive fri for deres graviditeter. At kvindernes ønske i så henseende bestemmer, hvor mange illegale abortprovokationer der bliver, er en selvfølge, og at en meget stor del af de hospitaliserede aborter er provokerede, er kendt.

Det har været af skelsættende betydning for hele abortspørgsmålet, at mødrehjælpen har indsat sig selv som et abortbevilgende organ. Dermed fik vi et statsligt abortvæsen, og når denne institution praktiserer en meget vidtgående og liberal fortolkning af loven og hvert år bevilger legale aborter i tusindvis, så kan dette ikke virke på anden måde, end at abortskikken autoriseres og stadfæstes. Thi det er ikke bare således, at der gennem den legale abortvirksomhed konverteres et vist antal illegale aborter i legale, men jo mere den legale vej til at få svangerskabsafbrydelse udført bliver kendt og indarbejdet i den almene bevidsthed, desto mere udbredes den opfattelse, at svangerskabsafbrydelse er en ganske normal og naturlig ting, som man til syvende og sidst selv bestemmer om. „I den brede befolkning begynder man at se på mødrehjælpen som et abortlotteri — vel nok med hitter, men dog med gode gevinstchancer“, sagde dr. Gullestrup på lægemødet i august 1952. Denne udtalelse har vakt megen vrede hos mødrehjælpen, men er ikke desto mindre sandheden om de faktiske forhold: De abortsøgende har bare een tanke, nemlig at blive befriet for deres graviditet, og 40 pct. chance i mødrehjælpen skal nok gøre den vej værd at prøve. På den måde kan man også udtrykke sagen, og så lyder det måske lidt mindre udfordrende, men siger det samme.

Man regnede den gang, den nugældende lov blev antaget, med at få oprettet offentlige klinikker for vejledning i seksualhygiejne. I lovens § 9 angives de opgaver, der skulle påhvile disse klinikker i tilfælde af, at en svanger kvinde, der ønsker sit svangerskab afbrudt, på eget initiativ eller efter henvisning henvender sig til klinikken. Det foreskrives, at klinikken skal „dels søge at afholde hende fra overilede skridt, dels give hende vejledning om den bistand og de hjælpemidler, der står til rådighed, såfremt hun gennemfører svangerskabet, samt fuld oplysning om farerne ved og de mulige følger

af en svangerskabsafbrydelse, eventuelt til lige om de herom gældende straffebestemmelser.“

Disse opgaver kom siden, som angivet i lovens forandrede version af 1939, til at påhvile mødrehjælpsinstitutionerne, og den ovenfor citerede bestemmelse indgik i uforandret form i loven om mødrehjælpsinstitutioner af 15. marts 1939.

Der var altså tiltænkt klinikkerne, henholdsvis mødrehjælpen, en konserverende rolle i disse sager, ingen steder er det foreskrevet, at mødrehjælpen skulle fungere som et centralt statsligt organ for abortsager, prøvende ansøgninger og uddelende bevilinger eller afslag efter en kombineret medicinsk og social undersøgelse. Denne selvtagne opgave lå ganske sikkert udenfor forslagsstillernes intentioner, da loven blev antaget af rigsdagen, hvilket tydeligt fremgår blandt andet af justitsminister Steinckes på side 105 citerede udtalelse, hvor han karakteriserede tanken om at indrette et statsligt abortvæsen som en absurd idé.

Den udvikling, der er foregået, kan vurderes forskelligt alt efter den indstilling, man har til svangerskabsafbrydelse som en social-medicinsk og velfærdsforanstaltning. Faktum er, at en socialpolitisk nyskabelse af stort mål er sat i scene, og at den ikke er gennemført på lovgivningsmagtens initiativ. Den er af vidtrækkende samfundsmæssig betydning, og den har stillet vort medicinalvæsen overfor opgaver, som tidligere har ligget helt udenfor dets område og forudsætninger. Når spørgsmålet om, hvad stilling statsmagten skal tage til denne udvikling, kommer op, kan dette ikke ske, uden at den sundhedsmæssige værdi og den moralske betydning af den indarbejdede praksis tages i betragtning. Det første spørgsmål har jeg i det foregående afsnit forsøgt at belyse så langt, det har været mig muligt. Den moralske betydning for de behandlede patienter kan kun bedømmes på meget subjektive grunde. Mit syn på den sag er også omtalt allerede, og jeg skal ikke opholde mig videre ved den.

Mere lige til er det at se, hvordan den nuværende praksis må virke på den offentlige moral og på lægeetikken i det lange løb, når man lader formelt medicinske indikationer camouflere de i virkeligheden sociale og humanitære grunde for de fleste abort-

rekvisitioner, lader de aborterende forsvinde blandt de syge og får lægerne på de offentlige sygehuse til at stå som garanter for, at det hele er en form for medicinsk terapi.

På flere af de store hospitalsafdelinger, hvor unge læger uddannes og modtager grundlæggende indtryk og belæring for hele deres kommende virksomhed, foretages der så godt som daglig en eller flere abortprovokationer, der afvikles meget rutinemæssigt, og uden at de ansvarlige læger selv på samme måde som ved andre operationer tager stilling til den behandling, der institueres. Det er ikke svært at se, at denne praksis må virke sløvende på dømmekraften og på ansvarsfølelsen hos de unge læger, hvis de ikke er ganske særligt modne og selvstændige af karakter og anlæg.

#### *De opererende lægers indstilling til de legale aborter i praksis.*

På forhånd ville man vente, at enhver læge ville have en dyb aversion imod at angribe en tilstedeværende graviditet, med mindre der er oplagt og klar medicinsk indikation, og man ville tro, at det skulle være en selvfølge for ham at udstrække sin pligt til at beskytte og bevare menneskeligt liv til fosteret på ethvert udviklingstrin. Faktum er imidlertid, at de fleste danske kirurger og gynækologer, med eller imod deres overbevisning og sympati for sagen, har medvirket i den senere tids masseaborteringer på indikationer, der ligger meget langt fra de medicinske i hævdvunden betydning. Jeg skal ikke anklage dem for det, selv om jeg ikke forstår denne imødekommenhed overfor en socialpolitisk bevægelse, hvis tendenser er stik imod al traditionsmæssig lægeetik. Man har det indtryk, at hele denne bevægelse simpelthen har overrumplet dem, at de ikke har følt sig sikre nok og aldrig har tænkt sagen tilstrækkeligt igennem til at kunne indtage et personligt standpunkt.

Eet er imidlertid sikkert, mange af landets kirurger og flere af de mest fremstående har været pint og plaget indtil det ulidelige af de mange aborter på deres afdelinger. Overlæge H. Wulff har for nylig skrevet, at han anser sin abortvirksomhed for „un sale métier“, og professor Morville og overlægerne

Fenger og Bjerre fremkom på lægemødet i august 1952 med særdeles stærke udtalelser imod berettigelsen af den nuværende praksis. Den sidstnævnte sluttede sit indlæg med følgende ord: „Hvad der derimod efterhånden er uholdbart og en næsten utålelig byrde for kirurgen, er de mange tilfælde, hvor han foruden ubehaget ved indgrebet må slås med tvivlen om den lovlige berettigelse. Kvinden møder med huslægen under den ene arm og nervelægen under den anden og med mødrehjælpens socialhumane „støtte“, som det hedder, til afbrydelsen. De lange erklæringer tager i ordvalget omhyggeligt hensyn til lovens formulering, men man læser mere eller mindre tydeligt mellem linierne, at det drejer sig om en velfærdsindikation. Den ulykkelige kirurg står over for denne falanx med sin curette — alene med det moralske og juridiske ansvar.

Vi kirurger må forlange, at enten må vi vende tilbage til de gamle forhold, hvor faren for liv og helbred er til at tage og føle på, eller også må lovens rammer udvides.“

Det skal her udtrykkeligt fremhæves, at disse kirurgers modstand naturligvis ikke beror på, at de føler fysisk ubehag ved selve indgrebet, således som det af og til insinueres, og ikke heller på, at de skulle føle snævre standsinteresser trådt for nær, hvad der også er blevet påduttet dem. Sandheden er, at de protesterer, fordi de selv ikke tror på det berettigede og heller ikke på det lovlige i de indgreb, de udfører — unægtelig en ejendommelig situation!

Det er ikke for igen at hævde mit standpunkt i modsætning til psykiaterne og mødrehjælpen, at de her omtalte udtalelser fra anden side er nævnt, men det er for at vise, hvilken dyb splittelse der findes iblandt dem, der direkte har med abortsagerne at gøre, og hvor tydeligt det er, at praksis er gået udenfor lovens rammer. Thi når de direkte implicerede føler, at de gang på gang overtræder loven, så må der enten være noget galt med loven, eller også må praksis være udartet, men der kan ikke være tvivl om, at der er en dyb kløft mellem lov og praksis.

#### *Resumé af det foregående.*

Siden den nugældende svangerskabslov trådte i kraft, er der indarbejdet en praksis, hvis væsentlige træk er følgende:

- 1) De legale aborters antal er i tidsperioden 1940—1952 10-doblet.
- 2) Indikationerne er udvidet langt udover, hvad der har hjemmel i loven, hvis den fortolkes i overensstemmelse med sædvanlig sprogbrug og efter dens ånd og mening.
- 3) På mødrehjælpens initiativ er der de facto skabt et statsdirigeret abortvæsen, og den store stigning i antallet legale aborter skyldes de af denne institution og psykiaterne praktiserede indikationer.
- 4) Ved denne praksis er abortskikken, som altid har floreret, men haft en forskellig udbredelse i de forskellige tidsperioder, blevet autoriseret og har fået en kraftig tilskyndelse.
- 5) Iværksættelsen af abortrekvisitionerne har belastet vort sygehusvæsen med opgaver af et betydeligt omfang, som har helt andre forudsætninger end dets sædvanlige og normale funktioner.
- 6) Det på sygehuslægerne lagte hverv at udføre disse abortoperationer har de fleste af dem påtaget sig, nogle under protest, mange med tydelig ulyst og i følelsen af, at det lidet eller intet har med lægegerning i sædvanlig betydning at gøre. Nogle har nægtet at medvirke.
- 7) Den nuværende situation kan kun betegnes som en krisesituation: de legale aborter stiger stadig i antal og vil, hvis stigningen fortsætter nogle år, som den har gjort i de sidste 10 år, få reel betydning som en nativitetsreducerende faktor. I forbindelse med den illegale abortpraksis har den allerede en sådan betydning.

*Om forudsætningerne for og hensigterne med lovgivning om svangerskabsafbrydelse. Hvilke indikationer er forenelige med princippet om, at samfundet skal yde fosteret retsbeskyttelse?*

Det er folketinget, der skal afgøre, hvilken stilling vort samfund skal indtage til abortproblemet, og hvordan denne stilling skal tage sig udtryk i lovgivningen. En sådan afgørelse kræver, at man først gør sig klart, hvorvidt den indstilling til svangerskabsafbrydelse i almindelighed, som var bestemmende for affattelsen af den nugældende lov,

stadigvæk skal være normgivende for lovgivningen. Med andre ord, folketinget må bestemme, hvorvidt man i lovgivningen skal holde fast ved grundreglen om svangerskabets principielle integritet og afgrænse de lovlige indikationer for svangerskabsafbrydelse derefter.

Når jeg her begynder med at fremhæve sagens rent principielle side, er det ikke, fordi jeg ønsker at føre diskussionen op i et teoretisk og akademisk plan. Jeg overser ingenlunde det faktum, at vi har med højst håndgribelige realiteter at gøre, og at det er praktiske problemer, der trænger sig på. Tværtimod, jeg vover at påstå, at en realistisk behandling af dagens problemer er umulig, uden at den principielle side af sagen sættes på den plads, der tilkommer den. Vi kan ikke skrive love om svangerskabsafbrydelse uden at gøre os det klart, at hvad det drejer sig om, er drab i den forstand, at det er liv, der slukkes. Vi kan ikke se bort fra, at det er dette faktum, der hidtil har bestemt samfundets reaktion imod barnemord, udsættelse og fosterfordrivelse, og at vi ikke bare kan stryge en streg over den åndelige baggrund for en lovgivning imod drab på ufødte og nyfødte, som har eksisteret i århundreder. Vi kan ikke gøre det, fordi det ville være urealistisk ikke at anerkende, at næsten alle mennesker, også når de tilhører et i så høj grad sekulariseret samfund som vort, rent instinktivt føler, at angreb på menneskelivet, ja på livet overhovedet, ikke er en ligegyldig handling. Jeg vil her pege på det forhold, at vi også har en lovgivning imod grusomhed imod dyr, og at vi lige i disse dage oplever, at kontrollen med vivisektioner bliver skærpet. Der ligger ikke bare rationelle og opportunistiske motiver bagved alt dette, men langt dybere bevæggrunde, som ikke er lette at stille op i klare formuleringer, men som ikke desto mindre er realiteter, ja *de egentlige realiteter*, der tvinger samfundet til en stillingtagen.

Det anførte turde være tilstrækkeligt til at retfærdiggøre min påstand om, at man må begynde med at afgøre, hvorvidt samfundet stadig kan acceptere den traditionelle indstilling til fosterdrabet eller ikke.

Men det er ikke nok bare at tage et principielt standpunkt. Lad os nemlig foreløbig antage, at vi anerkender selve princippet. Vi støder da med det samme på den vanske-

lighed, at vi ikke kan simplificere problemet for os på den måde, at vi siger, at selve princippetets ophøjethed og etiske karakter udelukker ethvert kompromis — er det angreb på et levende, menneskeligt væsen, der er tale om, så må det være utilladeligt under alle forhold. Et sådant standpunkt kunne forsvares i en moralfilosofisk udredning af disse problemer. Men det er der ikke tale om her. Lovgivningsmagten må tage tilbørligt hensyn *både til den ideologiske og moralske baggrund* for hele problemet, og til at menneskene faktisk sættes i højst reelle tvangssituationer af sygdom og eventuelt også af andre omstændigheder.

Det er heller ikke tilstrækkeligt, at loven udtrykker, hvad en majoritet i folketinget måtte anse for i og for sig rimelige grunde for en svangerskabsafbrydelse, men den opgave, der påhviler lovgivningsmagten, er den meget vanskeligere at sætte faste regler, der kan efterleves og forlanges adlydt, og som ikke er i konflikt med retsbevidstheden.

Jeg vil her indskyde den bemærkning, at for mig personlig står sagen således, at jeg i min lægelige virksomhed ikke kunne tænke mig at fravige reglen om svangerskabets principielle integritet, men jeg vil indrømme, at jeg opfatter den som et axiom, og jeg skal derfor ikke forsøge på at begrunde den rationelt.

Om vort samfund stadig kan acceptere denne grundregel som basis for lovgivningen, eller om man mener, at tiden er løbet fra den, er et spørgsmål, som jeg ikke kan besvare. Det eneste, jeg kan sige, er, at man må tage stilling til sagen og skrive love og administrere dem derefter. Der er ikke noget at sige til, at man opgiver en grundregel, selv om den har gammel hævde, hvis den ikke duer længere, men hvad der ikke må ske er, at man opstiller den som skueret for den gruppe af befolkningen, for hvem den betyder et ufravigeligt princip, samtidig med at man udhuler loven og fortolker den i en ånd, som er helt anderledes.

I det følgende vil jeg i overensstemmelse med min indstilling til disse ting først antage, at der stadigvæk findes en så stor respekt for svangerskabet og for livet, også

på dets mest primitive stadium, at denne følelse — thi det er en følelse — må blive udgangspunkt for lovgivningen. Jeg vil også antage, at der er enighed om, at loven må anerkende fravigelser fra reglen som tilladte i visse tilfælde. Jeg skal vise konsekvenserne heraf, således som jeg opfatter dem, og jeg skal herefter i det næste afsnit foreslå en formulering af de bestemmelser, der skal afgrænse de lovlige indikationer for svangerskabsafbrydelse under denne forudsætning.

Det er uden videre klart, at afgrænsningen af de lovlige indikationer må blive snæver, hvis denne grundsætning skal gælde, men det er ikke på forhånd givet, at kun strengt medicinske indikationer skal være gyldige. De eugeniske og de såkaldte etiske indikationer vil næppe kunne siges at være i konflikt med grundreglen. I virkeligheden kan man heller ikke sige, at sociale eller social-medicinske indikationer i alle tænkelige tilfælde og under alle forhold er uforenelige med den, ja, man kan med fuld ret hævde, at selv ikke de sociale og social-medicinske indikationer dækker alle de tilfælde, hvor en svangerskabsafbrydelse ud fra et menneskeligt synspunkt måske kunne fremstå som en rimelig løsning i en ellers håbløs situation.\*)

Hvis vi nu anerkender, at rent medicinske, eugeniske og etiske indikationer kan godkendes under de givne forudsætninger, bliver spørgsmålet, hvorvidt det også er muligt at afgrænse de *social-medicinske* og *sociale indikationer* og angive en norm for vurdering af *velfærdsindikationer* i lovteksten på en sådan måde, at der bydes de tilstedeværende graviditeter en sådan reel beskyttelse, at man kan sige, at vi opretholder princippet om svangerskabets integritet. Dette ville betyde, at disse indikationer for en abortprovokation kun skulle kunne påberåbes i de tilfælde,

hvor ingen anden hjælp findes i en ellers fortvivlet situation, og at disse tilfælde kun blev meget få i praksis.

Følgende citat af den forrige svangerskabskommissions betænkning viser, at man troede, at en lov, som anerkendte en social indikation, skulle kunne administreres således, at det ovenfor nævnte princip stadig var gældende:

„Det nye spørgsmål, som her rejses, er altså: Bør der, samtidig med at man som principiel basis hævder, at fosterlivet bør nyde samfundets beskyttelse og værn, gås videre ad denne vej — altså af hensyn til moderen anerkendes flere undtagelser fra reglen, og da hvilke og under hvilke betingelser?“ (Betænkningen side 44).

Da man siden foreslog at optage en social indikation i loven, gjorde man det ganske sikkert under indtryk af, at der var relativt få legale svangerskabsafbrydelser dengang, nogle hundrede om året. Som allerede omtalt (side 105) var motiveringen til forslaget, at de rent medicinske indikationer, som allerede før vi havde en svangerskabslov var lovlige i følge nødretsreglen, ikke dækkede de indikationer, der praktiseredes, og at optagelse af en social indikation i loven var den eneste måde at bringe loven i overensstemmelse med den almindelige retsbevidsthed.

Man må give den forrige svangerskabskommission den uforbeholdne anerkendelse, at den i sit forsøg på at afgrænse de tilladte indikationer så klart som muligt har været forbilledligt sober. En anden ting er, at det nu, 17 år efter at betænkningen blev afgivet, er let at se, at denne kommission var alt for optimistisk, da den troede, at den sociale indikation kunne anvendes i praksis på en

\*) Følgende af mig oplevede tilfælde illustrerer, hvad der sidst er blevet sagt. En temmelig velstillet familie har været på en udenlandsrejse i sommerferien. En 16-års datter, som går i gymnasiet, efterlades nogle dage hos bekendte i Paris, og man arrangerer det således, at hendes hjemrejse kan ske med en af de busser, der kører i turisttrafik. Under et ophold i en mindre by kommer hun i selskab med bussens chauffør, og så er ulykken sket. Der er ikke tale om voldtægt, ikke om dårlige økonomiske og sociale forhold, og ikke om at den unge piges uddannelse må afbrydes mere end nogle måneder. Der er ikke andet at sige om situationen, end at den unge piges lille sidespring fra „dydens“ og klogskabens sti har fået aldeles urimelige konsekvenser. Mangen en læge ville vel, i det mindste i det øjeblik, hvor historien rulles op for ham af pigens ulykkelige fader, ønske, at vi i loven havde en rimelighedsparagraf. Men det kan man ikke have, fordi den ville være altædende, og efter min mening vil ingen lov, der skal være i nogen grad restriktiv, kunne åbne adgang til legal abort i tilfælde af den type som det her omtalte.

sådan måde, at princippet om, at samfundet skal yde fosteret retsbeskyttelse, holdes ved magt. Erfaringen har vist, at allerede den svækkelse i afgrænsningen af de medicinske indikationer, som skete, da ordet „sygdom“ udgik og „andre forhold end sygdom“ anerkendtes som faktorer at tage hensyn til i indikationsstillingen, var tilstrækkelig til at give plads for den såkaldte social-medicinske indikation og dermed til at åbne alle sluser for en masseabortering under legale former. Ingen vil for alvor kunne hævde, at de radikaliserende kræfter ville være nået mindre langt med en udtrykkelig social indikation eller en velfærdsindikation end med en lidt ulden medicinsk.

Det er ikke vanskeligt at se, hvordan tilstanden vil blive, hvis vi stadig accepterer social-medicinske indikationer eller går endnu længere og også anerkender sociale eller velfærdsindikationer. Der er ikke tvivl om, at kvindernes ønske er den egentlige kraftkilde i den udvikling, der allerede har fundet sted, og når mødrehjælpen og psykiaterne har støttet dem så langt, som de har gjort, og fortolket loven således, at de har anerkendt meget vidtgående social-medicinske indikationer, kunne det ikke gå anderledes, end det gik. Vi må da se det forhold i øjnene, at vi er midt inde i en dynamisk proces. Hvordan vi end formulerer social-medicinske, rent sociale eller velfærdsindikationer, er det ugørligt at autorisere praksis på det niveau, den nu står, eller på noget andet niveau og sige hertil og ikke videre. Ingen sådanne ubestemte formuleringer vil kunne forhindre, at de legale aborter stiger langt udover det antal, de nu i øjeblikket har, og de illegale aborter vil uden tvivl fortsætte og florere som aldrig før, så længe man forsøger at opretholde nogle restriktioner af betydning.

Konklusionen af dette må da blive følgende:

Forudsat at man anerkender grundreglen om svangerskabets principielle integritet, eller, hvilket er det samme, anerkender, at samfundet skal yde fosteret en reel retsbeskyttelse, kan man teoretisk tænke sig mange formuleringer og afgrænsninger af de lovlige indikationer. En realitetsbetonet overvejelse på nuværende tidspunkt og med edelse af den sidste tids erfaringer giver til

resultat, at kun rent medicinske, eugeniske og etiske indikationer byder den tilstrækkelige *mulighed* for en objektiv vurdering, og de er derfor de eneste, der kan medtages ved afgrænsning af de tilladte indikationer i loven.

Man turde observere, at der blev sagt, at kun de rent medicinske, de eugeniske og de etiske indikationer byder den tilstrækkelige *mulighed* for en objektiv vurdering, men ikke at de giver nogen *garanti* for en sådan. Den forrige svangerskabskommission omtalte den udflydende praksis, der havde vundet indpas allerede, da en svangerskabsafbrydelses retmæssighed kun kunne anerkendes med støtte af nødretsreglen i straffeloven, og vi har i det foregående set, hvor langt praksis er gledet ud i Schweiz, hvor loven kun kender en strengt medicinsk indikation. Dette viser, at det ikke er nok at affatte lovteksten på den rigtige måde, men at der også må findes vilje og midler til at opretholde respekten for dens bestemmelser, hvis man vil have, at de grundprincipper, som vi her hele tiden har forudsat som værende anerkendte, også skal gælde i praksis af de legale abortprovokationer.

#### *Eget forslag til lovgivning.*

I det foregående afsnit har jeg angivet grundene til min overbevisning om, at kun de rent medicinske, de eugeniske og de etiske indikationer for svangerskabsafbrydelse kan anerkendes som lovlige, hvis vi vil give fosteret en reel retsbeskyttelse. At dette sidste er tilfældet, er forudsætningen for mit forslag til lovgivning.

Hvis samfundet stiller sig således, at det kun vil lovfæste de nævnte indikationer for svangerskabsafbrydelse som tilladelige, er en speciel lov om svangerskabsafbrydelse overflødig. Det ville være mere formålstjenligt at genindføre § 242 i straffeloven, der blev ophævet i og med antagelsen af den nu gældende svangerskabslov, eventuelt med forandrede straffesatser, og at supplere den med bestemmelser om de betingelser, som skal være opfyldt, for at svangerskabsafbrydelse ikke skal være en strafbar handling, jfr. den schweiziske straffelovs artikel 120, citeret side 17 i flertalsbetænkningen, og fru Gautier Schmidts forslag

i den forrige svangerskabskommissions betænkning, side 84.

I disse supplerende bestemmelser kunne den nuværende lovs udtryk „alvorlig fare for liv eller helbred“ anvendes til definition af den medicinske indikation, og sundhedsstyrelsen kunne i en cirkulæreskrivelse forklare lovttekstens indhold, således at en udflydende fortolkning var udelukket.

Under hensyn til den senere tids erfaring om, hvor langt man er gået i fri fortolkning af den nuværende lov, mener jeg dog, at det ville være klogt at give selve lovteksten en formulering, som mere udtrykkeligt definerer indikationerne således, at det er den rene og uforfalskede medicinske indikation og ingenting andet, man giver plads for. Dette betyder, at der skal foreligge sygdom, latent eller manifest, og jeg synes, at dette skal siges i loven. På den anden side er det en selvfølge, at sygdom ikke skal opfattes som en i øjeblikket truende sygdomstilstand. Det, der skal være dækket af lovens definition af de tilladte indikationer, er de akutte eller kroniske sygdomstilstande, hvor en fortsættelse af svangerskabet erfaringsmæssigt medfører en nærliggende fare for forværrelse af sygdommen, og hvor denne fare ikke kan undgås ved behandling (jfr. definition af de medicinske indikationer, side 106—07).

Det er den øjeblikkelige situation, hvor det gælder om at skabe tålelige forhold efter en tid af udartet praksis, der foranlediger mig til at foreslå, at man definerer den medicinske indikation på samme måde som i den forrige svangerskabskommissions forslag, og jeg skal, efter at jeg har angivet selve formuleringen, yderligere diskutere dens konsekvenser og motivere den.

Der foreslås, at den ophævede § 242 i straffeloven genindføres, eventuelt med forandrede straffesatser, og at der tilføjes de nedenfor angivne bestemmelser.

Straffelovens § 242 lød som følger:

„Stk. 1. En kvinde, som dræber sit foster, straffes for fosterdrab med hæfte eller med fængsel indtil 2 år. Under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde. Påtale kan ikke finde sted, når der er forløbet 2 år, efter at forbrydelsen er begået. Forsøg med utjenlige midler straffes ikke.

Stk. 2. Den, der med en kvindes samtykke dræber hendes foster eller bistår hende dermed, straffes med fængsel indtil 4 år. Under skærpende omstændigheder, særlig når handlingen er foretaget for vindings skyld, eller hvis den har medført kvindens død eller betydelig skade på legeme eller helbred, er straffen fængsel indtil 8 år. Har gerningsmanden handlet uden kvindens samtykke, er straffen fængsel fra 2 til 12 år.“

Der foreslås følgende tilføjelse:

Stk. 3. Fosterdrab i lovens forstand foreligger ikke, hvis en læge under nedenfor angivne betingelser og med den svangre kvindes samtykke foretager svangerskabsafbrydelse, og såvel lægen som kvinden er straffri:

- 1) Når svangerskabets afbrydelse foretages for at afværge en på grund af sygdom tilstedeværende fare for kvindens liv eller for en varig og betydelig forringelse af hendes helbredstilstand.
- 2) Når der er nærliggende fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller i fosterlivet erhvervede sygdomme vil komme til at lide af svære åndelige eller legemlige abnormiteter.
- 3) Når fosteret er frugten af en blodskams- eller sædelighedsforbrydelse.

Jeg foreslår yderligere, at følgende bestemmelser tilføjes:

Svangerskabsafbrydelse må kun foretages på offentligt sygehus. Foretages indgrebet i følge punkt 1 eller på grund af fare for i fosterlivet erhvervede sygdomme hos barnet, punkt 2, skal der foreligge skriftlig erklæring fra to læger, hvoraf den ene skal være den ansvarlige cheflæge på den sygehusafdeling, hvor operationen udføres. Erklæringen skal indeholde en klar og udførlig motivering for indgrebet, og den skal snarest efter, at det er foretaget, indsendes til sundhedsstyrelsen.

Foretages svangerskabsafbrydelsen på eugenisk indikation, punkt 2, skal ligeledes en skriftlig erklæring foreligge og indsendes til sundhedsstyrelsen. Den behøver i dette tilfælde kun at være underskrevet af den ansvarlige cheflæge på afdelingen, hvor indgrebet er foretaget, men skal indsendes til sundhedsstyrelsen sammen med en skrift-



lig erklæring fra en i medicinsk arveligheds-lære fagkyndig og erfaren læge.

Hvis en afbrydelse af et svangerskab synes motiveret i følge punkt 3, kan denne ikke foretages, medmindre sagen er anmeldt til politiet, og politimesteren har attesteret, at der er overvejende sandsynlighed for, at en blodskams- eller sædelighedsforbrydelse har fundet sted. Cheflægen på sygehusafdelingen skal sende indberetning både til justitsministeren og sundhedsstyrelsen om indgreb på disse grunde, og sammen med indberetningen skal politimesterens attestation indsendes.

Alle de her foreslåede administrative regler kunne tilstilles lægerne gennem cirkulære fra sundhedsstyrelsen og behøvede ikke med nødvendighed stå i loven. Dog vil det synes rigtigst, at bestemmelsen om, at legal svangerskabsafbrydelse kun kan foretages på offentligt sygehus, er optaget i loven.

Det er en selvfølge, at man ikke kan have mødrehjælpen fungerende som en abortbevillende statsinstitution, hvis man vil gå ind for en stramning af indikationerne efter de her foreslåede linier. Det forhold, at mødrehjælpen har taget denne virksomhed op og drevet den til noget meget omfattende, skal og kan ikke forhindre lovgivningsmagten i at standse den, hvis man vil bryde med de principper, der er indarbejdet af institutionen. Mødrehjælpens beføjelser med hensyn til abortklientellet må begrænses til det, der oprindeligt var foreskrevet i svangerskabsloven, og som også er angivet i mødrehjælpsloven, og på grund af den situation, vi er i, bør dens opgaver overfor dem, der fremstiller ønske om abort, præciseres tydeligere. Jeg foreslår følgende forandrede formulering af stk. 1 i § 2 i mødrehjælpsloven:

Såfremt en svanger kvinde, der ønsker sit svangerskab afbrudt, af egen drift eller efter henvisning af det sociale udvalg eller af andre henvender sig til en mødrehjælpsinstitution, påhviler det institutionen at underrette hende om lovens bestemmelser om de gyldige grunde til svangerskabsafbrydelse, søge at afholde hende fra overilede skridt og at give hende vejledning om den bistand og de hjælpemidler, der står til rådighed; hvis der er grund til at antage, at kvinden er syg, og at lovlig indikation for svangerskabsafbrydelse forefindes, skal det

nødvendige foretages, for at hun kan komme under lægelig observation. En mødrehjælpsinstitution kan ikke selv afgive indstilling til svangerskabsafbrydelse.

Stk. 2 af § 2 foreslås slettet.

Om straffesatserne for kvinderne ved overtrædelse skal jeg ikke udtale mig. De betyder vist ikke ret meget, og det er ikke tiltalende at straffe kvinderne hårdt. Straffrihed er derimod principielt forkastelig, hvis fosterfordrivelse er kriminel efter loven.

Det væsentlige i mit her fremførte forslag er, at man indskrænker de lovlige indikationer til de i egentlig betydning medicinske, de eugeniske og de etiske, at man genindfører § 242 i straffeloven, indfører angivelserne af de lovlige indikationer i form af undtagelsesbestemmelser til denne paragraf, og at det pålægges mødrehjælpen ikke at administrere abortsagerne bortset fra det, der følger af dens oplysnings- og hjælpevirksomhed.

#### *Speciel motivering og diskussion.*

Jeg mener, at jeg med fordel kan begrænse mig til en nærmere diskussion og motivering af punkt 1 i de foreslåede undtagelsesbestemmelser — det øvrige er så nær i overensstemmelse med den nuværende lovgivning og kommissionens forslag, at det er et spørgsmål af underordnet betydning, om man vælger den ene eller den anden formulering.

Når jeg har foreslået ordret samme formulering af den medicinske indikation, som den forrige svangerskabskommission gjorde, og nævnt ordet sygdom, er grunden hertil følgende:

1) Der findes i virkeligheden næppe tilfælde af den slags, at der foreligger medicinsk indikation for afbrydelse af svangerskabet i betydningen alvorlig fare for liv eller helbred, uden at der er sygdom til stede. De af forhenværende justitsminister Steincke ved rigsdagens forhandlinger nævnte eksempler på „ikke egentlig sygdom“, forekommer mig, set fra et medicinsk synspunkt, noget virkelighedsfjerne. Kronisk underernæring på grund af nød og elendighed kan hurtigt helbredes ved passende næringstilførsel, og

samfundet har ikke hidtil tøvet med at berede mindre bemidlede meget langt gående tilskud i så henseende og vil endnu mindre gøre det, hvis der foreligger virkelig nød og elendighed.

Udslidthed på grund af talrige børnefødsler ville uden videre falde ind under medicinsk indikation og er sygdom, hvis den har nået en sådan grad, at man kan forudse, at en graviditet vil betyde en definitiv fare for alvorlig forværrelse af helbredstilstanden, og hvis sædvanlig behandling ikke vil kunne hæve tilstanden. Voldsom depression kan være både et symptom på sygdom og en normalpsykologisk reaktion på et uønsket svangerskab. Først og fremmest skal patienten under observation og behandling, og i de meget få tilfælde, hvor depression virkelig truer med at udvikle sig til en kronisk og invaliderende sygdom, vil alle krav på en strengt medicinsk indikationsstilling være opfyldt, og svangerskabsafbrydelse vil være i overensstemmelse med lovens her foreslåede formulering. Foretagne selvmordsforsøg eller andre fortvivlede skridt må vurderes fra tilfælde til tilfælde — suicidalrisikoen er erfaringsmæssigt meget lille i de tilfælde, hvor der kun er en normal affektreaktion bagved truslen om at begå selvmord. Med andre ord, det er kunstigt at skelne mellem sygdom og „ikke egentlig sygdom“, og hvis en medicinsk indikation skal gælde ikke bare af navn, men også af gavn, må det være det objektive, faktisk patologiske, der bestemmer indikationen.

2) Den nu gældende lovs formulering af den medicinske indikation har erfaringsmæssigt givet plads for den såkaldte social-medici nske indikation og fri bane for en meget hæmningsfri legal abortering på i realiteten sociale og humanitære indikationer.

Det er på forhånd givet og vist i det foregående, at dette ikke var meningen med loven, ja selve termen social-medici nske indikation, som først er kommet i mere almindelig brug langt efter, at loven blev antaget, er egentlig kun en mystifikation. Da nu erfaringen har vist, at allerede den mindste svækkelse i afgrænsningen af den medicinske indikation, den mindste uldenhed i definitionen er nok til at gøre hele loven illusorisk, er det en trængende opgave at definere indikationen så klart som muligt.

I stykke 3, punkt 2 er der som ny indikation foreslået nærliggende fare for alvorlig beskadigelse af barnet på grund af „i fosterlivet erhvervede sygdomme“. Dette tillæg til de nu gældende regler er i overensstemmelse med flertallets forslag. Der tænkes her på rhesusimmunisering, visse virusinfektioner og også enkelte tilfælde af i svangerskabet mangelfuldt behandlet syfilis (se flertalsbetænkningen side 62—63).

Hvis dette forslag bliver fulgt af folketin get, og hvis man sætter noget ind på, at loven bliver efterlevet af lægerne, vil de legale aborter selvfølgelig blive færre, men de illegales antal vil måske forøges i nogen grad i begyndelsen. Den sidste mulighed må man se i øjenene, og man må være klar over, at den fordrejning af praksis, der har fundet sted, har ført til, at kvinderne i stigende grad har fået den opfattelse, at svangerskabsafbrydelse er en ganske uskyldig og regulær ting. Hvis de bestemmelser, som her er foreslået, administreres med fasthed, og hvis åbenbare overtrædelser fra hospitalslægerne og andre lægers side påtales, har man al grund til at forvente, at det samlede antal provokerede aborter lidt efter lidt vil synke. I hvert fald vil de ikke komme op til de tal, som ville blive følgen af at fortsætte ad de baner, vi nu er inde på, og får vi en del flere illegale aborter end dem, vi nu har, vil det være en mindre ulykke, end at vi får en stadig voksende flod af legale aborter på humanitære eller velfærdsindikationer i medicinsk forklædning. Nogen overvældende lovlidighed vil man ikke kunne forvente på dette område, det er jeg klar over; *men man må ikke af den grund gøre statsmagten medskyldig i bibeholdelsen af den nuværende praksis, hvis man anser den for skadelig og etisk forkastelig.*

#### *Alternativt forslag.*

Mit i det foregående fremlagte forslag betyder et definitivt brud med hele den praksis, der nu er oparbejdet, og det kan kun tænkes gennemført, hvis der findes en majoritet i folketin get, som deler de anskuelser om abortspørgsmålet, som er dets forudsætning. Hvis derimod folkerepræsentationen

finder, at den udvikling, hele sagen har taget, kun er en naturlig følge af et mere human og fordomsfrit syn på svangerskabsafbrydelse i almindelighed, og at en mere forstående imødekommenhed overfor kvindernes ønsker om abort er den eneste mulige stilling, som samfundet kan indtage, da bliver opgaven at skabe de retsforhold, der svarer til denne indstilling. Efter min mening, og som motiveret i det foregående, er det uholdbart at acceptere vidtgående humanitære indikationer i praksis samtidig med, at man på papiret opretholder princippet om fosterets retsbeskyttelse og har en restriktiv lovgivning.

På en eller anden måde må vi se at komme ud af det nuværende system, hvor der arbejdes med fiktive diagnoser og indikationer. Hvis vi indfører en udtrykkelig socialmedicinsk indikation i loven, og endnu mere, hvis vi anerkender en velfærdsindikation, vil vi umuligt kunne dæmme op for den hastige stigning i de legale aborters antal, der er i gang. Sådan som situationen er, kan vi derfor efter min mening ikke komme udenom at tage en afgørelse og sige, at enten er fosterdrabet i almindelighed en forkastelig handling, og da må det principielt være forbudt og må kun foretages på strenge og objektive indikationer, eller at fjernelse af fosteret er en privatsag, som samfundet ikke kan vurdere betydningen af i det enkelte tilfælde. I så fald bliver følgen den, at man må ophæve kriminaliseringen af fosterfordrivelsen.

Der er adskillige argumenter, der kan anføres for fri adgang til svangerskabsafbrydelse. *Det første og vigtigste er efter min mening, at det moralske ansvar for handlingen blev lagt på dem, der i virkeligheden har det, kvinderne selv og lægerne, der udfører selve indgrebet.* Det er ikke usandsynligt, at dette ville virke som en i nogen grad konserverende faktor i en del tilfælde, og af de allerede anførte grunde er det min tro, at det nuværende system er værre — og langt værre — i sin demoraliserende virkning end den fulde frihed.

Erfaringen lærer, at det langt fra er bare ansvarsløse og ustabile mennesker, der ønsker abort, men at det ofte er agtværdige og åbenbart sandfærdige kvinder, der fremfører grunde derfor, som er overbevisende og ikke til at bagatellisere, men som ikke desto

mindre ikke kan falde ind under sociale indikationer eller velfærdshensyn.

Hertil kunne sikkert føjes flere grunde for fri abortering, såsom at man ikke bør tvinge sin egen anskuelse på andre mennesker, og at selve indgrebene i sig selv er meget ufarlige. Til sidst vil jeg fremhæve, at jeg ikke tror, at fri abortering ville betyde det samme som moralsk opløsning og affolkning af landet, men det kan man ikke sige noget bestemt om. Man kan forudse, at de unge ugifte, som nu har små chancer for at få legal svangerskabsafbrydelse gennem mødrehjælpen, og af hvilke mange føder deres barn og får det bortadopteret, i større udstrækning ville lade fremkalde abort på sig selv, end hvad der sker for tiden. Hvor meget det i det hele ville influere på nativiteten med fri abortering, er svært at sige, men man må jo huske, at der findes et naturligt instinkt til at ville have børn, og der er mange uregelmæssige og uforståede kræfter, der virker på nativiteten, som allerede er reduceret ved kunstige midler til langt under den uhammet naturlige.

Men der kan også anføres meget stærke grunde imod fri abortering. Først og fremmest ville det være imod hele vor vesterlandske kulturtradition, og det ville betyde en betænkelig tilbagegang og tilnærmelse til den gamle, hedenske udsættelses- og barnemordspraksis. Fosterdrabet er noget naturstridigt og noget, der er imod slægtsopholdelsesdriften, og dets fuldstændige frigivelse ville føles som en vigen for dekadente tendenser.

Hvis svangerskabsafbrydelse blev tilladt, uden at andre indikationer end kvindernes eget ønske behøvede at foreligge, skulle Danmark komme til at indtage en særstilling i hele den civiliserede verden. Der ville komme en betydelig søgning udefra, og man ville ikke kunne forhindre, at mindre nøje-regnende læger etablerede en abortpraksis i stor stil på et udenlandsk, betalende klientel. Ganske vist kunne det forbydes, men er det lov, at abort frit må foretages på danske undersætter, ville forbudet næppe kunne opretholdes for de udenlandskes vedkommende.

Der ville meget hurtigt rejses krav om, at det offentlige skulle påtage sig effektueringen af de ønskede abortprovokationer, og det er let at se, at disse krav i det lange

løb ikke vil kunne afvises. Det er indlysende, at man ikke kan pålægge de offentligt ansatte kirurger og gynækologer at udføre svangerskabsafbrydelser, hvor end ikke en formelt medicinsk indikation er til stede. Man måtte da indrette særlige abortafdelinger på sygehusene eller fritstående abortarier, og lægerne på disse afdelinger eller anstalter måtte ansættes for disse opgaver og intet andet.

Trods alt er fri abortering den eneste løsning, der er i overensstemmelse med de tendenser, som bevirker, at praksis udarter, at lovgivningen forlanges forandret i liberal retning, og at den ene svangerskabskommission efter den anden nedsættes og afgiver forslag til formulering af lovbestemmelser, som anerkender sociale eller såkaldt socialmedicinske indikationer. Da jeg er fuldstændigt overbevist om, at sådanne foranstaltninger aldrig vil kunne bringe os ud af det uføre, vi nu er inde i, kan jeg som et alternativt forslag, under forudsætning af at folketinget finder, at princippet om fosterets retsbeskyttelse må opgives, slutte mig til overkirurg Fabricius-Møllers forslag om fri adgang til svangerskabsafbrydelse.

Jeg har dog et par forslag at tilføje:

1) Vore kirurgiske og gynækologiske sygehusafdelinger bør fritages for effektueringen af aborter på andre indikationer end de rent medicinske, eugeniske og etiske. For den øvrige abortvirksomhed bør der indrettes særlige afdelinger eller fritstående abortarier, og lægerne på disse må være ansat udelukkende for denne virksomhed.

2) For de tilfælde, hvor der ikke foreligger en imperativ medicinsk indikation og heller ikke eugenisk eller såkaldt etisk indikation bør der indføres den bestemmelse, at svangerskabsafbrydelse ikke må foretages førend en vis rummelig tid efter det sandsynlige tidspunkt for konceptionen — jeg foreslår 4 måneder.

En sådan bestemmelse forekommer mig aldeles nødvendig, hvis man vil have et

statsligt abortvæsen, som arbejder på den basis, at kvinderne selv kan begære og få abort udført, uden at der behøver at foreligge medicinske eller andre af samfundets organer godkendte indikationer. Grunden er den, at der eksisterer en ganske normal tilbøjelighed til melankoli, opgiveness og tristhed i de første 2—3 graviditetsmåneder, og at mange kvinder i den tid plages stærkt af kvalme, opkastninger og andre indispositioner. Hvis man nu ikke indfører en sådan observations- og ventetid som foreslået, vil der blive foretaget mange aborter helt uden rimelige grunde, mange af kvinderne vil fortryde disse abortprovokationer senere, og i det hele vil man ganske sikkert skabe en stærkt neurosefremmende atmosfære.

Det er sandt, at indgrebet bliver noget større og noget farligere på et mere fremskredet stadium af graviditeten end lige i begyndelsen. Dette forhold kan dog ikke veje tungt i sammenligning med de helt urimelige konsekvenser, der ville følge af, at der blev foretaget aborter på kvindernes initiativ, når de er påvirkede af de gener, der så ofte er tilstede lige i graviditetens begyndelse.

Til Overkirurg Fabricius-Møllers lovforslag har jeg ikke taget stilling.

Men dette sidste alternativ er *ikke mit forslag*. Jeg gentager til forebyggelse af enhver misforståelse, at det skal opfattes som et alternativt forslag, gældende under den forudsætning, at folketinget mener, at de principper, der hidtil har været de normgivende for lovgivningen, skal opgives, hvilket jeg personlig mener, at de ikke skal. Jeg fastholder, at jeg anser det ikke for en statsopgave at iværksætte fosterfordrivelse på borgernes begæring og mener, at staten kun bør tillade abortprovokationer efter lægernes ordination på videnskabeligt vel begrundet medicinsk indikation, på eugeniske indikationer, og når groft brud imod kønsfriheden er konstateret.

### Bemærkninger til mindretalsbetænkningerne.

Med hensyn til mindretalsbetænkningerne i afsnittene XII og XIII skal kommissionens flertal henvise til bemærkningerne i afsnit VIII.

I anledning af mindretalsbetænkningen i afsnit XIV ønsker kommissionen med undtagelse af forfatteren til det nævnte afsnit at bemærke,

- at* mindretallets fortolkning af den gældende lov, specielt den gentagne påstand om, at loven kun hjemler afbrydelse på snæver medicinsk indikation, er i strid med lovens direkte indhold, i strid med udtalelserne ved forelæggelse af loven og i strid med den af justitsministeriet og sundhedsstyrelsen i cirkulærer og skrivelser fastlagte fortolkning,
- at* mødrehjælpen som sådan ikke er nogen abortbevilgende institution, men kun en undersøgende og rådgivende,
- at* mødrehjælpen ved sit arbejde har bidraget til at indskrænke og ikke til at udvide antallet af svangerskabsafbrydelser,
- at* mindretallet sammenblander de forskellige psykiatriske indikationer og derved tillægger landets speciallæger indenfor psykiatrien en tendens, kommissionen ikke har fundet bevist,
- at* der vel i en række enkelttilfælde kan findes objektivt urigtige diagnoser, men at dette ikke synes hyppigere på dette end på andre områder inden for lægegeringen, når vanskelighederne ved skønnet tages i betragtning, specielt patienternes ofte udtalte ønske om at vildlede lægerne, samt endelig
- at* man ikke kan tiltræde mindretallets forslag om en tilbageførelse til lovgivningen før svangerskabsloven, da dette efter kommissionens opfattelse ville medføre en voldsom stigning i de ulovlige svangerskabsafbrydelsers tal, hvilket igen ville medføre fare for kvindernes liv og helbred og skabe en højst uheldig retstilstand, der kun kunne virke nedbrydende på respekten for lovgivningen.



## **BILAG**





## Oversigt, udarbejdet af rigsadvokaturen over praksis med hensyn til tiltalerejsning i sager angående ulovlig svangerskabsafbrydelse siden 1947.

### I. Afbrydelse af eget svangerskab.

- 68/47: 34 år, gift, lidende af astma, 3 børn, 1 født med astma. Forsøg. Sluttet uden tiltale (i det følgende forkortet til Sl. u. t.)
- 118/47: 28 år, gift, sinke og psykopat, et vist pres fra manden. *Tiltale.*
- 354/47: Forsøg (var ikke gravid).  
— 17 år. Sl. u. t. (ung alder).
- 648/47: 35 år, gift, 3 børn, økonomiske vanskeligheder, meget deprimeret. Sl. u. t.
- 649/47: 32 år, gift, 4 børn, deprimeret, 2 gange fuldbyrdet afbrydelse. *Tiltale.*
- 986/47: 27 år, frasepareret, muligt kun forsøg, 2 år siden. Sl. u. t.  
— 31 år, ugift, nervøs og deprimeret. *Tiltale.*
- 38 år, gift, 3 børn, dårlige økonomiske forhold. *Tiltale.*
- 1565/47: 21 år, ugift, forladt af kæresten, der var sigtet for underslæb i flere tilfælde. Sl. u. t.
- 1625/47: 31 år, ugift, forsøg (henvendte sig forgæves på opgivet adresse). Sl. u. t.
- 2094/47: 30 år, gift, levede dårligt sammen med manden, der led af epilepsi. Sl. u. t.
- 2095/47: fraskilt rengøringskone med 5 børn, forsøg (sølvglød). Sl. u. t.
- 559/48: 19 år, ugift, kunne ikke opnå forbindelse med barnefaderen. Sl. u. t.  
— 30 år, forladt af manden, 2 børn, besvangret af psykopat. Sl. u. t.
- 1311/48: 25 år, gift, 1 barn, levede dårligt sammen med manden, forsøgte selv forgæves med sæbevand, indtog derefter efter mandens opfordring sølvglød og aborterede. *Tiltale.*
- 1580/48: 16 år. Sluttet mod børneforsorg.
- 92/49: 18 år, gift, under påvirkning af langt ældre ægtefælle. Sl. u. t.
- 639/49: 19 år, ugift, besvangret af gift mand, der nu er fængslet. Sl. u. t.

- 707/49: 19 år, ugift, 1½ år siden. Sl. u. t.
- 707/49: 22 år, ugift, 1½ år siden. Sl. u. t.
- 793/49: 20 år, forsøg (formentlig ikke gravid). Sl. u. t.
- 796/49: 28 år, gift, 3 børn, dårlige nerver. *Tiltale.*
- 1076/49: 34 år, gift, 3 børn, økonomiske vanskeligheder, forsøg. Sl. u. t.  
— 21 år, fraskilt, 1 barn (sinke med talelidelser), boede hjemme hos faderen, hvis vrede hun frygtede. Sl. u. t.
- 1151/49: 32 år, gift, kun forsøg. Sl. u. t.
- 1172/49: 19½ år, ugift. Sl. u. t.  
— 23 år, kronisk nervesygdom, lægelig indikation tilstede. Sl. u. t.
- 1288/49: 28 år, gift, 2 børn, manden drikfældig og pryglede hende. Sl. u. t.
- 1331/49: 35 år, 1½ år siden. Sl. u. t.
- 1487/49: 22 år, ugift, selv foretaget svangerskabsafbrydelse 2 gange, ville ikke have børn under hensyn til sin egen sørgelige skæbne (hun var fra sit 5. til sit 15. år regelmæssigt blevet misbrugt seksuelt af sin stedfader). Sl. u. t.
- 56/50: 40 år, gift, 3 børn, regnede med at skulle separeres. Sl. u. t.
- 123/50: 24 år, gift, 2 børn, vanskeligt ved at føde, gentagne forsøg, før afbrydelsen omsider lykkedes. *Tiltale.*
- 175/50: 18 år, ugift. Sl. u. t.
- 368/50: 27 år, fraskilt, 1 barn, dårlige økonomiske forhold. Sl. u. t.

### II. Medvirken til ulovlig svangerskabsafbrydelse.

- 68/47: En svigermoder satte svigerdatteren i forbindelse med kvinde, der ville stille lejlighed til rådighed, forsøg. Sl. u. t.
- 70/47: Henvendte sig efter opfordring af gravid kvinde til kvaksalver og formædede

- denne til indgreb (indgrebet havde døden til følge). *Tiltale.*
- 73/47: Opgivelse af adresse. Sl. u. t.  
— Satte kvinden i forbindelse med kvaksalver. Sl. u. t.
- 161/47: Veninde skaffede adresse. Sl. u. t.  
— Udlevering af adresse. Sl. u. t.
- 354/47: Ægtemand betalte 100 kr., 3 børn i forvejen, forholdet forældet for hustruens vedkommende. Sl. u. t.  
— Ægtemand betalte kvaksalver (med en skinke). *Tiltale.*  
— Kusine ledsagede til kvaksalver og formåede denne til indgreb. Intet vederlag, over 4 år siden. Sl. u. t.
- 566/47: Opgivelse af adresse. Sl. u. t.
- 986/47: Henviste en niece til kvaksalver viderebetalte vederlag 50 kr., næsten 5 år siden. Sl. u. t.  
— Kusine opgav adresse og stillede sin lejlighed til rådighed under indgrebet. *Tiltale.*  
— Moster opgav adresse. *Tiltale.*
- 1625/47: Opgav adresse, kvaksalveren nægtede indgreb. Sl. u. t.
- 1780/47: Ringede to gange til kvaksalver om at komme til gravid veninde. Sl. u. t.  
— Henviste svigerinde til kvaksalver, stillede lejlighed til rådighed, videre gav vederlag. *Tiltale.*
- 2052/47: Falekmand opgav adresse og ledsagede kvinden derhen. Han havde forgæves søgt at tale hende til fornuft, men hun truede med selvmord, hvis hun ikke fik svangerskabet afbrudt. Sl. u. t.
- 2094/47: Oldfrue gav af medlidenhed en af sine rengøringskoner adresse på kvaksalver og overtalte denne til indgreb. Sl. u. t.
- 2200/47: Kæreste henvendte sig efter pigens tilskyndelse til kvaksalver, betalte senere halvdelen af omkostningerne. Sl. u. t.
- 2459/47: Opgav adresse i to tilfælde. Sl. u. t.  
— Stillet lejlighed til rådighed af medlidenhed, ikke selv tilstede. Sl. u. t.
- 2459/47: Ledsagede en søster til kvaksalver. Sl. u. t.  
— Kæreste gav 300 kr. til formålet, men frarådede. Sl. u. t.
- 56/48: Kæreste henvendte sig til læge og formåede denne til indgreb. Sl. u. t.  
— Kæreste betalte efter behandlingen 300 kr. Sl. u. t.
- 111/48: Veninde skaffede efter opfordring kontakt med kvaksalver, formåede denne til indgreb og ledsagede dertil. Sl. u. t.
- 703/48: Skaffede kvinde, som han havde besvangret, en „utjenlig“ medicin, efter at hun havde truet med selvmord. Sl. u. t.
- 1127/48: Ledsagede til kvaksalver. Sl. u. t.  
— Skaffet kontakt og ledsaget. Sl. u. t.
- 1195/48: Veninde tilkaldte efter opfordring kvaksalver. Sl. u. t.  
— Den, der havde besvangret pigen, tilkaldte kvaksalver, var tilstede under indgrebet og betalte 400 kr. *Tiltale.*  
— Stillede sin lejlighed til rådighed for indgreb, intet vederlag. Sl. u. t.
- 1311/48: Ægtemand gav hustruen sølverglød. *Tiltale.*
- 1341/48: Satte 4 gravide kvinder af sit bekendtskab i forbindelse med kvaksalver, intet vederlag. Sl. u. t.  
— Satte sin kæreste og sin vens kæreste i forbindelse med kvaksalver. Sl. u. t.
- 1347/48: Opgav adresse, opfordrede kvaksalveren til indgreb, sørgede for, at kvinden blev fulgt til kvaksalveren, modtog 100 kr. af kvinden og viderebetalte beløbet til kvaksalveren. *Tiltale.*
- 1571/48: Kvinde udlånte sin modersprøjte, gav ingen anvisning. (Kvinden, der havde lånt sprøjten, døde). Sl. u. t.  
— Stillede lejlighed til rådighed. Sl. u. t.
- 1639/48: Den, der havde besvangret pigen, fremskaffede gennem en mellemmand kvaksalver og betalte 100 kr., dog først efter at pigen havde truet med selvmord. Han havde lovet at hjælpe pigen, hvis hun fødte barnet. Sl. u. t.  
— Mellemmand henvendte sig til kvaksalver, opfordrede denne til indgreb, lagde 100 kr. ud, alt af medlidenhed med pigen. Sl. u. t.
- 168/49: Kunde i barbersalon påtog sig efter opfordring af anden kunde at skaffe en kvaksalver, formåede denne til indgrebet og ledsagede kvaksalveren til lejligheden, hvor indgrebet skulle foretages. *Tiltale.*
- 707/49: Veninde etablerede forbindelse, fik sin moder til at stille sin lejlighed til rådighed under indgrebet, hentede penge hos kæreste til formålet. *Tiltale.*  
— Venindes moder stillede lejlighed til rådighed og ydede lån til formålet. *Tiltale.*
- 723/49: Opgivelse af adresse. Sl. u. t.

- 729/49: Opfordrede kvinde, som han havde besvangret, til at lade svangerskabet afbryde og satte hende i forbindelse med kvaksalver. *Tiltale*.
- Kæreste skaffede adresse og opfordrede kraftigt. *Tiltale*.
- 731/49: Veninde, der efter opfordring traf aftale med kvaksalver. Sl. u. t.
- 732/49: Opgav navn på kvaksalver. Sl. u. t.
- 736/49: En moder ledsagede sin 21-årige datter. Sl. u. t.
- 795/49: Dameskræderinde etablerede forbindelse med kvaksalver for kunde. Sl. u. t.
- 1288/49: Kvindeligt arbejdskammerat anbragte „stift“ i livmoderen, blev presset til at modtage 35 kr., havde tidligere brugt stiftens på sig selv (dette sidste forhold forældet). Sl. u. t.
- 1331/49: Kæreste skaffede gennem mellemmand en kvaksalver og aftalte nærmere med denne. Sl. u. t.
- Etablerede forbindelse for at gøre en vennetjeneste, intet vederlag. Sl. u. t.
- 1374/49: Kærestens logiværtinde, hos hvem kæresten søgte råd, overlod ham en sprøjte og foreslog en sæbevandsudskylning. Sl. u. t.
- 1380/49: En mor henvendte sig til en mellemmand og foranledigede derved, at en kvaksalver afbrød hendes knap 17-årige datters svangerskab og en anden kvindes (moderens fraskilte mands nuværende hustru) svangerskab. Forældet for begge de besvangrede kvinders vedkommende. Sl. u. t.
- 56/50: En mand, der havde besvangret en svensk pige (et tilfældigt sommerbekendtskab) traf aftale med kvaksalver og betalte 100 kr. Sl. u. t.
- 123/50: Ægteemand traf aftale gennem mellemmand og betalte 65 kr. *Tiltale*.
- 221/50: Ægteemand købte sølverglød til sin gravide hustru, efter at hun selv havde forsøgt med en strikkepind. Ægteemanden påstod, at han var bange for, at fostret havde taget skade af hustruens forsøg med strikkepinden. Sølvregloden virkede ikke. Sl. u. t.
- 328/50: Satte en veninde i forbindelse med kvaksalver. Sl. u. t.
- 336/50: 20-årig ung mand gav en pige, som han havde besvangret, en flaske kamfer (utjenligt middel). Sl. u. t.
- 368/50: Gift kvinde tilberedte sæbevand, som hendes ægtefælle brugte til svangerskabsafbrydelse på en anden kvinde. Sl. u. t.
- 402/50: Ung mand, der havde besvangret sin svenske kæreste, traf aftale med kvaksalver i Sverige og betalte 200 kr. (Svenskerne agtede ikke at rejse tiltale mod pigen). Sl. u. t.
- 446/50: Kæreste, som først havde tilbudt pigen ægteskab, lovede, da hun ville have svangerskabet afbrudt, at betale udgifterne og betalte derefter 50 kr. *Tiltale*.
- 458/50: Medvirken til forsøg med utjenligt middel. Sl. u. t.
- 484/50: Kvinde lånte sin søster 100 kr. til at betale kvaksalver med. Sl. u. t.
- Etablerede kontakt med kvaksalver. Sl. u. t.
- Henviste til kvaksalver. Sl. u. t.
- Mand, der havde besvangret en kvinde, henviste hende til kvaksalver og betalte 100 kr. *Tiltale*.
- 501/50: Kæreste opfordrede kraftigt og betalte 300 kr. *Tiltale*.
- Mor til 16-årig etablerede forbindelse og overværede indgrebet. *Tiltale*.
- 719/50: Kæreste henviste til kvaksalver og betalte. *Tiltale*.
- Opgivelse af adresse. Sl. u. t.
- 738/50: Medvirken til forsøg med utjenligt middel. Sl. u. t.
- Stillet lejlighed til rådighed, intet vederlag. Sl. u. t.
- 807/50: Kvinde udlånte af medlidenhed og uden vederlag et såkaldt „andenøb“. Sl. u. t.

## Oversigt, udarbejdet af rigsadvokaturen over domspraksis (strafudmåling) i sager angående ulovlig svangerskabsafbrydelse.

### I. *Afbrydelse af eget svangerskab.*

- 649/47: 32 år, gift, 4 børn, deprimeret, 2 gange fuldbyrdet afbrydelse. Fgsl. i 50 dage, betinget.
- 986/47: 31 år, ugift, nervøs og deprimeret. Fgsl. i 40 dage betinget.
- 38 år, gift, 3 børn, dårlige økonomiske forhold. 40 dages fgsl. betinget.
- 1311/48: 25 år, gift, 1 barn, levede dårligt sammen med manden, forsøgte selv forgæves med sæbevand, indtog derefter efter mandens opfordring sølverglød og aborterede. Fgsl. i 30 dage betinget.
- 796/49: 28 år, gift, 3 børn, dårlige nerver. Fgsl. i 60 dage betinget.

### II. *Medvirken.*

- 70/47: Henvendte sig efter opfordring af gravid kvinde til kvaksalver og formåede denne til at foretage indgreb (kvinden døde). Fgsl. i 40 dage betinget.
- 354/47: Ægtemanden betalte kvaksalveren (sendte ham en skinke). Fgsl. i 30 dage betinget.
- 1780/47: Henviste sin svigerinde til kvaksalver, stillede lejlighed til rådighed, videregav vederlaget til kvaksalveren. Fgsl. i 40 dage betinget.
- 1195/48: Den, der havde besvangret pigen, tilkaldte kvaksalver, var tilstede under indgrebet og betalte 400 kr. Fgsl. i 30 dage betinget.
- 1311/48: Ægtemand gav hustruen sølverglød, efter at hun forgæves havde forsøgt med sæbevand. Fgsl. i 3 måneder betinget.
- 1347/48: Opgav adresse, opfordrede kvaksalveren til indgreb, sørgede for, at kvinden blev fulgt til kvaksalveren, modtog

- 100 kr. af kvinden og viderebetalte beløbet til kvaksalveren. Fgsl. i 60 dage.
- 707/49: Veninde etablerede forbindelse, fik sin moder til at stille sin lejlighed til rådighed og hentede penge hos kvindens kæreste til formålet. Hæfte i 3 mdr. betinget.
- Venindens moder stillede lejlighed til rådighed og ydede lån til formålet. Hæfte i 60 dage betinget.
- 729/49: Opfordrede kvinde, som han havde besvangret, til at lade svangerskabet afbryde og satte hende i forbindelse med kvaksalver. Fgsl. i 80 dage betinget.

### III. *Afbrydelse af andres svangerskab.*

- 70/47: 6 tilfælde, 50—100 kr. pr. gang. Fgsl. i 8 mdr.
- 986/47: 20—30 tilfælde. Fgsl. i 1 år og 3 mdr.
- 354/47: 12 tilfælde, krævede ikke vederlag, men nogle betalte af egen drift. Fgsl. i 4 mdr.
- 1780/47: 10 tilfælde, modtog betaling. Fgsl. i 1 år.
- 1195/48: 3 tilfælde, intet vederlag, tidligere straffet 3 gange for tilsvarende forhold. Fgsl. i 3 år.
- 168/49: 2 tilfælde, intet vederlag. Fgsl. i 6 mdr.
- 707/49: 2 tilfælde à 300 kr. Fgsl. i 1 år 6 mdr.
- 108/50: 2 tilfælde, de pågældende betalte af egen drift. Fgsl. i 4 mdr.

### *Højesteretsdomme.*

*HRD af 3. september 1947.* (U. f. R. 1947/1022, HRT 1947/648).

Den hidtil ustraffede Svend G. Kristensen blev for overtrædelse af lov nr. 163/

1937 § 6, stk. 4, pkt. 1, jfr. strfl.s § 21, samt for overtr. af samme lovs § 6, stk. 4, 2. pkt., ved medvirken og ved at have foretaget et indgreb på sin kæreste med den følge, at hun døde af en blodforgiftning, anset med fængsel i 2 år.

*HRD af 21. januar 1943.* (U. f. R. 1943/235, HRT 1942/572).

En tidligere straffet person, der i 5 tilfælde havde foretaget svangerskabsafbrydelser eller forsøg herpå, af hvilke eet til-

fælde medførte kvindens død (+ 1 bedrageri) anset med psykopatforvaring.

*HRD af 10. marts 1942.* (U. f. R. 1942/470, HRT 1942/22).

En tiltalt, der i 1934 for fosterdrab og uagtsomt manddrab var blevet straffet med fgsl. i 5 år, blev for svangerskabsafbrydelse imod vederlag i 4 tilfælde efter lov 163/1937 § 6, stk. 4, 3. pkt., anset med fgsl. i 6 år.

## Redegørelse vedrørende mødrehjælpens rekreatiionshjem for gravide kvinder »Nebbegaard«, Hørsholm.

Det er en almen erfaring fra socialmedicinsk arbejde, at et milieuskifte i form af et rekreatiionsophold i ikke for kort tid kan være af stor betydning for en patients muligheder for i fremtiden bedre at kunne tage hverdagslivets uundgåelige problemer, og dette gælder selvsagt i meget høj grad for netop det klientel, der søger mødrehjælpen med ønsket om svangerskabsafbrydelse.

Medens egentlige husmoderferier, hvor børnene er med, i nogle år har været praktiseret på mødrehjælpens foranstaltning, er det først i de sidste år, man har haft virkelige muligheder for at yde rekreatiionsophold for patienter, der efter forudgående undersøgelse i mødrehjælpen har fået afslag på deres ønske om svangerskabsafbrydelse.

Denne form for rekreatiionsophold har fundet sted på mødrehjælpens rekreatiionshjem „Nebbegaard“, der er beliggende i en meget naturskøn egn mellem Hørsholm og Birkerød med udsigt over den nærliggende Sjælsø.

Hjemmet tilhører fabrikant E. H. Ludvigsens legat og administreres af dette, der har udlejet det til mødrehjælpen.

Fra juni 1949—oktober 1950 var hjemmet drevet som rekreatiionshjem for mødre med børn, men undtagelsesvis kunne dog kvinder uden børn optages, når de var gravide eller nylig havde fået et svangerskab afbrudt.

Der var således allerede dengang gjort en første spad begyndelse til et rekreatiionshjem for gravide kvinder.

Imidlertid viste hjemmet sig ikke ganske velegnet til spædbørn, i hvert fald i vintermånederne, og mødrehjælpen rådede ikke over tilstrækkelige private midler til at drive det videre, hvorfor det blev nedlagt som rekreatiionshjem i sin tidligere form i oktober 1950.

Da behovet for behandlingsmuligheder for afslagspatienter med det stigende antal abortsøgende patienter blev stadig mere påtrængende, søgte man og fik socialministeriets bevilling til at drive hjemmet som rekreatiionshjem for gravide kvinder, og i denne form kom hjemmet i gang omkring februar 1951.

Erfaringerne med denne form for rekreatiion har hidtil vist sig så gunstige, at hjemmet nu er optaget på mødrehjælpens årlige budget.

I huset er der foruden de fælles opholdsstuer og forstanderindens værelse 11 værelser til patienter, heraf 9 eneværelser og 2 dobbeltværelser. Desuden haves der en ekstra seng, der i givet fald kan sættes ind på et af enkeltværelserne, således at der maksimalt kan skaffes plads til 14 patienter. Alle værelserne er beliggende med udsigt enten mod sø eller skov.

Patienterne bliver vækket hver morgen kl. 8 og spiser fælles morgenmad i spise-stuen kl. 8,30. Efter morgenmaden er der som regel en fælles morgensang. Patienterne gør derefter deres egne værelser i stand og er fælles om renholdelse af badeværelse og toilet, og disse små rengøringspligter plejer at forløbe ganske smertefrit. Resten af formiddagen går patienterne tur, læser eller strikker. Middagsmaden er kl. 12, og imellem den og eftermiddagskaffen er der obligatorisk hviletid. Efter kaffen har man frit samvær med eventuelle spadsereture i større eller mindre flokke. Aftensmaden spises kl. 18, og om aftenen hygger man sig med radioen, klaverspil, sanglege eller lignende. Aftenteen drikkes ved kl. 20,30-tiden, og kl. 22 er det sengetid.

Der er besøgstid hver søndag eftermiddag, idet der dog selvsagt kan gives dispensation for tilrejsende.

I de fleste tilfælde har opholdet strakt sig

over ca. 4 uger, men vi har dog ikke været strengt rigoristiske på det punkt, og nogle få, ganske vist ikke særligt medtagne, patienter har været anbragt der i op mod et par måneder.

Med hensyn til forstanderindespørgsmålet er det vor erfaring, at det er af meget afgørende betydning at have et positivt, nøgternt og varmhjertet menneske i denne stilling, hvorimod vi ikke har ment det væsentligt at have en specielt sygeplejeuddannet forstanderinde. Således er Nebbegaards nuværende leder oprindelig husholdningslærerinde og har før sin tiltrædelse gået nogen tid som volontør i mødrehjælpen for at sætte sig ind i de specielle forudsætninger for arbejdet, og denne ordning har vist sig at fungere til alles tilfredshed.

Da det ikke er hensigten, at Nebbegaard skal fungere som egentligt svangrehjem, har vi meget nødt haft patienter der længere end til ca. 4 uger før ventet fødsel, der jo i mange tilfælde skal foregå på Rigshospitalet. Efter at mødrehjælpens svangrehjem er kommet i gang, er en del af patienterne fra Nebbegaard kommet derind, mens f. eks. gifte patienter jo ofte har kunnet være i deres hjem.

Udvælgelsen af patienterne kan ske på forskellige tidspunkter af graviditeten, oftest i direkte forbindelse med afslaget på abortønsket, enten på foranledning af lægen eller socialrådgiveren, men eventuelt også senere hen i graviditeten, når socialrådgiveren, der til stadighed har fulgt patienten, har skønnet, at hun nu var ved at køre fast. Endelig har vi også fået en del patienter, anbragt på foranledning af en af de psykiatriske afdelinger, hvor pågældende patient af mødrehjælpen har været indlagt til observation for svangerskabsafbrydelse, men hvor der ikke er fundet indikation.

En vis frafaldsprocent blandt de indstillede har gjort sig gældende, dog ikke påfaldende stor; dette viser sig som regel enten at bero på vanskeligheder i anbringelsen af børnene eller på problemer fra ægteemandens side, således at han enten er modstander af at undvære sin kone, eller hun f. eks. ikke rigtig tør lade ham være for længe på sin egen boldgade.

Trods de vanskeligheder, der kan opstå med børnenes anbringelse, har vi dog bestemt fastholdt det grundlæggende princip,

at Nebbegaard udelukkende skal være beregnet for patienter, der ikke har børnene med sig, da dette giver en langt bedre aflastning og ro, og de eventuelle børn er så enten passet af en husmoderafløser, eventuelt slægtninge, eller har været anbragt på børnehjem. Det er dog afgjort vort indtryk, at hvis der fandtes konkrete muligheder for at få børnene anbragt, f. eks. på et børnehjem, drevet af mødrehjælpen, ville vi kunne få langt flere gravide patienter, der virkelig trænger til det, på rekreationsophold.

Som tidligere nævnt er Nebbegaard principielt beregnet for gravide patienter, der har fået afslag på abortønsket, enten fordi der ikke fandtes tilstrækkeligt lægeligt grundlag herfor, eller fordi de ved henvendelsen var for langt henne i svangerskabet. Dette princip har dog ikke været håndhævet alt for rigoristisk.

En del af de patienter, der har fået foretaget svangerskabsafbrydelse, har været så medtagne, at man skønnede, at deres helbredsmæssige problemer ingenlunde var løst udelukkende gennem aborten, men at yderligere behandling var påkrævet. Der har derfor i tidens løb også været enkelte af denne patientkategori på Nebbegaard, og erfaringsmæssigt har dette forhold ikke givet anledning til gnidninger, hvad vi ellers havde frygtet for. Muligvis skyldes dette, at disse patienter oftest har været så medtagne, at medpatienterne udmærket har kunnet indse, at mødrehjælpens afgørelse har været berettiget.

Enkelte af patienterne har været henvist af mødrehjælpens familierådgivning, dog således, at disse patienter oftest har været gravide. Et fåtal andre patienter har været så medtagne efter en svær fødsel, at rekreation skønnedes påkrævet, og en enkelt patient havde fået foretaget svangerskabsafbrydelse og skulle senere steriliseres, men var så medtaget både psykisk og somatisk, at hun måtte grundigt restitueres, før man turde byde hende et større operativt indgreb.

Sluttelig har der i enkelte tilfælde været gravide patienter anbragt, som egentlig ikke trængte til rekreation, men hvor rationelle anbringelsesmuligheder ikke forelå; disses ophold har dog kun været af kortest mulig varighed, indtil problemerne løste sig.

Som hovedregel må man dog sige, at afslagspatienter er gået forud for alle andre

patienter, således at de øvrige patientkategorier kun blev anbragt, hvis der ikke var venteliste af afslagspatienter.

Da vi startede Nebbegaard under de nuværende former, var det under overvejelse at lade det fungere til en vis grad som observationshjem for abortsøgende patienter; denne tanke har dog af praktiske grunde måttet forlades, overvejende under hensyn til 3-måneders grænsen og den omstændighed, at de fleste patienter først henvender sig så sent, at en hurtig afgørelse er påkrævet.

Det er efter vort skøn af stor betydning, at et sådant rekreativshjem ikke er for stort, således at det hele kan få præg af at være een stor familie, og man undgår da også langt lettere klikdannelse, hvis patientantallet er overskueligt. Nogen egentlig klikdannelse har vi da heldigvis også været forskånet for, selv om enkelte patienter selvsagt har harmoneret bedre end andre.

Det er utvivlsomt ligeledes vigtigt, at patientskiftet foregår gradvis, således at der stadig er en stab af „gamle“ patienter, der kan føre traditionerne videre, ligesom det også er ønskeligt, at der til enhver tid er et par mere „voksne“ og fornuftige patienter, der kan have en stabiliserende og beroligende indflydelse på de alt for psyko-infantile og eventuelt noget for sygdomsoptagne medpatienter.

Der opstår tilsyneladende hurtigt en udbredt solidaritetsfølelse mellem patienterne, der hjælper hinanden med forskelligt. Een har måske lært at sy og assisterer en lidt ufiks medpatient med at få lavet en kjole, en anden havde lært skønhedspleje og tog efter tur medpatienterne i behandling, hvad der havde en forbløffende opkvikkende virkning på de fleste. „Man bliver glad, når man ser godt ud“. En tredies mand var bager, hvorfor hjemmet i hendes tid svælgede i forskelligt bagværk, og så fremdeles. Nogle har kunnet spille et eller andet instrument, og i det hele taget har flere patienter afsløret hidtil tilsyneladende ret ubrugte evner i forskellig retning.

Den omtalte solidaritetsfølelse har i mange tilfælde holdt sig efter hjemkomsten; flere patienter har vedligeholdt det på Nebbegaard sluttede venskab og har kunnet besøge hinanden, således at der på denne måde i en del tilfælde er skudt en breche i den

hjemmearbejdende husmoders isolationsfølelse, hvad der efter vort skøn er meget vigtigt. Et uhyre stort antal husmødre uden udearbejde har faktisk deres væsentligste kontakt med omverdenen gennem ismejeriet, idet manden desværre ofte tilbringer sin tid i hjemmet i helt eller delvis sovende tilstand.

Rørende er også patienternes interesse for, hvordan medpatienter klarer sig efter hjemkomsten, om fru Hansen nu fik den datter, hun ønskede sig o. s. v.

Det psykiatriske lægetilsyn har været varetaget af en af mødrehjælpens psykiatriske specialister, nemlig den, der fortrinsvis behandler de blandet psykiatriske sociale sager. Rent praktisk er dette ordnet på den måde, at lægen een gang ugentlig aflægger besøg på Nebbegaard, altid ledsaget af en socialrådgiver, der for kontinuitetens skyld er den samme hver gang. Under hyggelige og stilfærdige former, hvorunder man søger at undgå ethvert officielt præg, taler man ved dette besøg såvidt muligt med alle patienter, idet dette dog ikke har præg af nogen tvang. Lægen og socialrådgiveren er begge tilstede samtidig, med mindre en patient ytrer et specielt ønske om enesamtale med en af parterne — oftest vel lægen, men dette er sjældent. I de seneste måneder har vi indført den nyordning, at en af mødrehjælpens gynækologiske speciallæger en gang om måneden tilser Nebbegaard i stedet for psykiateren.

Dette intime samarbejde mellem socialrådgiveren og lægen er efter vort skøn af meget stor betydning. Det er et ganske forsvindende antal patienter, hvis problemer udelukkende er af lægelig art; oftest er jo de sociale og lægelige problemer så tæt sammenfiltrede, at hverken socialrådgiveren eller lægen alene kan klare dem. Pågældende socialrådgiver drøfter efter hjemkomsten til mødrehjælpen hver patients specielle problemer med hendes „egen“ socialrådgiver, hvadenten det nu drejer sig om anbringelse før fødslen, betaling af forfalden husleje eller de utallige andre akutte problemer, der kan opstå i behandlingen af sagen. Både socialrådgiveren og lægen fører efter hvert besøg journalnotater.

Sværere psykiatriske problemer har hørt til undtagelserne; lægens opgave har mest bestået i beroligende samtaler, ordination



af lettere sedativa eller sovemidler og indirekte i vurderingen af patienternes psykiske tilstand med henblik på de videre forholdsregler i behandlingen.

Patienternes eventuelle legemlige sygdomme af akut art behandles af en af de stedlige læger, dr. Juel Hansen, hvor patienterne tillige går til de almindelige svangerskabsundersøgelser, hvis ikke disse af en eller anden grund foregår på Rigshospitalet. Denne ordning har vist sig at fungere yderst tilfredsstillende, langt bedre end hvis man havde ladet Nebbegaard få et mere hospitalsagtigt præg med undersøgelsesstue o. s. v., og vi har haft et udmærket samarbejde med den pågældende læge, med hvem psykiateren i fornødent fald har drøftet forskellige problemer vedrørende patienter.

Med det stedlige sygehus i Usserød har vi ligeledes haft et fortræffeligt samarbejde og har her mødt megen forståelse og imødekommehed. Heldigvis har dog hjemmet i det væsentlige været forskånet for sværere legemlige sygdomme. Enkelte patienter har aborteret spontant, et par har haft lettere nyrebækkenbetændelse og en enkelt galdestensanfald.

De største helbredsmæssige og sociale problemer har utvivlsomt de gifte patienter frembudt, idet disse jo i mange tilfælde har en mangeårig belastning bag sig med små kår, vanskeligheder med manden, udeerhverv o. s. v. De ugiftes vanskeligheder, både psykisk og socialt, har i de fleste tilfælde været af mere akut art; de har skullet afreagere et afslag og vænne sig til tanken om at gennemføre svangerskabet, har skullet opmuntres og stimuleres til selvstændighed, samtidig med at der rent praktisk er blevet arbejdet med de konkrete muligheder for at skabe dem en fremtid, hvor de kunne klare for sig selv og barnet.

Nogen egentlig opdeling af patienterne i bestemte kategorier har vi ikke foretaget, dertil er materialet for lille og broget, men det er dog vort indtryk, at der — specielt blandt de gifte — har været en ret udtalt overvægt af astheniske patienter, der aldrig har haft særlig stor modstandskraft, hverken psykisk eller somatisk, af den type, der er tilbøjelig til at køre i sæk efter det 2. eller højst det 3. barn. Disse patienter er tit ret umodne med svigtende evne til rigtig at plan-

lægge eller administrere deres tilværelse rationelt; ofte er de tillige noget legemligt medtagne, undervægtige og lettere anæmiske. Derimod har vi ikke haft særlig mange af de egentlig udslidte mangelgangsfødende, vel til dels fordi disse vanskeligt kan komme hjemmefra, men også rimeligvis fordi de i større antal indstilles til svangerskabsafbrydelse.

Nogen statistisk opstilling af resultaterne af opholdet har vi ikke foretaget. Materialet er for lille til at kunne bære en sådan, og det ville i så fald kun komme til at dreje sig om gradueringen i bedringen.

Imidlertid har de, der på nærmeste hold har fulgt arbejdet på Nebbegaard, specielt forstanderinden, socialrådgiveren og lægen, det ganske bestemte indtryk, at opholdet i praktisk talt alle tilfælde har haft en udtalt bedring til følge.

Bedringen har selvsagt varieret i styrke, også afhængig af, i hvor høj grad man samtidig har haft held til at løse de sygdomsvoldende problemer i hjemmet, men alt i alt har den i mangfoldige tilfælde været rent ud forbløffende.

Den rent somatiske bedring falder vel umiddelbart mest i øjnene. Vægten stiger, ofte i en sådan grad, at man har måttet holde lidt igen, men en vægtforøgelse på ca. 2 kg om ugen har ingenlunde været ualmindelig. Da en stor del af patienterne er undervægtige i forvejen, er dette jo meget væsentligt. Kuløren bliver frisk, og helhedsapparitionen mere soigneret, idet det i det hele taget er opmuntrende at se, hvordan en grå og forpjusket patient, der i lange tider hverken har haft tid eller kræfter til at interessere sig for sit ydre, kan blive fikset op og få lidt af sin normale forfængelighed tilbage. En ægtemand bemærkede engang på et besøg: „Jeg havde fuldstændig glemt, at du kunne se så godt ud; jeg er helt forlasket i dig igen“.

Men også den psykiske tilstand bedres gennemgående, omend dette ofte slæber lidt efter den legemlige bedring. Søvn, der i begyndelsen ofte er noget afbrudt, bliver gradvis bedre og bedre. Irritabiliteten og gråtdensens forsvinder, og humøret bliver efterhånden lysere. Endvidere opnås i praktisk talt alle tilfælde, at patienterne finder sig med at skulle gennemføre svangerskabet; de kommer i gang med at strikke

tøj til den ventede og ender ofte med ligefrem at glæde sig. Mange patienter har i begyndelsen været uhyre skeptiske overfor nytten af et rekreationsophold. „Hvad skulle det kunne hjælpe, jeg skal jo hjem til det samme igen“. Men selv om vi ikke på langt nær har kunnet løse de hjemlige problemer, har patienterne gennem at blive psykisk og somatisk bedrede fået flere kræfter til at klare dagliglivets uundgåelige vanskeligheder. Det er utvivlsomt også meget vigtigt, at patienterne får lejlighed til at se, at også andre kvinder kan have deres at spekulere på; dette har talrige givet spontant udtryk for; enkelte har endog udtalt, at de nærmest skammede sig over at have søgt svangerskabsafbrydelse, når dog så mange andre kvinder havde det meget værre.

Ikke sjældent har opholdet på Nebbegaard også haft den virkning, at ægtemanden kommer til at savne hustruen og har givet sig til at fikse hjemmet lidt op i hendes fravær med f. eks. maling eller fernisering, så hun har kunnet komme hjem til lidt mere opmuntrende omgivelser end dem, hun var rejst fra.

Vi har da også haft talrige beviser på, at patienterne har været glade for opholdet, og mange har været der på besøg senere, eventuelt for at vise barnet frem.

Selvsagt har bedringen ikke i alle tilfælde kunnet holde efter hjemkomsten, men de hidtidige resultater er i hvert fald sådan, at vi ville anse det for et meget stort savn at skulle undvære Nebbegaard.

Det stærkt stigende antal abortsøgende patienter gør behovet for behandlingsmuligheder stadig mere brændende, og man så derfor meget gerne en udvidelse af arbejdet på Nebbegaard.\*)

Dersom den de fleste steder håndhævede 3-måneders grænse for svangerskabsafbrydelse ved den ny svangerskabslov skulle blive udvidet, foreligger der også en bedre mulighed for, at man gennem en anbringelse på Nebbegaard til observation og behandling af abortsøgende patienter dels kunne nedbringe antallet af indstillinger til svangerskabsafbrydelse, dels i nogen grad kunne lette trykket på hovedstadens stærkt overbelastede psykiatriske afdelinger.

*København, den 30. januar 1953.*

**Ellen Eriksen,**  
speciallæge i psykiatri.

\*) Med socialministeriets og finansministeriets godkendelse er institutionen for tiden ligeledes på „Nebbegaard“'s grund i færd med at indrette endnu et hjem svarende til det nuværende rekreationshjem.

## Redegørelse for mødrehjælpens familierådgivning i København.

### *Motivering og udvikling.*

Mødrehjælpens arbejde for at hjælpe vanskeligtstillede mødre og da især det efterhånden meget omfattende arbejde for de kvinder, der ønsker deres svangerskab afbrudt, har stillet stadig større krav til midler og metoder. Man har fra første færd været klar over, at det i talrige tilfælde ikke var tilstrækkeligt med materielle og økonomiske hjælpeforanstaltninger. De personlige problemer og konflikter er ofte dominerende for mødrehjælpens klientel.  $\frac{1}{3}$  af de kvinder, der søger deres svangerskab afbrudt, anfører væsentligst rent personlige motiver derfor som dårligt ægteskab med truende skilsmisse, opdragelsesmæssige vanskeligheder med børnene, seksuelle problemer m. m. Den personlige, individualiserede side af mødrehjælpens arbejde har derfor været stærkt fremhævet såvel i mødrehjælpsloven som i arbejdets tilrettelæggelse og i personalets uddannelse. Man har lagt vægt på at skabe en af tillid og fortrolighed præget kontakt mellem den enkelte kvinde og den socialrådgiver, med hvem hun har forbindelse. Man har erfaring for, at man alene herigennem har hjulpet mange kvinder, som har kunnet tale ud om deres problemer og derved følt sig lettede for et pres samt bedre i stand til at tage dagligdagens vanskeligheder op.

I mange tilfælde har problemerne imidlertid været så komplicerede, at man ikke med det personale og den tid, der stod til rådighed, har kunnet gøre noget virkelig effektivt. Man har i stigende grad haft indtryk af, at man gennem et mere intensivt arbejde i enkelte tilfælde ville kunne opnå mere. Det stærke pres fra det stadig stigende antal kvinder, der på grund af vanskelige hjemlige og ægteskabelige forhold henvender sig om svangerskabsafbrydelse, har yderligere skærpet interessen for

gennem positive hjælpeforanstaltninger at rette op på forhold, hvor økonomiske midler alene ikke slår til, ligesom man må blive stærkt interesseret i muligheden af at skabe forebyggende foranstaltninger, som, hvis de sættes ind tilstrækkelig tidligt, kan forhindre eller svække kraften af de ulykker, som ellers indtræffer.

Det stigende behov for en i enkelttilfælde mere intensiv og individualiseret behandling falder sammen med den nuværende epokes stigende interesse for og erfaring i de psykologiske og sociale faktors betydning for det enkelte menneskes tilpasning i familie og samfund, og særlig flere steder i udlandet har man haft gode erfaringer for, at sociale og familiære tilpasningsproblemer i visse tilfælde kan reduceres eller helbredes ved et samarbejde mellem fagfolk med henholdsvis social, psykologisk og lægelig uddannelse.

For at undersøge, hvilke muligheder for forebyggelse og behandling et mere intensivt og længerevarende arbejde med det enkelte tilfælde byder på, samt specielt for at undersøge mulighederne for at oprette og tilpasse et samarbejde mellem socialrådgivere, psykologer og læger (psykiatere) har mødrehjælpen i København med arbejds- og socialministeriets godkendelse i februar 1949 påbegyndt en familierådgivningsvirksomhed.

Man har valgt fortrinsvis at arbejde med ægtepar i stedet for med enkeltpersoner, fordi de vanskeligheder hos den enkelte, som er udgangspunktet for arbejdet, i så talrige tilfælde er af ægteskabelig og/eller familiemæssig natur. Den enkeltes problemer er i så høj grad sammenvævet med den øvrige families, at man ikke kan tænke sig en løsning, hvis man ikke tager hele familiens situation op på een gang. Helhedssynspunktet, d. v. s. at man tager hele problem-

komplekset op til behandling på een gang, har præget dette arbejde stærkt. Man har ikke kunnet isolere enkelte „rent“ sociale eller „rent“ psykologiske problemer, da disse situationer netop er prægede af, at alle problemer griber ind i hinanden, er afhængige af hinanden og betinger hinanden.

Af denne grund har det været nødvendigt at skabe et intimt samarbejde mellem de forskellige fagfolk, der deltager i arbejdet. Intet problem af betydning for den enkelte klient har kunnet afvises som fremmed eller uvedkommende.

Den brede problemstilling medfører let, at man føler behov for medarbejderskab fra snart det ene, snart det andet fagområde mere eller mindre fjernt fra de fagområder, der er repræsenteret gennem medarbejderne. Dette behov må i almindelighed dækkes ved et mere eller mindre snævert samarbejde med andre institutioner, hospitaler, læger etc. Mest regelmæssigt savnede man imidlertid en jurist, hvorfor man ret hurtigt fik en juridisk medarbejder knyttet til rådgivningen. Rent lægelige behandlingsopgaver har været henvist til udenforstående læger og hospitaler.

Medarbejderstaben består for tiden af 2 psykiatriske læger, 1 psykolog, 1 juridisk medarbejder og 6 socialrådgivere. Af medarbejderstabens sammensætning fremgår det, at arbejdet i væsentlig grad hviler på socialrådgiverne. Læge og psykolog og jurist fungerer fortrinsvis som konsulenter og tager sig af specielle tilfælde i kortere perioder. Arbejdet har hidtil været tilrettelagt med en ugentlig aftenkonsultation, hvor alle rådgivningens medarbejdere var tilstede. Da navnlig de mandlige klienter er beskæftiget om dagen, har det alene af den grund været nødvendigt med aftenkonsultation, men arbejdet er dog — navnlig for socialrådgivernes vedkommende — ikke begrænset til denne aftenkonsultation. Socialrådgiverne tager sig af problemerne, efterhånden som de rejser sig i ugens løb, forhandler med myndigheder, arbejdsgivere, læger og andre. Husbesøg foretages i ret vidt omfang, og den kontakt og det kendskab til familien, man opnår gennem besøg i hjemmene, er meget vigtig. Det har vist sig at være af den største betydning, at arbejdet er udført i en institution som mød-

rehjælpen, hvor man kan tage sig af presserende tilfælde udover den faste konsultationstid, hvor der står et stort administrativt og teknisk apparat til rådighed, og hvor man kan benytte de hjælpeforanstaltninger, mødrehjælpsinstitutionen iøvrigt råder over. Klienterne tilsiges til bestemt aftalt tid, og i reglen beregner man  $\frac{1}{2}$ —1 time til hver samtale. Der er lagt vægt på omhyggelig journalføring med udførlige referater af samtalerne, på redegørelse for klientens adfærd og reaktioner samt på omhyggelig skildring af den vejledning, de råd og foranstaltninger, man har ydet.

I forbindelse med hver konsultation afholdes en konference, hvor man drøfter arbejdet med de enkelte sager, og hvor de forskellige fagfolk har udvekslet synspunkter om arbejdet med den enkelte sag. Arbejdet udføres under nøje social-psykiatrisk ledelse. En fast ledelse og tilrettelæggelse må anses for særlig vigtig ved et så individuelt og vanskeligt afgrænset arbejde, som her er tale om. Det er nødvendigt, at en psykiatrisk uddannet læge er med i arbejdet og med til at lede det, således at man stadig kan være på vagt overfor tilfælde, der kræver lægelig hjælp. Samtalerne om de intime og personlige forhold åbner ofte for stærke følelser, der kan give anledning til katastrofale reaktioner, hvis ikke lægen til stadighed følger de enkelte tilfælde og griber ind, hvor sådant truer, evt. ved en indlæggelse.

#### *Antal af behandlede sager.*

I alt har man indtil januar 1954 behandlet 520 tilfælde. Der er foretaget en nærmere bearbejdelse, forsåvidt angår 352 sager, der var optaget indenfor de første  $3\frac{1}{2}$  år, og visse statistiske oplysninger fra dette materiale skal gives i det følgende.

#### *Henvisninger.*

Man har fra første færd forbeholdt sig selv at udvælge de tilfælde, man ville tage i behandling, idet man derved har kunnet udelukke tilfælde, som var uegnede for rådgivning og behandling. For at vinde erfaring har man dog i enkelte tilfælde modtaget klienter, der henvendte sig på eget initiativ. Flere af disse viste sig imidlertid at trænge

til helt anden speciel lægelig behandling, en del tilhørte typen, der cirkulerer fra institution til institution, men er utilgængelige for korrektion. En åben modtagelse ville utvivlsomt have givet ret stor spildprocent.

Medens man til at begynde med tog en del tilfælde udefra, har man de sidste år væsentligst optaget mødrehjælpens egne klienter, idet presset herfra, efterhånden som rådgivningen indarbejdedes, var stort. Det viste sig samtidig at indebære væsentlige fordele at arbejde med klienter, som man i forvejen havde kontakt med, hvis problemer havde relation til mødrehjælpens eget arbejdsområde, og hvor mødrehjælpens forskellige almindelige hjælpemuligheder stod til rådighed som et værdifuldt supplement for rådgivningen. Man modtog henvisninger fra alle mødrehjælpens afdelinger, og familierådgivningsarbejdet har mere og mere haft betydning for hele mødrehjælpens arbejde.

#### *Sagernes art.*

Langt de fleste af klienterne har været ægtepar (ca. 90  $\frac{0}{10}$ ). Der har dog også været optaget forlovede par, som man har givet råd og vejledning før ægteskabet udfra den betragtning, at en forebyggende behandling i sådanne tilfælde kan være mere værd end et senere forsøg på at rette skaderne op efter ægteskabets indgåelse. Der har været et mindre antal separerede og fraskilte, oftest sådanne, som overvejede at genoptage ægteskabet, og der har været enkelte enligstillede mødre, som trængte til hjælp og støtte, navnlig med hensyn til børnene.

For ægtefællernes vedkommende har man ikke på forhånd stillet bestemt krav om, at begge parter ville give møde. I denne henseende må man udvise stor smidighed. Det er flere gange erfaret, at man har kunnet opnå den nødvendige kontakt med den anden ægtefælle, efter at den ene part i nogen tid havde været i behandling. Gennem et arbejde med den enkelte vil man også i nogle tilfælde kunne opnå bedring, selvom den anden part ikke ønsker at deltage i samarbejdet. I  $\frac{3}{4}$  af tilfældene har man dog været i kontakt med begge ægtefæller. Også svigerforældre og andre, som er direkte impliceret i vanskelighederne, må ofte inddrages i behandlingen.

Med hensyn til *aldersfordelingen* har familierne væsentligst været ganske unge eller midaldrende — kun i ganske få tilfælde for den enliges vedkommende over 50 år.

Med hensyn til *erhvervsfordelingen* er det indtrykket, at det er et almindeligt udsnit af befolkningen, der søger familierådgivningen. Selvom problemerne skifter en del fra gruppe til gruppe, og behandlingsmetoderne som følge deraf i nogen grad er forskellige indenfor de forskellige sociale grupper, kan det dog sikkert fastslås, at rådgivningen som sådan ikke har mødt principielle vanskeligheder indenfor nogen af de repræsenterede erhvervmæssige eller sociale grupper.

*Langt de fleste har været bosiddende i Storkøbenhavn*, kun enkelte i omegnsbyerne.

Med hensyn til *arten af de vanskeligheder*, som har givet anledning til henvisningen til familierådgivning, er den til en vis grad bestemt af, at man ved henvisningen har foretaget en udvælgelse. Fra mødrehjælpen har man for det første henvist en del ægtepar, som ventede et barn, men hvor de ægteskabelige konflikter var så store, at den ene eller den anden part alvorligt overvejede skilsmisse. Grunden hertil kan, som det fremgår af nedenstående, være meget forskelligartet. Endvidere har man behandlet enkelte familier, hvor man havde vanskeligheder med adopterede børn. I de tilfælde, man har modtaget udefra, har problemerne ofte været de samme, men man har her særlig lagt vægt på at undersøge mulighederne for behandlingsmæssigt samarbejde mellem de forskellige institutioner.

#### *Hovedproblemer.*

Det siger sig selv, at det er vanskeligt at give udtryk for frekvens og fordeling af noget så differentieret og varieret som ægteskabelige eller familiære konflikter.

I følgende opstilling har man forsøgt en grov inddeling efter sagernes hovedproblemer:

Disharmoniske ægteskaber . . . . .	33 pct.
Mandens drikfældighed . . . . .	22 —
Opdragelsesproblemer . . . . .	15 —
Økonomiske, bolig-mæssige eller sociale problemer . . . . .	14 —

Psykiske afvigelser hos en eller begge ægtefæller . . . . .	9 pct.
Sexuelle vanskeligheder . . . . .	7 —
Ialt . . . . .	100 pct.

Indenfor de enkelte grupper findes der naturligvis i et stort antal af sagerne problemer af vidt forskellig art. Man skal yderligere til belysning af de forskellige problemers forekomst oplyse følgende:

Økonomiske problemer forekommer i Disharmonisk ægteskab i . . . . .	45 pct. af tilfældene	44 — —
Mandens drikfædighed i . . . . .	30 — —	— —
Opdragelsesproblemer i . . . . .	23 — —	— —
Svære psykiske afvigelser hos en af parterne i . . . . .	16 — —	— —
Dårlige boligforhold i Sexuelle vanskeligheder i . . . . .	14 — —	14 — —
Familiens indblanding i . . . . .	11 — —	— —
Ganske unge uerfarne ægtefæller i . . . . .	7 — —	— —

Man skal gå lidt nærmere ind på visse problemer indenfor nogle af ovennævnte hovedgrupper, specielt forsåvidt de har betydning i relation til abortproblemet.

*Den første gruppe, de disharmoniske ægteskaber,* består af ægteskaber, hvor tilværelsen er præget af splid og stadige skænderier, og hvor ægteskabet, på det tidspunkt vi har forbindelse med parterne, faktisk har været på skilsmisens rand. I halvdelen af disse ægteskaber var der også betydelige økonomiske og boligmæssige problemer, og konflikterne tog ofte deres udgangspunkt i disse vanskeligheder. Økonomien var på grund af arbejdsløshedsperioder, bidragsforpligtelser og ikke mindst afbetalingsforpligtelser ofte i bundløs uorden. I den udstrækning det lykkedes at regulere disse forhold, faldt gemytterne også ofte til ro, og ægteskabet stabiliseredes. I over  $\frac{1}{4}$  af disse familier var der tillige seksuelle vanskeligheder, som vi imidlertid har skønnet var sekundære til de øvrige konflikter —

ofte var de først opstået på et senere tidspunkt eller havde på anden måde vist sig relative — jævnligt forsvandt de eller blev af mindre betydning, når forholdene reguleredes. Et problem af ikke ringe betydning har været indblanding fra andre familimedlemmers side. I  $\frac{1}{5}$  af familierne under den omhandlede gruppe var dette forhold anstødssten. 15 pct. af gruppen bestod af ganske unge familier.

*Drikfædigheden* spiller en ikke ubetydelig rolle for abortproblemet. Det er i anden forbindelse opgjort, at  $\frac{1}{5}$  af alle de kvinder, der henvender sig om abort, er gift med drikfædige mænd. Disse kvinder er ofte trætte, overbelastede og med svære neurostheniforme neuroser, fordi så stor en del af ansvaret — ofte også ansvaret for familiens kontante indkomster — hviler på dem.

Der findes af denne grund indikation for svangerskabsafbrydelse hos næsten  $\frac{3}{4}$  af dem. Det har kunnet beregnes, at det samlede antal legale aborter i hele landet årligt forøges med adskillige hundrede tilfælde alene af denne grund. Man har derfor sat meget ind på at komme i kontakt med så mange af disse mænd som muligt. Det har her været af stor værdi, at arbejdet er foregået i tilslutning til mødrehjælpen.

Kvinderne er karakterologisk først og fremmest præget af sliddet og byrderne.  $\frac{1}{5}$  er trætte, astheniske, en anden femtedel helt initiativløse, sløve og sjuskede, træk, som både kan være en følge af vanskelighederne og en årsag til dem. Enkelte tilhørte den selvretfærdige, dominerende type, men konen med kagerullen er alt i alt ikke den hyppigste forklaring på mandens drikkeri.

Med hensyn til forekomsten af nervøse lidelser finder man — som det allerede er berørt, — at kun et fåtal af mændene, der drikker, har sværere neuroser. Vi har to, een med angstneurose og een med en periodisk dysfori. Derimod har næsten halvdelen af kvinderne neuroser og da langt overvejende overbelastningsneuroser.

*Økonomiske, boligmæssige og praktiske problemer* spiller en rolle i 45 pct. af samtlige tilfælde, selvom de kun kan siges at være hovedproblem i 14 pct. af tilfældene.

### *Behandlingens art.*

Gennem et socialt, psykologisk og læge- ligt orienteret arbejde med familierne, rettet såvel mod de enkelte mennesker som mod miljø og omgivelser, har man forsøgt at skabe bedre tilpasning såvel de enkelte familiemedlemmer imellem som mellem de enkelte mennesker og deres ydre omgivelser. Man har taget sig tilstrækkelig tid til arbejdet, så man har kunnet sætte sig ind i forudsætningerne for, at vanskelighederne er opstået. Man har lagt megen vægt på at udvikle et tillidsforhold mellem klienterne og rådgivningen, og man har her, som overalt i mødrehjælpens arbejde, indtaget en ganske fordomsfri og umoraliserende holdning. Det har vist sig af stor værdi at lade de sociale og de personlige foranstaltninger gå hånd i hånd; forudsætningen for den personlige kontakt er ofte, at man viser realiteten i sin gode vilje ved at yde en materiel håndsrækning. Forudsætningen for udnyttelsen af den materielle hjælp er ofte, at man er i personligt og tillidsfuldt samarbejde med klienten.

Man kan formelt adskille behandlingen i:

a. Social behandling bestående dels i materiel og økonomisk hjælp, dels i hjælp med arbejdsforhold, skatteforhold m. m.

b. Psykologisk behandling, rettet mod klienternes personlige indstilling, gående ud på at skabe mulighed for bedre tilpasning til hinanden og til omgivelserne. Man har i denne forbindelse udøvet forskellige grader af psykoterapi, sigtende mod klarlæggelse af til grund liggende konflikter, fejlindstillinger og vanemæssige fejlreaktioner. Man har søgt at give klienten indsigt heri og at lære vedkommende, hvorledes han eller hun kan ændre og beherske sin indstilling og sine reaktioner.

c. Medicinsk behandling. En sådan har kun fundet sted i form af henvisninger til egnede behandlingssteder.

I så godt som intet tilfælde har disse behandlingsmetoder været anvendt isoleret — det har altid drejet sig om en kombination af alle metoder.

Medens så godt som alle klienter har haft samtaler med socialrådgiveren, har 37 pct.

af ansøgerne udelukkende været behandlet hos socialrådgiver, 46 pct. har haft samtaler med psykiater, en del dog kun for en enkelt samtales vedkommende, f. eks. med henblik på nærmere vurdering til støtte for socialrådgiverens arbejde, eller et par konsultationer, f. eks. med henblik på antabusbehandling, som ellers er fulgt op af socialrådgiveren. 23 pct. har været til samtale med psykolog, også her i en del tilfælde til nærmere vurdering af de pågældende, i en del tilfælde har der været tale om problemer med børnene, hvor psykologen har givet psykologisk og pædagogisk vejledning.

Som nævnt er der lagt stor vægt på praktisk og økonomisk hjælp i forbindelse med rådgivningen. I  $\frac{3}{4}$  af tilfældene har klienterne fået en direkte økonomisk hjælp, f. eks. til beklædning, til de nødvendigeste møbler og det nødvendigeste husgeråd, hjælp til sengetøj eller lign. eller til hus- hjælp. I nogle tilfælde er der betalt indskud i lejlighed. Det skal i denne forbindelse nævnes, at boligproblemet har været et afgørende problem for en del af klienterne, og heroverfor har man kun haft meget ringe mulighed for at sætte ind.

Den økonomiske støtte, der gives, har i det væsentligste været baseret på det rådighedsbeløb, der i henhold til § 1, stk. 4, i lov om mødrehjælpsinstitutioner årlig stilles til rådighed til i særlige tilfælde at afhjælpe den trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet, jfr. nærmere herom bilag 5. I et vist omfang har hjælpen været ydet af private midler.

I godt  $\frac{1}{4}$  af tilfældene har der været hjælp med budgetlægning, undertiden har mødrehjælpens hjemkonsulent været draget ind i arbejdet med hensyn til rent praktisk vejledning i det daglige, med indkøb og lign.

En betydelig del af kvinderne har været på rekreationsophold enten på institutionens rekreationshjem for gravide kvinder, se herom nærmere bilag 3, eller på det af Foreningen til støtte for mødre og børn (mødrehjælpens støtteforening) drevne rekreationshjem „Klostermosegård“.

Som tidligere nævnt har der i de fleste tilfælde været tale om en kombination af mange forskellige former for hjælp.

Med hensyn til *behandlingsens varighed* kan det oplyses, at godt  $\frac{1}{3}$  af sagerne er blevet afsluttet på under  $\frac{1}{2}$  år, ca.  $\frac{1}{4}$  har været i gang fra  $\frac{1}{2}$ —1 år og  $\frac{1}{4}$  i 1 til 2 år, medens ca.  $\frac{1}{6}$  har været i gang mere end 2 år.

De fleste af sagerne har således været løbende i lange perioder. I de mere langvarige sager har der dog normalt ikke været regelmæssig kontakt hele tiden. I en del tilfælde har det været hensigtsmæssigt at tage sagen op påny med visse mellemrum. I nogle tilfælde har man i behandlingsperioden flere gange ugentlig kontakt med klienterne, i andre kan der måske gå 14 dage imellem. Som regel har det dog været hensigtsmæssigt med 1 ugentlig samtale. Blandt de tilfælde, der kun har løbet i kort tid, er der en hel del, hvor det ikke er lykkedes at opnå tilstrækkelig kontakt eller skabe fornøden interesse for behandlingen, hvorfor sagen har måttet opgives eller er gledet ud efter 1 eller 2 samtaler.

Kun i ganske enkelte af de sager, hvor man har haft få samtaler, har behandlingen haft egentlig nytte, således at den tid, der er medgået til disse sager, i almindelighed må anses for spildt.

Lykkes det først at opnå kontakt og komme „i gang“, er der som regel ikke vanskeligheder forbundet med at holde sagen løbende, tværtimod kan det være vanskeligt at få den afsluttet. I talrige sager fordres lang tids mere eller mindre regelmæssigt arbejde og i mange perioder meget hyppige samtaler — i enkelte tilfælde har man haft over 100 kontakter med klienten. I betragtning af arbejdets forsøgmæssige karakter har man i en del tilfælde arbejdet noget langvarigere end berettiget ud fra det udbytte, man til syvende og sidst har haft deraf. Her skal refereres til det tidligere sagte om nødvendigheden af en ret stram tilrettelæggelse af arbejdet. Især må bestræbelserne samle sig om at udelukke for langvarigt arbejde med sager, som kan anses for mere eller mindre håbløse — dette gælder ikke mindst tilfælde, hvor vanskelighederne skyldes sværere psykopati hos den ene eller begge parter.

#### *Gruppearbejdet.*

Under arbejdet har man følt et stigende behov for en overgangsbehandling efter

afsluttet intensiv behandling. For at skabe muligheder herfor, har man nogle vintre forsøgt et gruppearbejde under ledelse af psykolog eller socialrådgiver. Man har her samlet klienterne i en gruppe på ca. 10—12 medlemmer hver 14. dag eller en gang om ugen. De har herunder lejlighed til at knytte sociale kontakter samt at få gennemdrøftet og belyst problemer med tilknytning til psykologi, samliv, pædagogik og sociale forhold.

Skønt samtalekredsen fortrinsvis har været sammensat af en kreds af mennesker, der gennem familierådgivningens bistand var nået frem til en eller anden form for positiv løsning af den konflikt, for hvilken de havde søgt konsultationen, viste det sig hurtigt, at der endnu for næsten alles vedkommende var en række problemer at slås med, delvis i form af efterveer af den oprindelige konflikt.

Det har vist sig værdifuldt at få disse problemer drøftet grundigt igennem, og ofte har de åbne samtaler deltagerne imellem vist sig at have en gunstig virkning.

De indbyrdes erfaringsudviklinger har i adskillige tilfælde vist sig værdifulde med hensyn til afvikling af mindre konflikter under udvikling.

Man har stilet imod at give deltagerne sans for en mere positiv udnyttelse af aftener og fritid.

#### *Resultater.*

Disse er det af mange grunde vanskeligt at vurdere exact. Stiller man sig selv det krav, at familielivet efter behandlingen skal være fuldkommen gnidningsfrit og harmonisk, er resultaterne kun meget små. Fordrer man derimod, at forholdene skal bedres så meget, at dagliglivet er tåleligt, er resultaterne betydeligt større. Man har stræbt efter at skabe større gensidig forståelse, bedre indføling og evne til at arbejde med og overvinde vanskelighederne. I den udstrækning, dette er opnået, er resultatet betragtet som positivt. Vurderingen må desuden afhænge af, om behandlingen har gavnet alle parter eller kun en enkelt.

Selvom bestræbelserne i alle tilfælde først og fremmest er gået ud på at bevare samlivet og ægteskabet, især hvor der har været fælles børn, har man dog ikke anvendt denne retningslinie skematisk. Der findes



enkelte tilfælde, hvor man efter et omhyggeligt forarbejde må erkende, at et tåleligt, harmonisk samliv er uopnåeligt, og at en fortsættelse vil være til skade for alle parter. I disse tilfælde har man søgt at stille problemerne så klart som muligt op for parterne for såvidt muligt at lade dem selv træffe deres valg. I ganske enkelte tilfælde har man dog direkte måttet tilråde skilsmisse. I en del tilfælde har man bl. a. gennem juridisk bistand under skilsmissen eller separation søgt at bevare kontakten også efter samlivets ophævelse. Man har så forsøgt, gennem et arbejde på lidt længere sigt, at forbedre jordbunden for en eventuel senere genoptagelse af samlivet, som jo erfaringsmæssigt ofte finder sted.

Der er foretaget en opgørelse af, hvorvidt situationen er forbedret, dels forsåvidt angår ægteskabet, dels forsåvidt angår kvinden.

For ægteskabernes vedkommende ligger det således, at 24 pct. er væsentligt forbedrede eller fuldstændigt restituerede, 18 pct. forbedret i nogen grad, 58 pct. uforandrede eller forværrede. — Tages alene hensyn til kvinden er forholdene væsentligt eller fuldstændigt forbedrede i  $\frac{1}{3}$  af tilfældene, en vis forbedring indtrådt i  $\frac{1}{3}$  af tilfældene, medens kun ganske få har fået forværrede forhold. De forværrede forhold drejer sig om tilfælde, som utvivlsomt også uden rådgivning ville være forværrede. Forsåvidt angår de forværrede ægteskaber skal det bemærkes, at der her væsentligst er tale om ægteskaber, som med mere eller mindre direkte medvirken fra rådgiverens side er blevet opløst.

### *Konklusion.*

Familierådgivning kan yde en værdifuld hjælp, navnlig når begge ægtefæller erkender at have behov for en sådan hjælp, eller den kan ydes i direkte tilslutning til og uden adskillelse fra den hjælp, en institution iøvrigt yder.

I en del tilfælde med mere udpræget psykopati og holdningsløshed og manglende vilje og evne til samarbejde giver rådgivningen ingen resultater. Derimod kan

man opnå resultater, selvom kun den ene ægtefælle udnytter rådgivningen.

I langt de fleste tilfælde fordrer rådgivningen et meget snævert samarbejde mellem socialrådgivere, psykologer og psykiatere. Arbejdet bør først og fremmest være socialt, men udføres med støtte af den vejledning, psykologer og psykiatere kan yde. Behandlingen bør i næsten alle tilfælde bestå i en kombination af sociale og personlige foranstaltninger.

Betydningen af, at man ikke tager for let på problemet om disse rådgivningers forsvarlige tilrettelæggelse, skal indskræpes. Det er vigtigt, at personalet er kvalificeret, at en psykiater deltager i arbejdet, samt at der er tilstrækkelig tid til at fuldende sagerne, og at ledelsen har fast indsigt og indflydelse på arbejdets gang. Man griber ind i meget alvorlige, menneskelige problemer. Såvel organisationen som sådan som den enkelte medarbejder må være dette ansvar voksent.

Det er mødrehjælpens erfaring, at arbejdet udføres bedst i tilslutning til en institution. For mødrehjælpens vedkommende beror fordelene for det første på, at familierådgivning i den udformning, man her har givet den, ikke betegner et brud med, men tværtimod en udlægning af de principper, som i forvejen ligger til grund for institutionens arbejde. For det andet, at man i enkelte tilfælde er i stand til at yde en værdifuld materiel hjælp, hvis værdi gennem det supplerende personlige arbejde yderligere forøges. Samtidig giver institutionen som sådan den administrative og tekniske baggrund for at udføre et så krævende arbejde.

Familierådgivning har vist sig at være af stor betydning som et supplement til arbejdet indenfor forskellige grene af mødrehjælpens arbejde, men som det vil fremgå af det anførte, har det ikke mindst indenfor arbejdet med abortsøgende kvinder vist sig uundværligt. I betragtning af abortproblemet omfang og alvor er der et betydeligt behov for udbygning og forøgelse af familierådgivningsarbejdet, ikke blot i den københavnske institution, men også udover landet.

## Redegørelse fra mødrehjælpen i København angående rådighedsbeløbet efter mødrehjælpslovens § 1, stk. 4.

Ved lov nr. 112 af 23. marts 1948 om ændring af lov om mødrehjælpsinstitutioner blev det bestemt bl. a., at institutionerne i ganske særlige tilfælde kan yde en direkte økonomisk støtte til imødegåelse af den trang, der kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet. Det fremgik af de forhandlinger, der gik forud for denne lovændring, og også af skrivelser, der i forbindelse hermed var udsendt fra arbejds- og socialministeriet til mødrehjælpsinstitutionerne, at dette „rådighedsbeløb“ væsentligst, men ikke udelukkende skulle anvendes til støtte for trængende gravide kvinder, der søger deres svangerskab afbrudt helt eller delvis på grund af økonomiske vanskeligheder.

Allerede året forinden var der med finansministeriets og finansudvalgets samtykke stillet et beløb til rådighed for institutionerne til dette formål, nemlig 70 000 kr., og fra 1. april 1948 har der været stillet følgende beløb til rådighed til nævnte formål (§ 1, stk. 4, i loven om mødrehjælpsinstitutioner):

I 1948/49 . . . . .	200 000 kr.
I 1949/50 . . . . .	307 500 -
I 1950/51 . . . . .	372 500 -
I 1951/52 . . . . .	411 000 -
I 1952/53 . . . . .	498 000 -

De således til rådighed stillede beløb er i det væsentligste anvendt i arbejdet for at hjælpe og støtte abortsøgende kvinder til gennemførelse af deres svangerskab, omend det ikke har været nogen absolut betingelse for at få hjælp af beløbet, at kvinderne havde fremsat ønske om svangerskabsafbrydelse. Midlerne er anvendt efter et individuelt skøn i hvert enkelt tilfælde og altid på grundlag af omhyggelige undersøgelser af, hvorvidt hjælpen skønnedes tiltrængt, oftest i forbindelse med besøg i kvindens hjem og for

den københavnske institutions vedkommende som regel med bistand af institutionens hjemkonsulenter.

Den hjælp, der er ydet af rådighedsbeløbet, kan inddeles i nedenstående hovedgrupper:

- 1) Almindelig hjælp, støtte og opmuntring.
- 2) Kompensation for tabt arbejdsfortjeneste.
- 3) Hushjælp.
- 4) Anskaffelser til barnemoderen.
- 5) Anskaffelser til hjemmet.
- 6) Anskaffelser til barnet.
- 7) Betaling for barnets ophold på børnehjem.
- 8) Betaling af gæld og afdrag.
- 9) Indskud i lejlighed.
- 10) Hjælp til uddannelse.
- 11) Hjælp til start af erhverv og
- 12) Anden hjælp.

Til de enkelte af ovennævnte grupper skal gøres følgende bemærkninger:

### *ad 1. Almindelig hjælp, støtte og opmuntring.*

Denne form for hjælp anvendes på et meget tidligt tidspunkt af sagens behandling. Ofte kan det være af betydning, at man giver den kvinde, der sidder i trange økonomiske kår, et mindre kontant beløb at råde over selv, som muliggør for hende efter eget skøn at købe de mest nødvendige ting til sig selv eller til hjemmet, eventuelt betale en særlig tyngende mindre gæld. Et sådant — som regel lille — kontant beløb på 50—100 kr. kan have stor psykisk betydning som en håndsrækning i en særlig vanskelig situation og som en manifestation for kvinden af, at der er en vis realitet bag mødrehjælpsinstitutionens løfter om hjælp; hendes tillid til institutionen styrkes derved til stor gavn for den videre kontakt.

*ad 2. Kompensation for tabt arbejdsfortjeneste.*

I en del tilfælde er muligheden for helt eller delvis bortfald af hustruens eller den enlige forsørgers indtægt en afgørende grund for, at svangerskabet ønskes afbrudt, og her kan hel eller delvis kompensation for tabt arbejdsfortjeneste være den hjælpeform, der har størst betydning som abortforebyggende foranstaltning. Hvor kvinden er berettiget til hjælp ifølge fabrikloven eller på anden måde delvis sikret under sin forsømmelse fra arbejdet, vil hjælpen ikke blive ydet; ej heller vil der i noget tilfælde fra institutionens side blive tale om en egentlig forsørgelse af kvinden eller hendes familie, idet man i sådanne tilfælde henviser til socialkontorets hjælp. Som typiske eksempler på hjælp af rådighedsbeløbet kan nævnes en vis økonomisk støtte i nogle måneder i tilfælde, hvor hustruens indtægt er et nødvendigt supplement til familiens forsørgelse, tilfælde, hvor hustruen faktisk er eneforsørger, f. eks. fordi ægtemanden er under uddannelse, samt tilfælde, hvor man i en kort periode lønner en vikar for den kvinde, der f. eks. har rengøringsarbejde, eller hvis arbejdsindsats i mandens virksomhed ikke kan undværes.

*ad 3. Hushjælp.*

Denne hjælp er tit af overordentlig stor betydning for overanstrengte og udkørte husmødre. I det omfang, kvinderne har mulighed for at blive hjulpet i henhold til loven om husmoderafløsning, henvises her til. Ofte vil der imidlertid ikke være tale om, at kvinden er egentlig syg, men om, at det daglige arbejde er ved at overstige hendes kræfter, og man giver hende da en aflastning gennem en kortere eller længere periode. Ofte gives hjælpen i en periode i begyndelsen af svangerskabet, hvorefter man hører op med hjælpen en tid og lader den træde i funktion igen den sidste månedstid før fødslen. Under selve barselperioden henvises til hjælp ifølge loven om husmoderafløsning, men efter at denne er ophørt, kan man eventuelt igen træde til i en kortere periode. Undertiden giver man hjælpen i form af hjælp 1 gang månedlig til vask, undertiden hjælp 1 gang ugentlig, undertiden hjælp 3—4 gange ugentlig, alt eftersom der er behov herfor.

Institutionen har ikke eget hushjælperkorps.

Hjælpen ydes efter en lægelig-social afgørelse, væsentligst til kvinder med flere børn, og kan betyde meget som middel til at holde hjemmet oppe og få kvinden til at forstå, at det er muligt for hende at gennemføre sit svangerskab.

*ad 4. Anskaffelser til barnemoderen.*

Der er her tale om beklædning, meget ofte svangerskabskjole, eventuelt frakke o. lign. til moderen selv. Der udleveres som hovedregel en rekvisition til køb af disse ting, ikke kontante penge. Mange af disse kvinder har aldrig kunnet få noget som helst til overs til sig selv, og hjælpen er til stor glæde og har ofte stor psykisk betydning.

*ad 5. Anskaffelser til hjemmet.*

Undertiden er forholdene i hjemmet så vanskelige, at det synes overordentlig svært at anbringe endnu et barn, og institutionen har, i det omfang det har været økonomisk muligt, søgt at træde til med en vis forbedring af hjemmene. Navnlig har man ofte ydet etagesenge til børnene, når forholdene er så små, at der rent faktisk ikke er plads til flere børn. I andre tilfælde ydes det nødvendige sengetøj og sengeleddet til moderen selv eller til børnene. I enkelte tilfælde har man hjulpet til med nødvendige køkkenredskaber, hvilket kan være en stor lettelse og opmuntring for moderen i de daglige vanskeligheder. En sådan hjælp til hjemmet, der undertiden kan nærme sig en vis sanering, er tit en overordentlig stor hjælp for moderen selv og for hele familien, idet der bliver skabt et lidt bedre grundlag at bygge videre på. Denne hjælp ydes så godt som altid i samråd med institutionens hjemkonsulenter og ledsages ofte af en vejledning med hensyn til den daglige husførelse.

*ad 6. Anskaffelser til barnet.*

Der kan navnlig nævnes hjælp til barnevogn, seng og sengeudstyr til det spæde barn. I det omfang, det er muligt at yde spædbørnsudstyr i henhold til lovens § 1, stk. 4, benyttes denne bestemmelse.

*ad 7. Betaling for barnets ophold på børnehjem.*

Denne form for hjælp ydes kun i ganske enkelte tilfælde. Som et typisk eksempel kan nævnes tilfælde, hvor et barn, født i ægteskab, ønskes bortadopteret og forinden må observeres en kortere periode på børnehjem. Her findes ikke mulighed for at få bidrag fra barnefaderen, og er der alene tale om en kortere periode, og har familien iøvrigt holdt sig fri af offentlig hjælp, har mødrehjælpen ment det rigtigt at træde til, hvor familien selv skønnes ude af stand til at klare udgifterne.

*ad 8. Betaling af gæld og afdrag.*

Denne hjælp ydes ret sjældent og kun med den største varsomhed og oftest som led i en mere almindelig vejledning til familien vedrørende planlægning og budgetlægning, undertiden som et led i familierådgivning.

I sådanne tilfælde, hvor man oftest er i kontakt med begge ægtefæller, og hvor begge er positivt indstillet overfor og villige til at sætte noget ind på en sanering af deres faste udgifter og gældsposter, kan det være nødvendigt for at få familien i gang at udbetale enkelte særlig tyngende gældsposter eller f. eks. samle nogle spredte gældsposter på een hånd ved, at institutionen yder familien et lån, som derefter afdrages med passende beløb til institutionen.

*ad 9. Indskud i lejlighed.*

Ofte er boligproblemet det afgørende motiv for ønsket om svangerskabsafbrydelse. Institutionen har her søgt samarbejde med boligselskaber og boligudvalg, men har dog kun i et ganske ringe antal tilfælde kunnet skaffe familier lejlighed. Familien stimuleres selvsagt til selv at gøre en indsats for at finde en lejlighed, eventuelt en bedre lejlighed, og hvor familien ved institutionens eller egen hjælp har skaffet sig en sådan, er man i en del tilfælde trådt til med hjælp til indskud eller forudbetaling af husleje som lån eller gave. Denne hjælp har ofte været

afgørende for, at kvinden fik mod til at gennemføre svangerskabet. Løsning af boligproblemet vil efter institutionens skøn være af største betydning som abortforebyggende foranstaltning. Indtil en løsning nås, ville det være meget vigtigt, om mødrehjælpen — som tilfældet f. eks. er i Sverige — havde en vis fortrinsret for sine klienter ved anvisning af ledige boliger.

*ad 10 og 11. Hjælp til uddannelse og til start af erhverv.*

Disse former for hjælp anser institutionen for overordentlig vigtige, væsentligst for enligstillede mødre med børn. Moderen får herved en mulighed for at sørge forsvarligt for sine børn og at give dem et hjem. Der er imidlertid kun i forholdsvis få tilfælde ydet hjælp hertil af rådighedsbeløbet, idet man i nogen grad har kunnet drage nytte af private legater hertil, og i de senere år har man kunnet yde støtte af tipsfondens midler.

*ad 12. Anden hjælp.*

Her kan eksempelvis nævnes betaling for rekreationsophold for mødrene, der ofte kan være den bedste form for hjælp til en overbelastet husmoder.

De ovennævnte former for hjælp anvendes i hvert enkelt tilfælde efter et individuelt skøn over, hvorledes man bedst kan hjælpe den pågældende kvinde. Undertiden er en enkelt af de nævnte hjælpeformer helt afgørende og den eneste form, der har været nødvendig, f. eks. hjælp til indskud i lejlighed. I andre tilfælde ydes hjælp indenfor flere af grupperne. Nogle af hjælpeformerne er, som det vil fremgå, direkte abortforebyggende, andre er egnet til mere indirekte at give kvinderne kræfter eller mod og vilje til at gennemføre svangerskabet.

Institutionen skal meget stærkt understrege, at denne økonomiske og praktiske hjælp er af uvurderlig betydning i mødrehjælpens abortforebyggende arbejde, og at den må ydes efter omhyggelig undersøgelse med hensyn til de individuelle forhold og hånd i hånd med personlig støtte og vejledning.

**Uddrag af redegørelse for en undersøgelse blandt patienter hos mødrehjælpen  
i København angående disses kendskab til anvendelse  
af svangerskabsforebyggende metoder.\*)**

426 gravide kvinder, hvoraf to trediedel har søgt svangerskabsafbrydelse, er i mødrehjælpen udspurgt om deres anvendelse af svangerskabsforebyggende midler samt om deres indstilling til spørgsmålet. 62 pct. af de udspurgte var gifte, 40 pct. under 25 år.

16 pct. angav slet ikke at kende præventive midler. Kun nogle få procent blandt de ugifte og de ganske unge har fået tilmålt og lært at bruge et pessar. 62 pct. af alle brugte ikke specifik metode, 18 pct. brugte condom, 10 pct. pessar. Kun 17 pct. af de kvinder, der har lært at bruge pessar, forsømmer siden helt at bruge specifik antikonception. Kun 20 pct. af alle brugte konstant antikonception. Egentlige antikonceptionelle metoder anvendtes fortrinsvis af de gifte i aldersgrupperne 25—34 år.

68 pct. angav at være interesseret i oplæring. I praksis mødte kun ca. 40 pct. Kun få ønskede at konsultere egen læge.

Motiverne for at undlade prævention var

meget varierende og kunne ikke altid klart udredes. Mange angav „tankeløshed“ og lignende, men dette motiv dækkede formentlig over andre, mere konkrete. En hel del kvinder befinder sig i en sådan psykologisk eller social situation, at spørgsmålet om prævention ikke gøres til genstand for direkte overvejelse. Disse forhold betinger en passivitet overfor både almen og individuel propaganda, som hæmmer antikonceptionens udbredelse. Andre kvinder er hildede i misforståelser vedrørende anatomiske, fysiologiske og patologiske forhold, som afholder dem fra effektiv prævention. Hos atter andre gennemførtes antikonceptionen ikke af rent praktiske, økonomiske eller lægelige grunde. Undersøgelsen har endvidere bekræftet et indtryk af, at ikke alle læger er tilstrækkeligt interesserede og måske heller ikke tilstrækkeligt orienterede til at hjælpe deres patienter med disse spørgsmål.

\*) Læge Henrik Hoffmeyer i Ugeskrift for Læger 113, 569, 1951.

## Redegørelse for Danske kvindelige Lægers Klubs vejledningsarbejde i svangerskabsforebyggelse.

Efter anmodning tillader undertegnede sig hermed at fremsende oplysning om visse af Kvindelige Lægers Klubs erfaringer i forbindelse med vort vejledningsarbejde i svangerskabsregulering.

Man har ønsket oplysninger

1. om vor vurdering af forskellige midlers effektivitet,
2. om ulemper forbundet med brugen af præventivmidler,
3. om udgifterne forbundet med forskellige midlers anvendelse,
4. om kvinderne vil søge klinikker, og
5. om, hvorvidt man overhovedet kan få kvinder til at bruge præventivmidler.

*ad 1:* Da Kvindelige Lægers Klub planlagde vejledningsarbejdet i svangerskabsregulering for at reducere aborternes antal, undersøgte vi, hvilke midler der på daværende tidspunkt (1947) var tilgængelige for befolkningen. Vi fandt, at markedet til enhver tid var forsynet med midler, der anvendes af mænd og fortrinsvis i udenomsægteskabelige forhold (præservativer), medens effektive midler for kvinder (pessarer) praktisk taget ikke fandtes. Denne forsyning af markedet stemte således overens med, at abortproblemet ikke væsentligst er den ugifte, men den gifte kvindes problem. Forsyningen af pessarer var under krigen faldende, da den eneste danske fabrik (Schönning og Arvé), der hidtil havde fremstillet pessarer, indstillede produktionen efter gentagne gange at have modtaget råprodukter af for ringe kvalitet.

De første to år efter krigen fandt der af importører med gummikvota en import sted af højst uensartede kvaliteter af pessarer på ialt 14 000 stk. årligt.

Af kemiske præventivpræparater fandtes kun et officielt: tabl. oxychini, hvis effektivitet

man fra sagkyndig farmacologisk side stillede sig skeptisk overfor (prof. K. O. Møller).

På basis af flere af vore medlemmers personlige studier ved klinikker i Norge, Sverige, England, Holland og USA og på basis af vort kendskab til den internationale litteratur søgte vi derfor varedirektoratet om importtilladelse til nogle amerikanske midler til brug for vort vejledningsarbejde.

Disse Ortho-produkter var anerkendt af den amerikanske lægeforening, og der forelå mere end 10 års erfaringer fra store materialer i USA, kontrolleret på hospitaler og klinikker. Endvidere har Ortho-gynol de sidste tre år været anvendt med tilfredsstillende resultat ved mødrehygiejnekontoret i Oslo og i 1—2 år ved Stockholm Stads Rådgivningsbüro. Vore erfaringer med mere end 1 000 danske kvinder stemmer overens hermed, idet vi ikke har modtaget en eneste henvendelse i anledning af uønsket svangerskab. Selv i et i forhold til danske forhold primitivt miljø fra Indien foreligger meddelelse om lige så gode resultater. Blandt 300 arbejderkvinder kontrolleret gennem to år er der af den offentlige klinik i Bombay kun registreret eet uønsket svangerskab.

Der eksisterer således højst effektive svangerskabsregulerende midler for kvinder i pessaret + kemisk middel.

Af kemiske midler, der kan anvendes alene uden pessar, findes idag to på det danske marked, der har særlig interesse.

1) Ortho-gynol creme, der deponeres i bunden af skeden ved hjælp af en plastiksprøjte. Denne metode er efter amerikanske statistikker lige så effektiv som i forbindelse med et pessar og anvendes herhjemme, hvor de anatomiske forhold vanskeliggør brugen af pessar, og hvor metoden foretrækkes af kvinden.

2) Vagitoria contracept, der er en stikpille, hvori det kemisk virksomme stof er fenylmercuriacetat. Også dette middel har man indhøstet store erfaringer med i USA gennem de sidste ti år. I USA er man nået frem til et anvendeligt effektivt fenylmercuriacetatpræparat, medens meningerne om det danske præparats effektivitet er så delte, at midlet endnu må anses for at befinde sig på forsøgsstadiet.

*ad 2:* Ulemper ved brugen af præventivmidler.

For pessarmetodens vedkommende er det vor erfaring, at der hverken for manden eller kvinden er ulemper forbundet med brugen af et rigtigt tilpasset pessar af en god kvalitet udover, at man overhovedet skal bruge præventivmidler.

Som ulemper i forbindelse med brug af kemiske midler alene anføres af patienterne:

- 1) midlet skal indføres lige før samleje,
- 2) indfedtningen er for stor, hvilket dels skyldes, at midlet kommer i kontakt med hele skedevæggen og ikke holdes på plads lige foran livmodermunden af pessaret, dels at der skal anvendes langt større mængder end i forbindelse med pessar.

Desuden fremkalder vagitoria contracept visse bivirkninger hos mange patienter:

- 1) lokal kløe, rødme og irritation både hos manden og kvinden,
- 2) universelt udslet eller andre reaktioner hos kvægsølvoverfølsomme personer.

Af fordele ved brug af pessar kan anføres,

- 1) at teknikken er enkel og let at indøve selv hos patienter med en relativt lav intelligens,
- 2) at metoden administreres af kvinden og kan anvendes uden mandens vidende,
- 3) at pessaret kan indføres på et hvilket som helst tidspunkt og et hvilket som helst belejligt sted. Disse forhold har stor praktisk betydning i overbefolkede lejligheder uden sanitære installationer.

*ad 3:* Udgifter i forbindelse med forskellige præventivmidlers brug.

1 præservativ koster 1,00—1,50 kr. og bruges som regel kun en gang, kan ved rensning anvendes enkelte gange.

1 pessar koster ca. 8,00 kr. og kan anvendes et ubegrænset antal gange indenfor 1—3 år.

1 stk. vagitoria contracept koster 0,32 kr.

1 tube Ortho-gynolgelé eller -creme koster 5,55 kr.

Ved anvendelse i forbindelse med pessar bruges  $\frac{1}{50}$  tube Ortho-gynolgelé, 0,11 kr. pr. gang.

Ved anvendelse af Ortho-gynolcreme alene bruges  $\frac{1}{20}$  tube, 0,27 kr. pr. gang.

Som det fremgår af ovenstående er det billigst at anvende:

pessar + kemisk middel, dernæst  
Ortho-gynol alene, dernæst  
Vagitoria contracept og dyrest  
Præservativ.

*ad 4:* Det bliver ved forskellige lejligheder fremført, at besøget på Kvindelige Lægers Klubs klinikker svigtede. Det har endog været meddelt, at klinikkerne af den grund skulle lukkes før forsøgsperiodens udløb. Dette har ikke på noget tidspunkt været under overvejelse, tværtimod blev vi nødt til at holde klinikkerne åbne to måneder udover den planlagte tid for i hvert tilfælde at afvikle de konsultationer, der var bestilt før den officielle lukkedag.

Disse forskellige gisninger bygger måske på det talmæssige misforhold, der findes mellem det antal vejledninger, vi i vor ansøgning til Københavns magistrat angav at kunne give i forsøgsperioden (ca. 10 000), og det antal, vi ialt gav (ca. 1 000).

Dette har sin årsag i forskellige forhold, hvoraf kan fremføres:

- 1) Kvindelige Lægers Klub indgik et samarbejde med Den almindelige danske Lægeforening, hvorefter praktiserende københavnske læger i samme tidsrum skulle give gratis vejledning.

Beretning om dette arbejdes omfang og erfaringer indvundne i forbindelse hermed er endnu ikke gjort op.

- 2) Kvindelige Lægers Klub frafaldt at starte vejledningsarbejdet ved en presse-kampagne, således at det tog nogle måneder at indarbejde besøget til klinikernes fulde kapacitet.

- 3) Medens vi arbejdede for at bringe de praktiske forhold for vort vejledningsarbejde i orden, kom der udtryk for en

del skepsis til orde med hensyn til pessarmetodens effektivitet, hvilket under de forhåndenværende forhold ikke kunne undlade at gøre et vist indtryk på befolkningen.

Sammenligner vi besøget på vore klinikker med lignende klinikkers start i Finland og Sverige, ligger vor besøgsfrekvens langt højere end de nævnte steder (klinikken i Finland fik fra åbningen i marts 1947 til 30. juni 1948 ialt 289 henvendelser. Stockholm Stads Rådgivningsbüro fik i sit første år 1948/49 ialt ca. 400). Når dertil kommer, at Rigsforbundet for Sexualoplysnings Klinik i Stockholm i løbet af 15 år i 1947 nåede til at blive søgt af 9 455 kvinder udelukkende for vejledning i prævention, må konklusionen af foreliggende data blive, at kvinder er villige til at søge vejledning på klinik.

*ad 5:* Hvorvidt kan man overhovedet få kvinder til at bruge præventivmidler?

I den udstrækning, de får adgang til oplysning om familieplanlægning og adgang til effektive midler og forsvarlig vejledning.

Dette har danske kvinder endnu ikke idag.

Som konklusion af de stillede spørgsmål tillader Kvindelige Lægers Klub sig at udtale:

1. Pessar i forbindelse med Ortho-gynogelé er effektivt og er den af kvinderne foretrukne metode i lande, hvor adskillige effektive midler er tilgængelige.  
Kemisk middel alene kan også være effektivt. Om det danske vagitoria contracepts anvendelighed er erfaringerne endnu uensartede og modstridende.
2. Udover det, at det for et normalt samliv overhovedet er nødvendigt at benytte præventivmidler, er der ingen ulemper forbundet med brugen af pessar + kemisk middel.
3. Billigst i brug er pessar + kemisk middel.
4. Kvinder vil søge klinikker i så stort omfang, at det berettiger oprettelsen af sådanne.
5. Kvinder vil benytte de lettest anvendelige og mest effektive midler til svangerskabsregulering i det omfang, de får kendskab dertil og får adgang til vejledning.

16. maj 1950.

På Kvindelige Lægers Klubs vegne

**Agnete Bræstrup.**



## Rapport, afgivet til Københavns magistrats 2. afdeling, vedrørende arbejdet i Kvindelige Lægers Klubs konsultationer 1. september 1948—28. februar 1949.

I skrivelse af 30. september 1947 anmodede Kvindelige Lægers Klub (K. L. K.) magistraten om støtte til gennemførelse af nogle forsøgskonsultationer i vejledning i brug af svangerskabsforebyggende midler for kvinder under hensyn til de senere års voldsomme stigning i aborternes antal. Da sagen gik til udvalgsbehandling, tilstilledes 22. december 1947 en detaljeret redegørelse for forsøgsplanen og hvad der iøvrigt måtte have interesse i sagen.

I skrivelse af 18. marts 1948 modtog K. L. K. meddelelse om, at kommunalbestyrelsen havde tiltrådt magistratens forslag om at yde K. L. K. det ønskede tilskud på 10 000 kr.

Den følgende rapport er en redegørelse for arbejdets udførelse og de resultater og erfaringer, vi har høstet.

### *Propaganda:*

Der er fremstillet en plakat i stort format til opklæbning og et lille tryk til brug for kontorer og klinikker.

September—oktober og januar—februar var plakaten ophængt på kommunens pladser på avishuse og plakatsøjler.

September. 5 000 stk. små tryk til magistratens III. afdeling til fordeling på socialkontorer, arbejdsanvisningskontorer o. lign.

September. 5 000 stk. små tryk til de samvirkende sygekasser samt en del store plakater til fordeling på Københavns sygekassekontorer.

September. 800 stk. store tryk til Arbejdernes Fællesorganisation til ophængning på arbejdspladser, hvor der særlig var kvindelige arbejdere.

Oktober. 200 stk. små tryk til Statens Husholdningsråds oplysningscentral for husmødre i Lyrskovgade.

Oktober. 200 stk. små tryk samt 20 store til Mødrehjælpens lægekonsultation, København.

Oktober. 100 stk. små tryk og 20 plakater til Københavns kommunes fortsættelseskursus.

Oktober. Små tryk til Københavns kommunebiblioteker.

November—december, blev ophængt plakater på en række københavnske apoteker.

November. 300 stk. små tryk til den kommunale hjemmesygepleje, 200 små tryk til Husmoderhjælpens Korps og 400 små tryk til Husmoderens Sygehjælp, alle til fordeling i hjemmene.

Januar. Små tryk til småbørnsstationerne og til Københavns Børneværn.

Desuden har der været ophængt plakater i venteværelser på Rudolph Berghs Hospitals poliklinik og på poliklinikken på Rigshospitalets afdeling for hud- og kønssygdomme.

Endvidere har vi spredt oplysning om en del af de problemer, der knytter sig hertil, gennem foredrag, radio, dags- og fagpresse.

### *Kontakten.*

Patienterne kom i kontakt med klinikkerne ved at aftale tid og sted for konsultation over en telefon, som stilledes til rådighed og blev passet af overbetjent i sædelighedspolitiet fru M. Bøggild. Udover den rent praktiske fordeling af patienterne fik vi herigennem samtidig en visitation, hvorved alle patienter, der rettede henvendelse til klinikkerne i anden anledning end svangerskabsregulering, allerede på dette tidspunkt blev filtreret fra. Fru Bøggilds mangeårige erfaringer fra hendes arbejde har været os en uvurderlig hjælp til en gnidningsløs gennemførelse af arbejdet.

Talrige praktiserende læger har henvist deres patienter til klinikkerne.

*Klinikker og personale.*

Klinikkerne har været åbne 2 gange ugentlig i nedennævnte konsultationer:

- 1) den kommunale klinik, Enghavevej 42,
- 2) dr. Karen Sveistrup og dr. Kirstine Ladefoged Jensen, konsultation Torvegade 25,
- 3) dr. Esther Møllers konsultation, Nr. Farimagsgade 33,
- 4) dr. Inga Jespersens konsultation, Østerbrogade 60.

*Patienterne.*

Der har været aftalt konsultationer for ialt 996 patienter (september 219, oktober 189, november 99, december 66, januar 180, februar 243).

Klinikkerne har ialt været besøgt af 754 patienter, der efter civilstand fordeler sig på følgende måde:

162 (22,6 pct.)	ugifte
560 (75,7 pct.)	gifte
32 (1,7 pct.)	separerede, fraskilte og enker.

De ugifte fordeler sig efter alder på følgende måde:

under 20 år ...	28	(under 16 år 0; 16—17 år 8; 18—19 år 20)
20—25 år . . . . .	78	
25—30 år . . . . .	28	
30 år og derover	28	

Kun enkelte ugifte har — foruden det, at de var ugift — angivet grunden til, at de søgte vejledning. Det har da altid været den, at de skulle giftes, men endnu ikke havde råd.

For de giftes vedkommende fordeler motiverne til svangerskabsregulering sig således:

ønskede antal børn haves . . . . .	243
økonomiske forhold . . . . .	109
nylig gennemgået svangerskab . . . . .	66
boligforhold . . . . .	36
sygdomme . . . . .	18
tidl. gentagne aborter . . . . .	13
— vanskelig fødsel . . . . .	10
arbejdsforhold . . . . .	7
sexualkonflikter . . . . .	3
familiære dispositioner . . . . .	1

Ialt afvistes 47 patienter. Heraf var nogle gravide ved første konsultation, andre

ønskede at få børn og endelig havde en del underlivsbetændelse, der gjorde dem uegnede til pessarbehandling.

Dette er i korte træk resultatet af vort arbejde. Vi havde måske nok ventet og håbet, at arbejdet havde fået et noget større omfang; vor kapacitet var i hvert tilfælde beregnet herpå. Dette skyldes efter vor mening to ting:

I: at der fra sagkyndig side blev givet udtryk for skepsis med hensyn til svangerskabsregulerende midlers effektivitet. Denne skepsis er gjort til skamme nu, da vi ikke har modtaget en eneste henvendelse i anledning af uønsket svangerskab. Vore resultater med danske patienter falder således fuldstændig sammen med vore amerikanske kollegers erfaringer.

II: vi har ment at kunne spore en vis frygtsom tilbageholdenhed hos kvinderne, som vi tilskriver deres usikkerhed, ængstelse og grænseløse uvidenhed indenfor denne side af livet.

Sammenligner vi vort besøg med Finlands, hvor der fornylig er oprettet en sexualklinik, kunne vi måske slet ikke have ventet større umiddelbar tilslutning. Klinikken i Finland fik fra åbningen marts 1947 — 30. juni 1948 ialt kun 289 henvendelser om svangerskabsregulering.

Vi har haft den glæde, at vor aktion indirekte har bevirket, at præventionsarbejdet er blevet taget op på Kommunehospitalets gynækologiske poliklinik, således at alle patienter, der udskrives fra en af kommunens afdelinger efter en abort, får adgang til at få vejledning; ligeledes har mødrehjælpsinstitutionen nu efter 10 års existens indført prævention for sine egne patienter.

Således må man sige, at der er åbnet adgang for alle de kvinder, der har aborteret, til at få hensigtsmæssig vejledning. Men alle de, der ikke har aborteret, hvilken vejledning kan de få? De kan gå til deres sygekasselæge, hvoraf en del giver vejledning, medens andre af principielle eller tekniske grunde afviser patienterne. Det må ikke bero på en tilfældighed, om en patient kan få vejledning eller ej. Det er vort håb, at Københavns kommune, der har vist stor fremsynethed i organisering af forebyggende

lægearbejde — tuberkulosekampagnen, småbørnsstationerne —, må finde udveje for, at enhver kvinde kan få forsvarlig vejledning i svangerskabsregulering.

#### *Kommentarer.*

Vort arbejde blev som bekendt taget op, for at befolkningen ikke med rette kunne føle sig svigtet ved ikke at have adgang til effektive, lægelige midler til svangerskabsregulering og derigennem til en sund familieplanlægning, når befolkningen ved den enorme stigning i de illegale aborters antal havde givet udtryk for, at den mente sig i sin ret til selv at træffe afgørelse i denne sag.

Da vort arbejde samtidig har givet anledning til en opblussen af diskussionen om seksualklinikker, skal vi tillade os at fremsætte et par bemærkninger hertil.

Det er vor opfattelse, at der hersker udtalt uklarhed angående disse klinikkers arbejdsområde udover, at man håber, at de skal kunne løse de problemer, der knytter sig til samlivet mellem mand og kvinde i al almindelighed. Hvis disse klinikker bliver en realitet her i København, ville de sandsynligvis blive søgt af den store gruppe mennesker, der i dag står i en eller anden følelsesmæssig konflikt (sexualneurose). For atter at bringe disse mennesker ud af deres konflikter kræves individuel og ofte meget tidsrøvende og langvarig behandling, sandsynligvis bedst af psykiater eller psykolog. Med den mangel på kvalificeret arbejdskraft og med de begrænsede midler, der kan stå til rådighed, vil hjælpen, man ønsker at yde, ikke i en overskuelig fremtid kunne nå ud til hele befolkningen.

Denne del af en seksualklinikks arbejdsområde er sygdomsbehandling — terapi, og vi har allerede i det mindste een klinik her i byen — kommunehospitalets gynækologiske poliklinik, — hvor dette arbejde udføres i samarbejde med en psykiater i så stor udstrækning, som arbejdskapaciteten tillader det.

Endvidere tror folk i al almindelighed, at en seksualklinik er en slags oplysningscentral, hvor de kan få alle de spørgsmål besvaret indenfor dette område, som de savner oplysning om. Vi er fuldstændig klare over, at der tiltrænges et endog meget stort oplysningsarbejde i ganske elementære ting

i den danske befolkning, men det er alt for tidsrøvende og dyrt at give og kan som følge deraf ikke nå ud til hele befolkningen i konsultationsform. Almindeligt oplysningsarbejde bør efter vor opfattelse ikke være en klinikks arbejdsområde, selvom en klinik udmærket godt kan formidle oplysninger, f. eks. ved uddeling af pjecer o. lign. Elementær seksualoplysning, inklusive familieplanlægning kan på mange områder falde naturligt ind i skolens arbejde. Et skridt i denne retning er taget ved den 2 timers obligatorisk undervisning, der nu gives i afgangsklasserne. Man må håbe, at dette arbejde snart vil blive effektivt udbygget, idet det vil medvirke til at forebygge de ovenfor omtalte konflikter (sexualneuroser).

En opgave, der falder indenfor en seksualklinikks arbejdsområde, er vejledning i svangerskabsregulering. Denne vejledning er ikke bundet til noget særligt speciale indenfor lægegerningen, idet den kan gives af alle læger, der har sat sig ind i dens teknik, og den kan under bestemte forhold endog gives betryggende af jordemødre og sygeplejersker, som det sker i Sverige. Vejledning i svangerskabsregulering er rent forebyggende — præventivt — arbejde i videste forstand. D. v. s. ikke blot svangerskabsforebyggende, men også forebyggende overfor en stor del af de sjælelige konflikter, der opstår i tilslutning til frygten for at få et uønsket barn, ligesom mange vanskeligheder hos de miljøbeskadede børn har deres rod i, at barnet er uønsket, „the unwanted child“.

Efter vor mening bør man arbejde hen imod, at hver mand og kvinde, der når skelsår og alder, har kendskab til, at svangerskaber kan reguleres, og at de, der ønsker en sådan vejledning, har adgang dertil. Herved ville man bidrage til dannelsen af en følelsesmæssig tryghed mellem mand og kvinde, der kun kan virke positivt og stabiliserende på forholdet og derigennem fremme en sund familiedannelse. At slægten af den grund skulle uddø, tør vist kun pessimister profetere, så negative er kvinderne ikke, men vi ønsker trygge kår for vore børn, så at de sjæleligt og legemligt kan udvikle sig sundt.

Dette præventive arbejde skulle være praktisk gennemførligt både økonomisk og med hensyn til kvalificeret arbejdskraft.

En „årgang“ kvinder på 20 år udgør idag i København 5—6 000 og i Storkøbenhavn 7—8 000, dertil kommer 25 årgange, som ikke tidligere har haft adgang til at få vejledning. Ved oprettelse af tre klinikker med to ugentlige konsultationer á 10 patienter hver, vil der årligt kunne gives 3 000 vejledninger ( $10 \times 2 \times 3 \times 52$ ). Denne kapacitet vil simpelt kunne øges til det dobbelte, ved at to læger arbejder samtidigt, eller til det tredobbelte, ved at klinikkerne holdes åbne daglig, eller ved en kombination af begge dele til 18 000 årligt.

Dernæst melder spørgsmålet sig, om disse klinikker skal arbejde med dette ene formål alene, eller om vejledningsarbejdet naturligt kunne knyttes til andet klinikarbejde. Der er noget upraktisk ved at oprette for mange klinikker, der hver kun varetager en enkelt opgave. Folk har svært ved at finde ud af, hvor de skal gå hen, og hvilken hjælp der overhovedet er at få.

Svangerskabsloven hjemler alle gravide kvinder adgang til forebyggende læge- og jordemoderkontrol i svangerskabet og i tilslutning til fødsler. Loven om lægeundersøgelse af børn fra 0—7 år giver alle børn i denne alder adgang til helbreds kontrol.

Københavns kommune har allerede taget et smukt og af mødrene meget påskønnet initiativ til at indarbejde sidstnævnte lov.

Hvis man kunne knytte vejledningen i svangerskabsregulering som et led til andet forebyggende lægearbejde for kvinder, børn og hjem, tror vi, at arbejdet ville få den placering, hvor dets virkelige videre betydning for den enkelte, for familien og for samfundet mest naturligt og hurtigst ville vinde almen forståelse og udbredelse.

#### *Konklusioner.*

1. Oplysnings- og vejledningsarbejde i svangerskabsregulering bør fortsættes under former, så at alle — uanset deres læges personlige stilling til spørgsmålet — får adgang hertil.

2. Vejledning i svangerskabsregulering hører naturligt hjemme sammen med andet forebyggende lægearbejde for mødre og børn (svangerskabskontrol og helbredsundersøgelser hos børn).

3. Behandlingen af sexualneuroser, der udgør en stor del af samtlige neuroser, bør løses i forbindelse med andre neuroser (neurosestationer).

4. Almindeligt oplysningsarbejde om familielivets personlige og samfundsmæssige betydning er yderst påkrævet og bør planlægges rationelt for folkeskolen, fortsættelsesskolen, ungdoms- og kvindeforeninger o.a.

**Inga Jespersen,**

læge.

**Agnete Bræstrup,**

læge.

## Erfaringer angående forebyggelse mod svangerskab.

Svangerskabskommissionen har i brev af 12. maj 1950 stillet mig følgende spørgsmål til besvarelse:

1. Hvorledes er Deres erfaringer vedrørende
  - a. svangerskabsforebyggende midlers effektivitet?
  - b. mulige helbredsmæssige følger og gener ved pessarmetoden?
  - c. mulige helbredsmæssige følger og gener ved andre svangerskabsforebyggende midler?
2. Har De noget indtryk af eller erfaring for, i hvor stor udstrækning uønskede svangerskaber er opstået, fordi kvinden ikke har fulgt den af Dem givne vejledning, men har undladt at benytte forebyggende midler?

Svar: De forebyggende midler og metoder, som min virksomhed som seksualrådgiver gennem 25 år har givet mig lejlighed til at undersøge, er hovedsageligt følgende:

1. coitus interruptus (afbrudt samleje).
2. samleje uden indtrængen i moderskeden.
3. condom (præservativ).
4. udskylning af moderskeden.
5. sikre perioder (Knaus — Ogino).
6. vaginalpessar.
7. collumpessar.
8. intrauterine instrumenter.
9. vagitoria contracept.
10. andre kemiske midler.

Jeg besvarer kommissionens spørgsmål for hver enkelt af disse metoder eller midler.

ad 1. Coitus interruptus er en overordentlig udbredt metode. Man kan godt uden overdrivelse sige, at den mere eller mindre regelmæssigt har været benyttet af alle de

ægtepar eller seksualpar, som har søgt min konsultation, uanset hvad der har været årsagen til deres henvendelse til mig.

Efter et løseligt skøn har jeg i årenes løb konstateret et uønsket svangerskab hos ca. 25 000 kvinder. Det store flertal af disse havde benyttet coitus interruptus. Det er imidlertid fuldstændig umuligt at konstatere, i hvor stor en procentdel af alle tilfælde metoden har svigtet. Det forholder sig nemlig således, at kun en lille brøkdel af de udøvede samlejer fører til kvindens befrugtning, selv om samlejet ikke afbrydes. I mange tilfælde formoder kvinden, at manden „har passet mindre godt på“, eller manden hævder, at kvinden „må have været hos andre“, hvilket fører til stridigheder mellem partnerne.

Mine erfaringer har ført mig til det skøn, at coitus interruptus ganske vist nedsætter chancen for befrugtning betydeligt, men at metoden før eller senere svigter i et meget stort antal tilfælde.

I de allerfleste tilfælde, hvor et uønsket svangerskab er indtrådt, hævder begge partnere bestemt, at de har gennemført metoden korrekt, og at det altså ikke kan skyldes nogen form for sløseri, når metoden nu har svigtet.

Forklaringen på, at coitus interruptus så tit slår fejl, er sandsynligvis det forhold, at der under hele samlejets varighed vandrer spermatozoer fra mandens urinrør over i kvindens moderskede, uden at manden er i stand til at mærke eller forhindre det.

Man har ved mikroskopiske undersøgelser kunnet påvise levende spermatozoer allerede i de såkaldte fordråber, d. v. s. de dråber af slimet vædske, som kan dryppe ud af mandens urinrør ved begyndende sexuel ophidselse.

Hvad de helbredsmæssige følger angår, er det mit indtryk, at coitus interruptus spiller

en større eller mindre rolle som medvirkende årsag til de fleste neuroser og seksuelle forstyrrelser som frigiditet (kvindens kønskulde), impotens og ejaculatio præcox (for tidlig sædudtømmelse). I mange tilfælde har coitus interruptus været hovedårsag til sexualneuroser, som er blevet bedrede eller helbredte, når patienten ophørte med at afbryde samlejet, fordi kvinden fik tilpasset et pessar.

Jeg mener derfor, at det må blive en af de kommende seksualklinikers vigtigste opgaver at forhindre den så udbredte anvendelse af denne upålidelige og skadelige metode ved at erstatte den med pålidelige og sundhedsbefordrende metoder.

ad 2. Samleje uden indtrængen i moderskeden.

Denne metode benyttes ofte af helt unge par og udgør en form for det, som Kinsey-rapporten omtaler som „petting“ (kæleri). Den består i, at det unge par i mere eller mindre afklædt tilstand udøver en samleje-lignende handling, som medfører, at mandens sæd udtømmes i nærheden af indgangen til moderskeden.

Jeg har flere gange haft lejlighed til at konstatere et svangerskab, som var opstået efter anvendelse af denne metode, og hvor rigtigheden af de unges påstand om, at indtrængen i moderskeden ikke havde fundet sted, fremgik deraf, at jomfruhinden (hymen) forefandtes i intact tilstand. Metoden kan altså føre til en uønsket befrugtning, selv om dette sker ret sjældent.

De helbredsmæssige følger af denne metode består i fremkaldelsen af sexualangst og nervøsitet, som hos kvinden kan medføre frigiditet eller vaginisme (skedekrampe) og hos manden især ejaculatio præcox.

De kommende seksualklinikere vil sikkert på dette punkt kunne udøve en væsentlig neurose-forebyggende virkning gennem en fornuftig og forstående vejledning af ungdommen.

ad 3. Condom anvendes i stor udstrækning og svigter i mange tilfælde. Det er mit indtryk, at denne svigten særligt skyldes to årsager:

- 1) kan condomet gå i stykker under samlejet. Det forekommer dog ikke så tit,

hvis der benyttes gode og kontrollerede varer.

- 2) bruges condomet tit på den måde, at samlejet indledes uden beskyttelsesmiddel, men midlertidigt afbrydes, inden sædudtømmelsen finder sted, og derefter afsluttes efter anbringelsen af et condom. Gennemført på den måde rummer metoden samme store fare for at svigte som coitus interruptus.

Hvad de helbredsmæssige følger angår, kan condom-metoden måske i nogen udstrækning virke neurose-forebyggende ved at erstatte coitus interruptus og til en vis grad modvirke angsten for en uønsket befrugtning. Men på den anden side virker den ligeledes neurose-fremkaldende ved at forhindre eller nedsætte kønsnydelsen og bevirke, at kvinden ikke opnår orgasme.

Dette skyldes det forhold, at kvindens og mandens genital-slimhinder isoleres fra hinanden af gummihylsteret. Derved forhindres den bioelektriske opladning og spænding, som normalt skal finde sted ved friktionen mellem slimhinderne. Dette er påvist af Wilhelm Reich og skildret i et hefte: „Die elektrische Funktion von Sexualität und Angst“.

ad 4. Udskylning af moderskeden anvendes i stor udstrækning, enten i kombination med andre metoder eller alene. Skyllevandet tilsættes ofte et kimdræbende stof. Meget almindeligt anvendes således f. eks. eddike. Til forebyggelse af uønsket befrugtning er metoden meget upålidelig, fordi spermatozoerne allerede under samlejet i stort antal vandrer ind i livmoderen. Udskylningen er kun i stand til at fjerne eller uskadeliggøre de sædlegemer, som endnu befinder sig i moderskeden.

Jeg har ikke haft lejlighed til at konstatere helbredsmæssige følger af udskylning, hverken gavnlige eller skadelige.

ad 5. Sikre perioder (Knaus — Ogino's metode).

Metoden er opbygget på Knaus's og Ogino's undersøgelser og teorier, der går ud på, at kvindens æg kun kan befrugtes i løbet af få dage efter det modne ægs løsning fra æggestokken (ovulationen), og at spermatozoerne ganske vist kan holde sig

levende meget længere, men kun er i stand til at befrugte et æg i et tidsrum af 1—2 døgn efter sædudtømmelsen.

Tidspunktet for ovulationen kan udregnes derved, at menstruationen altid indtræffer c. 14 dage efter ovulationen.

Ved at føre nøjagtigt regnskab over sin menstruation skal kvinden med nogenlunde nøjagtighed kunne forudberegne, indenfor hvilke dage ovulationen kan ventes at indtræde.

Forebyggelsesmetoden består så i, at kvinden afholder sig helt fra samleje indenfor en periode på 5—8 dage omkring ovulationstidspunktet.

I ugeskrift for læger nr. 46/1934 har jeg gjort rede for Knaus's metode og mine egne undersøgelser desangående. Mine erfaringer i årenes løb går ud på, at metoden har været anvendt i årevis uden uheld af et stort antal ægtepar. Men der er også indtrådt mange uønskede graviditeter, til trods for at vedkommende par har hævdet at have fulgt anvisningerne korrekt. Desuden har det vist sig at være vanskeligt at få kvinderne til at føre det regelmæssige skriftlige regnskab over menstruationen, som fordres.

De helbredsmæssige følger ville kunne være fortrinlige, dersom metoden kunne yde tilstrækkelig objektiv og subjektiv tryghed.

Jeg mener imidlertid, at metoden er for upålidelig til at kunne anbefales som eneste forebyggelsesmiddel, men den kan anvendes i kombination med andre metoder, især med pessarmetoden.

Derimod har jeg flere gange med heldigt resultat anbefalet kvinder, som ønskede børn, men som hidtil ikke havde kunnet få dem, at føre menstruationsskema og derigennem bestemme de fertile dage, hvor befrugtning var mest sandsynlig. Mange kvinder er blevet gravide kortere eller længere tid efter at have begyndt at udnytte denne viden.

ad 6. Vaginalpessaret er det middel, som jeg fremfor alle andre anbefaler. Jeg har i løbet af 25 år lært c. 40 000 kvinder brugen af pessar. Det er mit indtryk, at pessarmetodens sikkerhed i en ikke ringe udstrækning afhænger af, at kvinden får tilpasset den helt rigtige størrelse og får den rigtige vejledning i brugen.

Det har ikke været mig muligt at frem-

skaffe nogen fuldt pålidelig statistik over midlets effektivitet. Jeg har i sin tid gjort op for 800 kvinder, der i ca. 3 år havde brugt pessar. Deraf var de 3 blevet gravide til trods for korrekt anvendelse af et veltilpasset pessar.

Under besættelsestiden (1940—45) var det en tid lang umuligt at fremskaffe de helt gode kvaliteter af pessar. Det er mit indtryk, at den dårligere kvalitet i denne periode bevirkede en stigning i de tilfælde, hvor pessaret svigtede.

Det er således mit helhedsindtryk, at et korrekt benyttet og vel tilpasset vaginalpessar yder en sikkerhed på op imod 99 pct. Men sikkerheden afhænger i høj grad af, at vejledning og tilpasning udføres af en erfaren og rutineret læge eller anden person, som har tilstrækkelig uddannelse i dette speciale.

Derfor anser jeg det for vigtigt, at der oprettes seksualklinikker, hvor en sådan uddannelse af personalet kan finde sted, og hvor kvinderne kan få den bedst mulige vejledning.

I mange andre tilfælde, hvor en kvinde klager over at være blevet gravid til trods for pessar, vedgår hun ved nærmere udspørgen, at hun en enkelt gang har forsømt at bruge pessaret.

Helbredsmæssige gener ved brug af pessar forekommer yderst sjældent. Det kan f. eks. forekomme, at der findes en katarrh i moderskeden med rigeligt udflod. I så fald kan langvarig brug af pessaret genere eller eventuelt vedligeholde katarrhen. Ved groft misbrug kan der også opstå en forbigående betændelse i moderskeden. Jeg har således oplevet, at en noget debil ung kvinde lod pessaret sidde på plads i over 3 måneder. Dette havde fremkaldt en betændelse med stinkende udflod, som imidlertid svandt igen, et par dage efter at pessaret var blevet fjernet.

Gavnlige helbredsmæssige følger har jeg gang på gang haft lejlighed til at konstatere.

Det, der virker forebyggende og helbredende på mange former for neurose, er det, at patienterne bliver befriede for angsten for uønsket befrugtning og derigennem opnår muligheden for at kunne hengive sig helt i kønsakten og nå til en fuld udløsning.

Jeg har således flere gange oplevet, at en kvinde, der var mere eller mindre invalideret

på grund af en akut neurasteni, er kommet sig hurtigt og fuldstændigt uden andet hjælpemiddel efter at have fået tilpasset et pessar, som gav hende tryghed.

Tilpasningen af et pessar indgår derfor altid som et vigtigt led i behandlingen af alle neuroser og seksuelle forstyrrelser, også når det gælder mænd, der lider af impotens eller ejaculatio præcox.

ad 7. Samme gavnlige virkning kan undertiden opnås ved anbringelsen af et collumpessar. Det, det kommer an på, er at vedkommende patient — og dette gælder særlig kvinderne — føler sig fuldstændig trygge og befries for deres angst. Det kan man imidlertid vanskeligt opnå ved hjælp af et collumpessar, der ikke er nær så sikkert et forebyggelsesmiddel som vaginalpessaret.

I ugeskrift for læger nr. 38/1949 har jeg gjort rede for mine erfaringer angående 500 kvinder, hos hvem jeg havde anbragt et collumpessar på et tidspunkt under besættelsen, hvor der ikke kunne fremskaffes tilstrækkeligt mange vaginalpessarer. I løbet af 3 år var der indtrådt graviditet hos 40 af disse kvinder. Det er en fejlprocent, der er ca. 10 gange så stor som ved vaginalpessaret.

ad 8. I årene 1920—30 blev der i ret vid udstrækning anvendt intrauterine instrumenter, der blev anbragt inde i selve livmoderen og eventuelt blev siddende på plads i flere år. Som regel blev disse instrumenter indført af ikke-læger. Der blev brugt flere forskellige modeller af forskelligt materiale, som f. eks. stiftpessarer eller obturatorer.

De viste sig alle at være temmelig upålidelige og tillige i mange tilfælde skadelige ved at fremkalde betændelse eller blødninger af uteruslimhinden.

I årene 1929—31 anbragte jeg hos 175 kvinder en Graefenberg-ring (en lille spiral-

ring af guld- eller sølvspiraltråd) inde i uterincaviteten. Det viste sig i løbet af nogle år, at 5 af disse kvinder blev gravide, til trods for, at ringen sad korrekt. 30 kvinder „tabte“ ringen ud af uterus uden at mærke det. Af disse blev 6 gravide, fordi de troede sig beskyttet. De fleste af de 175 kvinder bar Graefenberg-ringen i flere år uden gener af nogen slags. Men i en del tilfælde indtrådte der blødninger fra uteruslimhinden, i andre katarrher med mere eller mindre udflod, som ret hurtigt svandt efter ringens fjernelse.

Mine erfaringer bevirkede, at jeg helt op-hørte med at anvende intrauterine forebyggelsesmidler.

ad 9. *Vagitoria contracept* anvendes siden september 1949 i meget stor udstrækning. Endnu er der dog gået så kort tid, at det er fuldstændig udelukket blot tilnærmelsesvis at konstatere, hvor stor fejlprocenten er. Indtil 1. juni 1950 er jeg blevet konsulteret af 65 kvinder, som hævder at have anvendt vagitoriet korrekt og alligevel er blevet gravide. I de 5 tilfælde var graviditeten tvivlsom, og jeg har ikke haft lejlighed til at undersøge dem senere.

En del kvinder har beklaget sig over sviende smerter i vagina, og andre har fået udflod efter anvendelsen af vagitorier.

Om vagitoriernes eventuelle helbredsmæssige indflydelse på neuroser kan jeg ikke udtale mig, da jeg aldrig i sådanne tilfælde har anbefalet brugen. Det vigtigste moment i denne henseende er, at kvinden føler sig tryk og befries for angsten for uønsket befrugtning.

ad 10. Alle andre kemiske midler, anvendt alene, har hidtil vist sig at være yderst upålidelige og ude af stand til at fremkalde den subjective tryghed, som er betingelsen for at virke forebyggende eller helbredende på neuroser.

**J. H. Leunbach.**



## Oplysninger om virksomheden ved klinikken for sexuel og ægteskabelig rådgivning i Århus.

Før klinikkens start i februar 1949 var der lagt følgende plan for klinikkens arbejdsområde.

Man forestillede sig 3 felter som særlig aktuelle:

1. Vejledning i brug af antikonceptionelle midler (pessarer), som udleveres fra klinikken gratis.
2. Almindelig sexuel-hygiejnisk rådgivning i tilfælde af ægteskabelige eller seksuelle vanskeligheder. Der tænkes her særlig på familiære konffikter begrundet i ægtefællers manglende viden om seksuelle forhold og derpå begrundede manglende forståelse indbyrdes. Endvidere tænkes der på seksuelle vanskeligheder hos unge, begrundet i uvidenhed, skrupler eller manglende forståelse fra omgivelsernes side.
3. Behandling af lettere sygdomstilfælde af sjælelig art begrundet i seksuelle vanskeligheder.

Det første arbejdsområde, vejledning i antikonceptionel teknik, er det enkleste, og har omfattet ca.  $\frac{1}{3}$  af det klientel, der har søgt klinikken. Man havde oprindeligt ventet sig, at en større del af klinikkens klientel ville komme i den anledning. Det viser sig, at det er bestemte læger, der henviser deres patienter, mens andre læger selv løser disse problemer. Desuden kommer der en del patienter uden lægehenviisning, og de angiver som grund hertil, at de skammer sig for at tale med deres egen læge, som kender dem for godt. Mange af disse patienter kommer efter anbefaling fra andre, og det viser sig, at hver gang, der har været en presseomtale af klinikken, er der kommet en del nye. Under klinikkens startperiode blev der annonceret nogle få gange, men man opførte dermed, fordi tilgangen til klinikken

blev for stærk. Der er dog ikke spor tvivl om, at der er et stort latent behov. Det har imidlertid været vanskeligt at dække dette. Grunden hertil er ikke, at klinikken ikke vil kunne klare flere vejledninger i antikonceptionel teknik, det er den side af arbejdet, der går hurtigst, men grunden er, at der samtidig kommer så mange rådgivnings- og behandlingstilfælde, at det overstiger kapaciteten, og det er ikke lykkedes at finde frem til en metode, hvorved antikonceptionstilfældene kan bringes i vejret, uden at de andre tilfælde også kommer. En anden erfaring, der er gjort med antikonceptionstilfældene, er, at mange af dem også har behov for anden rådgivning eller behandling, og at man netop gennem disse tilfælde ofte tidligt kan få lejlighed til at gribe ind overfor begyndende vanskeligheder. Dette forhold giver en rådgivningsklinik med psykiatrisk assistance og socialrådgiver fortrin fremfor de praktiserende lægers virksomhed på samme felt.

Et andet fortrin opnås ved, at et stort antal tilfælde koncentrerer på een læge, som derved får en særlig erfaring, og så vidt klinikken har kendskab til det, er der ikke sket fejl i noget af de tilfælde, hvor klinikken har udleveret pessar.

Med hensyn til det andet arbejdsfelt, den egentlige sexuel- og ægteskabsrådgivning, kan det oplyses, at den i højere og højere grad har antaget karakter af familierådgivning. Det har i de fleste tilfælde drejet sig om ægteskaber, hvor der allerede har været taget skridt til separation, eller hvor ægtefællerne har stået lige overfor separation. I en del tilfælde er ægtefællerne henvist af de mæglende myndigheder, enten amtskontoret eller præsterne. Tilfældene har været temmelig tidsrøvende, men har også givet resultater. Virksomheden kan bedst belyses med at referere et eksempel:

En knap 40-årig lærer, som har været gift i en halv snes år, og som har 3 børn, har i mange år ikke følt sig tilfredsstillt i sit ægteskab. Begge ægtefæller var særprægede med stærke religiøse interesser. Grunden til, at manden ikke følte sig tilfredsstillt, var utvivlsomt, at hustruen ikke blev tilfredsstillt ved coitus alene, men at der krævedes clitorispirren derudover. Det følte manden som noget unaturligt, og det gav ham efterhånden mere og mere aversion overfor hustruen. Under sin virksomhed som lærer på landet traf han da for et par år siden en kvinde, som selv var i store vanskeligheder og specielt havde en voldsom udækket kontaktrang. Der udviklede sig et forhold imellem dem, som gav anledning til, at de måtte rejse fra egnen på grund af den fordommelse, de mødte. Da ægteparret kom på klinikken, var situationen sådan, at der intet sexuel samliv var mellem ægtefællerne, og manden var helt erotisk opslugt af veninden. Hustruen ville af religiøse grunde ikke lade sig skille eller separere, og manden mødte op på klinikken for eventuelt gennem lægeerklæring at få en grund til separation. Han var henvist af sin egen læge i forbindelse med en sagfører. Det lykkedes nu i løbet af en halv snes samtaler med manden og nogle få samtaler med hustruen at få bragt de ægteskabelige forhold i orden. Overfor manden blev der anvendt den taktik at vise ham venindens mangler, som var meget udprægede, men som netop appellerede til hans behov for at hjælpe hende. Hun var nemlig en udpræget hysteriker med psykoinfantile træk. Efterhånden som han opfattede, hvordan hun i virkeligheden udnyttede ham og spillede på hans svagheder, mistede han det sexuelle afhængighedsforhold til hende. Samtidig blev han gjort fortrolig med, at der ikke var noget abnormt eller forkasteligt i den måde, han tidligere havde levet sammen med konen på, og i det hele taget blev der skabt et tillidsforhold mellem disse to, som gjorde, at ægteskabet blev betydeligt lykkeligere, end det havde været før.

For at behandle et sådant tilfælde skal man have dels psykiatrisk assistance, dels socialrådgiverassistance. Man skal have god tid til disposition, idet flere af samtalerne var timelange, men resultatet er da også langt umagen værd.

En anden side af rådgivningen omfatter

som anført de yngre. Trods den bedre sexuelle oplysning i befolkningen, skolernes undervisning i sexuallære, er der stadig et ikke helt ringe antal unge, specielt mænd, men også enkelte kvinder, som har så svære masturbationsskrupler, at de har behov for rådgivning og aflastning af skyldfølelse. Få samtaler er for det meste tilstrækkeligt til at klare situationen.

Et andet område, der også særlig har relation til helt unge, er behandling af sexuelle begyndervanskeligheder både i og udenfor ægteskab. Dette felt fører direkte over i omtalen af det næste område, jeg vil berøre.

Klinikkens tredje arbejdsfelt er den egentlig terapeutiske behandling. Her har vi særlig arbejdet med helt friske tilfælde af psykiske lidelser, begrundet i ægteskabelige eller sexuelle vanskeligheder. Specielt har vi arbejdet med tilfælde af vaginisme, lettere psykisk betinget frigiditet og ejaculatio præcox (for tidlig sædudtømming). Her kan et tilfælde måske også belyse forholdene:

En yngre forretningsmand, som er nygift, møder op og meddeler, at det ægteskabelige samliv ikke har kunnet komme i gang på grund af ejaculatio præcox for hans vedkommende. Ved en rutinemæssig samtale med hustruen opklares det hurtigt, at den egentlige årsag til vanskelighederne er, at hun lider af vaginisme, og at dette har hindret manden i at gennemføre samlejet. Han er herved blevet nervøs og selvusikker og har følt, at det var ham, der kludrede. Ved en kortvarig hypnotisk behandling, ca. 1/2 snes behandlingstimer, lykkedes det at hæve vaginismen, som var begrundet i graviditetsfrygt, og hermed var forholdene uden videre behandling af manden i orden.

En meget stor del af klinikkens virksomhed har bestået i netop sådan behandling, og trods det, at der har været lang ventetid for patienterne, dårlige ventestueforhold, har behovet for behandling været så stærkt, at klinikken stadig bliver søgt af flere og flere af den slags tilfælde. Det drejer sig rent psykiatrisk om et område, som er meget lidt opdyrket, og som kun få har større erfaring i. Den teknik, der anvendes, ligger ud over det, man kan vente af en praktiserende læge.

Forventningen om, at klinikkens arbejde ville falde i disse tre grupper, har altså slået til, og de tre arbejdsfelter hænger

sådan sammen, at man efter min mening ikke kan skille dem ad, uden at der går noget vigtigt tabt. En rådgivning med diagnosestilling vil for enhver læge være meget utilfredsstillende, hvis der ikke er en mulighed for behandling i egnede tilfælde, og for patienten vil det være lige så utilfredsstillende, idet man ved undersøgelsen af forholdene ikke kan undgå at skabe et behandlingsbehov. I det hele taget kan diagnostik og behandling indenfor psykiatrien ikke adskilles fra hinanden. Behandlingen begynder i virkeligheden i samme øjeblik, som man vinder patientens fortrolighed, og går

herefter hånd i hånd med opklaringen af tilfældet, d. v. s. at en rådgivningssituation i mange tilfælde fører til behov for egentlig psykoterapi, og det sidste eksempel, som blev anført, viste netop, at en rådgivning her ville have været resultatløs, hvis man ikke også havde haft mulighed for egentlig terapi. Det er derfor min bestemte mening, at sådanne klinikker enten bør være under psykiatrisk ledelse eller have fast psykiatrisk konsulent, det første forekommer mig det bedste, idet de psykiatiske problemer er de mest indviklede, mens de somatiske er relativt enkle.

*Århus, den 10. marts 1951.*

**Helge Kjems.**

## Supplerende oplysninger om virksomheden på klinikken for sexuel og ægteskabelig rådgivning i Århus.

Klinikken er startet i februar 1949 som rent kommunal virksomhed, lagt under kommunehospitalet. Oprindeligt havde klinikken en konsultationsdag, en aftenkonsultation fra kl. 19 til kl. 21, og et personale bestående af en ledende læge, der var psykiater, en kvindelig praktiserende læge og en sygeplejerske. Det viste sig ret hurtigt, at arbejdet tog et sådant omfang, at der måtte udvides med en eftermiddagskonsultation fra kl. 15 til kl. 17. Yderligere har der været behov for mere personale, således at der nu udover de to omtalte læger er beskæftiget 2 psykiatriske assistenter, hvoraf den ene er specialist, den anden under uddannelse, samt en socialrådgiver og en sekretær. Alle er honorarlønnede, bortset fra lederen.

Klinikken er midlertidigt placeret i dårlige kælderlokaler, specielt med meget dårlige venteværelsesforhold, men der er planer om anskaffelse af egnede lokaler.

I det følgende vil der blive redegjort for klinikken klientel i årene 1949, 1950, 1951 og 1952, for de tre første år dog kun i grovere træk, men for året 1952 mere specificeret.

Tabel 1 viser klientellet for årene 1949, 1950 og 1951, fordelt efter køn og årsag til henvendelsen. For kvindernes vedkommende er årsagerne anført i 3 grupper: 1. Vejledning i antikonceptionel teknik, 2. Vejledning i antikonceptionel teknik + et andet problem, for det meste frigiditet, 3. Andet, d. v. s. samlivsproblemer, frigiditet eller lignende. For mændene er der to grupper: 1. Potensforstyrrelser, 2. Andet, d. v. s. samlivsproblemer, seksuelle begyndervanskeligheder og lignende.

Tabel 1.

Årsag til henvendelsen	1949	1950	1951
<i>Kvinder:</i>			
Pessar . . . . .	89	103	137
Pessar + andet . . . . .	39	23	48
Andet . . . . .	84	84	118
<i>Mænd:</i>			
Impotens, ejaculatio præcox . . . . .	63	49	44
Andet . . . . .	36	28	63
	311	287	410

Det ses af tabellen, hvordan interessen for antikonceptionel teknik har været stigende, og denne stigning er fortsat i 1952. I året 1949 henvendte der sig temmelig mange meget svære og invetererede tilfælde, som tog en uforholdsmæssig lang tid, og som for en del tilfældes vedkommende blev overført til året 1950 og således var med til at blokere tilgangen af nye tilfælde dette år. I 1951 skete der en stigning i antallet af nye patienter, betinget af, at der dette år blev ansat større personale.

I året 1952 har klinikken været besøgt af ialt 384 nye patienter. Af disse 384 var 77 mænd og 307 kvinder.

Af kvinderne henvendte 232 sig udelukkende eller delvis for at få vejledning i antikonceptionel teknik, mens 74 henvendte sig i anden anledning.

Tabel nr. 2 viser, hvordan patienterne er kommet i forbindelse med klinikken. Patienterne er delt op i en gruppe kvinder, som er

kommet med henblik på vejledning i antikonception, samt hele resten af klientellet, altså både mænd og kvinder. Endvidere er der delt op i grupper med hensyn til henvisning; første gruppe betegnes ikke-henviste, d. v. s. de er kommet enten af

sig selv eller efter råd af andre patienter; anden gruppe, omfattende patienter henvist af læger, såvel praktiserende læger som hospitalslæger; og tredje gruppe, omfattende henvisninger fra institutioner, socialkontor, mødrehjælp o. l.

Tabel 2.

	Ikke-henviste		Henvist af læge		Henvist af institution		Ialt	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Antikonception.....		120		100		12		232
Alle andre tilfælde.....	22	32	48	37	7	6	77	75
Ialt...	22	152	48	137	7	18	77	307

Det viser sig altså, at lige knap halvdelen af kvinderne, der kommer i anledning af antikonception, er henviste patienter, mens der hos patienter, der kommer i anledning af andre problemer, er en betydelig overvægt af henviste, nemlig knap  $\frac{2}{3}$ . Det er en bestemt gruppe af byens læger, der henviser patienter til klinikken, og det er ganske tydeligt, at en del læger selv klarer vejledningen i antikonception, men henviser andre tilfælde, mens andre henviser både til vejledning i antikonception og til behandling af andre seksuelle problemer.

Den næste tabel, nr. 3, omfatter en fordeling efter aldersgrupper og civilstand af de 232 kvinder, der har søgt klinikken i anledning af råd og antikonception.

Tabel 3.

Alder	Civilstand				Ialt
	Gift	Ugift	Fra-skilte, separate	Enker	
15—19 år...	7	13			20
20—24 - . . .	42	22			64
25—29 - . . .	53	9	4		66
30—34 - . . .	44	4	1	1	50
35—39 - . . .	18		2	3	23
40—44 - . . .	5		2		7
45—49 - . . .	1		1		2
50 år og der-over.....					
Ialt...	170	48	10	4	232

Det viser sig, at klinikken ganske overvejende søges af gifte kvinder indenfor aldersgruppen 20—34 år, mens de ugifte kun omfatter ca.  $\frac{1}{5}$ , væsentligst i aldersgruppen 20—24 år.

Den følgende tabel, nr. 4, viser en fordeling efter antal børn fra 0—7.

Tabel 4.

51 af kvinderne havde ingen børn.	
55 - — —	1 barn.
68 - — —	2 børn.
36 - — —	3 —
11 - — —	4 —
8 - — —	5 —
2 - — —	6 —
3 - — —	7 —

Den antikonceptionelle teknik, der er anvendt, har i alle tilfælde været vaginalpessar + sæddræbende creme. Ved første konsultation har patienterne fået bestemt pessarstørrelse samt fået instruks om at indsætte det rigtigt. Pessaret udleveres gratis fra klinikken. Herefter er der ved næste konsultation undersøgt, om pt. har forstået at indsætte pessaret rigtigt, og der er lagt stor vægt på denne kontrol. Hvis patienterne ikke har henvendt sig efter aftale, er der skrevet til dem om at komme, og det er således lykkedes at få foretaget kontrol på alle, undtagen 27 (ca. 11 pct.).

Den følgende tabel, nr. 5, viser hele materialet fordelt efter det nummer (størrelse) pessar, der er brugt.

Tabel 5.

Nummer:	67	70	72	75	77	80	82	85	87	90	95
Antal.....	4	16	5	35	26	61	38	28	7	11	1

I 4 tilfælde har det på grund af descensus vaginae været vanskeligt at tilpasse pessar, idet pessaret har haft tilbøjelighed til at glide frem. I andre 4 tilfælde har patienterne på grund af dårlige evner eller ubehjælp-somhed haft vanskeligheder med at lære at anbringe pessaret.

Blandt de patienter, der har søgt klinikken om vejledning, har vi kendskab til, at 5 er blevet gravide. 1 af disse havde slet ikke brugt pessaret, en anden havde kun brugt det periodisk, en tredje havde brugt det uden sæddræbende creme, men i 2 tilfælde ser det ud, som om patienten er blevet gravid trods korrekt brug af pessar. Det ene af disse tilfælde var dog et af dem, hvor den forreste vaginalvæg var slap, og det er muligt, at der her er anvendt et for lille pessar.

Af de patienter, der fik vejledning i anti-konceptionel teknik, var der 31, som havde andre sexual-hygieniske problemer, nemlig 25, som klagede over frigiditet, 4, som havde en neurotisk betinget graviditetsangst samt 2 med andre problemer. Udover vejledningen i anti-konceptionel teknik blev disse 31 patienter behandlet på følgende måde: 8 fik psykoterapi, 8 sexuel rådgivning, 4 hormon-behandling, i 1 tilfælde blev der indledt familierådgivning, og 1 blev henvist til sterilisation.

Den følgende tabel, nr. 6, viser en for-

Tabel 6.

Alder	Civilstand				
	Gift	Ugift	Fra-skilte, separe-rede	Enker	Ialt
15—19 år...		3			3
20—24 - . . .	14	7	1		22
25—29 - . . .	15	3			18
30—34 - . . .	10	2			12
35—40 - . . .	10	1	2		13
40—44 - . . .	4				4
45—49 - . . .	2			1	3
Ialt...	55	16	3	1	75

deling på alder og civilstand af de 75 kvinder, som har henvendt sig med andre problemer end antikonception.

Der viser sig her nogenlunde den samme fordeling mellem gifte og ugifte som i anti-konceptions-klientellet. Af disse 75 kvinder havde 35 forstyrrelser i den orgastiske potens som hovedproblem, i 7 tilfælde var der tale om vaginisme, i 28 frigiditet. Overfor disse tilfælde blev følgende typer af behandling anvendt: Sexuel rådgivning i 12 tilfælde, psykoterapi i 8 tilfælde, familierådgivning 5 tilfælde, henvisning til kirurgisk behandling 3 tilfælde, hormonbehandling 5 tilfælde.

For at klargøre hvad der menes med de forskellige typer behandling, skal jeg oplyse, at hvor der tales om sexuel rådgivning, har der været tale om en enkelt eller et par samtaler om problemerne med patienten og evt. ægtefællen. I de tilfælde, der er rubriceret under psykoterapi, har der været tale om alle grader af denne behandlingsform, således at nogle få tilfælde er behandlet med langvarig og dybtgående analytisk orienteret terapi, mens det i det største antal af tilfældene har drejet sig om en kort terapi, gennemsnitlig 20 behandlingstimer. I tilfældene af familierådgivning har begge ægtefællers problemer været taget op, for det meste af socialrådgiver og en læge i fællesskab, også for en længere periode. Psykoterapien og familierådgivningen har væsentligt været anvendt, hvor det drejede sig om friske tilfælde, der var behandlings-egnede. Sexuel rådgivning har været anvendt, dels i så lette tilfælde, at en enkelt eller et par konsultationer har været tilstrækkeligt til at løse problemerne, dels i tilfælde, der var så svære, at der ikke har kunnet ventes noget resultat af behandlingen, men hvor man måtte indstille patienten på situationen. Hos de patienter, der har været sendt til kirurgisk behandling, har det drejet sig om hymenoperationer. Hormonbehandling er væsentligst benyttet i tilfælde af relativ frigiditet, hvor en øgning af libido har været tilstrækkeligt til at hæve frigiditeten.

De resterende 40 kvindelige patienter er en meget broget gruppe, som kun omfatter en enkelt større gruppe, nemlig ægteskabelige vanskeligheder af anden art, omfattende 11. Iøvrigt er der en række smågrupper, 7 som

henvender sig på grund af graviditet, hvoraf de 5 blev henvist til mødrehjælpen, 4 tilfælde af sterilitet, 4 tilfælde af psykiatriske lidelser, som ikke henhører under klinikens område, 2 med seksuelle begyndervanskeligheder og en enkelt homoseksuel. Resten kunne ikke rubriceres.

Overfor gruppen ægteskabelige vanskeligheder blev der fortrinsvis anvendt familierådgivning. I 3 tilfælde blev patienter henvist til sterilisation.

Klinikken har som omtalt været besøgt af 77 mænd. Den første tabel, nr. 7, viser dem fordelt efter alder og civilstand.

Det viser sig, at de ugifte mænd forholdsvis er en lidt større gruppe end hos kvinderne.

Tabel 7.

Alder	Civilstand				Ialt
	Gifte	Ugifte	Fra-skilte, separate	Enke-mænd	
20—24 år . . .	1	6			7
25—29 - . . .	5	7			12
30—34 - . . .	6	6	3		15
35—39 - . . .	13		1		14
40—44 - . . .	9	1	1		11
45—49 - . . .	4	1	3		8
50—54 - . . .	6		1		7
55—59 - . . .	2				2
60—64 - . . .	1				1
Ialt . . .	47	21	9		77

Tabel nr. 8 viser, hvilke problemer det har drejet sig om samt hvilken type af behandling, der har været anvendt. Den største del af mændene har haft potensforstyrrelser, henholdsvis ejaculatio præcox og impotentio coeundi, men dog med noget glidende overgang mellem disse to former, idet der bortset fra de rene tilfælde har været mange overgangsformer, f. eks. hvor tilstanden er begyndt med ejaculatio præcox, men at der så også efterhånden er kommet erectionsvanskeligheder. En anden relativt stor gruppe er seksuelle begyndervanskeligheder, hvor patienterne på grund af uvidenhed, manglende erfaring og deraf følgende manglende sikkerhed er kommet i vanskeligheder, som relativt let har kunnet løses.

Under gruppen ægteskabelige vanskeligheder er placeret tilfælde, hvor problemerne ikke har været seksuelle, men egentlige samlivsproblemer, utroskab, jalousi, manglende sjælelig kontakt mellem ægtefællerne. Endelig er gruppen: Andet, en broget samling af forstyrrelser af neurotisk art eller perversiteter.

Tabel 8.

	Rådgivning	Psyko-terapi	Familie-rådgivning	Hør-mønb-handling	Ialt
Impotentia . .	2	4	3	27	36
Ejac. præcox	3	2	1	4	10
Sexuelle vanskeligheder	8			3	11
Ægteskabelige vanskeligheder . .	3	1	5		9
Andet . . . . .	6	2	3		11
Ialt . . .	22	9	12	34	77

Klinikken har i stort omfang haft kontakt med tidligere patienter, således har i året 1952 ialt 186 tidligere patienter haft konsultationer. Den følgende tabel viser antallet af patienter, fordelt på årgangene 1949, 1950 og 1951, som har været på klinikken 1952, samt det antal konsultationer, de pågældende har haft.

Tabel 9.

	Kvinder		Mænd	
	Antal patienter	Antal konsultationer	Antal patienter	Antal konsultationer
1949 . .	20	143	8	36
1950 . .	35	124	10	51
1951 . .	88	327	28	270
	143	594	46	357

Det drejer sig dels om tilfælde, som med hensyn til behandling har fortsat over årsskiftet, dels om tilfælde, som kommer igen med nye problemer eller opblussende gamle, endelig om kvinder, som kommer for at få nyt pessar eller ny antikonceptionel creme.

Ialt har der på klinikken været afholdt 2 628 konsultationer, fordelt på 97 konsultationsdage indenfor året 1952, d. v. s. godt 27 konsultationer pr. gang; af disse har 951 konsultationer omfattet patienter fra tidligere årgange, mens 1 477 har drejet sig om nye patienter. For disses vedkommende har de altså gennemsnitligt haft godt 4 konsultationer hver.

Som omtalt i redegørelsen af 10. marts 1951 har klinikken for sexuel og ægteskabelig rådgivning udadtil levet en meget tilbageholdende tilværelse. Der har kun været annonceret nogle få gange i dagspressen ved klinikkens start, og man har i det hele taget undgået presseomtale, så vidt det har været muligt. Grunden hertil har været, at man har gjort den erfaring, at enhver presseomtale har belastet klinikkens kapacitet.

Trods den tilbageholdende politik har der

været jævn og støt fremgang, dels har lægerne i højere grad henvist til klinikken, dels har patienterne anbefalet andre at søge klinikken. Der er ingen tvivl om, at der er et meget stort latent behov, specielt for oplæring i antikonceptionel teknik, og den dag, klinikken flytter til bedre egnede lokaler, vil en stilfærdig propaganda, blot med periodiske annoncer i dagspressen, føre til en meget kraftig udvidelse, specielt på dette område.

Yderligere er der et stort arbejdsfelt, som slet ikke er opdyrket, nemlig samarbejdet med Aarhus stiftamts kontor for separations- og skilsmissesager. Et stort antal af disse sager vil utvivlsomt være egnede for familierådgivning, og der er ingen tvivl om, at en grundig undersøgelse af forholdene og en behandling vil kunne mindske antallet af de tilfælde, hvor ægtefæller løber til og fra hinanden.

*Århus, den 30. november 1953.*

**Helge Kjems.**



### Forslag til oprettelse af mødrehjælpsinstitutioner.

	Folketal	heraf kvinder	areal i km <sup>2</sup>	antal pers. pr. km <sup>2</sup>	kvinder i føde-dygtig alder	(1946) født ialt	heraf udenf. ægt.	børn u. I år
1) København Kbhvn. og Kbhvns. amt	1 160 949	617 394	1 250	928,8	283 450	26 071	2 766	23 551
2) Odense Odense og Svendborg amter . . . . .	377 321	187 949	3 478	108,4	77 653	8 633	759	8 269
3) Aarhus Aarhus og Skanderborg amter . . . . .	310 170	157 831	2 522	123	68 748	7 632	689	6 149
4) Næstved Præstø og Sorø amter . . . .	240 621	117 870	3 172	75,5	48 007	5 464	346	5 108
5) Viborg Thisted og Viborg amter .	240 096	117 789	4 825	49,7	47 837	5 988	291	5 873
6) Aalborg (amt) . . . . .	218 143	107 339	2 924	74,5	44 006	5 498	474	8 992
7) Sønderborg Sønderjyske amter . . . . .	200 012	99 712	3 882	51,5	41 353	4 746	316	4 507
8) Vejle (amt) . . . . .	189 535	94 589	2 349	80,7	40 101	4 766	276	4 372
9) Ringkøbing (amt) . . . . .	177 463	86 406	4 662	38,1	36 004	4 634	204	4 619
10) Hjørring (amt) . . . . .	165 037	80 582	2 855	57,7	32 200	4 077	294	4 043
11) Randers (amt) . . . . .	163 168	80 057	2 467	66	32 500	4 202	342	3 834
12) Ribe (amt) . . . . .	162 432	79 625	3 067	53	33 234	4 387	219	3 966
13) Maribo (amt) . . . . .	135 132	65 926	1 795	75,5	26 783	2 925	216	2 809
14) Hillerød Frederiksborg amt . . . . .	132 750	65 489	1 344	99	27 563	3 112	202	2 976
15) Holbæk (amt) . . . . .	125 066	60 966	1 752	71,5	24 509	2 916	194	2 618
16) Bornholm . . . . .	47 337	23 549	588	80,5				

Størrelsesordenen er opstillet efter folketal.

Med hensyn til arealstørrelsen er ordenen således:

1) Viborg, 2) Ringkøbing, 3) Sønderjylland, 4) Odense, 5) Næstved, 6) Ribe, 7) Aalborg, 8) Hjørring, 9) Aarhus, 10) Randers, 11) Vejle, 12) Maribo, 13) Holbæk, 14) Frederiksborg, 15) København og 16) Bornholm.

SYGGEHUSFORENINGEN  
I DANMARK

*Til Svangerskabskommissionen.*

Ved skrivelse af 2. f. m. har svangerskabskommissionen ved at fremsende udkast til ændringer i svangerskabsloven, bl. a. med hensyn til sygehusenes pligt til at afholde udgifter ved svangerskabsafbrydelse på et fremmed sygehus, udbedt sig en udtalelse fra Sygehusforeningen i Danmark om foreningens stilling til det nævnte spørgsmål.

Det fremgår af det fremsendte forslag til ændring i svangerskabsloven, at det sygehus, hvorunder kvinden hører, i to tilfælde kan blive forpligtet til at afholde en del af de udgifter, hvormed kvindens ophold med henblik på svangerskabsafbrydelse på et fremmed sygehus er forbundet, for det første i det tilfælde, at overlægen på det lokale sygehus nægter at foretage indgrebet, og for det andet i tilfælde af, at vedkommende mødrehjælpsinstitution — såfremt særlige hensyn til kvinden taler derfor — godkender, at indgrebet foretages på et fremmed sygehus.

Hvad angår det førstnævnte tilfælde skal man meddele, at sygehusforeningens bestyrelse er enig med svangerskabskommissionen

i, at det ikke kan pålægges en overlæge at foretage et indgreb som det her omhandlede, og at det derfor i betragtning af, at det lokale sygehus i disse tilfælde er ude af stand til at foretage indgrebet, er naturligt, at det sygehus, hvorunder kvinden hører, afholder udgifterne ved indgrebets foretagelse på et fremmed sygehus med fradrag af de udgifter, som kvinden selv skal afholde i henhold til § 8, stk. 1 og 2.

Hvad derimod angår de tilfælde, hvor en mødrehjælpsinstitution godkender, at indgrebet, såfremt særlige hensyn til kvinden taler derfor, foretages på et fremmed sygehus, vil man finde det mindre rimeligt, at det lokale sygehus skal afholde udgifterne. I disse tilfælde er grunden til, at indgrebet foretages på et fremmed sygehus, ikke, at det lokale sygehus er ude af stand til at udføre operationen. Man skal derfor henstille, at der findes udvej for i disse tilfælde at afholde udgifterne på anden måde end ved at pålægge det lokale sygehus at afholde dem.

**P. Stockholm.**

## Mødrehjælpens erfaringer vedrørende svangerskabslovens 3-måneders grænse for svangerskabsafbrydelse i relation til det abortforebyggende arbejde.

Ifølge svangerskabslovens § 1, stk. 2, må svangerskabsafbrydelse, når der ikke er alvorlig fare for liv og helbred, normalt ikke foretages efter udløbet af den 3. svangerskabsmåned.

Denne bestemmelse tager efter sin formulering klart sigte på de tilfælde, hvor svangerskabet må afbrydes på grund af arvelige forhold, eller hvor det drejer sig om en kønsfrihedsforbrydelse (eugenisk og etisk indikation). Hvor afbrydelse må ske, fordi der foreligger alvorlig fare for liv eller helbred enten begrundet i sygdom (§ 1) eller andre forhold (§ 1, jfr. § 2), er der således ikke fastsat nogen grænse for tidspunktet for indgrebets foretagelse.

I praksis har der imidlertid i modstrid med lovgivningen været en umiskendelig tilbøjelighed til ikke så konsekvent at holde sig indenfor de 3 måneder, hvor talen er om eugeniske, i reglen oplagte indikationer, medens man har været tilbageholdende overfor aborter ud over den 3. måned på medicinsk indikation, og da først og fremmest, hvor det drejer sig om psykiatriske og social-medicinske indikationer (§ 1, jfr. § 2). Mødrehjælpen har derfor i det væsentlige måttet indstille sig på, at svangerskabsafbrydelse ikke kan foretages i henhold til § 1 og § 1, jfr. § 2, når graviditeten ved henvendelsestidspunktet er 12 uger eller mere. Mødrehjælpen skal her ganske undlade at udtale sig om de lægelige tekniske problemer i forbindelse med svangerskabsafbrydelse tidligt eller sent i graviditeten og alene fremsætte et par bemærkninger om denne frists betydning for det abortforebyggende arbejde.

20 pct. af de gravide patienter, der henvender sig med ønske om svangerskabsafbrydelse i mødrehjælpen i København, er ved henvendelsen i mere end 12. uge (ifølge gynækologisk specialundersøgelse). Tre fjer-

dedel af disse er mellem 12. og 16. uge. 50 pct. af henvendelserne stammer fra kvinder i 8.—12. uge. Kun knap en trediedel kommer således før 8. uge.

En specialopgørelse over ca. 200 tilfældigt udvalgte patienter viser, at man antagelig ville have henvist ca. 40 pct. af de for sent mødte med indikation for svangerskabsafbrydelse, såfremt de havde henvendt sig før 12. graviditetsuge. I ca. 30 pct. af de positive abortindikationer var der desuden formentlig indikation for sterilisation.

I ca. tre fjerdedel af de positive indikationer for de sene graviditeter var indikationen medicinsk-social (§ 1, jfr. § 2) eller en kombination af disse indikationer og eugenisk indikation. Årsagerne til, at så mange patienter først henvender sig så sent i graviditeten, er mange. Nogle af de vigtigste skal fremhæves:

1. Patienter, der først sent bliver klar over, at de er gravide, herunder en del, der har lette menstruationsblødninger efter konceptionen. Desuden en del, der ikke har troet sig gravide, men anset den udeblevne menstruation som en følge af klimakterium eller sygdom.

2. Patienter, hvis graviditet er fejldiagnosticeret af læger (en del klimakterielle).

3. Patienter, der hos læger eller andre forgæves har søgt hjælp for at fremkalde blødning og eventuelt illegal abort. En del læger behandler gravide patienter med ineffektive midler, som forsinker henvendelsen til mødrehjælpen.

4. Patienter, som er uvidende om, at man kan henvende sig direkte til mødrehjælpen vedrørende svangerskabsafbrydelse, og for sent bliver opmærksomme herpå.

5. Patienter, som skubber problemerne fra sig længst muligt og først sent erkender nødvendigheden af at henvende sig til

mødrehjælpen, deriblandt en række alvorligt belastede, ofte intelligensdefekte eller psykopatiske kvinder. Desuden en række trætte, udslidte, initiativhemmede kvinder, som først for sent får samlet sig sammen til at henvende sig.

6. Patienter, der er stærkt deprimerede og sygeligt hemmede. Fortrinsvis unge kvinder med udpræget skamfølelse og generthed.

Overfor en del af de nævnte grupper ville en energisk oplysningskampagne såvel i offentligheden som blandt læger, jordemødre og sygeplejersker utvivlsomt kunne medvirke til tidligere henvendelser. Af hensyn til den hidtidige personale- og lokalemæssige overbelastning af den københavnske sociale og lægelige konsultation har man dog ikke kunnet iværksætte en sådan kampagne af frygt for yderligere at sprænge rammerne for konsultationen. En vis betydning for rettidig henvendelse vil det uden tvivl have, såfremt der bliver tillagt hospitaler og mødrehjælp adgang til at stille indikationen, idet en del kvinder sikkert da vil undlade at søge den ene læge efter den anden, men straks henvende sig til den indikationsstillende instans.

Af største betydning er gruppe 5, som dels udgør flertallet af de positive indikationer, dels repræsenterer en række kvinder, som har stærkt behov for svangerskabsafbrydelse og ofte også for sterilisation.

Når man fra mødrehjælpens side tillægger spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse efter 12. svangerskabsuge stor betydning, skyldes det dog først og fremmest, at kravet om, at der skal være taget stilling til indikationen før 12. uge, gør arbejdet med disse patienter forceret og presset på en meget uheldig måde. Dels stiller den forcerede arbejdsform meget betydelige krav til organisation og administration, men først og fremmest får man i talrige tilfælde alt for kort tid til at arbejde med den individuelle patient, til grundigt at undersøge forholdene

og mulighederne for gennemførelsen af svangerskabet samt til at forsøge at få patienten til at se mere positivt på mulighederne for at gennemføre svangerskabet.

Af største betydning er det desuden i denne forbindelse, at et betydeligt antal gravide kvinder i tiden efter 12. svangerskabsuge slipper for den nedtrykthed, som i mange tilfælde i høj grad bidrager til, at de motiver, hun har for at søge abort, kan virke helt overvældende på hende. Betydningen af denne nedtrykthed kan være overordentlig vanskelig at vurdere selv ved en indgående psykiatrisk undersøgelse.

I Sverige, hvor man som følge af den senere grænse for foretagelse af svangerskabsafbrydelse i de fleste tilfælde har betydeligt længere tid til rådighed, inden man behøver at tage stilling til indikationen, har man ofte lejlighed til et langvarigt og mere intensivt personligt arbejde med den enkelte kvinde. Herunder kan man, som det f. eks. finder sted i Stockholms Len, tage patienten ind en uge eller to på et kombineret rekreations- og observationshjem og derigennem bl. a. få indtryk af graden af udslidthed samt mulighederne for behandling af trætheden og depressionen, et forhold, som siges at være af største værdi.

Konklusion: Den i praksis gældende 12-ugers grænse virker som en hemning for det personlige og sociale opbyggende arbejde, som det først og fremmest er mødrehjælpens opgave at yde. Hvor indikation på forhånd er sikker, er det givet, at alt skal sættes ind på at få indgrebet udført så tidligt som muligt. Er den mere tvivlsom, kan det imidlertid være af største værdi, at man har mulighed for at udskyde afgørelsen til et noget senere tidspunkt end 12. uge. Endelig føler man det nødvendigt i en del tilfælde at kunne foretage abortindgreb på kvinder, som først henvender sig efter 12. uge, væsentligst da på visse medicinsk-soziale indikationer, hvor der ofte vil være samtidig indikation for sterilisation.

## Om risikoen ved legal svangerskabsafbrydelse.\*)

Af V. Oram.

Gennemgår man de *nordiske* kommissionsberetninger om svangerskabsafbrydelse fra 30-erne (*Norge* 1934, *Sverige* 1935, *Island* 1935, *Danmark* 1936) udtales det gentagne gange, at der er en vis risiko ved afbrydelse af svangerskab under legale forhold, selv om den er langt ringere end ved illegal svangerskabsafbrydelse. Endvidere pointeres det, at faren ved indgrebet er størst efter 3. svangerskabsmåned, og dermed menes den *primære risiko* (blødning, infektion, perforation m. m.), idet der ikke er almindelig enighed om betydningen af den *sekundære risiko* (sterilitet m. m.).

*Tre måneders grænsen* for svangerskabsafbrydelse, der genfindes i nordiske og forøvrigt også i udenlandske diskussioner, begrundes dels med, at indgrebet er teknisk lettere og derfor mindre risikabelt før 3. måned, dels med en etisk betragtning, der munder ud i, at kvinden før 3. svangerskabsmåned ikke med sikkerhed ved, at hun er gravid, kun at menses er udeblevet, således at indgrebet i kvindens bevidsthed blot tjener til at fremkalde menses og ikke, at det er ensbetydende med at afbryde et fosters udvikling.

I den *svenske* betænkning af 1935 foreslås det dog, at 3-måneders grænsen bør lægges frem til 20. uge, idet der hverken biologisk eller medicinsk er grundlag for at trække en 3-måneders grænse. Ved at ansætte en 5-måneders grænse mener kommissionen af forskellige grunde, at antallet af abortsøgende kvinder vil aftage. Risikoen ved indgrebet mener man at kunne formindske ved at benytte forskellige former af kejsersnit i stedet for at udtømme livmoderen i I eller 2 seancer, hvilket angives at medføre større fare for infektion.

Disse udtalelser fremsættes igen i den svenske *revisionsbetænkning af 1944*, idet

det samtidig udtales, at dødeligheden ved svangerskabsafbrydelse er gået betydeligt ned, efter at man har forladt hindestikmetoden og lignende 1- og 2-seancemetoder til fordel for kejsersnittet i alle svangerskabsstadier. Baggrunden for disse udtalelser er bl. a. F. Holtz' arbejder over abortbehandling, hvori concluderes, at mortaliteten ved legal abort og fødsel er ens (på raske kvinder), ja muligvis lavere ved legal abort end ved fødsel, og at sygdomshyppigheden efter legal abort er lav, samt at sterilitetsfaren er ringe, i det mindste ikke større end ved fødsel.

I den *danske* kommissionsberetning af 1936 understreges 3-måneders grænsen som den mindst risikable, idet det på grundlag af et indsamlet materiale (1923—32) hævdes, at mortaliteten før 3. svangerskabsmåned er lavere end efter (før 0,48 pct., efter 1,5 pct.), samt at antallet af primære komplikationer stiger i de senere svangerskabsmåneder (2. md. 5,6 pct., 3. md. 11,7 pct.). Med hensyn til metoder ved svangerskabsafbrydelse udtaler kommissionen, at instrumentelle indgreb synes mindst risikable, hvorimod hindestik og lignende metoder frembyder større mulighed for infektion og derfor *sjældent anvendes af ansvarsfulde læger*.

Den *norske* kommissionsindstilling af 1935 ligger på linie med den danske.

Gennemgår man den nordiske, medicinske litteratur i de sidste 10 år (1939—49) med henblik på farerne ved svangerskabsafbrydelse i det hele taget og i de enkelte svangerskabsmåneder for sig, finder man oplysninger, som kan siges i nogen grad at afkræfte de førnævnte kommissionsangivelser.

Udtryk for faren ved *svangerskabsafbrydelse* er dels *dødeligheden*, dels antallet af *primære komplikationer*. Disse sidste kom-

\*) Forklaring til anvendte medicinske udtryk: se side 177.

plikationer defineres almindeligvis således: Feber (d. v. s. tp. over 38° C) en eller flere dage, salpingitis, parametritis, endometritis, efterblødning, retention af ægdele, som nødvendiggør senere evacuation, læsion af uterus (cervixrift, perforation), blærelæsion, ileus, thrombose, emboli, pneumoni, urinvejsinfektion og hæmatom og absces i bugvæggen. Ud fra eksakte erfaringer fra materialer af anden art må man mene, at thrombose-emboli-faren i ikke ringe grad må kunne afværges ved tidlig opståen og mobilisering. Hvor meget chemoterapien kan formindske infektionsrisikoen er usikkert, idet der kun foreligger få undersøgelser desangående. *Svanberg* oplyser, at i 1942—44 fandtes der i et ikke chemoterapibehandlet materiale 4,3 pct. infektioner, i 1945—47 i et chemoterapibehandlet materiale 0,7 pct. infektioner. Andre resultater synes dog ikke at give afgørende sikkerhed for, at chemoterapi har større antiinfektøse effect i disse særlige tilfælde.

Med hensyn til komplikationer må iøvrigt siges, at det er vanskeligt at vurdere den reelle betydning af de individuelle angivelser. Således udgør *lettere komplikationer*, d. v. s. feber af få dages varighed, endometritis, let adnexitis (ømhed af få dages varighed) ca. 50—70 pct. af alle komplikationer. Det er sandsynligt, at disse komplikationer ingen reel betydning har, og at forløbet af den legale abort i sådanne tilfælde bør betegnes som normalt, og at man derfor *som egentlig komplikation kun bør regne*: Adnexitter med tydelig udfyldning, thrombose, emboli, uterin- og blærelæsioner, ileus, peritonitis, abscesser samt døde efter indgrebet.

Bedst var det måske kun at benytte *dødeligheden* som kriterium for faren ved legal svangerskabsafbrydelse, idet antallet af døde er det eneste rent objektive og eksakte grundlag for en bedømmelse. *De øvrige komplikationer* er mere eller mindre underkastet en subjektiv og derfor uensartet bedømmelse.

I ældre abortus provocatus materialer (*skema 1*) ligger dødeligheden på grund af indgrebet fra 0,4—2 pct. og komplikationsprocenten fra 9,2—44 pct.

Sammenligner man disse ældre resultater med nyere angivelser (*skema 2*) findes dødeligheden varierende fra 0—0,6 pct., altså sammenligningsvis en væsentlig for-

skel. Antallet af komplikationer derimod varierer fra 1,6—40 pct., hvilket vil sige, at de lettere, som før nævnt, ret uvæsentlige komplikationer nærmest er uforandrede i antal i de 2 materialeopstillinger.

Dødelighed og komplikationshyppighed i de enkelte svangerskabsmåneder i det danske materiale, som danner grundlag for undersøgelserne i svangerskabskommissionen af 1936, er angivet i *skema 3*. Her understreges den største risiko ved svangerskabsafbrydelse i de senere svangerskabsmåneder. Sammenlignes disse tal med resultaterne i nogle materialer af nyere dato (*skema 4*), kan der næppe være tvivl om, at farene ved legal svangerskabsafbrydelse nu om stunder *ikke* er så alvorlige som angivet i 1936. Som *Bengtsson* og *Sjöstedt* skriver, er komplikationshyppigheden *stort set uafhængig af, i hvilken svangerskabsmåned indgrebet udføres*. De omtalte 3 arbejder i *skema 4* er de eneste, i hvilke forfatterne har gjort rede for risikoen ved svangerskabsafbrydelse i de enkelte måneder. Angivelserne i *skema 5* viser antallet af afbrydelser i de enkelte svangerskabsmåneder, men forfatterne er ikke gået i detaljer med hensyn til risikoen i disse måneder.

Om de legemlige senfølger efter svangerskabsafbrydelse oplyser den *danske* svangerskabskommission af 1936 intet eksakt, men skriver, at „man må være forberedt på, at der vil komme blivende skader, først og fremmest underlivsbetændelser, desuden muligvis vanskeligheder ved senere fødsler, evt. sterilitet, menstruationsforstyrrelser og forskellige andre gener“.

I den svenske kommissionsberetning af 1944 udtales, at senfølgerne er vanskelige at udrede, og at man altid må tage den reservation, at forbindelsen mellem den foretagne abort og senere sygelighed *ikke* med sikkerhed kan bevises. Der konkluderes, at senfølgerne efter legal abort sandsynligvis ikke er større end ved fødsel.

I nyere materialer (*Feniger* og *Wetterdal*) oplyses om senfølger hos 183 (89 pct. af materialet) efterundersøgte kvinder, at menstruationsforstyrrelser fandtes hos 17,6 pct., sterilitet 5,6 pct. (hvilket svarer til *Holtz'* angivelse af 7 pct. sterilitet efter fødsel), nedsat libido og orgasme 8 pct. *Svanberg* har efterundersøgt 229 kvinder (69 pct. af materialet) og finder sterilitet i

5,1 pct., menstruationsforstyrrelse i 11,9 pct. (som modsætning hertil var menstruationsforholdene forbedrede hos 3,5 pct.), iøvrigt ingen andre følger. *Oram* har efterundersøgt 61 kvinder (100 pct. af materialet) efter hindestik + evacuation og finder nedsat libido hos 1 og 3 sterile (observationstiden dog kun 2 år), iøvrigt ingen andre følger.

#### Konklusion af ovenstående:

- 1) Risikoen ved legal svangerskabsafbrydelse er nu om stunder lille — næppe større end ved fødsel.
- 2) Forskellen i risiko ved legal svangerskabsafbrydelse før og efter 3. svangerskabsmånede er så ringe, at man af lægelige grunde ikke bør opretholde en 3-måneders grænse.

Ved gennemsyn af afhandlingen februar 1953, 2 år efter dens udarbejdelse til svangerskabskommissionen, kan tilføjes: Nyere arbejder (*Kühnel, Fabricius-Møller & Oram*) har bekræftet, at risikoen ved legal svangerskabsafbrydelse i almindelighed og specielt efter 3. svangerskabsmånede er så ringe, at kravet om en 3-måneders grænse af lægelige grunde ikke med rimelighed kan oprettholdes.

#### Litteratur:

- 1) Innstilling nr. 1 om avbrytelse av svangerskap, Oslo 1935.
- 2) Betänkande om avbrytande av havandeskap, Stockholm 1935.
- 3) Betänkande i abortfrågan, Stockholm 1944.
- 4) Betænkning om lovligheden af svangerskabsafbrydelse m. v. Kbhn. 1936.
- 5) Bengtsson, L. P. & Sjöstedt, S: Nord. Med. 39, 1425, 1948.
- 6) Borch-Madsen, P.: Ug. for Læger 106, 803, 1944.
- 7) Brandor, E. & Niemieva, K.: Nord. Med. 43, 334, 1950.
- 8) Brosset, A.: Sv. Läkartid. 43, 824, 1946.
- 9) Fabricius-Møller, J.: Ug. for Læger 110, 721, 1948.
- 10) Feniger, R. & Wetterdal, P.: Nord. Med. 35, 1538, 1947.
- 11) Furuhjelm, M.: Sv. Läkartid. 44, 1006, 1947.
- 12) Hansen, J. L.: Ug. for Læger 110, 728, 1948.
- 13) Hauch, E.: Ug. for Læger 106, 895, 1944.
- 14) Holtz, P.: Nord. Med. 41, 948, 1949.

- 15) Ingelman-Sundberg, A.: Sv. Läkartid. 44, 967, 1947.
- 16) Jerlow, D.: Acta obst. et gyn. scand. 23, 214, 1943.
- 17) Johansson, B. & Møllenbach, C. J.: Ug. for Læger 103, 652, 1941.
- 18) Loberg, K.: Menneske og Miljø, Bd. 2, hf. 3—6, 1947.
- 19) Næeslund, J.: Sv. Läkartid. 30, 953, 1933.
- 20) Oram, V.: Ug. for Læger 110, 734, 1948.
- 21) Oram, V.: Idem 110, 731, 1948.
- 22) Oram, V.: Idem 111, 201, 1949.
- 23) Oram, V.: Nord. Med. 41, 1027, 1949.
- 24) Oram, V.: Nord. Med. 42, 1651, 1949.
- 25) Skajaa, K.: Nord. Med. 8, 1677, 1940.
- 26) Svanberg, N.: Nord. Med. 41, 1145, 1949.
- 27) Svanberg, N.: Nord. Med. 42, 1264, 1949.
- 28) Svanberg, N.: Nord. Med. 40, 1870, 1948.
- 29) Trolle, D.: Ug. for Læger 112, 779, 1950.
- 30) Fabricius-Møller, J. & Oram V.: Ug. for Læger 113, 664, 1951.
- 31) Fabricius-Møller, J. & Oram V.: Ug. for Læger 114, 485, 1952.
- 32) Kühnel, P.: Jydske Med. Selskabs Møde, 7—11—1952.
- 33) Oram, V.: Ug. for Læger 113, 73, 1951.
- 34) Oram, V.: Ug. for Læger 114, 482, 1952.

#### Forklaring til anvendte medicinske udtryk.

- 1) Absces: Byld.
- 2) Adnexitis: Betændelse i æggestok og æggeleder.
- 3) Cervixrift: Rift i livmoderhalsen.
- 4) Chemoterapi: Behandling med penicillin og lignende stoffer.
- 5) Emboli: Blodprop i hjertet.
- 6) Endometritis: Betændelse i livmoderslimhinden.
- 7) Evacuation: Udtømmning af livmoderhulens indhold.
- 8) Hæmatom: Blodsamling.
- 9) Ileus: Tarmslyng.
- 10) Libido: Kønslig lystfølelse.
- 11) Mortalitet: Dødelighed.
- 12) Orgasme: Kønslig udløsning.
- 13) Parametritis: Betændelse i bækkenbindevævet til siderne for livmoderen.
- 14) Perforation: Hul på livmoderen.
- 15) Peritonitis: Bughindebetændelse.
- 16) Pneumoni: Lungebetændelse.
- 17) Uterus: Livmoderen.
- 18) Salpingitis: Æggelederbetændelse.
- 19) Sterilitet: Ufrugtbarhed.
- 20) Thrombose: Blodprop i benene.

Skema 1. Dødelighed og antallet af komplikationer i ældre materialer af abortus provocatus.

Forfatter	år	antal	Døde af indgrebet		Komplikationer	
			antal	%	antal	%
Næeslund (svensk).....	1933	359	7	2,00	81	23,0
Kühnel (dansk).....	1933	200	2	1,00	71	35,0
Spitzer (tysk).....	1933	162	0	0,00	71	44,0
Benthin (tysk).....	1933	224	2	0,90	35	15,6
Fuchs (tysk).....	1933	233	1	0,40	24	10,1
Svangerskabskommissionen (dansk)...	1936	1220	9	0,74	142	11,7
Svangerskabskommissionen (norsk)...	1934	715	3	0,42	66	9,2

Skema 2. Dødelighed og antallet af komplikationer i nyere materialer af abortus provocatus.

Forfatter	år	antal	Døde af indgrebet		Komplikationer	
			antal	%	antal	%
Brander & Niemineva (finsk).....	1950	648	2	0,3	88	13,5
Feniger & Wetterdal (svensk).....	1947	232	0	0,0	4	2,0
Johansson & Møllenbach (dansk).....	1941	475	0	0,0	28	6,0
Bengtsson & Sjöstedt (svensk).....	1948	346	1	0,3	57	16,5
Brosset (svensk).....	1946	298	1	0,3	22	7,0
Furuhjelm (svensk).....	1947	145	1	0,6	65	40,0
Holtz (svensk).....	1949	405	0	0,0	18	4,4
J. L. Hansen (dansk).....	1948	90	0	0,0	2	2,0
Borch-Madsen (dansk).....	1944	16	0	0,0	2	12,0
Svanberg (svensk).....	1949	707	1	0,1	287	40,0
Oram (dansk).....	1948	188	0	0,0	3	1,6
Sverrigs off. statistik.....	1944	3800	19	0,5	308	8,1
Trolle (dansk).....	1950	537	0	0,0	77	14,3



Skema 3. *Komplikationer og dødelighed ved abortus provocatus i et dansk materiale (1923—32) og et svensk materiale (Jerlow 1930—41).*

Svangerskabsmåned	2	3	4	5	6	7	ialt
<b>Dansk.</b>							
Antal af abort. provocatus..	449	385	167	92	50	35	1178
Antal kompl. ....	25	45	31	16	12	9	138
Kompl. procent. ....	5,6	11,7	18,5	17,3	14,0	25,7	12
Døde af indgrebet .....	2	2	2		3		9
Dødsprocent. ....	0,4	0,5	1,2		1,7		0,76
<b>Svensk.</b>							
Antal af abort. provocatus..	236	261	109	28	4	1	639
Antal kompl. ialt .....							74
Kompl. procent. ....							10
Døde af indgrebet ialt .....							3
Dødsprocent. ....							0,46

Skema 4. *Dødelighed og antal af komplikationer i de enkelte svangerskabs måneder i eet dansk og 2 svenske materialer af nyere dato.*

Svangerskabsmåned	2	3	4	5	6	7	8	ialt	
Johansson & Møllénbach (dansk) 1939—40.	Antal ab. prov. ....	156	238	44	20			458	
	Antal kompl. ....	4	17	5	2			28	
	Kompl. procent. ....	2,5	7,1	11,0	10,0			6	
	Døde af indgreb. ....	0	0	0	0			0	
	Dødsprocent. ....	0	0	0	0			0	
Bengtsson & Sjöstedt (svensk) 1939—47.	Antal ab. prov. ....	11	90	125	85	20	10	5	346
	Antal kompl. ....	0	16	23	15	2	1	0	57
	Kompl. procent. ....	0	17,8	18,4	17,6	10,0	10,0	0,0	16,5
	Døde af indgreb. ....	0	0	0	1	0	0	0	1
	Dødsprocent. ....	0	0	0	0,3	0	0	0	0,3
Holtz (svensk) 1946—48.	Antal ab. prov. ....	34	101	178	81	11			405
	Antal kompl. ....	2	3	6	7	0			18
	Kompl. procent. ....	6	3	3,4	8,6	0			4,4
	Døde af indgreb. ....	0	0	0	0	0			0
	Dødsprocent. ....	0	0	0	0	0			0

Skema 5. Dødelighed og antallet af komplikationer i 2 danske og eet svensk materiale af nyere dato.

Svangerskabsmåned		2	3	4	5	6	ialt
Svanberg (svensk) 1942—47.	Antal ab. prov. . . . .	42	236	243	37		705
	Antal kompl. ialt . . . . .						286
	Kompl. procent . . . . .						40
	Døde af indgreb ialt . . .						1
	Dødsprocent . . . . .						0,14
Oram (dansk) 1939—47.	Antal ab. prov. . . . .	83	59	29	16	1	188
	Antal kompl. . . . .						3
	Kompl. procent . . . . .						1,6
	Døde af indgreb ialt . . .						0
	Dødsprocent . . . . .						0
Trolle (dansk) 1942—48.	Antal ab. prov. . . . .	34	229	206	54	14	537
	Antal kompl. ialt . . . . .						77
	Kompl. procent . . . . .						14,3
	Døde af indgreb ialt . . .						0
	Dødsprocent . . . . .						0

KVINDELIGT ARBEJDERFORBUND  
I DANMARK

København, den 29. november 1951.

*Til formanden for svangerskabskommissionen af 1949, landsretssagfører  
fru Edel Sawnte, M. F.*

Kvindeligt Arbejderforbund i Danmark — der repræsenterer 34 000 kvinder — tillader sig herved høfligt at rette en henstilling til den ærede kommission vedrørende vore ønsker med hensyn til revision af den nu-gældende svangerskabslov, fordi vi med dyb bekymring ser på det uhyggeligt høje antal af illegale aborter, der til stadighed finder sted.

1. At mødrehjælpsloven udvides og udbygges således, at den virkelig kan blive en støttelov — også udover landet — for de mange nødstedte kvinder.

Det kan loven ikke blive med sin nuværende konstruktion, men den ville kunne blive det, såfremt mødrehjælpen blev et direktorat, henhørende under socialministeriet på samme måde som særforsoget, der har sit eget direktorat under samme ministerium.

2. At der oprettes det fornødne antal seksualklinikker, hvor kvinder og mænd kan få den fornødne oplysning og seksualvejledning på lægeligt grundlag.
3. I svangerskabslovens § 1, 1. stk. ønskes følgende tilføjelse:

Og når det med absolut positiv sikkerhed kan påvises at ville medføre en varig forringelse af kvindens økonomiske og samfundsmæssige stilling.

4. § 2 i svangerskabsloven synes temmelig uklar. Den kan i sin nuværende form give anledning til divergerende fortolkninger i de forskellige egne af landet.

Dette bør undgås ved en mere klar og bestemt formulering.

5. Ønsker en kvinde abortus provocatus foretaget, skal hun i henhold til mødrehjælpsloven henvende sig til følgende instanser:

Kvinden henvises af sin egen læge til mødrehjælpen.

Der aflægges rapport til socialrådgiveren, hvorefter der foretages husbesøg.

På grundlag af socialrådgiverens rapport tager den visiterende læge nu stilling til, om kvinden skal undersøges i den gynækologisk-somatisk afdeling, eller hun skal til psykiatrisk undersøgelse, som regel foretages begge undersøgelser.

Når disse undersøgelser har fundet sted, vil der af speciallægerne — efter konference med de øvrige læger og socialrådgiveren — blive taget stilling til, om kvinden skal indstilles til abortus provocatus.

Bliver hun indstillet hertil, går sagen videre til en af speciallægerne, som foretager indstilling efter en personlig samtale med kvinden. Hun indlægges da på hospital, hvor kirurgen kan træffe den endelige afgørelse, om hvorvidt der bør foretages abortus provocatus eller ikke. Giver kirurgen afslag, henvises kvinden påny til socialrådgiveren, men hun har — i al den tid, undersøgelsen har stået på — været ude for et så stærkt nervepres, at hun i mange tilfælde ikke følger denne henstilling, men søger udvej på anden måde.

Vort forbund ønsker at slå fast, at det ingenlunde er vor mening, at det skal være let for en kvinde at få foretaget abortus provocatus, fordi dette er og vil altid være en meget alvorlig sag.

Dog synes denne canossagang til de mange instanser os at måtte kunne forenkles noget.

Ude på arbejdspladserne, hvor vi har forholdet nær inde på livet, ser vi mange tragedier, vi ser kvindens fortvivlelse, når hun

svigtes af manden, når denne får at vide, at hun er gravid. Hendes stilling er økonomisk truet, hun føler sig slået ud, fordi hun pludselig står ene med hele byrden, mens manden render fra ansvaret.

Efter loven kan ingen hjælpe hende, og hun ser ingen anden udvej end at gå til kvaksalveren.

Hvem har moralsk ret til at dømme hende, ingen — absolut ingen!

Den gifte kvindes bekymringer er ikke mindre. Ofte må hun gå på arbejde, skønt hun har 2—3 børn under den skolepligtige alder. Bliver hun påny gravid, ser hun ingen udvej til økonomisk at kunne klare det, selvom manden har en ugeløn på 150 kr. Håbløsheden og tanken om fattigdommen får overtaget, og hun bliver legemligt og sjæleligt nedbrudt, og i denne tilstand griber til den fortvivlede udvej at gå til kvaksalveren, fordi loven forbyder hende abortus provocatus.

At hjem og børn lider under, at moderen befinder sig i en så overnervøs og deprimeret

tilstand, så længe denne usikkerhed står på, er uundgåeligt, og det er netop hjemmenes velfærd, der ligger os stærkt på sinde.

Derfor håber vi, den ærede svangerskabskommission i sine forhandlinger vil nå til en klog og fornuftig betænkning, hvor den medmenneskelige forståelse af de kvinders forhold, som vil blive omfattet af loven, vil blive altovervejende.

Det er os i hvert fald en betryggelse, at sagkundskaben er så stærkt repræsenteret i kommissionen.

Vi ønsker at understrege, at det ikke er „lille lise-let-på-tå“, vi taler for. Hun klarer sine problemer selv. Det er de mange ulykkeligt stillede ugifte og gifte kvinder, vi tænker på, og de mange sjælelidelser de må gennemgå, fordi den nugældende svangerskabslov er utilgængelig.

Vi beder den ærede kommission overveje vore betragtninger, og det vil glæde os, om de måtte blive taget med i Deres overvejelser, når der tales for og imod, forinden betænkningen foreligger.

Med højagtelse

P. H. V.

**Edith Olsen,**  
forbundsformand.

**Fanny Jensen,**  
medlem af styrelsen.

*Til svangerskabskommissionen.*

På vore foreningers vegne tillader vi undertegnede os herved at forelægge kommissionen vort standpunkt overfor to spørgsmål, som kommissionen behandler.

Vi henstiller, hvad abortus provocatus angår, på den mest indtrængende måde til kommissionen, at den vil gå ind for at lade fosterets liv nyde lovgivningens fulde beskyttelse. Vi er af den overbevisning, at respekten for menneskets liv også på andre områder vil nedbrydes, hvis der ikke vises respekt overfor det værgeløse barn i moders liv.

Vi henstiller derfor indtrængende til kommissionen at bryde med det princip, der indførtes i lov af 18. maj 1937 om foranstaltninger i anledning af svangerskab, at en kvinde i visse nærmere betegnede tilfælde har ret til at få sit svangerskab afbrudt, idet vi mener, at lovgivningsmagten ved lovreger af denne art krænker de naturlige menneskerettigheder. Vil kommissionen — uanset hensynet til menneskerettighederne — ikke helt bryde med det omtalte princip, henstiller vi, at kvindens beføjelse til udslettelse af fosterets liv afgrænses snævrere muligt, især hvad de såkaldte sociale indikationer angår.

Vi henstiller endvidere — idet vi henviser til tros- og samvittighedsfriheden —, at der uanset den retsstilling, man vil give fosteret, ikke i dansk lovgivning indføres nogen forpligtelse hverken for læger eller sygehuse til foretagelse af abortus provocatus. Helst så vi en positiv bestemmelse om, at ingen læge mod sin samvittighed er forpligtet til at foretage abortus provocatus.

Det er vor overbevisning, at en saglig drøftelse af abortus provocatus ikke kan finde sted uden hensyntagen til etikens krav. Dette illustreres derved, at en af World Medical Association's første opgaver var en nycodificering af lægeetikken, efter at

visse læger under den sidste krig havde gjort sig skyldige i umenneskelige handlinger. En af paragrafferne i den af W. M. A. vedtagne „International Code of Medical Ethics“ lyder således: A doctor must always bear in mind the importance of preserving human life from the time of conception (en læge skal altid huske vigtigheden af at bevare menneskets liv lige fra undfangelsen). Denne paragraf havde endnu et punktum: Therapeutic abortion may only be performed if the conscience of the doctor and the national laws permit (abort på medicinsk indikation må kun foretages, hvis lægens samvittighed og landets love tillader det), men dette punktum blev udeladt i den endelige redaktion, fordi der rejstes en betydelig modstand imod det.

Vedrørende spørgsmålet om offentlig støtte til vejledning i brug af svangerskabsforebyggende midler ønsker vi at udtale følgende: Vi er af den overbevisning, at enhver handling, der gør kønsakten unaturlig, bl. a. ved ad kunstig vej at hindre dens samfundsmæssige formål, slægtens bevarelse, er etisk utilladelig. Som følge heraf bør det offentlige ikke indlade sig på at støtte vejledning heri. Dermed er ikke sagt, at enhver børnebegrænsning er etisk utilladelig. Under særlige omstændigheder må det være tilladt at regulere børnefødslerne ved naturligt samliv i de sterile perioder og ved afholdenhed, hvis mulighed uhildet viden-skab og kristendommens 1900-årige erfaring går ind for.

Da vi således står på det standpunkt, at fosterdrab er utilladeligt, og at det samme gælder anticonception, skal vi her pege på de foranstaltninger, der efter vor mening bør tages i anvendelse for at løse problemet:

Sygdomme hos gravide bør behandles ved egentlig sygdomsbehandling.

Uheldige sociale forhold bør søges ændret

ved sociale foranstaltninger såsom tilstrækkelig hjælp til svangre, til vanskeligt stillede mødre, støtte til børnerige familier og løsning af boligproblemet.

Til slut ønsker vi at pege på, at en nødvendig forudsætning for, at disse foranstaltninger kan blive effektive, er, at befolkningen genopdrages i den kristne morals ånd.

Det skal tilføjes, at vi, for at give kommissionen mulighed for en dybere forståelse af vore henstillinger, med særlig post fremsender to eksemplarer af Albert Niedermeyer: Schwangerschaft, Abortus, Geburt (3. bind af sammes Handbuch der speziellen Pastoralmedizin) til kommissionens behagelige afbenyttelse. Vi henviser især til siderne 1—47 og 145—238.

### **Th. Suhr.**

Biskop.

Formand for Vikariatets hospitalsudvalg.

### **Karl Søndergaard.**

Formand for Nicolaus Stenos Gilde  
(Foreningen af danske katolske læger).

### **Anna Marie Gade.**

Formand for Academicum  
Catholicum.

### **Ellen Møller.**

Formand for Danmarks katolske  
Sygepleje-Forbund.

### **Marie Antoinette Kirckhoffs.**

Formand for Danmarks katolske  
Kvindeforbund.

## Mødrehjælpsinstitutionernes regnskab 1951/52.

(Fordeling på de enkelte institutioner).

	København	Næstved	Odense	Aalborg	Aarhus	Esbjerg	Sønderborg	Bornholm	Total
	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.
1. Lønninger og honorarer:									
a. formand og næstformand	4 950	12 610	12 618	13 106	13 835	14 508	13 158	3 934	4 950
b. leder	15 633	51 062	37 487	44 109	43 044	40 096	40 224	—	99 402
c. medhjælper	394 195	56 112	51 400	63 349	76 035	47 293	55 509	—	650 217
d. kontor- og sekretærhjælp	616 588	6 298	10 827	16 110	24 122	11 814	22 246	—	936 286
e. læge	163 928	—	—	—	—	—	—	—	255 345
2. Leje af lokaler m. v.:									
a. husleje	36 721	6 671	15 000	3 722	6 084	3 590	5 110	—	76 898
b. lys og varme	23 395	1 523	3 185	3 780	2 315	1 987	3 129	300	39 614
c. rengøring	40 492	3 454	1 770	4 284	3 941	2 825	3 929	—	60 695
3. Kontorhold (herunder annoncer og oplysningsarbejde)	87 510	26 148	15 445	15 740	17 067	16 561	18 312	779	197 562
4. Befordringsudgifter (rejsende rådgivere)	35 538	30 335	9 259	19 468	14 564	34 208	29 993	11	173 376
5. Anskaffelse og vedligeholdelse af inventar	28 036	10 531	3 551	5 179	4 520	1 543	2 000	580	55 940
6. Forskellige udgifter	75 659	3 505	14 389	2 114	4 149	1 602	3 944	1 591	166 953
7. Revision	3 600	1 800	1 280	1 350	900	800	1 500	160	11 390
8. Ydelse i henhold til lovens § 1, stk. 2 og 3:									
a. svangrehjem m. v.	1 804	94 052	61 962	965	3 610	70 150	15 809	—	248 352
b. andre hjem	86 798	—	—	—	—	—	—	—	86 798
c. oplysningsarbejde	48 956	—	475	205	616	449	344	58	51 103
9. Ydelse i henhold til lovens § 1, stk. 4:									
a. spædbørnstøjt	498 197	80 902	75 969	154 307	134 275	99 961	99 508	3 362	1 146 481
b. direkte økonomisk støtte til gravide	326 056	19 145	11 601	26 413	17 113	37 788	18 167	—	456 283*
10. Ydelse i henhold til lovens § 3:									
a. børnetøj o. s. v.	117 147	11 036	8 976	9 774	6 088	8 186	11 081	—	172 288
b. tab på udlæg af underholdsbidrag	10 708	1 388	890	4 248	2 403	5 525	3 539	—	28 701
	2 615 911	416 572	336 084	388 223	374 681	398 886	347 502	10 775	4 888 634
	10 654	1 603	481	1 212	2 161	1 081	710	—	17 902
11. Indbetalte pensionsbidrag	2 605 257	414 969	335 603	387 011	372 520	397 805	346 792	10 775	4 870 732

\*) Heri dog medregnet udgifter til drift af „Nebbegård“, jfr. bilag 3, 51 457 kr.







