



**National Library  
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

EX. A

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1953:29  
INRIKESDEPARTEMENTET



# ABORTFRÅGAN

BETÄNKANDE

AVGIVET AV 1950 ÅRS ABORTUTREDNING

---

STOCKHOLM 1953

# Statens offentliga utredningar 1953

## Kronologisk förteckning

1. Valkretsar vid fullmäktigeval i kommunerna. 1950 års folkomröstnings- och valsättsutrednings betänkande. 4. Kihlström. 36 s. Ju.
2. Betänkande med förslag till fiskeristadga m. m. Kihlström. 99 s. Jo.
3. Betänkande med förslag till åtgärder för stödjande av hästaveln m. m. Victor Petterson. 77 s. Jo.
4. Nordisk passfrihet. Betänkande nr 4. Victor Petterson. 28 s. U.
5. Lättnader i fråga om tullbehandling m. m. av motorfordon i trafiken mellan de nordiska länderna. Victor Petterson. 45 s. U.
6. Generella metoder och fysiska kontroller inom investeringspolitiken. Idun. 229 s. S.
7. Läkarutbildningen. Victor Petterson. 394 s. E.
8. Utredning om fastighetsbeskattningen. Marcus. 136 s. Fi.
9. Förslag till lagstiftning om insemination. Katalog och Tidskriftstryck. 143 s. Ju.
10. Förband och bygd. Victor Petterson. 180 s. Fö.
11. Betänkande med förslag till allmänna riktlinjer för den territoriella pastoratsindelningen och församlingsprästerliga organisationen m. m. Berlingska Boktryckeriet, Lund. 350 s. E.
12. Fakta om olja. Gernandt. 80 s. H.
13. Landsbyggens elkraftförsörjning. Gernandt. 120 s. K.
14. Förslag till brottsbalk. Norstedt. 590 s. Ju.
15. Juridisk och samhällsvetenskaplig utbildning. 1. Katalog och Tidskriftstryck. 550 s. E.
16. Juridisk och samhällsvetenskaplig utbildning. 2. Bilagor. Beckman. 271 s. E.
17. Enhetligt frihetsstraff m. m. Marcus. 222 s. Ju.
18. Lika lön för män och kvinnor i det statliga lönesystemet. Beckman. 527 s. C.
19. Sägverksindustrin i södra Sverige. Idun. 164 s. H.
20. Trafiknykterhet. Victor Petterson. 310 s. K.
21. Promemoria med förslag till vissa åtgärder för att nedbringa väntetiderna vid sinnesundersökning i brottmål. Katalog och Tidskriftstryck. 66 s. Ju.
22. Nåd i brottmål. Statistiska uppgifter för 1900-talets första hälft. Av S. Groth. Marcus. 24 s. Ju.
23. Konsumentprisindex. Betänkande angående omläggning av levnadskostnadsindex. Marcus 75 s. C.
24. Folkhögskolans ställning och uppgifter. Katalog och Tidskriftstryck. 247 s. E.
25. Det proportionella valsättet vid landstingsval. 1950 års folkomröstnings- och valsättsutrednings betänkande. 5. Kihlström. 123 s. Ju.
26. Betänkande med förslag till vissa ändringar i rättegångsbalken m. m. Gernandt. 159 s. Ju.
27. Psykologiskt försvar. Kihlström. 256 s. I.
28. Befälsordningen vid infanteriet. Kihlström. 480 s. Fö.
29. Abortfrågan. Victor Petterson. 298 s. I.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1953:29  
INRIKESDEPARTEMENTET



# ABORTFRÅGAN

BETÄNKANDE

AVGIVET AV 1950 ÅRS ABORTUTREDNING

VICTOR PETERSSONS BOKINDUSTRI AKTIEBOLAG  
STOCKHOLM 1953

STYLLS ON DALLIA V. YRADNIMAR 1921  
EXHIBITION. 1921



# ABBOTTFRYGAN

THE GREAT CODE

ABBOTTFRYGAN AND ASSOCIATED

ABBOTTFRYGAN AND ASSOCIATED

1921

## Innehåll

<i>Skrivelse till statsrådet</i> .. .. .	7
<i>Inledning</i> .. .. .	9
<i>Kap. 1. Historik</i> .. .. .	13
<i>Kap. 2. Diskussioner kring abortfrågan</i> .. .. .	18
<i>Kap. 3. Riskerna vid abortingrepp</i> .. .. .	27
Primärkomplikationer .. .. .	28
Illegal abort s. 28. — Legal abort s. 29.	
Senkomplikationer .. .. .	31
Somatiska följder s. 31. — Psykiska följder s. 31.	
Sammanfattning av komplikationerna .. .. .	33
Suicidalrisken .. .. .	34
Illegal abort efter avslagen ansökan om legal abort .. .. .	36
Tidpunkten för ingreppet .. .. .	37
Utredningens uppfattning s. 38.	
<i>Kap. 4. Abortklientelet</i> .. .. .	39
Abortfrekvensen .. .. .	39
Befolkningsutredningens diskussion om abortfrågan s. 39. — Den legala abortfrekvensen s. 40. — Antalet illegala aborter och den totala abortfrekvensen s. 42. — Sammanfattning s. 44.	
Abortklientelets geografiska fördelning .. .. .	45
Abortklientelets sociala och medicinska struktur .. .. .	47
Civilståndsfördelning s. 48. — Ålderssammansättning s. 50. — Uppväxtförhållanden s. 51. — Socialgruppering s. 52. — Ekonomiska förhållanden s. 53. — Bostäder s. 53. — Barnantal s. 56. — Förbindelsens art s. 57. — Relationen till barnafadern s. 58. — Hälsotillstånd s. 60. Sammanfattning av hälsotillståndet s. 65. — Motivbildning s. 66. Dominerande miljöfaktorer s. 70.	
Diskussioner kring förskjutningarna i klienteletts sammansättning	75
Sammanfattning .. .. .	78
<i>Kap. 5. Indikationerna vid legal abort</i> .. .. .	80
Redogörelse .. .. .	81
Hemort s. 81. — Indikation och befolkningstäthet s. 82. — Civilstånd s. 83. — Åldersgrupper s. 83. — Yrkesfördelning s. 83. — Socialgrupper s. 83. — Barnantal s. 84. — Somatiska diagnoser s. 84. — Psykiska diagnoser s. 85.	

Sammanfattande diskussion .. .. .	85
Exempel på abortlagens tillämpning s. 90.	
Rh-immunisering som abortindikation .. .. .	93
Rubeola och graviditet .. .. .	95
Sambandet mellan abort och sterilisering .. .. .	97
Utredningens uppfattning om steriliseringsvillkoret s. 97. — Angående abort på grund av asocialt levnadssätt s. 98.	
<i>Kap. 6. Sociala och ekonomiska hjälpåtgärder .. .. .</i>	<i>100</i>
Hjälperksamhet av ekonomisk art .. .. .	101
Moderskapspenning s. 101. — Moderskapshjälp s. 101. — Mödrahjälp s. 101. — Bidragsförskott s. 103.	
Arbetsmarknadsfrågor och därmed sammanhängande spörsmål ..	103
Förbud mot arbetstagares avskedande s. 103. — Ledighet vid barns-börd m. m. s. 104. — Inkomstbortfall vid barns-börd s. 105. — Platsför-medling åt mödrar och gravida kvinnor s. 105.	
Bostads- och bosättningsfrågor .. .. .	108
Bostadsfrågor i allmänhet s. 108. — Bostadsrabatter s. 109. — För-tursrätt till bostad för abortklientelet s. 109. — Kategorihus s. 111. Mödrahem s. 111. — Hemsolor s. 112. — Bosättningslån s. 112.	
Daghem .. .. .	113
Social hemhjälpsverksamhet .. .. .	114
Adoptionsfrågan .. .. .	115
Kostnadsfri havandeskapsdiagnos .. .. .	116
Internationell konvention .. .. .	117
<i>Kap. 7. Abortärendenas handläggning .. .. .</i>	<i>120</i>
Prövningsförfarandet .. .. .	120
Redogörelse .. .. .	120
Tidigare diskussioner i frågan .. .. .	123
Abortkommittén s. 123. — Lagrådet s. 124. — Proposition till 1938 års riksdag s. 124. — 1941 års befolkningsutredning s. 125. — Proposition till 1946 års riksdag s. 125.	
Kritik .. .. .	125
Socialpsykiatriska nämndens arbetsbelastning s. 125. — Bristande per-sonlig kontakt s. 126. — Intygen s. 127. — Nämndens och den intygs-skrivande läkarens ställningstagande s. 128. — Sammanfattning s. 129.	
Förslag .. .. .	130
Decentralisering av prövningsförfarandet s. 130. — Prövningsnäm-ndens sammansättning s. 131. — Dess kompetens s. 132. — Bostadsband s. 132. — Beslut och fullföljd av talan s. 132. — Ärendenas handlägg-ning s. 133. — Avskaffande av tvåläkarintygen s. 135. — Det praktiska genomförandet av förslaget s. 137.	
Förundersökningen och den abortförebyggande rådgivningen .. ..	138

Tillkomst och utveckling .. .. .	138
Funktionssätt och hittillsvarande erfarenheter .. .. .	140
Normalorganisation s. 140. — Kuratorernas anställningsförhållanden s. 140. — Rådgivningsbyråernas mottagningar och lokaler s. 140. — Den första kontakten med den abortsökande s. 141. — Samarbete mellan psykiater och gynekologer s. 142. — Besöksfrekvensen s. 143. — Det abortförebyggande arbetet s. 144. — Avslagsfallen s. 146. — Kontakt efter operationen s. 146. — Kuratorernas arbetstid s. 147. — Familjerådgivning s. 147. — Kuratorernas utbildning s. 147.	
Utredningens synpunkter på den hittillsvarande verksamheten samt förslag .. .. .	148
Allmänt s. 148. — Förslag till utbyggnad av rådgivningsverksamheten s. 150. — Detaljgranskning av byråernas organisatoriska uppbyggnad, resurser och arbetssätt s. 150. — Förslag till nyorganisation, lönegrads-placeringar m. m. s. 152. — Kuratorernas arbetsprestationer s. 154. Byråernas resurser s. 155. — Deras arbetsmetoder s. 155. — Förslag till nya blanketter s. 156. — 4 000-kronorsbidraget s. 157.	
Förslag till omorganisation inom medicinalstyrelsen .. .. .	158
<i>Kap. 8. Sexualupplysning och födelsekontroll .. .. .</i>	161
Sexualupplysningen och vissa därmed sammanhängande frågor ..	162
Sexualundervisning i folkskolorna s. 163. — Av föräldrar s. 164. — Vid folkskoleseminarier s. 164. — I högre skolor s. 164. — Under militärtjänst s. 165. — Inom folkbildningsorganisationerna s. 166. — Genom film s. 166. — Utbildning för preventivmedelsrådgivning s. 167. — Utredningens önskemål s. 168.	
Preventivmedelsrådgivningen .. .. .	168
Preventivmedelsrådgivning vid mödravårdscentraler och -stationer s. 169. — På rådgivningsbyråer s. 174. — Genom RSFU s. 174.	
Förslag till utvidgad rådgivning .. .. .	175
Organisation s. 175.	
Preventivmedlen .. .. .	177
<i>Kap. 9. Kostnadsfrågor .. .. .</i>	180
Preventivmedelsrådgivningen .. .. .	180
Rådgivningsbyråernas organisation .. .. .	181
Prövningsförfarandet .. .. .	182
<i>Reservation av Eva Lagerwall .. .. .</i>	184
<i>Förslag till lagtext .. .. .</i>	186
Förslag till lag angående ändring i abortlagen .. .. .	186
Förslag till kungörelse med tillämpningsföreskrifter till abortlagen	187
Specialmotivering till ändringarna i abortlagen .. .. .	190
Specialmotivering till tillämpningskungörelsen .. .. .	192



<i>Bilagor</i> .. .. .	197
I. Socialstatistiska data rörande kvinnor, som hos medicinalstyrelsen ansökt om legal abort. Av medicinalstyrelsens statistiska avdelning .. .. .	197
II. De illegala aborternas antal och geografiska fördelning. Av Ture Aldén .. .. .	222
III. Illegalt aborterade kvinnor. Av Ture Aldén .. .. .	235
IV. Operationsriskerna vid legal abort. Av Erik Klintskog .. .. .	252
V. Psykiatriska synpunkter på abortsituationen. Av Yngve Holmstedt .. .. .	262
VI. Efterundersökningar av abortklientelet .. .. .	284
VII. Abortprofylaktisk verksamhet i Danmark .. .. .	296

## *Till Herr Statsrådet och chefen för inrikesdepartementet*

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 18 november 1949 tillkallade chefen för inrikesdepartementet genom beslut den 20 januari 1950 under-tecknade, socialläkaren Gunnar Inghe, överläkaren vid kvinnokliniken å Centrallasarettet i Stocksund Harald Johansson, överläkaren vid Ulleråkers sjukhus Eva Lagerwall, advokaten Valborg Lundgren, borgmästaren Sven Lutteman och förbundsordföranden Inga Thorsson, att såsom sakkunniga inom departementet biträda med utredning om översyn av den abortförebyggande verksamheten och därmed sammanhängande spörsmål. Åt under-tecknad Lutteman uppdrog departementschefen att vara ordförande.

De sakkunniga har antagit benämningen 1950 års abortutredning.

Till sekreterare åt utredningen utsåg departementschefen genom beslut den 10 mars 1950 t. f. bitr. stadsfiskalen Ture Aldén.

Såsom experter att vid behandling av särskilda frågor medverka vid utredningsarbetet har departementschefen utsett den 10 mars 1950 kuratorerna Lis Lagercrantz-Asklund och Karin Malmfors samt den 15 september 1950 legitimerade läkaren Yngve Holmstedt.

Sedan uppdraget numera slutförts, överlämnas härmed vördsamt utredningens *betänkande i abortfrågan*.

Den 15 maj 1952 uppdrog Kungl. Maj:t åt utredningen att verkställa översyn av tillämpningsföreskrifterna till förordningen den 9 september 1938 (nr 569) med vissa bestämmelser angående fosterfördrivande medel. Till fullgörande av detta uppdrag har utredningen den 2 juli 1953 avgivit förslag i ämnet.

Stockholm den 2 september 1953.

*Sven Lutteman*

*Gunnar Inghe*

*Harald Johansson*

*Eva Lagerwall*

*Valborg Lundgren*

*Inga Thorsson*

*Ture Aldén*

## Inledning

I samband med att dåvarande chefen för inrikesdepartementet, statsrådet Eije Mossberg, hemställde om Kungl. Maj:ts bemyndigande att tillkalla sakkunniga för översyn av den abortförebyggande verksamheten och därmed sammanhängande spörsmål, anförde departementschefen till statsrådsprotokollet — sedan han redogjort bland annat för den abortförebyggande verksamhetens utveckling efter det 1941 års befolkningsutredning år 1944 avgivit sitt betänkande i abortfrågan — följande:

Utredningen bör såsom utgångspunkt för sitt arbete låta företaga en lämplig socialstatistisk bearbetning av det föreliggande skriftliga materialet rörande legala aborter jämte vissa undersökningar om eventuella självmord eller förlossningar hos dem, som fått avslag på ansökning om legal abort. Bearbetningen bör kunna grundas dels på de rapporter om verkställt avbrytande av havandeskap, som av vederbörande läkare insändas till medicinalstyrelsen, dels på de handlingar som enligt tillämpningsföreskrifterna till abortlagen skola bifogas till medicinalstyrelsen ställd ansökning om avbrytande av havandeskap och dels slutligen på de läkarutlåtanden angående rättskapabla kvinnor som hos läkare gjort framställning om tillstånd till avbrytande av havandeskap.

Rapporterna om verkställda legala aborter böra underkastas bearbetning med avseende på fördelningen av dessa mellan de olika indikationerna i abortlagen, och resultatet härav bör analyseras. Ur ansökningshandlingarna bör kunna hämtas uppgifter om de motiv, som driva de abortsökande kvinnorna, deras sociala och ekonomiska situation samt de övriga omständig-

heter, som föranleda beviljande av eller avslag på deras ansökan. Försök bör göras till en förnyad uppskattning av antalet illegala aborter och deras geografiska fördelning och därefter bör undersökas om något samband kan spåras mellan antalet legala och illegala aborter i olika delar av landet. Slutligen bör utredningen söka komma fram till en sammanfattande analys av de orsakssammanhang som ligga bakom framställningen om legal abort.

På grundval av denna socialstatistiska undersökning bör utredningen granska den abortförebyggande verksamheten och framlägga de förslag till vilka granskningen ger anledning. Prövningen bör omfatta såväl rådgivningsbyråernas organisationsformer och arbetsresultat som statsbidragsbestämmelsernas utformning. Jag erinrar i detta sammanhang om att medicinalstyrelsen i skrivelser den 14 september 1948 och den 31 augusti 1949 framlagt vissa förslag till ändring av nu gällande statsbidragsgrunder. Utredningen torde även böra granska själva det tekniska ansökningsförfarandet vid framställning om legal abort.

På grundval av den socialstatistiska undersökningens resultat bör utredningen vidare från abortprofylaktiska synpunkter granska de ekonomiska och sociala hjälpåtgärder för blivande mödrar, som stå till samhällets förfogande. Härvid böra de på rådgivningsbyråerna tjänstgörande kuratorernas erfarenheter inhämtas. Särskild uppmärksamhet torde behöva ägnas den speciella ekonomiska hjälp, vilken av kuratorerna skall kunna lämnas abortsökande kvinnor och för vilken statsbidrag utgått med 4 000 kronor för kurator och budgetår. Om den socialstatistiska undersökningen därtill föranleder, bör utredningen även vara oförhindrad att framlägga förslag till andra åtgärder, som kunna vara ägnade att förebygga att abort tillgripes.

Utredningen bör däremot icke taga upp

frågan om ändring av nu gällande lagstiftning beträffande avbrytande av havandeskap.

1941 års befolkningsutredning uttryckte i sitt betänkande i abortfrågan den bestämda uppfattningen, att rådgivning beträffande förebyggande födelsekontroll vore att betrakta som den viktigaste bland de abortprofylaktiska åtgärderna. I den förut omnämnda propositionen nr 369 till 1945 års riksdag framlade Kungl. Maj:t även förslag att ordna sådan rådgivning för kvinnor, tills vidare som försöksverksamhet anordnad som ett led i den förebyggande mödravården, vilket förslag av riksdagen bifölls. Såväl av befolkningsutredningen som i Kungl. Maj:ts proposition framhölls, att sedan erfarenheter av denna till mödravården förlagda verksamhet vunnits, torde den böra tagas under omprövning och ställning tagas till framförda förslag, att preventivmedelsrådgivning för kvinnor borde meddelas även vid sjukhusens gynekologmottagningar och av tjänsteläkare. Jag anser att i enlighet härmed utredningen bör verkställa en undersökning av i vilken omfattning preventivmedelsrådgivning meddelats inom den förebyggande mödravården samt framlägga de förslag rörande den fortsatta verksamheten på detta område, som undersökningen kan föranleda. På samma sätt bör utredningen upptaga till granskning den som försöksverksamhet inom den förebyggande mödravården anordnade kostnadsfria havandeskapsdiagnosen och framlägga förslag med anledning härav.

I sitt arbete skall utredningen ha rätt att vid behov anlita medicinalstyrelsens statistiska avdelning.

Till fullgörande av sitt uppdrag har utredningen i första hand låtit verkställa en socialstatistisk bearbetning av akterna rörande kvinnor, som hos medicinalstyrelsen ansökt om legalt avbrytande av havandeskap. Denna undersökning (bil. I), som stått under utredningens ledning, har verkställts av förste aktuarien i medicinalstyrelsen Erik Soop. Till komplettering härav har på en sampling av klientelet 1950 företagits en närmare granskning av den sociala och medicinska situationen samt motivbildningen, omfattande såväl an-

sökningar till medicinalstyrelsen som s. k. tvåläkarintyg.

Uppgifter om klientelet har erhållits jämväl genom efterundersökningar, som utredningen låtit verkställa i Göteborg och Malmö, genom en liknande undersökning vid rådgivningsbyrån i Solna samt genom en undersökning som verkställts av utredningens expert Yngve Holmstedt. En av fil. kand. Greta Petréns verkställd sociologisk undersökning av de legala aborterna i Hälsingborg under viss tidsperiod har ställts till utredningens förfogande. Därjämte har viss undersökning verkställts rörande ett antal illegalt aborterade kvinnor.

Ett försök har gjorts att uppskatta de illegala aborternas antal och geografiska fördelning, varjämte en särskild undersökning verkställts rörande självmord och förlossningar hos dem, som fått avslag på ansökan om legal abort.

Med. lic. Erik Klintskog har till utredningens förfogande ställt en undersökning om operationsriskerna vid legal abort.

Vid granskning av den abortförebyggande verksamheten har informationer om rådgivningsbyråernas organisationsformer och arbetsresultat samt den abortförebyggande verksamhet, som bedrivs vid vissa lasarett, erhållits genom — förutom utredningens experter Lagercrantz-Asklund och Malmfors — resor av kommitténs ledamöter samt utsända frågeformulär.

Den preventivmedelsrådgivning, som bedrivs inom den förebyggande mödravårdens ram, har undersökts genom en rundfråga i ämnet, och på motsvarande sätt har undersökning verkställts rörande effektiviteten av vissa sociala och ekonomiska stödåtgärder med abortprofylaktiskt syfte.

Samråd har i stor utsträckning förekommit med företrädare för statlig och kommunala myndigheter och kon-

mittéer ävensom enskilda sammanslutningar, varjämte rörande vissa av utredningen behandlade frågor överläggningar ägt rum med representanter för olika läkarorganisationer ävensom med lekmanrepresentanter från de olika sjukvårdsområdena.

Överläggningar har vidare förekommit med representanter för statens medicinska forskningsråd om planläggningen av en efterundersökning rörande de fysiska och psykiska följderna av ett abortingrepp, varjämte utredningen hos forskningsrådet gjort framställning, att rådet måtte ställa medel till förfogande för vetenskaplig forskning angående preventivmedel.

Vid utredningens arbete har framkommit, att ett ur abortprofylaktisk synpunkt godtagbart prövningsförfarande förutsätter vissa ändringar i 1938 års lag om avbrytande av havandeskap samt tillämpningskungörelsen till denna lag. Efter framställning har Kungl. Maj:t uppdragit åt utredningen att vid fullgörande av sitt förut erhållna uppdrag även pröva och framlägga förslag i frågan angående revision av gällande bestämmelser om ansöknings- och prövningsförfarandet vid framställning om legal abort.

Efter framställning från utredningen har Kungl. Maj:t den 24 juli 1953 medgivit, att utredningen må i sitt betänkande lämna redogörelse för vissa fall av legala aborter ävensom för vissa andra av läkare lämnade uppgifter utan hinder av att det till grund för redogörelsen liggande materialet hämtats från handlingar, vilka icke är av offentlig natur, under förutsättning att ifrågakommande fall och uppgifter återgives på sådant sätt, att de däri berörda personerna icke kan identifieras av utomstående.<sup>1</sup>

Utredningen har under hand avgivit yttrande till straffrättskommittén över

ett förberedande utkast till brottsbalk, såvitt gäller fosterfördrivningsbrottet.

Hos ärvdabalkssakkunniga har utredningen hemställt, att sådant förtydligande av 7 kap. 10 § föräldrabalken måtte övervägas, att otvetydig rätt tillerkännes kvinna, som låtit verkställa legal abort, att, där så finnes skäligt, av den man, vilken är eller kan vara fader till hennes foster, erhålla ersättning för med aborten sammanhängande kostnad och förlust.

I skrivelse till hyresregleringskommittén har utredningen framhållit bostadsfrågans betydelse i abortprofylaktiskt hänseende för en stor del av abortklientelet (se hyresregleringskommitténs betänkande I, s. 158).

Utredningen har avgivit yttrande över en av fru Elsa Ewerlöf vid 1951 års riksdag väckt motion (II: 379) om vissa åtgärder i abortförebyggande syfte.

Genom förmedling av utrikesdepartementet och genom direkta hänvändelser till vissa främmande beskickningar har uppgifter införskaffats om lagstiftningen på hithörande område i vissa länder, varjämte utredningen härutinnan erhållit visst biträde genom justitiedepartementet.

Redan på ett tidigt stadium stod det klart för utredningen, att en mera ingående kännedom om abortfrågans läge i våra grannländer än som kan vinnas på nyss angiven väg skulle vara av stort värde. Med vederbörligt tillstånd avlade utredningens ledamöter och sekreterare därför den 10—13 oktober 1950 ett studiebesök i Köpenhamn. Kontakten med den i Danmark verksamma svangerskabskommissionen har däref-

<sup>1</sup> Ehuru på grund härav i samtliga hithörande fall identifikationsdata blivit i erforderlig omfattning retuscherade, hemställer utredningen, att vid offentligt återopande av betänkandet kasuistiska uppgifter ur detsamma icke medtages.

ter i viss utsträckning upprätthållits. På initiativ från den norska straffelovkomiteen ägde den 9—11 maj 1952 överläggningar rum i Norrköping och Stockholm mellan nämnda kommitté och utredningen.

Abortutredningen vill som sin be-

stämda uppfattning uttala, att en undersökning av förutsättningarna för att tillskapa en så långt möjligt enhetlig nordisk lagstiftning rörande legalt avbrytande av havandeskap och därmed sammanhängande frågor snarast bör komma till stånd.

## FÖRSTA KAPITLET

### Historik

Abortfrågans utveckling i vårt land har i tidigare betänkanden varit föremål för ingående redogörelser, varför utredningen här i första hand hänvisar till vad härom anförts i 1934 års abortkommittés och 1941 års befolkningsutrednings betänkanden (SOU 1935:15 och 1944:51).

Beträffande utvecklingen efter år 1944 vill utredningen här redovisa följande.

#### Fosterfördrivningsbrottet

I strafflagens bestämmelser rörande kvinna, som gjort sig skyldig till fosterfördrivning, infördes genom lag, som trädde i kraft den 1 juli 1946, den ändringen, att, om omständigheterna är synnerligen mildrande, hon må frias från straff. Därjämte har åtalsprövning införts. Åtal för fosterfördrivning enligt 14 kap. 26 § strafflagen må ej äga rum med mindre statsåklagare funnit skäl därtill samt åtalsfrågan därjämte underställts riksåklagarämbetets prövning. — I det av straffrättskommittén i april 1953 framlagda förslaget till brottsbalk bibehålles i princip kriminaliseringen av fosterfördrivning och några mera väsentliga sakliga ändringar föreslås icke i denna del.

#### Abortindikationerna

I propositionen nr 156 till 1946 års riksdag framlades förslag till vissa ändringar i 1938 års abortlag.

Den viktigaste av de ändringar, som föreslogs, var att vid sidan av de tidigare gällande medicinska, blandat socialmedicinska, humanitära och eugeniska indikationerna infördes en särskild socialmedicinsk indikation "förutsedd svaghet". Enligt denna skulle abort medgivas när med hänsyn till kvinnans levnadsförhållanden och omständigheterna i övrigt kunde antagas, att hennes kroppsliga eller själsliga krafter skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst och vården om barnet. Den tidigare blandat socialmedicinska indikationen, till vilken hänfördes fall, i vilka barnets tillkomst med hänsyn till svaghet hos kvinnan skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, bibehölls emellertid och benämnes numera medicinskt social. Liksom förut sammanfördes denna indikation med den medicinska, enligt vilken abort fick framkallas, när på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

Som motiv för den nya socialmedicinska indikationen framhölls, att erfarenheten av 1938 års lag syntes ha visat, att lagtexten behövde förtydligas och den blandat socialmedicinska indikationens tillämpningsområde utvidgas något. Den nya indikationen innebär icke abort på rent sociala skäl; även medicinska synpunkter skulle anläggas vid bedömandet. Det förutsattes



emellertid icke, att sjukdom, kroppsfel eller svaghet skulle förefinnas hos kvinnan vid tiden för ingreppet, utan uppmärksamheten skulle i stället mera riktas på den framtida utvecklingen. Vidare borde hänsyn tas icke endast till den kraftnedsättning, som skulle följa av barnets tillkomst utan även till de omsorger och den arbetsbörd, som barnet för framtiden kunde antagas vålla henne och som kunde medföra en gradvis fortgående nedslitning av hennes krafter.

Riksdagen godkände propositionen.

Därjämte vidtogs den ändringen, att medicinalstyrelsen, när synnerliga skäl därtill är, äger medgiva, att abortingrepp må äga rum intill utgången av den 24:e havandeskapsveckan.

Vid 1948 års riksdag väckte herr J. W. Johnsson i Stockholm en motion i andra kammaren, innebärande att riksdagen ville hos Kungl. Maj:t anhålla om framläggande av förslag till sådan ändring i abortlagen, att området för legal abortframkallning bleve fastare och snävare fixerat. I motionen anfördes bl. a., att frågan stode öppen, om den väg som valts för att bemästra de illegala aborterna verkligen gav en ur djupare synpunkter tillfredsställande lösning. Indikationerna för abort syntes för vida. Lagens formulering medgav i praktiken abort under nästan vilka omständigheter som helst. Det hade visat sig, att abortsökande kvinnor t. ex. genom hot om självmord eller om hänvändelse till illegal abortör relativt lätt hade kunnat inordnas under bestämmelsen i 1 § 2) abortlagen.

I sitt yttrande över motionen anförde första lagutskottet, att motionärens påstående att tillämpningen av den i 1 § andra punkten abortlagen upptagna socialmedicinska indikationen blivit för vidsträckt icke vinner stöd av statistiska uppgifter. Under första halv-

året 1947 har abort på ifrågavarande indikation företagits i endast 34 fall. På grund bl. a. härav hemställde utskottet, att motionen icke måtte föranleda någon riksdagens åtgärd. Riksdagen följde utskottet.

I motion till 1953 års riksdag har herr Gustafsson i Borås m. fl. hemställt om utredning i syfte att ernå en fastare fixering av abortlagens tillämpningsområde m. m. Riksdagen har efter förslag av första lagutskottet avslagit motionen (se första lagutskottets utl. nr 17).

I likalydande motionerna till 1953 års riksdag I: 114 av herr Ahlberg och II: 157 av herr Hagård m. fl. om vissa utredningar i befolkningsfrågan hemställles, att 1950 års abortutredning skulle erhålla direktiv att upptaga även abortlagstiftningen till omprövning. Motionerna, som hänvisats till statsutskottet och som berörts även i första lagutskottets nyssnämnda utl. nr 17, har ej blivit föremål för utskottsbehandling under vårsessionen.

#### **Prövningsförfarandet vid legal abort**

Ursprungligen stadgades i abortlagen, att avbrytande av havandeskap ej finge företas, med mindre den läkare, som utför ingreppet, samt annan läkare i viss tjänsteställning i skriftligt utlåtande förklarar förutsättningar för åtgärden vara för handen. När det gällde avbrytande av havandeskap på eugeniska indikationer eller då kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet saknade förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden, kunde endast medicinalstyrelsen fatta avgörande. Därjämte fanns en särskild bestämmelse om nödfall. Då fråga var om avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan och föreskriven prövning eller utförande av ingreppet på anstalt icke utan våda

kunde äga rum med hänsyn till dröjsmål eller olägenhet, som därigenom skulle uppstå, ägde legitimerad läkare ändock företaga ingreppet.

I dessa bestämmelser gjorde 1946 års riksdag en ändring, som kommit att få genomgripande betydelse.

I propositionen med förslag till ändringar i abortlagen föreslogs beträffande prövningsförfarandet en väsentlig utvidgning av medicinalstyrelsens befogenhet att meddela tillstånd till avbrytande av havandeskap. Medicinalstyrelsen skulle nämligen få pröva abortansökan på samtliga indikationer i fråga om såväl rättskapabla som rättsinkapabla kvinnor.

Detta blev också riksdagens beslut.

För 1947 års riksdag framlade Kungl. Maj:t på grundval av ett utav medicinalstyrelseutredningen avgivet betänkande i ämnet genom proposition nr 67 förslag till omorganisation av medicinalstyrelsen, betingad av den avsevärda stegring av styrelsens arbetsbörda, som den allmänna utvecklingen inom styrelsens verksamhetsområde medfört.

I propositionen föreslogs att för handläggningen av ärenden om tillstånd till bl. a. abort och sterilisering skulle inrättas en särskild nämnd, socialpsykiatriska nämnden, vilken skulle bestå av tre ledamöter utsedda av Kungl. Maj:t. Detta bifölls av riksdagen. I enlighet härmed föreskrevs i 29 § instruktionen för medicinalstyrelsen (SFS 1947: 573), att ärenden angående bl. a. sterilisering och avbrytande av havandeskap skall handläggas av styrelsens socialpsykiatriska nämnd, vilkens beslut gäller såsom styrelsens. Beträffande nämndens sammansättning, därom ändrade bestämmelser måst utfärdas på grund av en ständigt växande arbetsbörda, hänvisas till framställningen rörande prövningsförfarandet.

1947 utfärdade medicinalstyrelsen i skriftserien "Meddelanden från Kungl. Medicinalstyrelsen" (nr 93) råd och anvisningar rörande tillämpningen av bl. a. abortlagen, vilka haft stor betydelse för utvecklingen på detta område.

#### Abortförebyggande åtgärder

1941 års befolkningsutredning yttrade angående den abortprofylaktiska verksamheten bl. a. att de åtgärder, som "måste genomföras om man önskar uppnå en verklig minskning av antalet illegala aborter, äro: sexualhygienisk upplysnings- och rådgivningsverksamhet för att nedbringa antalet icke önskade havandeskap, ekonomiska och sociala reformer med sikte på läget för de kvinnor, som dock komma i s. k. abortsituation samt personlig hjälp och rådgivning åt dessa kvinnor genom särskilda, härför tillsatta kuratorer..."

#### Statsmakterna

I denna anda har ett flertal åtgärder av statsmakterna vidtagits.

Genom lagen den 21 december 1945 om förbud mot arbetstagares avskedande i anledning av äktenskap eller havandeskap m. m. har dessa arbetstagares ställning väsentligt förbättrats.

Den 21 december 1945 utfärdades vidare kungörelse om ändrad lydelse av 1 § i kungörelsen angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård. Till sådan förebyggande vård skall numera hänföras även havandeskapsdiagnos och rådgivning beträffande förebyggande födelsekontroll.

1945 års riksdag anvisade vidare medel till vissa abortförebyggande åtgärder, huvudsakligen såsom försöksverksamhet. De anvisade statsbidragen skulle gälla upprättande av *rådgivningsbyråer* för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte, anordnande av *allmän sexual-*

upplysning för vuxna genom folkbildningsorganisationerna, kostnadsfri preventivmedelsrådgivning åt kvinnor och män och kostnadsfri havandeskapsdiagnos. För dessa ändamål har medel anvisats även de följande åren och av de belopp, som anvisades av 1953 års riksdag, belöper på rådgivningsbyråernas verksamhet 185 000 kronor, på de kostnadsfria havandeskapsdiagnoserna 38 000 kronor, på sexualupplysning för vuxna 45 000 kronor och på preventivmedelsrådgivning för män 1 000 kronor. Kostnaden för sådan rådgivning för kvinnor ingår i anslaget för den förebyggande mödravården.

Vid 1951 års riksdag väckte fru Elsa Ewerlöf i Stockholm en motion i andra kammaren, innebärande att riksdagen ville hos Kungl. Maj:t anhålla, att Kungl. Maj:t ville bl. a. dels föranstalta om sådan ändring av gällande regler, att behandling av ansökan om abort på grund av socialmedicinska och medicinskt sociala indikationer obligatoriskt skulle föregås av socialutredning, dels låta undersöka möjligheterna att vid planering av abortförebyggande verksamhet i nya distrikt inrätta allmänna familje- och äktenskapsrådgivningsbyråer, till vilka denna verksamhet anslutes.

I motionen anfördes som grund för sistnämnda hemställan bl. a. följande.

Ett allt större intresse har i våra dagar börjat ägnas behovet av en allmän rådgivning i familje- och äktenskapsfrågor, med vilken intimt hör samman den sexualrådgivning, som nu på ett mindre lyckligt sätt anknutits till mödravårdscentralerna och därför i praktiken är föga utnyttjad. Inpassade i en dylik allmän rådgivning i familje- och äktenskapsfrågor synes såväl den abortförebyggande verksamheten som sexualrådgivningen få väsentligt större möjligheter att verka för sina syften.

Utredningen, till vilken motionen remitterades, framhöll i sitt yttrande, att

den hade dessa frågor under övervägande. Andra kammarens allmänna beredningsutskott hemställde, att motionen med anledning därav icke måtte föranleda någon riksdagens åtgärd, vilket ej heller blev fallet.

Beträffande rådgivnings- och upplysningsverksamheten bör här anmärkas, att skolöverstyrelsen utgivit handledningar, 1944 beträffande sexualundervisning för lärare vid folkskolorna och 1949 för lärare i högre skolor, att medicinalstyrelsen 1947 utgav en folkskrift i abortfrågan samt att som nr 96 i serien medicinalstyrelsens meddelanden 1949 utfärdats råd och anvisningar rörande förebyggande födelsekontroll, närmast för läkare, barnmorskor och distriktssköterskor.

Medicinalstyrelsen har den 28 augusti 1946 utfärdat normalinstruktion för de statsunderstödda rådgivningsbyråerna.

Den 18 oktober 1946 utfärdades kungörelse om tillhandahållande av preventivmedel på apotek.

De särskilda bestämmelserna angående användande i vissa slag av arbete av gravid kvinna eller kvinna, som nyligen fött barn, regleras numera i arbetarskyddslagen den 3 januari 1949.

Ändringar har vidtagits i bestämmelserna rörande den sociala hemhjälpverksamheten. Det av 1953 års riksdag för statsbidrag till avlönande av hemvårdarinnor anvisade beloppet uppgår till 3 160 000 kronor.

Mödrahjälpn har i viss mån ändrat karaktär, i det att den numera alltmera sällan torde lämnas in natura, varjämte maximibeloppen höjts. Även bidragsförskottens maximibelopp har höjts.

Närmare redogörelser för samtliga åtgärder från det allmännas sida, vilka kan antas ha direkt abortprofylaktiskt värde, lämnas under olika avsnitt av detta betänkande.

Det bör här anmärkas, att följande kommittéer, som ännu icke slutfört sitt arbete, handhar frågor, som direkt eller indirekt har abortprofylaktiskt intresse, nämligen *bostadskollektiva kommittén, hyresregleringskommittén, barnavårdskommittén, 1951 års utredning om arbetslöshetsförsäkringen*, vilken erhållit uppdrag att bl. a. utreda möjligheterna att inom denna försäkrings ram bereda yrkesarbetande kvinnor skydd mot inkomstbortfall vid barnsöd, och *socialförsäkringsutredningen*, som enligt sina direktiv har att ompröva mödrahjälpen, den till medlemmar i erkända sjukkassor utgående moderskapshjälpen samt moderskapspenningen.

Beträffande kommittébetänkanden och övriga officiella utredningar, som publicerats under de senare åren och som äger intresse för föreliggande utredning, hänvisas till redogörelserna under de olika punkterna i detta betänkande.

#### *Kommunala initiativ*

Bland kommunala initiativ med abortprofylaktiskt värde bör nämnas den försöksverksamhet med familjerådgivning, som 1951 började i Stockholm (stadskollegiets utl. 17/1951).

Vidare må nämnas den kommitté, som stadskollegiet i Stockholm tillsatte den 26 juni 1952 med uppgift att utreda den förberedande handläggningen av de legala abortfallen i Stockholm, dessas fördelning på stadens olika kvinnokliniker samt därmed sammanhängande organisatoriska och administrativa spörsmål. Utredningen, som sker med biträde av medicinalstyrel-

sen, avser tiden från och med 1947, och innefattar bedömning ur medicinsk och social synpunkt av abortfallen och deras handläggning.

Vissa andra värdefulla insatser från kommunalt håll berörs i det följande.

#### *Enskild verksamhet*

Det mest betydelsefulla arbetet, då det gäller enskild verksamhet av abortförebyggande värde, utföres av Riksförbundet för sexuell upplysning. Dess verksamhet har med åren blivit alltmer omfattande, och i förbundets regi drives nu rådgivningsbyråer, mödrahem, biologiskt laboratorium, adoptionsverksamhet m. m. Förbundets rådgivningsbyråer, som är belägna i Stockholm, Göteborg och Uppsala, uppvisar för varje år ett ökat antal besökande, och verksamheten har utökats med mottagningar även i andra städer. Förbundets tidskrift "Populär tidskrift för psykologi och sexualkunskap", som började utkomma 1950, är värd ett särskilt omnämnande liksom förbundets intensiva och över hela landet gående upplysnings- och utbildningsverksamhet.

Allt oftare förekommer numera, att — liksom ifråga om statliga och kommunala befattningshavare — jämväl i enskild tjänst arbetsgivaren avtalsenligt utbetalar viss lön under längre eller kortare tid av graviditeten.

Såväl i facktidskrifter som i fristående arbeten och broschyrer har betydelsefulla inlägg förekommit i abortfrågan. Den allmänna diskussionen kring abortfrågan refereras i följande kapitel av detta betänkande.

## Diskussioner kring abortfrågan

Under de två senaste decennierna har diskussionen kring abortfrågan varit särskilt livlig. Tidigare, när uttalandena och meningsskiljaktigheterna huvudsakligen rört de juridiska aspekterna och de straffrättsliga synpunkterna sålunda kom att dominera, var diskussionen begränsad till en trängre krets och fördes inte heller offentligt på samma sätt som senare.

Debatten har väl i huvudsak präglats av de befolkningspolitiska, medicinska och religiösa synpunkterna på problemet, men allt emellanåt har också den rent personliga rösten kommit till tals, den som framfört kvinnan och hennes önskemål. De skilda åsikterna syns representera alla olika riktningar från den yttersta uppfattning å ena sidan, som hävdar den enskilda kvinnans rätt att själv helt bestämma, om hon vill föda sitt barn eller icke, till den ytterligheten å andra sidan, som bestrider praktiskt taget varje rätt till abort. Även om stämmorna varit många, har man i diskussionen tyckt sig urskilja två huvudlinjer, representerande till synes "oförsonliga" läger.

Den ena sidan talar om abort såsom "barnamord" och anser, att staten i abortlagstiftningen sanktionerar fosterfördrivning, vilket allvarligt påtalas. Representanterna för denna inställning har många argument, såväl medicinska som moraliskt-religiösa. De läkare, som hänför sig till dessa synpunkter, åberopar vanligen läkarinstruktionen och

gällande etiska normer. Ansvaret för liv liksom femte budet — vilket stundom formuleras såsom förbud att utsläcka liv — har också fått tjäna såsom argument i sammanhanget.

Den andra sidan har särskilt betonat kvinnans situation och mer lagt vikt vid nödvändigheten att beakta hennes svårigheter. Man har hävdad, att hänsynen till kvinnan och hennes bästa i samhället, sådant det nu är, bör gå före hänsynen till det ofödda barnet.

Bland övriga synpunkter, som stundom gjort sig gällande, finner man den som hävdar varje kvinnas rätt att själv bestämma över sin kropp och att även själv avgöra, om hon vill föda det barn hon väntar. En annan uppfattning gör gällande, att det må vara ansvarsökande föräldrars rätt att själva avgöra, om de är i stånd att ta hand om ytterligare ett barn. Andra åter anser, att all hänsyn skall tagas till kvinnans önskan att icke föda sitt barn men förmenar, att ur befolkningspolitiska och även andra synpunkter detta önskemål kan tillmötesgå först sedan hon fött ett eller flera barn. Då är man emellertid inte villig lösa frågan genom att bevilja abort utan tillråder sterilisering av kvinnan.

Helt naturligt har å ömse håll argumenten byggts ut med förklaringar, påståenden och slutsatser, och även om dessa många gånger färgats av en rent personlig uppfattning, så har man dock i största möjliga utsträckning sökt stöd

för sina uttalanden i verkställda undersökningar.

Bland alla olika, rent medicinska faktorer, som har åberopats emot abortingrepp, lägger man även märke till dödsfallsrisken.

Vidare har anförts, att risken för sterilitet efter ett abortingrepp skulle vara så betydande, att även denna omständighet måste allvarligt tas i betraktande. Någon tillförlitlig undersökning av beskaffenhet att lämna stöd för åsikten att ett legalt avbrytande av havandeskap kan medföra framtida sterilitet har emellertid inte åberopats.

Särskilt från läkarhåll har ofta förnummits en stark reaktion emot "skenhelighetsklausulen" (förutsedd svaghet), som den socialmedicinska indikationen då benämnes. Det har sålunda ibland gjorts gällande, att denna bestämmelse skulle öppna möjlighet för snart sagt varje abortsökande kvinna att få tillstånd att avbryta havandeskapet, vilket skulle återspeglas bl. a. i en stor ökning av antalet legala aborter efter lagändringen. Det har även påståtts, att indikationen till sin natur är helt social och att den medicinska delen är svår att upptäcka eller rent av obefintlig. Mestadels har dessa invändningar kommit från dem som har en negativ inställning till abort överhuvudtaget. Stundom tillfogas även en särskild förklaring, att denna negativa hållning inte endast är ett uttryck för ogillande av lagens utformning utan också en reaktion mot en social inställning till hela abortproblemet, som anses felaktig. Olika erfarenheter, vanligen av mer subjektiv natur, har åberopats, men även en del fakta har lagts fram.

Försök har också gjorts att belysa denna bestämmelses verkningar. I ett fall uppgav sålunda en läkare, att han i sitt arbete under cirka sex månader på en angiven klinik här i landet kon-

taktat samtliga abortsökande kvinnor, som lades in på allmän sal. Under den ifrågavarande tiden hade 83 kvinnor tagits in för avbrytande av havandeskapet på grund av den nytillkomna socialmedicinska indikationen; samtliga hade erhållit medicinalstyrelsens tillstånd att avbryta sitt havandeskap. Sedan patienterna behandlats och försök gjorts att hjälpa dem till rätta samt efter det att de faktorer, som kunde ligga bakom dessa patienters abortönskan, närmare undersökts, skulle 30 kvinnor själva ha kommit till insikt om att abort var en förkastlig utväg och sedermera också fött sina barn. Undersökningar, som gjordes efter framläggandet av dessa uppgifter, ådagalade emellertid, att i hela landet endast nio kvinnor av dem som fått tillstånd till abort på socialmedicinsk indikation, avstått från beviljad abort under den tid, som här var i fråga. Från undersökaren gjordes då gällande, att det syntes honom fullständigt irrelevant, om fallen rubricerades under socialmedicinsk eller medicinskt social indikation. Därtill uppgav han, att avsikten icke varit att framlägga några bevis beträffande just den socialmedicinska indikationen utan endast att visa, att man med en energisk profylaktisk verksamhet skulle kunna lösa många fler kvinnors problem än som nu sker.

I senare delen av förklaringen ansåg sig tydligen alla parter kunna instämma; beträffande den förra delen hänvisades till det faktum undersökaren ursprungligen sagt sig vilja bevisa och som han då också tydligen ansett bevisat.

Som i så många andra diskussioner i abortfrågan kunde även här konstateras, att många av de genmälen, som följde, och de slutsatser, som drogs på skilda håll, alldeles uppenbart dikterades mer av polemiskt intresse än av

vilja att sakligt och i samförstånd söka uppnå bättre förhållanden för kvinnorna. Som exempel kan nämnas uttryck sådana som "medicinalstyrelsens folkförstörande verksamhet", "märklig humanitär bragd höll ej streck inför fakta" osv.

Ett argument, som med skärpa framhållits emot abortingrepp annat än i yttersta nödfall, har man velat finna i den omständigheten, att kvinnan efter ingreppet ofta gripas av ångest vid tanke på vad hon låtit ske, att hon då ångrar sitt medgivande till eller rent av sin önskan om abort och att hennes psykiska hälsa därför kan bli allvarligt lidande efter en abort. Slutsatsen av dessa påståenden drages så, att abort är tänkbar endast i de fall, där kvinnans liv icke kan räddas på annat sätt. Den belastning, som en tärande ångest och en ångerkänsla, vilken lätt kan få permanent karaktär, utgör för en kvinna i det dagliga livet, anses så invalidiserande, att hon sålunda just genom aborten — som påstås orsaka detta psykiska insufficiensstillstånd — måhända blir helt eller delvis arbetsoförmögen. Hon kan bli inkapabel att sköta hem och eventuella övriga barn och blir ej heller längre en lämplig eller duglig samhällsmedlem. Och det var just detta man genom abortingreppet skulle söka förhindra.

Den känsla av "misslyckande", som uppges plåga vissa kvinnor efter en utförd abort, har också framförts såsom betydelsefullt faktum, när det gäller att framhålla farorna vid ett abortingrepp. Kvinnan kommer så småningom till insikt om att hon avböjt sin naturliga kallelse att föda barn, hon känner sig mindre värd, därför att hon inte kunnat finna en möjlighet att reda upp situationen och få det barn, som kanske skulle kunnat ge hennes liv det rikaste innehållet — bortsett från att hon ock-

så berövat samhället en måhända utomordentligt värdefull medlem, något som än starkare accentuerar känslan av "misslyckande".

I sådana fall när det eller de barn, som fötts före abortingreppet eller därefter, avlider, måste — enligt denna inställning — ångern över den företagna aborten verka förlamande på kvinnan och medföra ett svårt trauma. Även för den ensamstående kvinnan blir abortingreppet en belastning. Hon måste gripas av en än starkare ensamhetskänsla, när hon — kanske först på äldre dagar — saknar den nära anförvant och det stöd, som det barn hon inte fött måhända skulle ha utgjort.

Neurostillstånd, oförmåga till arbete i full utsträckning, livslång depression — även om den kan vara av lindrigare beskaffenhet — bör inte befordras, framhåller man, och eftersom dylika tillstånd ofta följer ett abortingrepp, säges också dessa faktiska förhållanden i sig utgöra starka argument emot provocerad abort.

Man vill — objektivt sett — inte påstå, att alla kvinnor, som underkastar sig ett abortingrepp, skulle lida av ångest eller gripas av ångerkänslor, men man framhåller, att den omständigheten att sådana tillstånd kan följa på en abort hos någon eller några kvinnor redan i och för sig är så allvarlig, att största försiktighet måste iakttagas.

Mot dessa argument har emellertid också en annan uppfattning gjorts gällande. Den hävdar, att det säkerligen kan vara riktigt, att en del kvinnor ångrar abortingreppet, men att man hos de flesta av dem — i den mån det verkligen inte varit möjligt att förmå dem att avstå från abort — kan iaktta en sådan psykisk läggning, att känslan av ångest och ånger följer dem i olika skiften i livet, hur de än handlar. De skulle kunna ångra även, att de låtit

övertala sig att föda barnet, om detta exempelvis skulle utveckla sig på ett inte önskvärt sätt, kanske orsaka att övriga barn fick sämre omvårdnad och utbildning eller att samtliga barn blev omhändertagna av myndigheterna — allt helt oberoende av de verkliga orsakerna till denna utveckling.

Det sägs vidare, att den ensamstående modern ofta kan leva i ångest vid tanke på de svårigheter, som kommer att möta hennes barn under uppväxten och kanske även i framtiden. Hon kan bitert ångra, inte endast att hon inlåtit sig i en förbindelse, som orsakat graviditet, utan också att hon inte med allvar sökt driva igenom sin eventuella önskan om abort, när sedermera hennes arbetsbörda blir för tung, när förebråelser riktas mot henne från barnet, när barnet måhända blir allvarligt sjukt, invaliderat eller avlider eller när hennes barn visar sig inte bli det stöd hon kanske haft anledning räkna med.

Den ensamstående kvinna, som avböjt ett förhållande, som eventuellt skulle ha kunnat leda till graviditet, ångrar detta, när hon känner sig isolerad och ensamställd. Hennes arbetsförmåga blir lidande av att hon känner sig "mindervärdig", därför att hon inte kunnat fullfölja sin naturliga uppgift och bli mor.

Ångerns innebörd, framhålles från detta håll, kan svårligen klarläggas. Känslan är beroende av så många faktorer i människans psyke, att det knappast är möjligt att generellt påstå, att människor plågas därav vid en speciell uppgiven orsak. Människors sinnen, säges vidare, är också relativt lätt påverkade, och det anses vara ganska enkelt att provocera känslor av hat, rädsla och även ånger. Särskilt markant är detta, när den offentliga debatten erhåller en tendentiös prägel och när den uppenbarligen avsiktligt syftar att nå ett öns-

kat resultat, därvid användes, framhåller man, en suggestiv påverkan av väsentlig betydelse, varigenom "ånger" över ett abortingrepp kan frammanas ganska lätt.

För många kvinnor är också känslan av tacksamhet efter det utförda ingreppet den helt övervägande, påpekar man vidare. Aborten har i deras situation varit den enda lösningen, och varken penninghjälp, löfte om adoption av barnet eller andra konkreta förslag har kunnat godtagas. Även om antalet av dessa kvinnor skulle vara ringa — något man ej känner till — så måste stor hänsyn tas också till deras existens och krav i en nödsituation .

Den livsinställning, som kräver lugn, trygghet och höjd levnadsstandard, den uppfattning, som begär bättre livsvillkor och större säkerhet i framtidsplaneringen, samhällets sociala struktur, kulturutvecklingen, har också fått ett utrymme i argumenteringen i abortfrågan. Med större eller mindre skärpa framhålles sålunda, att kvinnans abortkrav betingas av exempelvis önskemålet att hennes barn skall få bättre utbildning än hon själv, att hon inte är villig pruta på sin eller familjens bekvämlighet och allmänna standard genom att föda ytterligare ett eller flera barn. Även en senare tids "kvinno-behov" har gjorts gällande vara av den arten, att barn och framför allt flera barn skulle utgöra hinder för tillfredsställande av dessa behov.

De sålunda angivna grundorsakerna till kvinnans abortönskan måste enligt denna uppfattning undanröjas, om den inte skall nå en sådan styrka, att hon driver igenom sin vilja och erhåller abort — legalt eller illegalt. Någon anvisning hur förändringen skall komma till stånd kan knappast spåras, och fråga är — sägs det från andra håll — om det ens kan vara önskvärt att åstad-



komma förändring i sådan riktning, som indirekt antyds genom dylika påståenden. Döljer sig inte ett bakåtsträvande därunder? Är det intresset att hjälpa kvinnan på bästa sätt ur hennes konfliktsituation, som utgör drivfjädern i inlägg av detta slag? Om man vill förbättra, sägs vidare, om man helt inriktar sig på att arbeta för lyckligare förhållanden för såväl kvinnor som män, kan det dock omöjligen vara eftersträvansvärt att söka sig tillbaka till en gången tids "kvinnoroll", som icke kan sägas ha varit "lyckligare" och som alls icke skulle kunna inpassas i vår tid.

Samhällets konstruktion och de bristfälliga åtgärder, som samhället nöjt sig med att vidtaga för att hjälpa kvinnan, har också starkt betonats i diskussionen. Gärna framhålls i detta sammanhang manssamhällets kallsinniga behandling av kvinnorna, dess brist på förståelse för kraven på bättre hemhjälp, fler daghem, ökad kontanthjälp osv. Det hävdas, att kvinnan har en klar rätt att få hjälp och allt stöd, som behövs, för att hon skall kunna reda upp den situation hon vid graviditet försatts i. Ingen vågar eller vill väl direkt motsäga detta påstående; uppfattningarna om hur hjälpen skall ges går dock diametralt isär, helt naturligt beroende bl. a. på vars och ens personliga uppfattning om samhällets skyldigheter och möjligheter, vars och ens personliga inställning till en abortsituation och vars och ens allmänna livsåskådning. "Hjälpen måste bli effektiv" är ett önskemål, som ofta uttalas i detta sammanhang. De flesta synes nog dela detta önskemål, men meningarna går isär, när det gäller att avgöra vilken hjälp, som skall anses vara effektiv.

En del hävdar, att hjälpen till en gravid kvinna måste vara påtaglig och innebära, att det väntade barnet icke skall behöva medföra en alltför tung be-

lastning för kvinnan. Här framhålls betydelsen av praktiska åtgärder i större omfattning än hittills: lämplig bostad, daghem, hemhjälp etc., liksom också betydelsen av ökade ekonomiska bidrag i samband med graviditet och barns födelse och även därefter i form av barnbidrag.

Andra framför som sin åsikt, att allt detta må vara gagnarikt och nödvändigt. Man anser emellertid att det svårligen går att realisera i en sådan omfattning, att kvinnorna kommer att avstå från en bestämt önskad abort. Man uttrycker sin varma känsla för kvinnorna i en svår situation och man vill gärna erbjuda hjälp. Förslagen blir: adoption, fosterhem, barnhem, när barnet väl är fött.

Från ytterligare andra håll invändes, att dessa varmhjärtade förslag till hjälp åt kvinnan tar mycket ringa hänsyn till kvinnan och hennes känslor, till hennes eventuella ångest och förtvivlan, sedan hon sålunda "hjälppts" att adoptera bort sitt framfödda barn. Ytterligt liten tanke säges man vidare ägna den känsla av ånger, som griper kvinnan, när hon sedermera förgäves söker återfå sitt barn från ett fosterhem. Man tycks — hävdas från detta håll — vilja bortse från den förtvivlan, som bemäktigar sig kvinnan, när hon härigenom — vanmäktig — känner sig berövad allt, även sitt eget värde som människa.

"Mödrahjälpspolitikens" utformning har betecknats såsom en betydelsefull faktor vid diskussion om nativitet och abort. Man har därvid stundom gjort jämförelser mellan denna mödrahjälpspolitik i Sverige och i andra länder, och man har då ur andra länders socialpolitiska system tagit ut några enstaka förmåner: barnbidrag, moderskapshjälp etc., omräknat beloppen efter dagens kurs i svensk valuta och jämfört belop-

pens storlek med vad man ansett vara ungefärligen samma förmåner i Sverige. Eftersom de svenska förmånerna vid en sådan jämförelse i vissa fall visat sig vara lägre och nativiteten i jämförda länder påstås vara i stigande under det att förhållandena i Sverige uppges vara mindre gynnsamma i detta hänseende, anser man, att ökat ekonomiskt bidrag måste sägas främja en förhöjd nativitet och leda till minskning av aborterna.

Bland alla de invändningar, som framkommit emot att i diskussionen införa argument av detta slag och på detta sätt, kan nämnas den, som särskilt vänder sig emot metoden att göra jämförelser mellan förhållanden, som ej är jämförbara. Att ur ett socialpolitiskt system med alla dess detaljer, utformade efter varje lands art, välja ut några enstaka förmåner och väga dem mot likartade förmåner i ett annat land med ett helt annat socialpolitiskt system anses vara helt orimligt, om man vill göra anspråk på objektivitet. Ej ens om slutsatserna av dylika "jämförelser" dras synnerligen försiktigt och man inskränker sig till att betona möjligheten av att ett annat lands "mödrahjälpspolitik" kan ha haft stor betydelse i den fråga det gällt att finna argument för, vill representanterna för den motsatta uppfattningen medge, att dylik argumentation är av positivt värde. Den har tvärtom på grund av sin osaklighet påvisats utgöra en belastning när det gällt att hos myndigheterna vinna gehör för den allmänna önskan om större ekonomiska bidrag och effektivare praktisk hjälp.

De flesta tänker i sitt resonemang för övrigt ytterligt litet om ens alls på de ekonomiska möjligheter, som kan föreligga för att i verkligheten genomföra önskemålen om praktiska åtgärder och större ekonomiska bidrag. Andra reflekterar något däröver men löser för sin del problemet genom att hänvisa till

kvinnans rättighet att ställa krav på samhället. Möjligen går de något längre och hänvisar samhället att minska eller helt stryka utgifter till något ändamål, som just debattören för sin del anser onödigt eller rent av onyttigt.

I dylika sammanhang liksom ofta vid resonemang om abortproblemet glider diskussionen gärna över på frågan om individens frihet och samhällets krav. De befolkningspolitiska synpunkter, som hävdas i sammanhanget, har vanligen en saklig bakgrund: kurvor, statistiskt material osv. Men de befolkningspolitiska kraven från samhällets sida anses kunna råka i allvarlig konflikt med den enskildes krav på att själv få fritt välja och bestämma. De flesta mogna människor hyser en stark önskan att få barn, men möjligheten att förhindra, att barnen föds vid en olämplig tidpunkt kan endast vara till fördel för såväl samhället som den enskilde — även för barnet. Och detta gäller, resonerar man, även för det fall, att en abort skulle bli nödvändig. Samhällets intresse — ur befolkningspolitisk synpunkt — att graviditet icke skall avbrytas annat än i enstaka undantagsfall, tyder vanligen på en önskan, att så många barn som möjligt skall födas, en synpunkt som en kategori säger sig förstå, när det gäller ett land, som är nödsakat ägna särskild omtanke åt befolkningstillväxten på grund av en militär maktställning. Ett sådant hänsynstagande säges icke vara aktuellt i Sverige. Man anser sig vidare icke behöva frukta, att folket skall dö ut, för den händelse man nöjer sig med de barn, som är önskade.

"Barnets försvarare", som stundom starkt hävdar fostrets rätt att födas, gör i debatten gärna gällande att fostret är en levande individ och driver diskussionen från denna utgångspunkt. En annan uppfattning frågar, om fostret

har något självständigt krav på att få komma till världen och svarar, att detta knappast är tänkbart. Det hävdas från dessa håll, att även om fostret är en levande individ vi i Sverige dock icke räknar med ett besjälat foster, och någon "önskan" anses fostret inte heller kunna ha, då det får antagas vara utan medvetande.

Under återopande av allmänpreventionens betydelse har stundom, till begränsning av de illegala aborterna, vilka man påstår har ökat trots abortlagen, framhållits nödvändigheten av att skärpa strafflagens bestämmelser på detta område. Man påpekar, att straffskärpningen, när det gäller abortörerna bör vara särskilt sträng, men gör även gällande, att straffet måste göras ordentligt kännbart även för "provokatriska" — de kvinnor som låtit illegalt abortera sig.

Betydelsen av straffskärpning på detta område har från andra håll starkt betvivlats och det har därvid särskilt framhållits, att en kvinna knappast räknar med upptäckt och straff i det tillstånd, i vilket hon befinner sig på grund av en iråkad ovälkommen graviditet. Man anser det praktiskt taget uteslutet, att en kvinna, som i sin nödsituation icke ser annan utväg än en abort, skall avskräckas härifrån inför ett allvarligt straffhot.

En så våldsam brytningstid som vår har svenska kyrkans biskopar ansett skapa en viss osäkerhet mångenstädes också inom de kristna samfunden, då det gäller evangeliets tillämpning på bl. a. sexualetikens område. Man har därför funnit sig böra rikta ett samfällt budskap till ämbetsbröderna och genom dem också till församlingarna. Om aborter har biskoparna i detta brev uttalat bl. a., att kyrkan med djupaste bekymmer ser på "den mentalitet, som vill giva den gravida kvinnan fritt

val att föda sitt barn eller ej". Endast i de fall, där avlandet inneburit ett uppenbart våld mot kvinnan, anses hon själv kunna begära abort, om hon efter moget övervägande finner, att det är bättre att detta barn inte blir fött.

Emellertid hävdar man, att läkare, som vid undersökning konstaterar, att havandeskapets fortsättande till födsel med till visshet gränsande sannolikhet kommer att för modern medföra döden eller för endera modern eller barnet fysisk eller psykisk livsoduglighet, bör kunna överväga möjligheten att avbryta havandeskapet. "På sådan medicinsk indikation kan den kristna kärleken tillråda abort."

Kyrkan uppskattar, sägs det vidare, inrättandet av rådgivningsbyråer i abortförebyggande syfte med en väl utbildad och ansvarsmedveten personal. Man framhåller även erfarenheten av den ångest och oro, som kan plåga både dem som aborterat och de läkare och sköterskor, vilka måste medverka vid utförandet av abort. Faderns ansvar betonas, och den man, som sviker modern och det väntade barnet förklaras vara ovärdig såsom människa och samhällsmedlem.

I brevet betonas tillika, att det är en allvarlig dom över ett kultursamhälle, om havandeskap avbrytes på grund av samhällets oförmåga att bereda sociala livsmöjligheter för barnet och barnaföderskan. Ett kultursamhälle, säges det, måste låta sig angeläget vara att avhjälpa dessa sociala brister.

Mycket har talats och en hel del skrivits om det s. k. biskopsbrevet. Val angår just abortfrågan har många av de argument, som redan här ovan refererats i skilda sammanhang, anförts också emot deklARATIONERNA i brevet. Utan att på nytt ingå på argumenten oro, ånger och ångest, indikationerna sådana de utformats i lag och hur de i

olika sammanhang har ansetts påverka aborterna m. m. bör måhända sammanfattningsvis nämnas några huvudsynpunkter i övrigt, som särskilt betonats i diskussionen.

Det har sålunda bl. a. anförts, att man knappast med krav på ett objektivt bedömande kan tala om någon abortmentalitet, som skulle vilja ge den gravida kvinnan fritt val att föda sitt barn eller ej. De önskemål i denna riktning, som kan förekomma, bedöms vara så sällsynta, att de ej behöver orsaka bekymmer. Man anser icke heller, att biskoparna egentligen velat vända sig emot denna ytterlighetsriktning utan har tolkat brevets innehåll så, att kyrkan och den kristna kärleken kan tillråda abort allenast vid en medicinsk indikation av den otvetydiga innebörd, som omförmäles i brevet och som ovan återgivits. Vad som i brevet yttras om kultursamhällets skyldigheter att avhjälpa de sociala brister, som skulle utgöra orsak till att havandeskap måste avbrytas, har tolkats så, att kyrkan anser sig icke kunna godtaga abort på ren social indikation. Men man har även ansett sig kunna av detta uttalande i biskopsbrevet jämfört med vad som i övrigt anförts kunna dra den slutsatsen, att kyrkan icke är beredd godtaga abort på socialmedicinsk eller medicinskt social indikation.

Man uppskattar uttalandet, att ett kultursamhälle måste låta sig angeläget vara att avhjälpa de sociala bristerna, men man önskar åtminstone någon antydning om hur detta skall gå till och på vilket sätt kyrkan är villig att allvarligt medverka härtill. Man är också benägen uppskatta, att kyrkan icke lämnat problemet å sido, liksom att biskoparna funnit sig böra rikta ett budskap i frågan till ämbetsbröder och församlingar, men man efterlyser andra insatser — av positiv art — från kyrkans sida

än ett enkelt uttalande, att en barnaföderska i en svår situation må få ekonomiskt stöd eller hjälp att anskaffa ett gott fosterhem. Man förundrar sig jämväl över bristen på förståelse för den gravida kvinnan i vad hon själv anser vara en nödsituation och vad som måhända också är att betrakta såsom en sådan. Man ställer också frågan, om biskoparna möjligen tänkt sig att ångesten skulle minskas och ångern utebli för den händelse att alla de kvinnor, som söker hjälp och råd hänvisades till samtal på abortbyrå med väl utbildad och ansvarsmedveten personal, fick ekonomiskt stöd eller utlovades ett gott fosterhem till det barn, som väntas. Och slutligen kan sägas, att såsom en grundton genom diskussionen går uppfattningen, att de uttalanden, som av biskoparna gjorts i brevet, präglas av en starkt framträdande kärlekslöshet i förhållande till den gravida kvinna, som befinner sig i en verkligt svår situation.

De huvudlinjer i meningsbrytningen kring abortfrågan i senare tid, för vilka utredningen nu velat lämna en översiktlig redogörelse, utvisar, att diskussionen löper över ett omfattande register av skilda uppfattningar. Med problemets omedelbart mänskliga anknytning blir det lätt brännande varje gång det på nytt tages upp till debatt. Otvivelaktigt har åtskilliga värdefulla synpunkter därvid framkommit och mycken ärlig strävan att hjälpa till rätta människor i nöd har också kunnat skönjas, men å andra sidan lär det inte kunna bestridas, att på sina håll bakom inläggen spårats mera en önskan — medveten eller omedveten — att låta egna aggressioner, besvikelser eller misslyckanden, egen oro eller ångest komma till uttryck, än en allvarlig vilja till en positiv insats för att främja den allmänna strävan att uppnå ett bättre

tillstånd. Icke alltid har känslan av ansvar inför levande människor i en livsviktig angelägenhet i uttalanden, som gjorts, eller i artiklar, som skrivits, varit så framträdande som bort kunna förväntas. Man tar också alltför okritiskt ett enstaka fall som utgångspunkt vid sin argumentering och framhåller detta såsom ett typfall, oaktat man känner det endast genom hörsägen. Bristande praktisk erfarenhet och personlig obekantskap med klientelet och dess faktiska problem utgör därtill mången gång förklaring till en ensidig och kategorisk inställning. Man har kunnat observera, att rent personlig erfarenhet och direktkontakt i frågan tvungit den kategoriske att ompröva sin tidigare ståndpunkt och orsakat en ändring i uppfattningen. En sådan omsvängning har sålunda exempelvis kunnat iakttagas hos gynekologerna, vilkas diskussionsinlägg under 1930-talet hade en helt annan prägel än nu vanligen är fallet. Utredningen vill ingalunda klandra den som av personlig övertygelse hävdar synpunkter och åsikter, som utredningen för sin del icke ser sig i stånd att godtaga. Men anledning saknas inte att särskilt erinra om det betydande ansvar, som i våra dagar åtföljer varje offentlig meningsyttring med hänsyn till den vidsträckt spridning press och

radio skänker. Ur denna synpunkt skulle, enligt utredningens mening, i många fall ha förelegat skäl att påkalla eftertanke för den rent mentalhygieniska sidan — ett uttalandes inverkan på människor av olika psyke — innan måhända helt ensidiga uppfattningar fixerades i tal eller skrift.

Givet är att abortfrågan lika litet som andra djupgående samhällsproblem av kontroversiell karaktär löses genom utfall i debatten eller slående eller spetsfundiga formuleringar, ej heller kommer den närmare sin lösning utan uppriktigt god vilja och allvarliga ansträngningar att föra in sakliga argument av betydelse i diskussionen. Och måhända är detta ett av de mer påtagliga men tillika nedslående dragen i meningsutbytet, att man i alltför stor utsträckning använt hypotetiska eller teoretiska begrepp och föreställningar utan nödigt stöd i verkligheten. Under sådana förhållanden har utredningen funnit angeläget att igångsätta och främja efterundersökningar på kvinnor, som undergått legal abort, för att därigenom utgångspunkter skall kunna vinnas för ett verklighetstroget bedömande av de reaktioner, kring vilka olika meningar brutits. Sålunda bör, enligt utredningens uppfattning, även skapas ett faktiskt underlag för bedömandet.

## Risker vid abortingrepp

När en kvinna råkar i en ovälkommen grossess ser hon ej sällan till en början endast *en* lösning på sina problem, nämligen ett abortingrepp. Som regel vet hon föga eller intet om de risker hon därigenom utsätter sig för, vare sig ingreppet sker legalt eller illegalt. Många är dock rädda för följderna av ett ingrepp, men de anser sin situation så förtvivlad, att de hellre tar de eventuella risker som kan var förknippade med abortprovokationen, än fullföljer sin graviditet.

En undersökning av abortklienteletets kännedom om de faror, som följer med ett abortingrepp finns i befolkningsutredningens betänkande (SOU 1944: 51 s. 321). Härav framgår, att de abortsökande föga beaktade de risker, som var förbundna med ingrepp i fosterfördrivande syfte, men att man ibland hyste vissa betänkligheter för det väntade barnets öde, när provokationsförsöken misslyckats.

Att kvinnor ej sällan underkastar sig illegala ingrepp under mången gång synnerligen primitiva och ohygieniska förhållanden torde bl. a. bero just på okunnigheten om riskerna. Vid ett legalt ingrepp ligger saken annorlunda till, då kvinnan på rådgivningsbyråerna före ingreppet skall upplysas om sjukhusvistelse, operationsteknik och olika samband därmed förenade riskmoment.

Varje operativt ingrepp innebär självfallet risker för den opererades liv eller hälsa. De nya landvinningar, som un-

der senare år ägt rum på medicinens område, har starkt minskat komplikationsfaran. Man känner emellertid föga till de senkomplikationer, som kan följa på ett abortingrepp. Dessa kan nämligen bero på inflammatoriska förändringar i underlivsorganen, deformiteter i livmoderkanalen och fistelbildningar mellan denna och omgivande organ, hormonala rubbningar eller andra genitala dysfunktioner såsom smärtsamma regleringar, smärtor vid samlag, frigiditet, allt tillstånd vilka kan leda till sterilitet eller regleringsrubbningar. Senkomplikationerna kan också vara av psykisk art t. ex. ångestkänslor och depressionstillstånd.

Man måste också ta hänsyn till andra omständigheter. I det läge en abortsökande kvinna befinner sig, kan man ofta räkna med desperata handlingar av olika slag från hennes sida, särskilt självmordsförsök och illegal abort. Man nödgas därför beakta även dessa omständigheter och kan inte begränsa frågeställningen till enbart en jämförelse mellan komplikationsfaran vid legal abort och förlösning. En ökning av avslagsfallen kan nämligen medföra flera självmord eller illegala aborter och utredningen har funnit det erforderligt att undersöka frekvensen av dylika handlingar bland abortklientelet, vilket utredningen enligt direktiven också fått sig förelagt. Härvid är också kännedom om komplikationsfaran vid illegal abort av intresse.

## Primärkomplikationer

### *Illegal abort*

Det material, som står till förfogande för att bedöma primärkomplikationerna vid illegal abort, är ofullständigt.

I befolkningsutredningens betänkande (SOU 1944: 51 s. 50) refererades en undersökning av *Holtz* om riskerna vid illegala abortingrepp. Det material han undersökt utgjordes av kvinnor, som sökt sig till sjukhus för att erhålla behandling efter spontan eller illegal abort. Anmärkas bör, att materialet hänförs sig till en tidsperiod, då kemoterapeutiska och antibiotiska läkemedel etc. ännu icke kommit till användning. Resultatet av undersökningen blev att vid okomplicerad tidig abort, dvs. missfall före fjärde graviditetsmånadens början, uppgick dödsfallsfrekvensen till 0,5 %. Primärsjukligheten uppgick till sammanlagt 9 %, dödsfallen inberäknade. Vid en okomplicerad sen abort var sjukligheten betydligt större. Dödligheten uppgick till 1 % och den totala primärsjukligheten med dödsfallen inberäknade till ca 20 %. Av de komplicerade abortfallen visade de febrande fallen vid tidig abort en dödlighet på 15 % och vid sen abort en dödlighet på 25 %.

Då *Holtz'* undersökning endast avser fall, som vårdats på sjukhus, känner man inte till dödlighet och sjuklighet hos de kvinnor som icke sökt vård efter ett ingrepp.

Av bilaga III framgår att dödsfallsfrekvensen bland illegalt aborterade kvinnor var ca 2 % och att 28 % av de behandlade kvinnorna måste uppsöka sjukhus för vård. Av denna undersökning framgår även, att 246 kvinnor av 352, som genomfört en illegal abort, icke behövde söka sjukhusvård och icke heller hade några direkta komplikationer efter ingreppet oaktat i många fall synnerligen primitiva metoder

kommit till användning. Några fullständiga uppgifter om primärsjukligheten bland dem, som varit inlagda på sjukhus, har icke stått att få. Det bör dock anmärkas, att två av de kvinnor, som förts till sjukhus, avlidit där till följd av ingreppet.

Anmärkningsvärt är emellertid det stora antal kvinnor, som icke sökt sjukhusvård. Orsaken härtill är svår att finna. Möjligen kan det bl. a. sammanhänga med att i materialet ingår 62 kvinnor, vilka behandlats av en abortör, som hade uppnått jämförelsevis stor skicklighet. I några fall då feber tillstötte gav han dem antibiotiska läkemedel, och mycket få patienter fördes till sjukhus.

I detta sammanhang kan som jämförelse nämnas, att helsedirektoratet i Norge samlat in uppgifter från de norska sjukhusen angående de fall, som 1920, 1933 och 1949 lagts in med pågående abort. Man har därvid inte skilt mellan spontana och kriminella aborter. 1920 inlades på de norska sjukhusen 1 121 kvinnor, av vilka ingen dog. 1933 intogs på sjukhus 2 331 abortfall. Av dessa förde 23 fall till döden. 1949 var antalet vårdade abortfall 6 092, av vilka 5 dog.

En särskild undersökning av aborterade kvinnor, som inlagts på Oslos sjukhus, utvisade att dödlighetsfrekvensen under 1938—40 var 0,5 % av 1 186, 1943—45 1,16 % av 3 093 och 1948—49 0 % av 1 724 aborter.

Några säkra slutsatser kan man givetvis inte dra av de anförda siffrorna. Dödlighetstalen tyder dock på att vissa risker fortfarande är förknippade med de illegala abortingreppen. De norska undersökningarna tyder dock på att riskerna minskar och detta förhållande måste bl. a. tillskrivas de moderna behandlingsmetoder, som uppenbarligen även abortörerna lärt sig att använda.

## Legal abort

I bilaga IV har *Klintskog* redogjort för ett stort antal litteraturuppgifter om primära operationsrisker vid legal abort och utredningen vill här hänvisa till denna sammanställning. Av hans egna undersökningar rörande totalmortaliteten i medicinalstyrelsens material av legala aborter, utförda i Sverige — vilket utgör det största samlade abortmaterialet i världen — framgår bl. a. att av 28 447 under åren 1946—51 aborterade kvinnor 46 avlidit i samband med ingreppet. Detta motsvarar en mortalitetsfrekvens av 1,6 ‰. För 1949—51 uppgick dödsfallsfrekvensen vid abort utan samtidig sterilisering till endast 0,6 ‰.

*Holtz* (Förh. v. Nord. För. f. obstetr. o. gynek. 1950, s. 77) har i en redogörelse för primär- och senresultaten vid havandeskapsavbrott angivit primärkomplikationer i 3,8 % av 500 fall av legal abort, som han utfört under de sista 15 åren. Av mera allvarlig beskaffenhet var dessa komplikationer dock i endast ungefär hälften av fallen. Ingen kvinna hade avlidit till följd av ingreppet.

*Furuhjelm* (Sv. Läkartidn. 1947:18) fann på ett material från 1945—46 komplikationer hos 40 % av 142 fall, av vilka 40 utgjordes av patienter, på vilka samtidigt utförts abortprovokation + sterilisering. Den relativt höga komplikationsfrekvensen torde bero på vilka symtom som räknats som postoperativa komplikationer. Sålunda anger *Holtz* endast fall med blåsfistel, feber överstigande 38° under mer än två dagar och adnexinflammation som svårare komplikationer, medan övriga anses som skäligen betydelselösa. *Furuhjelm* däremot upptar i sitt material som komplikationer sådana symtom som temperaturstegring även under 38°, blödning och njurinflammation.

Det är intet tvivel om att både dödlighets- och sjukdomsrisker i betydande grad minskat under senare år tack vare moderna antibiotica och kemo-terapeutica, kännedomen om vätskebalansens betydelse samt framåtskridandet inom anaestetiologien. Även en förbättrad operationsmetodik har i detta hänseende varit av stort värde.

*Fabricius-Möller* och *Oram* (Ugeskr. f. læger 1951 nr 16) har sålunda använt sig av en teknik, som i stor utsträckning begagnas av "kvacksalvare" (partiell utrymning, senare ev. åtföljd av total utrymning). Deras material, som omfattar 307 fall i 2—6:e graviditetsmånaden, företeckade komplikationer i 3,3 %, dock utan laesioner eller dödsfall. Däremot förefinnes i detta material ofta en betydande temperaturreaktion, som dock i endast 2 fall resulterade i allvarigare senkomplikationer.

Till jämförelse härmed har *Kühnel* (Förh. v. Nord. För. f. obstetr. o. gynek. 1952, s. 260) framlagt ett abortmaterial för tiden 1937—52, där annan operationsmetodik använts vid ingrepp efter 3 graviditetsmånaden. Under de första 13 ½ åren, som omfattar 699 fall, utfördes abortprovokationer genom antingen utrymning i en seance, utrymning efter Hegar-dilatation, eventuell ballongdilatation + utrymning, vaginal hysterotomi + utrymning eller sectio caesarea parva med komplikationer i 11—12 %. Under de sista 1 ½ åren har i 229 fall 110 patienter aborterats med liknande operationsmetod som i *Fabricius-Möllers* och *Orams* material (utrymning i en seance), varvid komplikationsrisken sjönk till 2—3 %.

*Lindeberg* (Sv. Läkartidn. 1952:49) relaterar ett material på 32 patienter från mars 1951 till september 1952, där fr. o. m. 9:e graviditetsveckan abortprovokation utförts genom cervixdilatation + inläggning av laminariastift



med efterföljande värkstimulerande kur och/eller instrumentell utrymning. Lindeberg betecknar metoden som riskfri, då behandlingen skett "utan att någon nämnvärd komplikation tillstött hos något av fallen".

Liknande resultat har man med laminariametoden kommit till i ett finskt material på 218 fall från 1952. (*Niemi-neva-Schroderus-Ylinen*, Sv. Läkartidn. 1953: 21), där feber över 38° förekom sammanlagt i 8,3 %. Laminariametoden betecknas i redogörelsen som "en god rutinmetod vid avbrytandet av havandeskapet under den första tredjedelen av graviditeten".

v. *Friesen* (Sv. Läkartidn. 1953: 1) invänder, att i Lindebergs material icke mindre än 5 fall hade "frysning och ordentliga febertoppar kring 40°". Feberkomplikationer vid laminariametoden har tidigare redovisats från två svenska kliniker (*Svanberg*, Nord. Medicin 1948, s. 1870, *Brosset*, Sv. Läkartidn. 1946: 43). v. *Friesen* hävdar efter sammanställning av en del undersökningar från senare år, att vaginal hysterotomi är riskfriare än laminariametoden, och att den tekniskt icke är svårare än att den borde föredras.

Farhågor att vid senare graviditet och förlossning komplikationer skulle uppstå beroende på föregående vaginal hysterotomi anser *Holtz* (Sv. Läkartidn. 1953: 3) ogrundade.

Den tidigare omnämnda undersökningen av helsedirektoratet i Norge gällde också legala avbrott för 1949. Härvid visade det sig, att 2 009 aborter hade företagits. Av dessa hade endast två haft dödlig utgång, alltså 1‰.

Av det ovan anförda framgår, att vid en jämförelse mellan riskerna för kvinnan vid legal och illegal abort, dödlighetsfrekvensen torde vara större vid ett illegalt än vid ett legalt ingrepp. Även komplikationsrisken för övrigt är tro-

ligen högre vid det kriminella ingreppet.

Av intresse är i vad mån det oftare inträffar dödsfall eller tillstöter komplikationer vid legal abort än vid normal förlossning. *Klintskog* har i sin uppsats tagit ställning härtill och funnit, att mortaliteten vid förlossning 1950 uppgick till 0,6‰. I abortmaterialet för 1949—51 var ju dödlighetsfrekvensen vid enbart abort 0,6‰ — alltså densamma som vid förlossning — och vid abort i samband med sterilisering 2,7‰. Dessa siffror visar, att mortaliteten ligger avsevärt högre vid det mer komplicerade ingreppet, som abort + sterilisering innebär. Man får icke förbise, att de kvinnor, som erhåller abort, många gånger befinner sig i ett somatiskt sämre tillstånd än barnaföderskorna, då det ju ofta är den sjukdom eller svaghet de lider av, som indicerat abortingreppet. *Sålunda* hade 16 av de 46 kvinnor i *Klintskogs* material, som avlidit, fått aborten verkställd på grund av indikationen "kroppslig sjukdom".

En jämförelse mellan primärriskerna vid legal abort och normal förlossning är emellertid svår att anställa, beroende på vad som skall anses som komplikation. Man får t. ex. vid förlossning skilja mellan å ena sidan avvikelser från det normala förlossningsarbetet, som medför ingrepp av ett eller annat slag, och å andra sidan efter förlossningen tillstötande moment. *Holtz* har meddelat, att han vid en undersökning av 500 förlossningsfall i en fortlöpande serie fann, att 3,3 % blev förlösta medelst ingrepp i form av fångextraktion, utdragning på fot eller säte, perforation eller dylikt. v. *Friesen* (*Acta obst. et gynec. scand.* 1951: XXXI suppl. 3) har konstaterat, att vid 206 av 4 415 förlossningsfall, motsvarande 4,7 %, tillstötte feber med mer än 38°. — Sammanfattnings-

vis synes riskerna för primärkomplikationer vid abort och fullföljt havandeskap inte vara påfallande olika.

Några psykiska primärkomplikationer är inte beskrivna i litteraturen.

#### Senkomplikationer

Det är allmänt bekant, att senkomplikationer i form av sterilitet brukar uppstå i samband med kriminella aborter. I vilken omfattning detta förekommer, torde vara omöjligt att ange. Sannolikt uppträder denna komplikation oftare vid illegala än legala aborter. Härför talar den troligen högre frekvensen primära komplikationer. Holtz (Hygiea 1937 bd 99 h. 20) har i ett stort material av infekterade aborter, som undersökts efter minst fem års observations-tid, funnit, att ej mindre än 25 % av dessa kvinnor möjligen blivit definitivt sterila.

Några grundligare undersökningar, som tar sikte på senkomplikationerna vid illegal abort, finns veterligen inte.

Den följande framställningen tar därför endast upp senkomplikationerna vid legal abort.

*Somatiska följder.* Erfarenheten av de risker och sjukliga följd-tillstånd, som kan medfölja ett legalt avbrytande av havandeskapet samt frekvensen av dessa följd-tillstånd är för närvarande obetydlig.

De somatiska senföljderna har i Sverige undersökts av Holtz och framlagts i hans tidigare omnämnda uppsats om primär- och senresultaten vid havandeskapsavbrott. Han konstaterar därvid, att av 462 patienter, som han undersökt efter 1—4 år, hade menstruationsrubbingar inträtt hos 10 %. Vissa av dessa kvinnor hade dock företett dylika symptom även före aborten, och menstruationsrubbingar efter ingreppet hade sålunda med säkerhet iakttagits i 8 % av de undersökta fallen. Däremot hade

2,6 % av kvinnorna blivit kvitt sina besvär efter abortingreppet. Av 426 tillfrågade patienter uppgav 29, att de var frigida vid efterundersökningen, varav 11 dock hade besvärats härav tidigare. I endast 11 fall, vilket motsvarar 2,6 % av de tillfrågade, kunde dock med säkerhet konstateras, att frigiditeten hade varit en följd av aborten. En undersökning av fruktsamheten gav till resultat, att sterilitetsfrekvensen hos 117 i detta avseende undersökta fall efter ingreppet uppgick till ca 6 %. Sammanfattningsvis anför Holtz, att senresultaten av havandeskapsavbrytande visar, att rubbningar av olika slag uppstått hos 12,8 % av de undersökta kvinnorna.

Som jämförelse må nämnas en annan av Holtz företagen undersökning om ettbarnssteriliteten (Nordisk Medicin 1939 s. 383), där han konstaterar ca 7 % sterilitet efter första förlossningen. Härtill kommer att en genomgången förlossning kan följas av även andra rubbningar.

*Axel Olsen* (Nordisk Medicin 1950 s. 1 289) har redovisat två danska material omfattande 84 och 333 kvinnor, som aborterat 1939. I det först nämnda materialet har tillförlitliga upplysningar om tillståndet kunnat erhållas i 71 fall; i det sistnämnda endast i 86 fall.

I 6 resp. 10 fall i de båda materialen förelåg underlivslidande och i 5 fall i vardera materialet menstruationsrubbingar. Sterilitet förekom hos 2 resp. 5 kvinnor.

*Psykiska följder.* I debatten kring abortfrågan har särskilt på senare tid de psykiska följd-tillstånden efter abort spelat en stor roll, inte minst frågan huruvida kvinnor efter ingreppet har fått psykiska skador, så att de känner ånger eller skuld lång tid efter ingreppet. Genom utredningens försorg har efterundersökningar företagits för att belysa bl. a. dessa frågor.

*Malmfors* har undersökt 200 kvinnor, varav 84 genomgått legal abort (se bil. VI). Endast 39 av dessa 84 kvinnor har förklarat, att de var helt tillfreds med den utförda aborten. Av de övriga visade samtliga tecken till motvilja i varierande grad, från olustkänslor till medvetet bortträngda skuldkänslor, öppen ånger och skuld. Tio kvinnor hade dessutom försämrats psykiskt.

*Ekblad* (Sv. Läkartidn. 1952: 23) har verkställt en psykiatrisk efterundersökning av kvinnor, som fått legal abort. Även han finner, att kvinnor ibland känt självförebåelser över abortingrepp eller ångrat sig, men att dessa reaktioner varit av mycket olika intensitet och varaktighet. I ett material på 103 kvinnor, som han undersökt, har 79 % uppgivit, att de varit enbart nöjda med och tacksamma för ingreppet och ansett, att aborten var den enda och bästa lösningen på deras problem. Några psykiska besvär har de icke haft och ej heller några skuldkänslor över ingreppet. De kvinnor, som känt ånger eller förebåelser, omfattade två grupper. Den ena gruppen — 10 fall — bestod av sådana som vid tidpunkten för efterundersökningen icke längre hade några besvär av psykisk art men som uppgav, att de omedelbart efter ingreppet gjort sig förebåelser. Den andra gruppen var vid efterundersökningen icke helt fri från psykiska besvär. Endast hos tre kvinnor förekom sådana följder, som hade inkräktat på kvinnans arbetsförmåga, eller som kunde rubriceras såsom sjukdomssymtom. *Ekblad* kommer till den slutsatsen, att risken för psykiska skadeverkningar vid en legal abort synes vara störst hos kvinnor, som tidigare visat påtagliga neurotiska insufficienssymtom.

Detta är särskilt intressant, eftersom indikationerna för abort i sådana fall måste te sig desto mer tvingande ju

sämre kvinnornas hälsa är. Här föreligger tydligen ett dilemma. *Ekblad* har således kommit till annat resultat än *Malmfors*. Hans fall med psykiska insufficienssymtom är färre och symtomen är dessutom av mindre svår beskaffenhet. Anledningen till differensen är i viss mån beroende på skiljaktigt bedömande av situationer.

För att få en helhetsbild av senföljderna vid legal abort torde det emellertid vara erforderligt att göra en jämförelse med det psykiska tillståndet hos de kvinnor, som fått avslag på sin abortansökan och burit fram sina barn. En dylik undersökning har bl. a. gjorts av *Bergvall* (se bil. VI) på 204 kvinnor. Hon har därvid funnit, att av de 72 aborterade kvinnorna, 50 förklarat sig helt tillfreds med ingreppet. Däremot har 14 uppgivit, att de känt olust men att de varit tacksamma för att aborten beviljats, och 4 patienter har känt skuldkänslor, som de inte har kunnat tränga bort. De 117 kvinnor, som föt barn, hade reagerat på följande sätt: 85 var helt tillfreds med utvecklingen, några var tveksamma och 6 kvinnor förklarade, att de tagit skada av att graviditeten fullföljts. En av dessa kvinnor vårdades vid tidpunkten för efterundersökningen på psykiatriska polikliniken.

*Holmstedt* (bil. V) har vid sin efterundersökning av klientelet från rådgivningsbyrån i Stockholm i viss mån också berört hithörande frågor. Han anser för sin del, att abortprovokation i flera fall varit erforderlig för att man skulle undvika sinnessjukvård för abortsökande kvinnor.

*Dickmeiss* och *Hjerrild* (Nordisk Medicin 1950 s. 327) har på ett danskt material gjort en undersökning angående socialmedicinska förhållandena hos 127 kvinnor, som ansökt om legal abort. Vissa patienter har blivit föremål för

personlig undersökning. Från andra åter har man erhållit uppgifter genom utsändande av frågeformulär. Av 66 kvinnor, som erhållit legal abort, befanns 35 vara tillfreds och ha god arbetsförmåga. Däremot var 12 inte fullt arbetsdugliga efter aborten. I övrigt saknas upplysningar eller har kvinnorna steriliserats. Av de 10 gifta kvinnor, som visat sig mindre arbetsföra, hade 3 psykiska besvär, 2 olyckliga äkten-skap och 5 dåliga sociala förhållanden. — I materialet fanns vidare 60 kvinnor, som vägrats abort. Av dessa genomförde 49 havandeskapet, medan 9 aborterade spontant eller på annat sätt. En kvinna var icke gravid, och upplysningar saknas om en. Vid efterundersökningen uppgav 12, att de var glada över att havandeskapet fullföljts och 15 menade, att den legala aborten hade varit den bästa lösningen på deras problem, medan 22 inte kunde lämna några upplysningar om sin reaktion.

Slutligen skall här redovisas en av *H. Hoffmeyer* vid mödrahjälpens i Köpenhamn företagen efterundersökning av 392 kvinnor, som sökt abort 1943. Undersökningen har ännu inte publicerats, men vissa resultat har ställts till den svenska utredningens förfogande. Av undersökningsmaterialet har 189 kvinnor fött barn efter avslag, 136 har erhållit legal abort, 39 har spontanaborterat och 21 aborterat illegalt.

I 5 fall, som aborterat, är upplysningarna ofullständiga och 2 kvinnor har avlidit.

De 189 kvinnor, som fött barn, fördelade sig vid efterundersökningen på följande grupper. 31 kvinnor var glada över att de fött barnet och kunde inte förstå, att de någonsin önskat abort. 66 kvinnor var glada över att de fött barnet, men vidhöll, att deras situation både före och efter hade varit så vanskelig ur hälsosynpunkt ävensom i person-

ligt och socialt hänseende, att havandeskapet borde ha avbrutits. En liknande inställning hade 40 kvinnor, som var glada över att ha fött barnet och vars förhållanden sedermera utvecklats i gynnsam riktning så att de blivit i stånd att taga hand om barnet. De ansåg dock fortfarande vid efterundersökningen, att deras förhållanden vid tidpunkten för abortsituationen varit så svåra, att de borde ha fått abort. 29 kvinnor vacklade i sin inställning. Det bör framhållas, att i gruppen ingår 14 kvinnor som nödgats att adoptera bort sina barn och 9 mödrar till barn som avlidit. En negativ inställning intog 13 kvinnor, som ansåg, att de borde ha fått abort och 9 kvinnor, som delvis var undermåliga, kunde inte lämna besked om sin inställning.

Av 136 kvinnor, som fått legal abort, var 112 tillfreds med avgörandet, medan 5 var missnöjda. För 9 kvinnor var ställningstagandet komplicerat och i 10 fall kunde några upplysningar inte erhållas.

Av de spontanaborterade var 30 och av de illegalaborterade 16 tillfreds med utvecklingen medan de övriga vacklade eller var missnöjda.

Hoffmeyers kasuistik, utredningens egna efterundersökningar och annat tillgängligt material visar, att kvinnornas psykiska reaktion efter ingreppet växlar. Det synes i stor utsträckning vara beroende på utvecklingen av deras personliga förhållanden och miljösituation under tiden efter abortingreppet. All generalisering rörande psykiska efterverkningar bör sålunda ske med största varsamhet.

#### **Sammanfattning av komplikationerna**

Av de redovisade undersökningarna framgår, att primärkomplikationerna vid en legal abort ännu är i viss mån ofullständigt kända, men att de numera

icke torde vara allvarligare eller oftare förekommande än vid förlossning. Anledningen härtill är säkerligen de förbättrade behandlingsmetoderna. Endast vid legal abort i förening med sterilisering föreligger en högre dödsfallsrisk. Denna torde emellertid kunna något minskas genom att ingreppet sker i två etapper, något som dock icke är möjligt i de fall, där medicinalstyrelsen ställt sterilisering som villkor för aborten.

Senkomplikationer är ännu så pass okända, att säkra uttalanden ej kan göras.

En brett upplagd efterundersökning över fysiska och psykiska följdtilstånd, som kan tänkas uppstå hos det legala abortklientelet, pågår för närvarande; medel härtill har ställts till förfogande av statens medicinska forskningsråd. Efterundersökningen utföres av specialister bl. a. i obstetrik-gynekologi och i psykiatri med biträde av röntgenolog och socialkurator. Den omfattar ett storstadsklientel och ett landsbygds-klientel. Man har anledning anta, att denna undersökning, som omfattar det hittills största abortmaterialet i världen, kommer att ge en mer allsidig belysning av de fysiska och psykiska senkomplikationerna efter en legal abortprovokation än fallet varit vid andra undersökningar.

#### Suicidalrisken

Suicidalrisken har tidigare berörts av *Inghe* (SOU 1944: 51 s. 301). Undersökningsmaterialet utgjordes av brev till Riksförbundet för sexuell upplysning under 1933—41 av personer, som direkt eller indirekt anhöll om hjälp till abort. I dessa brev förekom hot om självmord. Cirka 10 % av de ogifta och 2 % av de gifta hade därvid yppat suicidaltankar. Det hade också vid flera tillfällen inträffat, att riksförbundet fått meddelande om att vederbörande verkligen satt sina planer i verket.

I en undersökning, grundad på obduktionsprotokoll från 1925—44 konstaterar *Bengtsson* (Sv. Läkartidn. 1947: 28), att av 247 kvinnor som tagit sitt liv, var 7,7 % gravida. En analys av fallen visade, att huvudparten av de gravida kvinnorna var ogifta. Vidare kunde man iaktta, att en stor del av de icke gravida kvinnorna var psykiskt abnorma, medan endast ett fåtal av de gravida hade visat psykiska avvikelser. — *Dahlgren* ("On suicide and attempted suicide" 1945) har i sitt rättsmedicinskt obducerade material funnit 3,7 % gravida, varav flertalet var psykiskt avvikande.

I ett efterundersökningsklientel från Göteborg från 1940—46 bestående av 344 abortsökande kvinnor, har *Lindberg* (Sv. Läkartidn. 1948: 29) funnit att 18 % av fallen hotat med självmord. Ingen av dessa hade emellertid satt sina planer i verket.

I den av medicinalstyrelsens statistiska avdelning utförda undersökningen (bil. I) visar det sig att 14 % av de abortsökande hotat med suicidium. Av samtliga sökande 1949 hade 20 % av de förut gifta och 26 % av de ogifta hotat med att begå självmord. Av de gifta kvinnorna hade 8 % yppat suicidaltankar.

Till liknande resultat har *Holmstedt* kommit i sin stickprovsundersökning av 100 kvinnor från rådgivningsbyrån i Stockholm (bil. V). Han fann sålunda, att 14 av de undersökta kvinnorna hotat med självmord.

Av särskilt intresse är att undersöka i vad mån det föreligger risk för att hotelserna sätts i verket. Utredningen har därför sökt utröna i vilken omfattning självmord förekommit bland de kvinnor, som fått avslag på sin abortansökan. Samtliga avslagna ansökningar om legal abort under 1947 — 124 fall — 1949 — 635 fall — till Medicinalstyrel-

sen, har genomgått och uppgifter om kvinnornas vidare öden efterforskat.

I första hand har pastorsämbeten i de församlingar, där kvinnorna varit kyrkobokförda, tillskrivits med förfrågan, huruvida vederbörande kvinna avlidit eller fött barn och genom dessa har upplysningar kunnat erhållas om 740 kvinnor.

Med hänsyn till önskvärldheten av att undersökningen blev så noggrann som möjligt har i de fall då uppgifter icke kunnat erhållas från pastorsämbetena utredning även begärts från andra myndigheter och institutioner. Sålunda har upplysningar om 5 kvinnor erhållits från Statens utlänningskommission, om 4 kvinnor från sjukhus, mödrahem eller dylikt samt om en kvinna från pastorsämbete i Finland. I de fall, då upplysningar icke kunnat erhållas från pastorsämbetena, har det gällt kvinnor, som saknat mantals- och kyrkobokföringsort här i riket.

Om 9 kvinnor har upplysningar icke kunnat erhållas. I 4 fall har föreskrivet åldersbetyg icke funnits tillgängligt. Beträffande 5 utläningar har dock i 2 fall upplysningar erhållits, att de lämnat riket och avrest till okänd utrikes ort. Det torde dock böra anmärkas, att beträffande dessa kvinnor har förfrågningar riktats till samtliga tänkbara kyrkobokföringsmyndigheter liksom till Statens utlänningskommission. För att i möjligaste mån eliminera den felkälla, som kan ligga i att någon av dessa 9 kvinnor begått suicidium, har namnuppgifter infordrats på de gravida självmörderskor, som under 1947 och 1949 obducerats å Statens rättsläkarstationer i Stockholm och Lund.

Resultatet av undersökningen har blivit, att av de 759 kvinnor, som under 1947 och 1949 fått avslag å ansökan om legal abort, *ingen begått självmord*.

Enligt uppgifter från statens båda

rättsläkarstationer har under 1947—50 å stationerna obducerats 100 självmörderskor. Av dessa var 5 gravida. Vid studium av polisrapporter, som upprättats i samband med dessa dödsfall framkom med säkerhet ett fall där självmordet icke kunde anses ha något samband med graviditeten.

Givetvis är sistnämnda siffror inte representativa, då ett stort antal självmordsfall tas in för vård å de allmänna sjukhusen, där dödsbevis i förekommande fall utfärdas utan att någon obduktion skett. Detta gäller särskilt sömmedelsförgiftningarna. Det kan nämnas, att under 1949 uppgick antalet i slutenvård omhändertagna sådana fall till 916. De på rättsläkarstationerna handlagda fallen kan således icke läggas till grund för någon statistik utan illustrerar endast den roll graviditeten spelar som självmordsmotiv.

Det må ytterligare nämnas, att enligt de till medicinalstyrelsen 1949 ingivna ansökningshandlingarna 69 kvinnor gjort suicidalförsök.

*Dickmeiss & Hjerrild* (Nordisk Medicin 1950 s. 327) har på ett danskt material funnit att av 66 kvinnor, som erhållit legal abort, 5 vidhöll efter ingreppet, att om de blivit avvisade de skulle ha begått självmord. Av 60 kvinnor, som förvägrats abort, har en icke kunnat återfinnas i folkbokföringen. Denna kvinna visade dock icke vid den första undersökningen sådana symtom att man kunde räkna med suicidalrisk. Endast en av de avvisade umgicks med självmordsplaner.

Även om inget självmord inträffat bland avslagsfallen hos medicinalstyrelsen under 1947 och 1949, har man sig dock bekant, att dylika ägt rum under andra år.<sup>1</sup>

En hemmafru med flera barn sökte 1950 abort hos medicinalstyrelsen. Hon

<sup>1</sup> Ang. offentliggörande se not å sid 11.

hade blivit gravid med en annan man än maken. Barnafadern, som var makens arbetsgivare, var även han gift och bodde i samma fastighet som kvinnan. Medicinalstyrelsen avslag framställningen och vid underrättelsen här- om tog patienten sitt liv.

Ett tidigare publicerat fall rör en 18-årig flicka som hade blivit gravid med en hållningslös sjöman. Hon sökte abort med hänvisning till barnafaderns status. Denne, som då avtjänade frihetsstraff, undersöktes av fängelseläkaren, som icke var psykiater. Läkaren fann inte något fel på mannen, och hennes framställning avslogs. Kort tid herefter tog hon sitt liv.

En kvinna hade blivit gravid med en flykting och efter ansökan till medicinalstyrelsen beviljades aborten. Kort tid därefter begärde en annan kvinna, som var bekant med den aborterade, tillstånd att avbryta sitt havandeskap. Hon var gravid med samma flykting, som emellertid lämnat landet. Vid undersökningen uppträdde hon kyligt, lugnt och sansat. Några tecken till depression kunde ej iaktas, och ej heller var hon upprörd eller desperat. Oaktat situationen i dessa båda fall var likartad ansågs en ansökan till medicinalstyrelsen i detta fall inte indicerad. Några dagar senare gjorde patienten ett allvarligt suicidalförsök. Då ingavs ansökan om tillstånd till abort. Patienten var emellertid så desperat, att hon inte kunde vänta utan hon gick till en illegalabortör. Kort tid därefter infördes hon blödande och högfebril till sjukhus.

I en av *Ettlinger* och *Flordh* nyligen företagen undersökning av självmordsfall återfinnes följande fall. En 26-årig kontorist sökte abort hos medicinalstyrelsen. Hon hade blivit gravid med en utlänning, som lovat henne äktenskap, men därefter dragit sig undan. Medicinalstyrelsen avslag framställningen och

samma dag kvinnan erhöll del av detta beslut, sökte hon beröva sig livet genom sömnmedel och infördes medvetlös till sjukhus.

De här anförda exemplen visar, att självmordsrisken inte får underskattas. Utan abortlag eller med en restriktivt tillämpad lag är det ej otroligt, att dylika fall emellanåt skulle inträffa i större omfattning. Med nuvarande praxis synes dock risken för suicidium av de verkställda efterundersökningarna att döma vara relativt liten.

Slutligen må här erinras om att självmord kan förekomma inte bara i det legala klientelet utan även i det illegala. I det av *Aldén* undersökta illegala klientelet återfinnes sålunda en kvinna som begått självmord efter ett misslyckat ingrepp och 19 kvinnor som uttalat hot om suicidium, om inte den illegala aborten lyckades.

#### **Illegal abort efter avslagen ansökan om legal abort**

Utredningen har även sökt utröna hur stor risken för illegal abort är bland de abortsökande, vilka får avslag. Härvid måste man skilja mellan de kvinnor, som avvisats på rådgivningsbyråerna eller som ej fullföljt sin ansökan där och de, som fått avslag i medicinalstyrelsen.

På rådgivningsbyrån i Stockholm har man sökt hålla kontakt med de kvinnor, som ej fullföljt sin ansökan. Det har visat sig, att ytterst få av dessa illegalaborterade. Som i annat sammanhang framhållits, uppgår de illegalaborterade till ca 2 % av samtliga abortsökande på denna rådgivningsbyrå. Högre antal kriminella aborter visar de undersökningar som har företagits i Göteborg. Den av kurator Bergvall verkställda efterundersökningen utvisar 7,5 % spontan- och illegalaborterade av samtliga abortsökande på

rådgivningsbyrån i Göteborg. Av 344 abortsökande kvinnor, som under 1940—46 avvisats från psykiatriska kliniken i Göteborg har enligt Lindberg (Sv. Läkartidn. 1948: 29) 14,5 % spontan- eller illegalaborterat och *Sjövall* (Sv. Läkartidn. 1952: 28) redovisar vid en undersökning av abortsökande 18 %, vilka fått avslag och gått till spontan- eller illegal abort. Motsvarande resultat i Hoffmeyers ovan nämnda material är 23 %.

Emellertid går endast en del av klientelet, som söker legal abort, genom rådgivningsbyråerna. Utredningen har därför i samband med den tidigare redovisade undersökningen om suicidalrisken även undersökt, hur många kvinnor bland avslagsfallen, som fött barn. Härvid framkom, att av de 759 kvinnor, som under 1947 och 1949 fått avslag på sin ansökan hade 76,9 % fött barn. Av de övriga hade 21,9 % spontan- eller illegalaborterat, medan 1,2 % inte kunnat återfinnas.

#### Tidpunkten för abortingreppet

I befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan (SOU 1944: 51 s. 197) rörande en undersökning av kvinnor, som på 1930-talet vårdats för illegal abort på Sabbatsbergs sjukhus har *Inghe* redovisat tidsintervallerna mellan konception och ingrepp. Han fann därvid i likhet med tidigare undersökare, att den illegala abortfrekvensen var högst i tredje graviditetsmånaden och näst högst i andra. Han fann vidare, att ingreppet företogs tidigare bland gifta än bland ogifta.

Av Aldéns undersökning framgår likaledes att de flesta illegala abortingreppen äger rum i andra och tredje graviditetsmånaderna. De gifta kvinnorna har verkställt ingreppen tidigare än de ogifta.

Enligt den socialstatistiska utred-

ningen, som ju avser ett legalt abortklientel, har de flesta ingreppen däremot skett i tredje—fjärde månaden eller fjärde—femte månaden. Detta innebär, att ett legalt abortingrepp kommer till stånd senare än ett illegalt.

En jämförelse mellan gifta och icke gifta kvinnor i det legala materialet visar, att de gifta kvinnorna i genomsnitt får legal abort utförd på ett tidigare stadium än de ogifta. Sälunda dominerar de gifta kvinnorna, när det är fråga om ingrepp inom två till tre månader från konceptionstillfället, medan de ogifta överväger när ingreppet har skett i fjärde—femte månaderna eller senare. En anledning kan vara, att de ogifta vill hemlighålla graviditeten längre än de gifta och över huvud taget har svårare att bemästra sin situation och finna lämpliga utvägar.

Det kan även tänkas att många kvinnor föredrar den olagliga utvägen framför utfrågning och en befarad väntetid på en rådgivningsbyrå.

Det må i detta sammanhang erinras om de synpunkter som Svenska Gynekologförbundet anlagt på frågan om den lämpliga tidpunkten för en abortoperation. I en till utredningen ställd promemoria har gynekologförbundet föreslagit, att ett legalt avbrytande av havandeskap på "alla grader av blandad social-medicinsk indikation" icke skall få utföras före 20:e veckan men att det måste ske före 24:e veckan. Som grund för detta önskemål har gynekologförbundet anfört, att risken ur gynekologisk synpunkt icke är större om ingreppet utförs vid denna tidpunkt än vid en tidigare. Därjämte skulle man vinna, att den psykiska labilitet, som utmärker en gravid kvinna under de första havandeskapsmånaderna och som påverkar det psykiatriska bedömandet, vid denna sena tidpunkt har försvunnit. Gynekologförbundet har vidare anfört,



att en kvinna vid denna senare tidpunkt har helt andra förutsättningar att bedöma sin situation. Ytterligare ett välgående skäl har anförts. Ett alltför tidigt ingripande skulle därtill medföra att ingreppet sker i fall, där spontanabort ändå skulle ha inträffat, t. ex. genom att ägget är missbildat.

Utredningen är av den uppfattningen, att ett genomförande av gynekologför-

bundets önskemål rörande tidpunkten för ingreppet skulle innebära en sådan psykisk påfrestning för kvinnan, att detta mer än väl upphäver de fördelar, som förslaget påstås medföra. En ytterligare förlängning av tiden mellan konception och operation skulle därför säkerligen medföra att de illegala aborterna skulle öka i antal, en utveckling som icke kan anses önskvärd.

## Abortklientelet

### Abortfrekvensen

Abortfrekvensens förändringar är en av de viktigaste frågorna, när det gäller att bedöma effekten av de samhällsliga åtgärder av olika slag, som i Sverige vidtagits mot aborterna. Syftet med de sociala hjälpåtgärderna och den speciella abortlagstiftningen är i första hand att söka nedbringa antalet aborter och i andra hand att minska de risker för kvinnornas hälsa, som uppstår vid en kriminell abort genom att bereda kvinnorna möjlighet att erhålla legal abort. Den effekt dessa åtgärder kunnat ha på abortfrekvensen har emellertid givit upphov till omfattande diskussion och olika meningar har därvid yppats. Det har exempelvis gjorts gällande, att resultatet skulle ha blivit rakt motsatt vad man från början avsett och att inte endast de legala aborterna ökat, vilket var förutsett, utan att även samtidigt en stegring skett av de kriminella aborterna. Anledningen till denna påstådda utveckling har angivits vara, att samhällets godkännande av legal abort i betydande utsträckning skulle ha skapat en "abortmentalitet", som inom vida kretsar även skulle ha minskat motståndet eller motviljan mot att företa illegal abort, trots de betydande risker kvinnorna därmed utsatte sig för. Med utgångspunkt från sådana spekulationer har man också på sina håll helt velat förkasta de åtgärder, som samhället ansett sig böra vidtaga för att förbättra situationen på detta område.

En analys av frågan om abortfrekvensens utveckling och förändringar under senare år har utredningen därför ansett vara en central uppgift. I direktiven har också särskilt understrukits, att utredningen bör syssla med frågan om abortfrekvensen och göra ett försök att företa en förnyad uppskattning av antalet illegala aborter och deras geografiska fördelning samt utröna om något samband kan spåras mellan antalet legala och illegala aborter i olika delar av landet.

### *Befolkningsutredningens diskussion om abortfrekvensen*

I befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan (SOU 1944: 51) redogjordes för den tidigare utvecklingen av antalet aborter i landet (s. 13 samt s. 53 ff.). Efter att ha behandlat frågan om antalet spontana aborter och det sakta tilltagande antalet legala aborter, berörde befolkningsutredningen även frekvensen av de kriminella aborterna. Det ansågs lönlöst att göra en förnyad uppskattning av deras antal och man nöjde sig med att redogöra för tidigare undersökningar, bl. a. av Edin (SOU 1935: 15). I övrigt uppehöll sig befolkningsutredningen framför allt vid frågan om de illegala aborterna kunde tänkas öka eller minska. Några säkra slutsatser kunde man emellertid inte dra. Vissa omständigheter talade för en måttlig, fortsatt ökning av de illegala aborterna, medan andra skäl närmast

Tabell 1. Antalet legala aborter  
1938—52

År	Antal levande födda	Antal legala aborter	Antal legala aborter på 1 000 barnaföderskor	Antal legala aborter i Danmark
1938	93 946	443	4,72	—
1939	97 380	439	4,51	484
1940	95 778	506	5,28	522
1941	99 727	496	4,97	519
1942	113 961	568	4,98	824
1943	125 392	703	5,61	977
1944	134 991	1 088	8,06	1 286
1945	135 573	1 623	11,99	1 577
1946	132 597	2 378	17,93	1 930
1947	128 779	3 534	27,44	2 240
1948	126 683	4 585	36,19	2 543
1949	121 272	5 503	45,38	3 425
1950	115 414	5 889	51,03	3 909
1951	<sup>1</sup> 110 027	6 328	57,51	—
1952	<sup>1</sup> 110 100	5 322	48,44	—

<sup>1</sup> Preliminär.

talade för att denna ökning upphört eller t. o. m. under 1930-talet förbytts i en minskning. Detta förhållande tydde ju under alla omständigheter på att någon mera markant förändring av de illegala aborternas antal knappast kunde ha ägt rum under decenniet före befolkningsutredningens tillsättande.

Under det decennium som gått sedan befolkningsutredningen framlade sitt betänkande i abortfrågan har emellertid de legala aborterna ökat starkt samtidigt som en viss försöksverksamhet på det abortprofylaktiska området kommit i gång. Situationen har således förändrats. Frågan är nu vilken effekt detta haft på de kriminella aborterna och den totala abortfrekvensen.

#### Den legala abortfrekvensen

Den 1 juli 1935 infördes anmälningsplikt för läkare, som företagit abort på medicinsk indikation. Antalet av läkare tidigare utförda aborter är inte närmare känt. Sådana torde dock endast ha företagits i begränsad omfattning.

Av medicinalstyrelsens utredning 1930 framgick exempelvis, att detta år förekommit 245 fall av abort på medicinska skäl. Under 1936—37 förekom något över 400 fall årligen. Utvecklingen från 1938 framgår av *tabell 1*. Efter den nya abortlagen 1938 dröjde det tydligen åtskilliga år, innan någon nämnvärd effekt kunde skönjas på den legala abortfrekvensen. Först 1943 kunde en obetydlig stegring iaktas, som sedan fortsatte 1944 och följande år, då den försiggick i en alltmer ökad takt. Maximum nåddes 1951 med 6 328 legala aborter, motsvarande 58 fall på 1 000 barnaföderskor. Från 1938 till 1951 hade antalet legala aborter i landet ungefär fjortondubblats. Med hänsyn till nativitetsförändringen förelåg ungefär en tolvdubbling av antalet legala aborter under dessa år. Ökningen hade dock under senare år varit något mindre accentuerad än tidigare och 1952 förbyttes den i en viss nedgång.

Denna nedgång synes ha fortsatt 1953. Antalet av medicinalstyrelsen beviljade aborter sjönk från 1 414 under första kvartalet 1952 till 1 060 under första kvartalet 1953, alltså en nedgång med 25 %.

Den ökning i de legala aborternas antal, som skett under 1938—51 är inte någon för vårt land speciellt utmärkande företeelse. Sålunda uppvisar Danmark en i det närmaste likartad utveckling av den legala abortfrekvensen (*tabell 1*).

Även i Norge har en stegring ägt rum. Några kontinuerliga siffror finns inte tillgängliga, men enligt två undersökningar, som verkställdes av helsedirektoratet, framgår, att antalet legala aborter i Norge 1933 och 1949 utgjorde 1 622 respektive 2 009.

Stegringen är tydligen avsevärt mindre än i Sverige, men det beror framför allt på att den icke kriminella abortfre-

kvensen varit högre i Danmark och Norge. I dagens läge synes frekvenssiffrorna vara jämförliga. Därvid må märkas, att i norsk lagstiftning inte finns någon motsvarighet till den svenska abortlagen.

Samtidigt som den legala abortfrekvensen ökat har en allt större del av aborterna företagits efter medgivande av medicinalstyrelsen. Medicinalstyrelsefallens andel av totalantalet har mellan 1939 och 1952 sålunda stigit från 19 % till omkring 85 % (jfr tabell 33).

Av intresse är om nedgången i den legala abortfrekvensen 1952 beror på färre ansökningar om legal abort eller på andra omständigheter. Under senare år har i medicinalstyrelsen relativa antalet avslag på kvinnors ansökan om tillstånd att få legal abort visat en stigande tendens. 1949 avslogs sålunda endast 12,8 % av de insända ansökningarna, 1951 däremot 16,5 % och 1952 21,4 %. Ett av skälen till det minskade antalet legala aborter 1952 synes således vara en ökad tendens att avslå ansökningarna i medicinalstyrelsen. Det torde emellertid inte vara den enda orsaken. Även antalet till medicinalstyrelsen insända ansökningar har nämligen nedgått. 1949 insändes 5 736 ansökningar, 1951 6 884 samt 1952 6 201. 1952 minskade alltså antalet ansökningar med närmare 700. Denna nedgång kan i sin tur ha flera orsaker.

En faktor, som i viss utsträckning förklarar såväl ökningen i antalet legala aborter från 1950 till 1951 som den därpå följande nedgången, är 1951 års rubeolaepidemi. Vid de verkställda aborterna 1950 ställdes diagnosen "röda hund" (rubeola) i endast ett fall, 1951 i 284 fall och enligt hittills tillgängliga uppgifter kommer antalet på denna diagnos beviljade aborter i medicinalstyrelsen 1952 icke att överstiga 10. Av de 284 rubeolafallen 1951 hade 264 be-

viljats abort av medicinalstyrelsen. Den nedgång i antalet ansökningar hos medicinalstyrelsen, som skedde 1952, kan således till cirka en tredjedel ha sin grund i en tidigare anhopning av rubeolafall. Men den förklarar inte hela nedgången. Denna skulle även kunna sammanhånga med att vederbörande läkare och kuratorer visat större återhållsamhet att vidarebefordra kvinnornas ansökningar till medicinalstyrelsen. Hurvida en sådan ökad restriktivitet faktiskt förekommit under 1952 har emellertid utredningen inte säkert kunnat utröna, men genom stickprovundersökningar vid rådgivningsbyråerna synes det framgå, att så troligen inte varit fallet.

På rådgivningsbyrån i Stockholm har de abortsökandes antal sålunda sjunkit något eller från 2 425 under 1951 till 2 168 under 1952. Antalet abortsökande, som burit fram sina barn utan att ansökan ingivits till medicinalstyrelsen, sjönk likaledes från 519 till 465. Däremot återspeglades medicinalstyrelsens praxis på så sätt, att trots nedgången i antalet abortsökande antalet avslag ökade från 367 till 404. I Malmö har ej heller någon ökad restriktivitet förekommit. Antalet abortsökande har stigit från 374 1951 till 397 1952, medan antalet avvisade från byrån under samma tid sjunkit från 216 till 200.

Då det minskade antalet ansökningar till medicinalstyrelsen sålunda inte synes bero på ändring i rådgivningsbyråernas praxis, skulle nedgången kunna sammanhånga med ändrad praxis av andra läkare, som handlägger abortfall. Möjligen kan en ökad restriktivitet från deras sida föreligga — något som utredningen inte kunnat utröna.

Då någon ändring av rådgivningsbyråernas praxis inte kan påvisas, är det kanske ändå rimligt att anta, att den

iakttaga nedgången av antalet legala aborter under 1952 och 1953 faktiskt beror på att färre kvinnor framställt önskan om legal abort. Orsaken härtill är svårare att yttra sig om. Man får i detta sammanhang inte bortse från den tillspetsade diskussion i abortfrågan, som inte bara förts i dagstidningarna utan även i fackpressen och som måhända verkat opinionsbildande.

Det kan ju tänkas att den legala abortfrekvensen tills vidare nått en maximnivå (jfr dock nedan s. 75), så att den föregående ständiga stegringen i fortsättningen kommer att avlösas av variationer kring ett jämförelsevis stabilt värde.

Huruvida anledningen till det ökade antalet avslag hos medicinalstyrelsen är att indikationerna tillämpas snävare, undandrar sig utredningens bedömande. Ökningen kan också sammanhånga med att de intygsskrivande läkarna i större utsträckning än tidigare visat benägenhet att — även om möjligheten till bifall är liten — på patientens önskan överlämna ansökningshandlingarna till medicinalstyrelsen för dess avgörande. Tveksamma fall förekommer också i betydande antal.

Innan frågan om anledningarna till förändringarna av den legala abortfrekvensen ytterligare diskuteras, är det lämpligt att undersöka förändringarna av den illegala abortfrekvensen och i samband därmed totalfrekvensen provocerade aborter.

#### *Antalet illegala aborter och den totala abortfrekvensen*

Vissa försök till exakta beräkningar av den illegala abortfrekvensen som under senare år företagits i Sverige,<sup>1</sup> lider samtliga av den bristen, att de är baserade på sjukhusmaterial och att någon hänsyn inte tagits till det stora antal illegala aborter, som vårdas utanför

sjukhusen. Fluktuationer av antalet på sjukhus inlagda aborter måste bedömas med stor försiktighet. En stegring kan bero på ökad benägenhet hos kvinnorna att lägga in sig på sjukhus och behöver inte sammanhånga med stegrad abortfrekvens. Då det är känt att antalet personer intagna på lasarett och sjukstugor i landet sedan många år visar en jämnt fortgående ökning i förhållande till folkmängden (se tabell 51) lär man med försiktighet böra bedöma rapporter om ökad illegal abortfrekvens baserade på sjukhusuppgifter.

När utredningen fick i uppdrag att bl. a. söka utröna den illegala abortfrekvensen i landet, gällde det att finna en metod att beräkna antalet abortfall, som också tog hänsyn till de talrika fall, som vårdades utanför sjukhusen. Kunde man få ett mått på hur pass stor del av de illegala abortfallen, som vårdas på sjukhus, den s. k. hospitaliseringsfrekvensen, skulle man sedan approximativt kunna uppskatta hela antalet illegala aborter. Utredningens sekreterare har i bilaga II företagit en sådan beräkning. Utgångspunkten har dels varit 352 illegala abortfall, som under 1938—49 blivit föremål för rättsliga åtgärder, dels 580 abortsökande kvinnor, som under 1947—50 fått avslag på sin ansökan om abort av medicinalstyrelsen eller avvisats från rådgivningsbyrå och sedan icke fött barn.

Med utgångspunkt från dessa båda material har hospitaliseringsfrekvensen uppskattats för olika år. Denna har, som framgår av bilagan, tilltagit oavbrutet och synes öka betydligt starkare än vad som är fallet för sjukdomsfall i allmänhet. Trots de relativt små material det rör sig om, är stegringen av hospitaliseringsfrekvensen så kraftigt att den inte kan bero på en slump.

<sup>1</sup> Se t.ex. Wetterdal: Nord. Med. 1947 s. 1 22; och Ingelman-Sundberg: Sv. Läk.-tidn. 1951:17.

Vidare har uppgifter införskaffats från samtliga lasarett och sjukvårdsinrättningar om antalet förlossningar, missfall och legala aborter i Sverige 1947—49. På grundval av därvid inkomna uppgifter om antalet missfall i landet och hospitaliseringsfrekvensen under olika år kunde därefter hela antalet missfall beräknas på och utanför sjukhus. Efter korrektion för spontanaborterna, på gängse sätt uppskattade till ca 10 % av antalet graviditeter, erhöles slutligen en siffra för antalet illegala aborter (se tabell 54).

Det är klart, att en beräkning av detta slag måste bedömas med största försiktighet, då flera felkällor föreligger. För det första är de använda hospitaliseringssiffrorna osäkra. De kan av en ren slump avvika betydligt åt det ena eller andra hållet. Vidare torde antalet på lasarett och sjukstugor vårdade missfall ej vara komplett, även om de erhållna uppgifterna befunnits vara tillförlitligare än vad som redovisats i sjukhusens årsberättelser till medicinalstyrelsen. Det kan också diskuteras, om det är riktigt att uppskatta spontanaborterna till 10 %. Det kan ju tänkas, att kvinnan ibland skulle ha spontanaborterat, om hon inte dessförinnan låtit företa en illegal abort och att man alltså i en dylik sammanställning borde nöja sig med en något lägre procent för spontanaborterna än den använda. Antalet patologiska graviditeter (dött och kvarhållet ägg, utomkvedshavandeskap m. m.) är inte heller säkert känt.

Även om beräkningarna inte kan göra anspråk på någon exakthet är de ändå av ett visst värde. Hänsyn har framför allt tagits till det stora antalet illegala aborter, som vårdats utanför sjukhus och som man inte kommit åt vid tidigare beräkningar av abortfrekvensen. Det synes rimligt anta, att de här före-

tagna beräkningarna är mera tillförlitliga än de som företagits med utgångspunkt uteslutande från sjukhusmaterial. En omständighet av intresse är därvid Aldéns påpekande, att man vid en beräkning av antalet illegala aborter 1930 med denna metod kommer fram till att de snarare skulle ligga över än under den av Edin som maximigräns angivna siffran 20 000 fall. Antalet på sjukhus vårdade illegala fall, beräknat enligt Aldéns metod, stämmer också tämligen väl med det av 1934 års abortkommitté angivna.

Med denna beräkningsmetod kommer man fram till att det 1949 skulle ha företagits omkring 10 000 illegala aborter. Detta antal skulle vara väsentligt lägre än den enligt samma metod erhållna siffran från 1930. Antalet illegala aborter skulle således under en 20-årsperiod ha minskat med hälften, kanske mer. Utredningen vill dock återigen understryka osäkerheten hos de erhållna siffrorna. Redan t. ex. smärre förändringar i hospitaliseringsfrekvensen leder till avsevärda förskjutningar i de erhållna siffrorna. Man torde dock våga konstatera, att övervägande sannolikhet talar för att en viss nedgång av antalet kriminella aborter faktiskt skett under dessa år. Hur stor minskningen kan vara, synes mera ovisst.

Av betydande intresse är också den stigande legala abortfrekvensens inverkan på den illegala. I bilaga II har därför åren 1947—49 närmare granskats. Under dessa år ökade antalet legala abortfall i hela landet med ca 2 000. Användes de erhållna hospitaliseringsfrekvenserna för beräkning av antalet illegala aborter, skulle dessa ha minskat med samma siffra. Totalantalet provocerade aborter skulle därför bli i stort sett oförändrat. Sättes totalantalet i relation till ett beräknat totalantal graviditeter får man en ytterst obetydlig

siffermässig stegring av antalet aborter. Denna är emellertid så ringa, att den med hänsyn till den stora felmarginalen inte kan tillmätas någon som helst betydelse. Antalet kriminella aborter återigen skulle under dessa tre år ha minskat från 7,8 % till 6,8 % av hela antalet graviditeter.

Förhållandena i Stockholm skulle vara något avvikande. Trots en stegring av antalet legala aborter synes de kriminella inte ha minskats. De skulle hela tiden ha hållit sig omkring 11 % av antalet graviditeter. Å andra sidan skulle inte heller någon stegring ha förekommit, vilket ju annars på en del håll bestämt gjorts gällande i den ständigt pågående debatten i abortfrågan. Men eftersom inte heller någon nedgång skett, skulle det ökade antalet legala aborter ha medfört en viss stegring av totalantalet provocerade aborter från 14,4 % till 18,0 % av antalet havandeskap. Eftersom någon sådan tendens inte kunde spåras för landet i dess helhet, skulle det ju närmast innebära att totala abortfrekvensen minskat i övriga delar av landet. Det säger sig självt att några säkra slutsatser inte kan dras av dessa beräkningar. De stöder sig på alltför många ovissa faktorer. Det synes dock utredningen rimligt att anta, att resultaten motsvarar verkligheten bättre än förut gjorda beräkningar, som ej tagit hänsyn till de talrika aborterna utanför sjukhus. Dessutom är det ju möjligt, att denna metod att beräkna de illegala aborterna skulle ge säkrare resultat, om ett större material stod tillbuds.

*Sammanfattningsvis* synes denna analys av frågan om abortfrekvensen visa, att en viss nedgång av de illegala aborternas antal har skett sedan 1930-talet men att den totala abortvolymen endast undergått smärre förändringar. I jämförelse med 1930 har möjligen skett en faktisk nedgång även av den totala

abortvolymen. Då kunde antalet framkallade aborter enligt den av Aldén använda metoden uppskattas till troligen mer än 20 000. År 1949 återigen skulle totalantalet provocerade aborter röra sig omkring 16 000. Vad som främst skett under senare år torde alltså innebära, att uppgången av antalet legala aborter har motsvarats av en liknande nedgång av antalet illegala aborter. I stor utsträckning rör man sig dock med spekulationer.

Det påvisade sambandet mellan den illegala och legala abortfrekvensen har stort intresse. Det tycks föreligga en växelverkan såtillvida att en stegring av den legala abortfrekvensen medför en sänkning av den illegala och — får man anta — vice versa. Det är av vikt att betrakta den ovan omtalade minskningen av antalet legala aborter 1952 från denna synpunkt. Det kan ju tänkas, att minskningen endast är skenbar och att det i själva verket skett en ökning av den illegala abortfrekvensen i stället.

Om det förhållit sig så, att rådgivningsbyråerna blivit mer restriktiva, hade man nog utan vidare varit berättigad att draga en sådan slutsats. Då abortklientelet märker, att det inte erhåller "hjälp" i annat än ringa omfattning, sprider sig givetvis detta, och erfarenheten visar, att de abortsökande under sådana förhållanden många gånger vänder sig direkt till illegalabortörer.

Då tendenser till ökad restriktivitet inte synes föreligga i varje fall hos rådgivningsbyråerna, finns det å ena sidan anledning att antaga, att den iakttagna nedgången av den legala frekvensen uteslutande skulle vara en vinst, då det inte finns något som talar för ökat antal illegala aborter. Å andra sidan kan den högre avslagsprocenten hos medicinalstyrelsen ha inverkat. Det är inte osannolikt att många kvinnor väljer den

snabbare och säkrare vägen att få sin abort, nämligen att vända sig till kvacksalvaren, i stället för att avvakta ett beslut hos medicinalstyrelsen, som med hänsyn till de många avslagen måste te sig synnerligen osäkert. Att enbart på siffermaterial från byråerna och medicinalstyrelsen draga några slutsatser är inte möjligt. Först när man har tillgång till uppgifter om antalet vårdade missfall på sjukhusen under 1952 står man på en något säkrare mark, och för att kunna få en tillförlitlig uppfattning om förändringarna beträffande antalet illegala aborter är det också erforderligt att äga kännedom om hospitaliseringsfrekvensen för de kvinnor som fått missfall detta år.

De här anförda synpunkterna aktualiserar frågan hur fortlöpande analyser av abortfrekvensens förändringar skall kunna ske. Svårigheten har varit att finna en undersökningsmetod, som på ett relativt enkelt sätt kan inregistrera de förändringar, som äger rum. Att enbart bygga på sjukhusmaterial kan inte vara tillfredsställande och även om man skulle lägga rådgivningsbyråernas uppgifter till grund når man ändå inte ett godtagbart resultat, då det ju är många kvinnor, som aldrig söker sig dit.

Utredningen är emellertid av den uppfattningen, att undersökningar av abortfrekvensens förändringar regelbundet bör företagas även om svårigheter skulle föreligga och föreslår, att medicinalstyrelsen åläggas att vart tredje år verkställa en dylik antingen i enlighet med den av Aldén använda metoden eller någon annan som kan befinnas vara lämplig.

#### **Abortklienteletts geografiska fördelning**

I bil. I har hos medicinalstyrelsen abortsökande kvinnor satts i relation till antalet barnaföderskor 1949, fördelade på olika landsändar. Vidare har i

bil. II de från sjukvårdsinrättningarna insamlade uppgifterna om antalet missfall, förlossningar och legalaborter bearbetats och fördelats geografiskt.

Av intresse i detta sammanhang är agglomereringens samband med abortfrekvensen. Landet har därför uppdelats i storstadsområden samt områden med medelhög och svag agglomerering. Till storstadsområdena har förts Stockholms stad och län, Göteborgs stad samt Göteborgs och Bohus län, Malmö stad och Malmöhus län. Som områden med medelhög agglomerering har ansetts åtta län, där tätbebyggelsen uppgått till eller överstigit 60 % av totala folkmängden enligt 1950 års folkräkning. Enligt denna gruppering har antalet abortsökande 1949 bearbetats och resultatet redovisas i *tabell 2*. Där återges också från det betänkande, som avgavs av 1934 års abortkommitté, en redovisning av antalet aborter i förhållande till antalet barnaföderskor 1930 baserad på en utredning av medicinalstyrelsen. Denna kommitté lät även sända en rundfråga till landets praktiserande läkare med begäran om uppgifter rörande de kvinnor, som en månad 1934 begärt abort på annan än rent medicinsk grund. Det framkom, att 732 kvinnor under denna tid begärt att få havandeskapet avbrutet. Dessa uppgifter fördelades sedan på olika län men har här omarbetats på sätt tabellen utvisar.

De tal, som närmast är jämförbara med varandra, är antalet abortsökande 1934 och 1949. Det framgår av tabellen, att antalet abortsökande är högst i storstadsområdena. Proportionen mellan de abortsökande från olika agglomereringsområden är i stort sett densamma 1934 som 1949. Andra jämförelser torde man inte vara berättigad att dra med hänsyn till att det rör sig om två olika material. — Ännu vanskligare blir en jämförelse med 1930 års siffror, då i dessa



Tabell 2. Abortfrekvensen vid olika tidpunkter inom områden med växlande agglomering

	Antal redovisade aborter per 100 barnsborder 1930	Antal abortsökande kvinnor per 100 barnsborder 1934	Antal abortsökande per 100 barnaföderskor 1949
Storstadsområden . . . . .	17,3	20,1	8,2
Områden med medelhög agglomering . .	10,5	7,8	4,7
Områden med svag agglomering . . . . .	7,9	4,9	2,3

ingår inte bara de illegalt jämte ett fåtal legalt verkställda aborter utan även ett stort antal spontanaborter, som ju inte ingår i materialet från 1949. Tendensen är dock klar, nämligen att abortfrekvensen är högst i de tätast befolkade delarna.

Antalet *verkställda* legala aborter 1949 och deras geografiska fördelning har inte bearbetats av medicinalstyrelsens statistiska avdelning. Genom utredningens rundfråga till sjukvårdsinrättningarna har dock uppgifter erhållits härom. Antalet till utredningen rapporterade legala aborter uppgick sålunda till 5 384, medan det verkliga antalet utgjorde 5 503. Detta innebär, att uppgift saknas, var 119 legala aborter företagits, vilket motsvarar ungefär 2,2 % av samtliga. De sålunda insamlade uppgifterna har ställts i samband med agglomeringen enligt de principer, som redogjorts för här ovan. Resultatet framgår av *tabell 3*. Det må påpekas, att frekvenstalen för kriminell abort beräknats med användning av den förut erhållna hospitaliseringsfrekvensen. Siffrorna är följaktligen osäkra, speciellt som hospitaliseringsfrekvensen rimligen måste ha varierat i olika delar av landet.

I tabellen framträder sambandet mellan befolkningstätheten och abortfrekvensen. Vad speciellt de legala aborterna beträffar, överensstämmer Aldéns siffror i stort sett med vad som framkommit vid medicinalstyrelsens utred-

ning baserad på ansökningshandlingar (bil. I). Aldéns siffror ligger dock något lägre emedan de är ställda i relation till antalet graviditeter och inte till barnaföderskor. En jämförelse mellan den legala och illegala abortfrekvensen ger till resultat, att den illegala frekvensen överväger inom samtliga tre grupper av områden. Endast i några få län är det, som framgår av bil. II, fler legala än illegala aborter.

I tabell 2 finns en uppgift å antalet abortsökande 1949 hos medicinalstyrelsen, ställt i relation till antalet barnaföderskor. Samma relationstal för samtliga verkställda aborter detta år återfinns i tabell 3. Antalet abortsökande överstiger tydligen verkställda aborter i storstadsområdena, medan i de övriga områdena skillnaden är rätt obetydlig. Anledningen härtill sammanhänger tydligen med att tvåläkaraborter är vanligare i landsortsområdena än i storstäderna. I den stickprovsgranskning av 1950 års abortärenden, som utredningen låtit företaga och som redovisas längre fram i detta kapitel visar det sig, att av ansökningsärendena till medicinalstyrelsen hade 41 % ingivits från storstäderna och endast 26 % från landsbygden. Skillnaden är starkt signifikant, se härom not s. 55.

Av tabell 57 framgår vidare frekvensen beräknade illegala och verkställda legala aborter i landet 1949. Det visar sig, att den illegala abortfrekvensen på de flesta håll är högre än den legala

Tabell 3. Legal och illegal abortfrekvens inom områden med olika agglomerering

	Legala aborter per 100 barnaföderskor 1949	Procentuella antalet beräknade graviditeter som 1949 enligt Aldén slutat med		
		illegal abort	legal abort	illegal eller legal abort
Storstadsområden .....	7,2	9,7	5,4	15,1
Områden med medelhög agglomering .....	4,8	7,2	3,8	11,0
Områden med svag agglomerering...	2,4	4,4	2,0	6,4

abortfrekvensen. Undantag utgör endast Stockholms län, Uppsala län, Kronobergs län, Gotlands län och Jämtlands län.

Av intresse i detta sammanhang är att utröna, huruvida det föreligger något samband mellan den illegala och legala abortfrekvensen. Ett mått på ett sådant samband kan erhållas genom uträkning av den s. k. korrelationskoefficienten. Denna befinnes på grundval av siffrorna i tabell 57 vara + 0,36, vilket tyder på ett visst men ganska obetydligt samband. Områden med hög illegal abortfrekvens skulle alltså ha en tendens att även visa en relativt hög legal abortfrekvens, vilket i och för sig inte vore särskilt anmärkningsvärt. Det framgår för övrigt också av tabell 3. Om ett antal illegala aborter i områden med hög total abortfrekvens ersättes med legala aborter, måste tydligen de kvardröjande illegala aborterna ändå komma att ligga på en ganska hög nivå. I områden med låg total abortfrekvens däremot skulle ju endast ett jämförelsevis lägre antal illegala aborter kunna ersättas av legala och det skulle följaktligen se ut som om hög illegal och legal abortfrekvens följdes åt. Det beror tydligen bara på den ojämna fördelningen i landet av det totala antalet provocerade aborter.

Av större intresse skulle därför vara att jämföra den illegala och legala abortfrekvensen i län, där den totala provocerade abortfrekvensen låg på en något

jämnare nivå. Om sambandet beräknas för län med lägre total provocerad abortfrekvens än 10 % av antalet beräknade graviditeter (dvs. ej medräknat Stockholms stad, Uppsala län, Jönköpings län, Malmö stad, Göteborgs stad, Göteborgs och Bohus län samt Väster-norrlands län — se tabell 57) får man en korrelationskoefficient på — 0,58. Denna visar alltså ett negativt samband mellan legal och illegal abortfrekvens, dvs. om antalet legala aborter är högt är antalet illegala aborter lågt. Detta negativa samband måste visserligen betraktas som ganska måttligt. Det tillåter dock slutsatsen att ett sådant samband faktiskt torde föreligga. Den ökade frekvensen legala aborter synes alltså medföra en viss tendens till minskad frekvens av illegala aborter inom de delar av landet, där den totala abortfrekvensen är måttlig. Detta stämmer med vad som visats angående sambandet mellan den legala och illegala frekvensen för åren 1947—49, se s. 43—44.

Redovisningen av aborternas geografiska fördelning i tabell 57 synes visa att vissa förskjutningar skett sedan 1930. Det mest markanta är att flertalet av götalandslänen inte längre visar samma förhållandevis låga abortfrekvens som för tjugo år sedan.

#### Abortklienteletts sociala och medicinska struktur

I utredningens direktiv anbefalles en socialstatistisk bearbetning av det hos medicinalstyrelsen förvarade materialet

rörande legala aborter. Undersökningen skulle avse de motiv, som driver de abortsökande kvinnorna, deras sociala och ekonomiska situation samt andra omständigheter av betydelse för behandlingen av abortärenden i medicinalstyrelsen.

Utredningen har utom den statistiska bearbetningen av ansökningshandlingarna i medicinalstyrelsen (se bil. I), låtit företa en stickprovsundersökning av abortmaterialet från 1950 och har därvid närmare granskat den social-medicinska situationen och motivbildningen. Detta år inkom till medicinalstyrelsen 6 361 ansökningar om abort. Av dessa bifölls 5 159 medan 1 123 avslogs och 89 återkallades eller på annat sätt inte fullföljdes. Vart tionde ärende utvaldes för undersökning. Antalet verkställda aborter uppgick 1950 till 5 889. Därav företogs 1 096 på tvåläkarintyg. Drygt hälften av tvåläkarintygen, i stort sett omfattande första halvårets fall, bearbetades på samma sätt som ansökningshandlingarna.

En stickprovsundersökning av detta slag är ganska svår att företa till följd av materialets heterogena beskaffenhet. Intygsformulären är sålunda ojämnt ifyllda och uppgifterna däri, som härrör från ett stort antal personer, har inte från början avsetts för vetenskapligt bruk. Förekommande medicinska data har sammanställts för att belysa patienternas situationer ur de synpunkter, som vederbörande läkare ansett mest relevanta för fallets bedömande. De sociala uppgifterna åter har ibland lämnats av kuratorer men mycket ofta av personer utan någon som helst social utbildning eller träning.

Att utredningen ändå låtit bearbeta materialet beror på att det — trots allt — ger en ganska fyllig bild av klientelens situation. Det är ju också representativt för det legala abortklientelet som

helhet. De sammanställningar, som gjorts i andra sammanhang, har i regel rent lokal anknytning.

Vid sidan av dessa bearbetningar av medicinalstyrelsens material har fakta om klientelens förhållanden även framkommit i de efterundersökningar, som utredningen låtit företa (se bilaga VI). Vissa upplysningar om det illegala abortklientelet har lämnats i Aldéns undersökning (se bilaga III). Även Holmstedt har i sin sammanställning belyst problemet från vissa synpunkter (se bilaga V).

Under senare år har den ständigt stigande frekvensen legalt aborterade medfört ökat intresse för frågan bland läkare och socialarbetare. Under årens lopp har därför företagits ett flertal sammanställningar av abortmaterial, som belyser frågan från olika synpunkter och som också kommer att beaktas i följande framställning.<sup>1</sup>

#### *Civilståndsfördelning*

Antalet hos medicinalstyrelsen abortsökande utgjordes 1949 (se bilaga I) till 65,1 % av gifta, 8,5 % av förut gifta och 26,4 % av ogifta. År 1939 däremot utgjorde de gifta 45,7 %, de förut gifta 2,4 % och de ogifta 51,9 %. Detta visar otvetydigt, att samtidigt med en stigande legal abortfrekvens har antalet gifta kommit att utgöra en allt större del av klientelet.

Bland det illegala klientelet synes en motsatt utveckling ha ägt rum. Av bilaga III framgår att antalet gifta bland personer som låtit verkställa illegal

<sup>1</sup> Bland dessa undersökningar må nämnas några uppsatser i Sv. Läk.-tidn., t. ex. Lindberg: Vad gör den abortsökande kvinnan, när psykiatern sagt nej? (1948: 29), Lindqvist: Erfarenheter av rådgivningsverksamhet i abortfrågor (1948: 37), Tropé-Carlsson: Några synpunkter på ett års försöksverksamhet med en abortkuratorinstitution knuten till Landskröra barnavårdsnämnd (1951: 15), Sjövall: Göteborgs abortklientel år 1951 (1952: 28).

abort 1938—43 utgjorde 44,4 % men 1949 endast 25,0 %, medan motsvarande siffra för ogifta var 44,4 % resp. 58,3 % och för förut gifta 11,2 resp. 16,7 %. Dessa uppgifter baseras emellertid på ett jämförelsevis litet material och är därför osäkra. Tendensen är dock otvetydig.

Jämförelser med tidigare undersökningar är rätt svåra att företa. Medicinalstyrelsens utredning 1930 om på sjukhus m. m. vårdade missfall visade, att ca 75 % utgjordes av gifta kvinnor. Abortkommittén påpekar emellertid att flertalet av de kvinnor, som sökt abort, var ogifta och drog den slutsatsen, att de ogifta kvinnorna inte vågade lägga in sig på sjukhus i samma utsträckning som de gifta. Dessutom ingick ju även de spontana abortfallen i medicinalstyrelsens siffror och dessa är helt naturligt mycket vanligare bland gifta, eftersom antalet konceptioner är så mycket högre hos dem. I sabbatsbergsundersökningen 1930—37 hade ungefär lika många gifta som ogifta lagts in på sjukhus för abort, som i flertalet fall var illegal (se bilaga 1 till SOU 1944: 51). Sedan dess skulle alltså, enligt vad Aldén nu visat, andelen ogifta bland det illegala klientelet ha stigit betydligt.

Problemet kan också belysas genom att man undersöker civilståndsfördelningen bland kvinnor, som vid olika tidpunkter sökt abort hos läkare eller på poliklinik. I abortkommitténs betänkande 1935 finns redovisade 1 974 kvinnor, som sökt abort under 1931—34. Av dessa var 1 364 ogifta, motsvarande 69 %. Riksförbundet för sexuell upplysning hade under 1940—42 ca 430 abortsökande, varav ca 62 % var ogifta. Vid de efterundersökningar, som genom utredningens försorg företagits i Göteborg, Malmö, Solna och Hälsingborg och som avser tiden 1947—51, har civilståndsfördelningen förskjutits. De

Tabell 4. Civilståndsfördelning bland abortsökande vid rådgivningsbyrån i Stockholm

År	Antalet abortsökande	Antalet icke gifta	Antal icke gifta i % av samtliga
1942—44	496	327	65,9
1945—48	Uppgifter saknas		
1949	2 090	1 006	48,1
1950	2 407	1 141	47,4
1951	2 425	1 064	43,9
1952	2 168	996	41,4

abortsökande utgjorde sammanlagt 841 och av dessa var 32 % ogifta.

Materialen är rätt skiftande till sin beskaffenhet och en jämförelse måste göras med försiktighet. Utvecklingen är emellertid ganska tydlig och framgår klart även av uppgifter från rådgivningsbyrån i Stockholm (tabell 4).

Det är alltså inte bara bland de kvinnor, som fått legal abort, som gifta kommit att dominera allt mer. Även bland dem, som vänder sig till läkare eller rådgivningsbyråer utgör de gifta numera flertalet. Detta innebär, att stegringen av de legala aborterna varit starkast bland de gifta, medan de ogifta i förhållandevis större utsträckning fortfarande vänder sig till illegalabortörer.

Detta förhållande måste emellertid bedömas med hänsyn även till den relativa abortfrekvensen bland gifta och ogifta. Eftersom antalet konceptioner bland gifta är så förhållandevis mycket större än bland ogifta, kan man inte få någon riktig uppfattning av abortfrekvensen, förrän man sätter antalet abortfall i relation till antalet graviditeter. Då det i regel är svårt att få en uppfattning om det verkliga antalet graviditeter, brukar antalet abortfall sättas i relation till antalet barnaföderskor. En sådan sammanställning har gjorts i bilaga I. Det visar sig att den relativa legala abortfrekvensen, bedömd med utgångspunkt från ansökningshandling-

arna i medicinalstyrelsen, är avsevärt högre för ogifta och förut gifta än för gifta kvinnor. I Stockholm är den 6—7 gånger så hög, för hela landet ungefär 5 gånger så hög bland ogifta och förut gifta som bland gifta. Proportionen växlar något för olika delar av landet men förhållandevis obetydligt. En liknande sammanställning som företogs på kvinnor som 1930—37 vårdats för abort på Sabbatsbergs sjukhus visade samma förhållande bland det dåvarande illegala klientelet (se bilaga 1 SOU 1944: 51).

Med den ungefärliga kännedom som man har om civilståndsfördelningen beträffande illegala och legala abortfall är det möjligt att göra en summarisk uppskattning av hur många havandeskap, som avbryts med provokation bland gifta resp. ogifta kvinnor. Till ogifta räknas då i denna kalkyl även förut gifta. Lämpligen kan man utgå från att 1949 omkring 35 % av det legala abortklientelet var ogifta, av det illegala omkring 75 %. Då antalet barnaföderskor är känt erhålles bortsett från spontanaborterna följande siffror. Ungefär 46 % av de ogifta kvinnornas havandeskap avbrytes. Motsvarande siffra för gifta kvinnor är omkring 5 %. De ogifta skulle alltså i hela landet avbryta havandeskapet omkring 9 gånger så ofta som de gifta. För Stockholms vidkommande befinnes det, att ogifta kvinnor skulle avbryta havandeskapet i omkring 68 % av alla fall, gifta däremot i omkring 15 %. Den provocerade abortfrekvensen skulle alltså i Stockholm vara 4—5 gånger så hög bland ogifta som bland gifta. Detta innebär bl. a., att det är vanligare att en ogift kvinna i Stockholm avbryter havandeskapet än att hon föder barn. Det ges dock även en tredje möjlighet, nämligen att hon gifter sig och sedan föder barnet inom äktenskapet. Då man vet hur många kvinnor i Stockholm, som

föder barn inom sex månader efter äktenskapets ingående (och de flesta av dessa torde då ha känt till grossessen), är det möjligt att uppskatta även hur stor del som söker den utvägen. Det visar sig då att ungefär varannan ogift gravid kvinna i Stockholm 1949 avbrutit havandeskapet genom abort, medan knappt en fjärdedel fött barnet såsom ogifta och drygt en fjärdedel sedan de gift sig.

#### *Ålderssammansättning*

Av bilaga I framgår att åldersfördelningen bland gifta och ogifta abortsökande kvinnor är helt olika. Bland gifta är endast ett fåtal under 20 år. Maximum infaller mellan 25 och 30 år, och det är ingalunda ovanligt, att kvinnorna är över 40 år. Bland de ogifta däremot är närmare en fjärdedel under 20 år, maximum infaller i 20—25 års åldern, och det är ovanligt med abortsökande ogifta kvinnor över 40 år. Det förefaller som en viss förskjutning mot lägre åldrar skulle ha ägt rum bland ogifta sedan 1943 och möjligen också i någon mån bland de gifta. Talen är dock ganska små för 1943 och tillfälligheter kan därför ha spelat in. För de ogifta synes dock förskjutningen vara påtaglig.

Att jämföra åldersfördelningen i det nuvarande legala klientelet med resultatet från tidigare undersökningar är vanskligt, eftersom dessa huvudsakligen omfattat illegalt klientel. En jämförelse med undersökningen på Sabbatsbergs sjukhus under 1930-talet, som återges i befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan, visar inga nämnvärda förändringar i åldersfördelningen vare sig för gifta eller ogifta. Det är dock möjligt att förskjutningar i ålderssammansättningen döljs på grund av klienteleis olika beskaffenhet i andra avseender. Jämför man åldersfördelningen bland

de hos medicinalstyrelsen 1949 abortsökande med det nuvarande illegala klientelet (se bilaga III) får man inte heller fram någon olikhet för de ogifta. För de gifta däremot föreligger en förskjutning till något lägre åldrar bland det illegala klientelet vid jämförelse med kvinnor, som sökt legal abort. Medelåldern är 28,9 resp. 32,4 år. Det kan visas, att differensen mellan dessa båda tal ej kan bero på en tillfällighet. Det skulle kunna tolkas så, att yngre gifta kvinnor antingen lättare än äldre vänder sig till kvacksalvare eller också har svårare att få legal abort och därför i större utsträckning tvingas vända sig till kvacksalvare.

De sammanställningar som gjorts vid olika tillfällen beträffande åldersfördelningen hos kvinnor som sökt abort på rådgivningsbyråer och dylikt (se t. ex. bilaga VI) visar ingen nämnvärd förskjutning under årens lopp. Det rör sig i regel om begränsade material och de olikheter, som kan påvisas, är inte större än att de kan tillskrivas slumpen. Även vid jämförelse mellan dessa klientel visar dock det illegala abortklientel, som Aldén undersökt, en påtaglig förskjutning till yngre åldrar beträffande gifta. För ogifta kan ingen säker sådan olikhet påvisas.

Om antalet abortfall sätts i relation till antalet barnaföderskor får man den relativa abortfrekvensen. Denna har undersökts under olika år beträffande de abortsökande hos medicinalstyrelsen (se bilaga I). Det visar sig, att den relativa abortfrekvensen är lägst i yngre år. För gifta är den sedan i oavbrutet stigande och högst bland kvinnor över 45 år. För de ogifta stiger den brantare till 25—30 års åldern och blir sedan i stort sett stationär. I alla åldrar är den flerdubbelt större bland ogifta än bland gifta. Anmärkningsvärt är att ökningen av relativa antalet ogifta abortsökande

under årens lopp är störst bland de yngre. Bland gifta synes föreligga en liknande tendens, ehuru mindre utpräglad.

En undersökning av den relativa abortfrekvensen redovisas även i befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan (se SOU 1944:51, bilaga 1). Det gällde den gången huvudsakligen illegalt klientel. Där kunde påvisas liknande förändringar av den illegala abortfrekvensen med stigande ålder. Jämför man de två undersökningarna, är det påfallande, att stegringen i abortfrekvensen med tilltagande ålder är betydligt starkare i materialet från 1949, som gäller kvinnor, som har sökt tillstånd till abort hos medicinalstyrelsen, än bland det illegala abortklientelet på 1930-talet. Då visade bland de gifta åldersgruppen över 40 år en 10 gånger så hög relativ abortfrekvens som åldersgruppen under 20 år, nu däremot en ca 18 gånger så hög frekvens. För ogifta var på 1930-talet ökningen av abortfrekvensen mellan 20 och 40 år tvåfaldig. Nu kan man konstatera en omkring fyrfaldig ökning. Det tyder alltså på att det framför allt skulle vara något äldre kvinnor, som nu erhåller legal abort i stället för illegal abort.

#### *Uppväxtförhållanden*

I befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan (SOU 1944:51 s. 85) lämnades vissa uppgifter om abortklientelens barndomsmiljö. Därav framgår att illegalt aborterade kvinnor i Stockholm i anmärkningsvärt stor utsträckning rekryterades bland kvinnor, som fötts utanför Stockholm och sedan inflyttat. Risken för abort skulle alltså vara högre för inflyttade kvinnor än för kvinnor födda i Stockholm.

Även i nu tillgängliga undersökningar har vissa författare (t. ex. Aldén, Holmstedt, Petrén i resp. bilagor) läm-

nat vissa data om barndomsmiljön bland kvinnor, som sökt abort eller aborterat illegalt. Det är emellertid svårt att dra slutsatser av sådant material, då man inte känner närmare till genomsnittsbefolkningens situation. Huruvida abortklienteletets barndomsmiljö och förhistoria uppvisar speciellt anmärkningsvärda drag torde därför alltså jämt få betraktas som outrett. Bearbetningen av handlingarna i medicinalstyrelsen har icke givit något resultat på den punkten.

### *Socialgruppering*

Abortklientelet rekryteras från alla skikt av befolkningen. De förvärvsarbetande kvinnorna syns vara något överrepresenterade både bland gifta och ogifta (jfr bilaga I). Yrkesuppgifterna i ansökningshandlingarna är visserligen av allt att döma ofullständiga och dåligt preciserade, men det torde snarare ha medfört för låga frekvenssiffror rörande förekomsten av förvärvsarbete bland de sökande. Jämförelse med förhållandena i genomsnittsbefolkningen försvåras av abortklienteletets avvikande sammansättning och olika fördelning med hänsyn till agglomereringen.

Jämför man de sammanställningar ställningar, som gjorts av Aldén och av medicinalstyrelsens statistiska avdelning, förefaller det, som om frekvensen yrkesverksamma skulle vara högre inom det illegala klientelet än inom det legala. Bland gifta kvinnor förekommer således i dessa båda material 36,4 % yrkesverksamma bland de illegalt aborterade mot 16,8 % yrkesverksamma bland legalt abortsökande. Motsvarande siffror för ogifta är 98,9 % resp. 86,9 %.

Bland abortsökande gifta och förut gifta kvinnor minskar vidare antalet förvärvsarbetande med ökat barnantal. Bland ogifta synes däremot förvärvsar-

bete vara vanligare bland kvinnor med barn. Det torde sammanhånga med att det bland barnlösa ogifta finns många tonåringar och studerande.

I en utredning från 1930-talet om yrkesgrupperingen bland huvudsakligen illegalt aborterade kvinnor (SOU 1944: 51, bilaga 1) påvisades en särskilt hög abortfrekvens bland servitriser, köksbiträden och hårfrisörskor, medan bl. a. kontoristerna syntes starkt underrepresenterade. I den sammanställning om det illegala klientelet, som nu gjorts av Aldén, synes den högsta abortfrekvensen föreligga hos kontorister, servitriser och affärsanställda (gruppen arbetsskor, som också ligger högt på listan, representerar en mycket stor yrkesgrupp, varför den relativa abortfrekvensen inte torde vara anmärkningsvärt hög). Bland legalt abortsökande framträder inte servitriserna särskilt. Däremot frapperar det stora antalet kontorister och butiksanställda, vilka synes vara överrepresenterade, medan exempelvis företagarna är underrepresenterade.

Även i efterundersökningarna (bilaga VI) och en del andra sammanställningar lämnas data, som belyser yrkesförhållandena bland abortklientelet. Dessa material är emellertid mindre och föga representativa.

Bland barnafäderna är yrkessammansättningen ungefär densamma för det legala och det illegala klientelet (bilaga I och III). Av intresse är Aldéns påpekande, att bland män, som ej varit gifta med partnern, förhållandevis många var kontors-, affärs- och restauranganställda, alltså haft samma yrke, som visade högsta abortfrekvensen bland kvinnorna.

Sammanställningar av detta slag är givetvis vanskliga att bedöma. Särskilt svårt är det att jämföra frekvenssiffrorna med data ur den offentliga statistiken. Det framlagda materialet tyder

emellertid onekligen på en viss omstrukturering även av abortklientelet yrkessammansättning vid övergången från illegalitet till legalitet.

Anledningen till denna relativt högre abortfrekvens för vissa socialskikt är svår att avgöra utan mera ingående socialpsykologiska undersökningar.

#### *Ekonomiska förhållanden*

De ekonomiska förhållandena bland abortklientelet är svåra att penetrera. Tillfredsställande undersökningar har icke framlagts. I bilaga 1 till befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan finns vissa sammanställningar, som tyder på att abortklientelet har genomsnittligt lägre inkomst än motsvarande yrkesgrupper i den tillgängliga statistiken. Särskilt gäller detta gifta kvinnor. Undersökningarna är emellertid behäftade med vissa fel.

De nu bearbetade handlingarna i medicinalstyrelsen innehåller endast tillfälligtvis uppgifter om den ekonomiska situationen. Någon bearbetning har därför icke kunnat företas. I vissa efterundersökningar har emellertid lämnats inkomstuppgifter (bilaga VI). I Göteborg skall exempelvis 8 % av de abortsökande ha haft socialunderstöd. Av de övriga hade ungefär hälften en familjeinkomst på under 6 000 kronor om året. Även i Solna figurerade understödstagare bland abortklientelet. Hos ca 35 % låg familjeinkomsten under 6 000 kronor. Av de ensamstående var 13 % utan inkomst eller beroende av socialvården. Av de övriga hade två tredjedelar mindre än 5 000 kronor i inkomst.

Det rör sig emellertid här om små stickprov. Då man ej känner de taxerade inkomsterna är det svårt att göra jämförelser med den offentliga statistiken. Några slutsatser vågar man därför inte dra.

#### *Bostäder*

Undersökningar, som bifogats befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan, tydde på att det illegala abortklientelet skulle vara mera trångbott än genomsnittsbefolkningen. Det fanns emellertid intet, som antydde, att bostädernas kvalitet skulle vara sämre.

Abortutredningen har icke kunnat insamla något primärmaterial och därför har det inte heller varit möjligt att företa så noggranna undersökningar om klientelet bostadsförhållanden, att jämförelser med den övriga befolkningens bostadsvanor kunnat genomföras. I medicinalstyrelsens material är uppgifterna om bostäderna mycket växlande. I många handlingar talas det inte alls om bostadssituationen. Detta behöver inte innebära, att bostäderna har varit tillfredsställande, utan blott att frågan ansetts sakna betydelse för indikationsställandet. I ett stort antal fall lämnas dock detaljerade uppgifter om bostadsvårigheter och detta anses tydligen ha bidragit till att skapa den komplicerade situation, som drivit kvinnan till abort.

I *tabell 5* har redovisats förekomsten av de viktigaste bostadsvårigheterna, vilka rubricerats som bostadslöshet, dåliga bostäder och trångboddhet. Med bostadslöshet menas då här inte att sökanden helt saknar bostad så att hon måste gå brandvakt på nätterna utan innebär, att hon har ordnat provisoriskt för sig hos släktingar, svärföräldrar, bekanta eller i möblerat rum, på hotell eller pensionat, hem för arbetsökande kvinnor etc. Ibland är barnen placerade på barnhem eller i fosterhem. I åtskilliga fall har den abortsökande aldrig fått möjlighet att flytta ihop med maken.

Under rubriken dåliga bostäder har förts de fall, där det lämnats beskrivningar på bostäder med frappanta brister av olika slag. I många ansöknings-



Tabell 5. Bostadssvårigheter bland abortklientelet

Klientel	Antal fall	Därav i procent			
		Bostads-löshet	Dåliga bostäder	Trångboddhet	Summa
Beviljade nämndärenden .....	536	3,0	10,1	9,7	22,8
Avslagna nämndärenden .....	100	8,0	8,0	5,0	21,0
Två-läkarfall .....	645	2,0	2,6	4,0	8,6

handlingar beskrivs i drastiska ordalag ohygieniska och föga människovärdiga bostäder. Ibland är de utdömda av hälsovårdsnämnden och många gånger saknas vatten och avlopp, vilket medfört svårigheter vid skötseln av barnen. Det kan också vara långa vägar till brunnen eller älven. Somliga bostäder är otäta och dragiga. Det ryker in, lägenheterna är fuktiga och kalla, de består av nödbostäder, timmerkojor osv.

Trångboddhet är i denna sammanställning ett diffust begrepp, då det ofta inte lämnas några exakta uppgifter om bostädernas storlek eller antalet boende. Uppgifter om bostadsytan förekommer aldrig. Ibland framgår dock tydligt, att vederbörande måste vara mycket trångbodda.<sup>1</sup> En hemmafru disponerar t. ex. med maken och de tre barnen ett rum med alkov men saknar kök. En annan hemmafru bor med fyra barn i en liten stuga om ett rum och kök utan värme och vatten. En kvinna bor med två barn, maken och svärmodern i ett rum och kök. Maken har hemarbete och behöver arbetsro, så att patienten ibland måste gå ut med barnen. En hemmafru i Västerbotten bor med maken och sex barn i ett rum och kök. Det finns bara en köksspis för uppvärmning. Bostaden är dessutom kall och dragig. En kvinna med tretton barn bor tillsammans med maken i en fuktig, hälsovadlig och trångbodd lägenhet på två rum och kök. En familj på åtta personer trängs i ett rum och kök. Förutom föräldrarna och de två bar-

nen vistas där även andra släktingar. En sörmländska bor tillsammans med maken och fem barn i ett rum och kök. Mannen har nattarbete och måste sova om dagarna. Uppkommen irritation mellan makarna tillskrivs framför allt trångboddheten. En fabriksarbeterska bor tillsammans med föräldrarna och syskonen, sammanlagt tolv personer, i tre rum och kök. Exemplet skulle kunna mångfaldigas.

Detta är alltså ett urval av fall, där mera i detalj redovisats trångboddhet. För att få fram ett säkrare material om den relativa trångboddheten hade behövts mer representativa uppgifter, i varje fall för en jämförelse med den offentliga statistikens data om bostadssvårigheterna.

Det är under alla förhållanden tydligt, att de här redovisade förhållandena i individuella fall måste ha spelat en betydande roll för motivbildningen. De måste bidra till att komplicera situationen och göra det svårare för kvinnorna att ordna sitt liv, så att de blir i stånd att ta hand om flera barn. Bostadssvårigheterna befordrar säkerligen också uppkomsten av de psykiska insufficienstillstånd, som så ofta är den avgörande indikationen för abortinsgreppet. Att en förbättring av bostadsförhållandena tjänar ett abortprofylaktiskt syfte är därför ganska uppenbart.

Tabellen visar, att förekomsten av bostadssvårigheter är vanligare bland personer, som gjort framställning om abort

<sup>1</sup> Ang. offentliggörande, se not å s. 11.

hos medicinalstyrelsen än bland sådana, som fått abort på tvåläkarintyg. Detta resultat är föga överraskande, då rent medicinska skäl bör ha spelat en större roll för den senare kategorin.

Dåliga bostäder är vanligast i Norrland (22,7 % mot 8,0 % för övriga delar av landet). Bostadslösheten är möjligen något större i Stockholm än på andra håll i landet (bland tvåläkarfallen 4,1 % mot 0,7 %, bland nämndärendena 4,3 % mot 2,5 % — den senare skillnaden dock ej fullt signifikativ).<sup>1</sup>

Bostadssvårigheterna är också vanligare bland gifta och förut gifta än bland ogifta (*tabell 6*). Det gäller särskilt trångboddhet och dåliga bostäder, medan bostadslösheten är något vanligare bland ogifta.

Bland yngre kvinnor förekommer bostadssvårigheter genomsnittligt något oftare än bland äldre. Speciellt överväger bostadslösheten, medan dåliga bostäder är vanligare hos äldre abortsökande (*tabell 7*). Överraskande är att trångboddheten inte åberopas mera bland gifta än bland ogifta.

Man kunde ju också ha väntat, att trångboddheten skulle visa sig sammanhänga med barnantalet. Det är visserligen också fallet (*tabell 8*), men skillnaden mellan stora och små familjer är ganska liten. (För tvåläkarfallen är signifikansen dessutom rätt svag med en sannolikhet mellan 0,01 och 0,025). För barnlösa och för familjer med litet antal barn spelar dock bostadslösheten ibland en viss roll.

Förekomsten av somatiska sjukdomar bland abortklientelet synes icke stå i samband med bostadssvårigheterna. Däremot är det anmärkningsvärt, att bostadssvårigheter är relativt ovanliga bland fall med "svårare psykiska lidanden" som sinnessjukdom, organiska hjärnförändringar o. dyl. Bland fall

med psykiska avvikelser, utvecklingshämningar eller insufficienssymtom av olika slag är bostadssvårigheter betydligt vanligare. Detta kan ha två förklaringar. Antingen har det vid abortfall med sådana svåra psykiska lidanden inte ansetts behövligt att beskriva eventuella bostadssvårigheter eller också har bostadsproblemet faktiskt varit värre för abortsökande med lättare psykiska förändringar. Detta skulle i sin tur innebära, att bostadssvårigheterna varit en av de socialt pressande omständigheter, vilka framkallat eller fördjupat den psykiska insufficiens, som lett till en abortsituation. Vilken förklaring, som är riktigast, är svårt att säga. Den senare stämmer dock ganska väl med allmänna socialpsykiatriska erfarenheter.

I diskussionen kring abortfrågan under senare år har ganska ofta bostadssvårigheterna kommit i förgrunden. Särskilt från kuratorshåll har gång på gång gjorts gällande, att bostadsbekymren är ett av de viktiga problem, som måste lösas, för att man skall kunna finna förnuftiga utvägar ur akuta abortsituationer. Det här framlagda materialet synes bestyrka, att bostadsförhållandena spelar en viss

<sup>1</sup> Stickprovsundersökningen av handlingarna i medicinalstyrelsen publiceras inte i sin helhet i betänkandet, då den är alltför omfattande. Utredningen har nöjt sig med att anföra siffror av särskild betydelse för frågans bedömande och nöjer sig för övrigt med att hänvisa till primärmaterialiet, som ligger samlat i form av tabeller bland utredningens arkiverade handlingar. Vid bearbetningen har materialet liksom vissa andra sammanställningar signifikansbedömts med  $\chi^2$ -metoden. Ett resultat har därvid ansetts signifikant, dvs. så tillförlitligt att det kan tillåta bestämda slutsatser, om sannolikheten för att slumpen spelat in understiger 0,01. Det innebär, att endast i ett fall på 100 skulle kunna förekomma, att ett erhållet resultat berott på ren tillfällighet. De i texten återgivna tabellerna och frekvenstalen har alltid föregåtts av en sådan signifikansbedömning, vilket därför ej påpekas särskilt varje gång. Om endast en lägre sannolikhetsnivå uppnåtts, har detta tolkats som ett osäkert resultat, som inte föranlett några bestämda uttalanden eller slutsatser.

Tabell 6. Bostadssvårigheter och civilstånd

	Beviljade nämndärenden				Tvåläkarfall			
	Antal fall	bostads-lösa %	dålig bostad %	trång-boddhet %	Antal fall	bostads-lösa %	dålig bostad %	trång-boddhet %
Gifta .....	380	2,6	11,8	11,1	463	0,9	3,7	4,3
Ogifta .....	115	4,3	1,7	4,3	144	4,9	—	2,8
Förut gifta .....	41	2,4	17,1	12,2	37	5,4	—	5,4

roll i sammanhanget. Särskilt den varierande frekvensen av olika sorters bostadsbekymmer hos skilda grupper av abortsökande tyder på ett socialpolitiskt samband mellan bostadsbekymren och den allmänna situation, som lett till kvinnans önskan att avbryta havandeskapet. Då det emellertid inte finns några systematiska undersökningar av likartat slag för genomsnittsbefolkningen, kan självfallet intet säkert sägas om bostadsförhållandenas roll i utvecklingen fram till det socialt farliga läge, i vilket abortklientelet hamnat.

#### Barnantal

Redan befolkningsutredningen konstaterade, att det var jämförelsevis ovanligt med barnlöshet bland abortklientelet och att genomsnittsantalet barn i familjer med barn var ungefär normalt, vilket tydde på att abortklientelet ingalunda i större utsträckning än andra människor avstod från att föda barn (SOU 1944: 51, bilaga 1).

De undersökningar, som nu företagits, bestyrker detta förhållande. Av gifta abortsökande är endast 3,7 %

barnlösa, medan 30,5 % har fyra barn eller mera (bilaga I). Bland förut gifta är 11,3 % barnlösa och 12,5 % har fyra eller flera barn. Bland de ogifta är 76,8 % barnlösa. Av de övriga har de flesta blott ett barn. En jämförelse med barnantalet i befolkningen visar, att abortsökande över lag är barnrikare. Antalet barnlösa i totalbefolkningen uppgår i olika åldersgrupper till omkring 15—40 % av samtliga. Däri ingår emellertid även ett antal sterila äktenskap, som måste borträknas vid en jämförelse (eftersom de abortsökandes äktenskap visat sig vara icke sterila). Antalet sterila äktenskap brukar uppskattas till omkring 10 % av samtliga. Även om man tar hänsyn härtill, kvarstår tydligen en stark underrepresentation av barnlösa äktenskap bland de abortsökande. Även familjer med tre eller flera barn är enligt bilaga I vanligare inom abortklientelet än i genomsnittsbefolkningen.

Efterundersökningen från Hälsingborg bestyrker också det relativt höga barnantalet bland de abortsökande (bilaga VI).

Tabell 7. Bostadssvårigheter och ålder

Ålder	Beviljade nämndärenden				Tvåläkarfall			
	Antal fall	bostads-lösa %	dålig bostad %	trång-boddhet %	Antal fall	bostads-lösa %	dålig bostad %	trång-boddhet %
15—24 .....	116	6,9	5,2	15,5	118	5,9	0,8	5,9
25—49 .....	420	1,9	11,4	8,1	527	1,1	3,0	4,0

Tabell 8. Bostadssvårigheter och barnantal

Antal barn	Beviljade nämndärenden				Tvåläkarfall			
	Antal fall	bostads-lösa %	dålig bostad %	trång-bodddhet %	Antal fall	bostads-lösa %	dålig bostad %	trång-bodddhet %
0—3 .....	380	3,9	7,1	8,4	530	2,5	2,5	3,0
4—13 .....	156	0,6	17,3	12,8	115	—	3,5	8,7

Inom det illegala abortklientelet förefaller barnlösheten bland gifta vara något vanligare, 14 % (bilaga III). Av de ogifta är omkring 80 % barnlösa. Även en jämförelse med den ovan citerade undersökningen i befolkningsutredningens betänkande tyder på att det legala abortklientelet skulle ha genomsnittligt högre barnantal än det illegala. Detta är ytterligare ett uttryck för den omstrukturering av abortklientelet, som äger rum, när en del av detta övergår till legalitet.

#### Förbindelsens art

Av stickprovsundersökningen på aktmaterialet i medicinalstyrelsen framgår att abortansökningarna i 6,3 % härrör från gifta kvinnor, hemskilda inräknade, som blivit gravida med annan än maken. Bland tvåläkarfallen är motsvarande siffra 10,0 %. Bland ogifta är en del samboende och ungefär hälften synes ha haft stadigvarande sällskap med barnafadern. Många har dock haft tillfälliga eller mera kortvariga förbindelser, i olika material varierande omkring en tredjedel av samtliga fall.

Inom det illegala klientelet synes föreliggande liknande förhållanden (bilaga III). Otrohet förekommer hos omkring 5 % av de gifta och tillfälliga förbindelser hos omkring en fjärdedel bland de ogifta. Cirka 6 % av de ogifta visste ej ens vem barnafadern var. Andra undersökningar visar liknande förhållanden (bilaga V). Undersökningar på illegalt klientel på 1930-talet (SOU 1944: 51

bilaga 1) redovisade ett väsentligt lägre antal kvinnor med lösa förbindelser av olika slag. Det behöver dock inte bero på att abortklientelet sammansättning sedan dess förskjutits. Uppgifterna i den undersökningen härrörde uteslutande från kvinnorna själva. Man kan anta, att det material, som nu bearbetats, baseras på betydligt djupare och grundligare penetration av de faktiska förhållandena än vad som var möjligt för femton år sedan.

Frekvensen av otrohet bland gifta resp. av lösa eller tillfälliga förbindelser bland ogifta visar, att sexualförbindelsens valör spelar en betydande roll som abortorsak. Denna fråga har närmare berörts av Holmstedt i bilaga V. Han har även försökt bedöma i vilken utsträckning förbindelserna varit fullvärdiga eller visat dåliga relationer mellan parterna. Endast i omkring en tredjedel av äktenskapen skulle en någorlunda fullvärdig förbindelse föreligga, medan direkt dåliga relationer skulle föreligga hos över en tredjedel. Bland äktenskapen framgick detta på flera sätt. Bortsett från de äktenskap, där otrohet förekommit hade åtskilliga makar umgåtts med planer på skilsmässa. En stor del kvinnor var gravida vid äktenskapets ingående och flera av dessa uppgav "tvångsäktenskap" för legalisering av barnet. Graviditeten hade i många fall betydligt försämrat relationen mellan makarna. Bland de ogifta åter är det enligt Holmstedt närmast ovanligt med fullvärdiga förbin-

delser. Endast omkring hälften hade i egentlig mening fasta förbindelser. De påfrestningar på förbindelsen, som graviditeten medfört, hade i närmare hälften av alla fallen lett till att förbindelsen vid ansökningstiden betraktades som bruten. Att inte så få av kvinnorna dessutom visat sig vara frigida är vidare att notera, även om betydelsen av detta faktum är svår att bedöma, då man inte känner till hur pass utbredd frigiditeten är i genomsnittsbefolkningen.

Ur abortprofylaktiska synpunkter är förhållandet till kontraheten av största intresse, speciellt därför att dylika abortorsaker är föga påverkbara genom sociala hjälpåtgärder av gängse art. Det är känt, att kvinnor, hos vilka konflikter av detta slag utgör det drivande abortskälet, är mycket svåra att komma till rätta med. De har mycket svårt att tänka sig att acceptera ett avslag. Holmstedt är rätt pessimistisk på den punkten (bilaga V). Det är också i denna grupp, som man oftast finner, att en avslagen abortansökan åtföljes av en illegal abort (se t. ex. Lindberg, Sv. Läkartidn. 1948: 29). Förekomsten av en stor grupp med personliga svårigheter är också en av huvudanledningarna till att en adekvat rådgivning för abortsökande kvinnor måste fördjupas till en familjerådgivning med resurser att allsidigt behandla kvinnornas situation.

Av intresse är även att undersöka om dessa mera lösa och tillfälliga förbindelser förekommer oftare bland vissa sociala grupper än bland andra.

Bland de ogifta visade sig de tillfälliga förbindelserna avta med stigande ålder. Av dessa förekom sålunda bland nämndärendena 29 % i åldersgruppen 15—19 år, 9,7 % i åldersgruppen 20—24 år, 5,8 % i åldersgruppen 25—29 år osv. Genomsnittligt var graviditeterna hos ogifta abortsökande över 20 år endast i 4,2 % resultatet av tillfälliga för-

bindelser. Bland tvåläkarfallen synes föreligga en liknande tendens, men det är inte möjligt att dra några säkra slutsatser.

Gifta yrkesutövande kvinnor blir oftare än hemmafruar gravida med annan än maken (bland nämndärendena 13,1 % resp. 2,3 %, bland tvåläkarfallen 9,2 % resp. 1,0 %). Bland ogifta finns inte något speciellt samband mellan de tillfälliga förbindelserna och viss yrkesgrupp. Utgår man från mannens socialgrupp, visar sig graviditet med annan än maken vara vanligare i socialgrupp I och II än i socialgrupp III (15,1 % resp. 6,1 %). Bland ogifta tillhörande socialgrupp III synes det dessutom vara vanligare med samboende och långvarigt sällskap än i socialgrupp I och II, där tvärtom kortvariga förbindelser synes överväga. Detta framgår dock endast av nämndärendena, medan motsvarande uppgifter beträffande tvåläkarfallen inte tillåter säkra slutsatser. Uppgifterna om förbindelsens art och socialgrupperingen är över huvud taget ofullständiga beträffande tvåläkarfallen.

Bland de fall, där kvinnan blivit gravid med annan än maken, dominerar vidare psykiska insufficiencstillstånd av olika slag. Sådana förekommer bland nämndärendena hos 74 % av dessa och endast i ca 38 % bland övriga gifta. Bland tvåläkarfallen är skillnaden ännu större. Motsvarande kan icke iaktas för ogifta med tillfälliga förbindelser. Bland dem är i stället oligofrena och psykoinfantila frapperande många. Dessa båda diagnoser förekommer sammanlagt hos 45 % av alla ogifta med tillfälliga förbindelser och endast hos 10 % av de övriga.

#### *Relationen till barnafadern*

Befolkningsutredningen framhöll i sitt betänkande (SOU 1944: 51), att den

situation, som barnafadern befinner sig i, direkt påverkar den abortsökande kvinnans läge. Vare sig kontrahenterna är gifta eller ej spelar bl. a. mannens inkomstförhållanden stor roll. I det ena fallet gäller det hans eventuella möjligheter att försörja ett barn, i det andra åter om han anser sig ha råd att ingå äktenskap. Onekligen har barnafadern ej sällan ett direkt intresse av att havandeskapet avbrytes, och detta är givetvis starkast i de utomäktenskapliga förbindelserna.

Särskilt när det gäller ogifta abortsökande har utredningen funnit, att kvinnans handlingssätt ofta är helt beroende av mannens inställning till den inträdda graviditeten. Av särskild betydelse är de fall, där barnafadern övergivit kvinnan. Till denna grupp kan man även sammanföra de abortsökande, där barnafadern först i samband med kvinnans grossess upplyst, att han redan är gift. Psykologiskt hör dessa grupper även ihop med sådana fall, där barnafadern är okänd eller tillfällig eller han är en annan än maken eller fästmannen.

Att dessa fall inte är få, framgår av utredningens stickprovsgranskning där 17 % av de beviljade och 30 % av de icke beviljade nämndärendena hörde till dessa grupper medan tvåläkarfallen redovisar 11 % (tabell 17 grupperna 18, 19, 20 och 22).

Andra faktiska omständigheter, vilka uppenbarligen utgjort en starkt pådrivande faktor vid kvinnans önskan att få abort, utgör barnafaderns natur, hans uppträdande, hans läggning. Sjövall har efter undersökning av 748 ärenden från psykiatriska kliniken och polikliniken i Göteborg samt från Göteborgs stads rådgivningsbyrå för abortsökande konstaterat (Sv. Läkartidn. 1952: 28), att var fjärde barnafader på grund av sjukdom eller psykisk abnormitet orsakat

ökade svårigheter för kvinnan eller på grund av nedsatt arbetsförmåga eller bristande ansvarskänsla skärpt hennes arbetsbörda och ofta även hennes försörjningsplikter. I främsta rummet avses måhända alkoholister eller svårt alkoholiserade män, men ett avsevärt antal kvinnor har också belastningen att barnafadern varit kriminell eller asocial, att han uppträtt brutalt, är arbetsovillig eller ansvarslös. Såsom psykopat har barnafadern betecknats av en del kvinnor.

Den manlige kontrahentens sociala och psykiska status har undersökts av *Schlaug* (Sv. Läkartidn. 1952: 13). Det visar sig därvid att i 488 abortärenden, som handlagts vid psykiatriska kliniken i Lund under 1945—49 förekom i 41 fall "svårare onormala" män och i 69 "lättare onormala". De svårare rubbningarna utgjordes i 7 fall av psykoser, i 4 fall av oligofreni, i 23 fall av gravare psykopati och i 7 fall av andra psykopatologiska symtom. Bland de 69 lättare abnorma befann sig 26 alkoholister. En jämförelse med den kvinnliga partnern utvisade emellertid, att abnormiteter förekom i ungefär lika stor utsträckning där, nämligen i 122 fall mot de ovan nämnda 110. Någon annan undersökning av abortklienteletts manlige partner i detta avseende har veterligen inte gjorts. Fördelningen av de psykologiska avvikelser, som *Schlaug* anfört är inte känd inom genomsnittsbefolkningen, vilket *Schlaug* själv också framhållit.

I ett icke ringa antal fall utgör barnafadern den osynliga pådrivande kraften. Detta gäller vare sig kvinnan vänder sig till läkare och rådgivningsbyrå för att få legal abort eller till kvacksalvare för att få ett olagligt ingrepp utfört. Av bil. III framgår, att i 33 fall av 352, motsvarande 9 %, kvinnan har utsatts för påtryckningar från kontrahen-

ten att verkställa abort, därvid i tre fall av sådan styrka, att påverkan från barnafadern var det enda synbara abortmotiv. I vilken omfattning en sådan påverkan skett när det gäller kvinnor som ansöker om legal abort är svårt att säga. I socialpsykiatriska nämnden uppges man i en del fall ha märkt, att ansökningshandlingarna ingivits endast för att den abortsökande efter ett avslag för sina närmaste skulle kunna påvisa att möjligheten att få legal abort är stängd. I de fall, där kvinnan motvilligt eller rent av mot sin egen vilja gör framställning om abort, är det måhända icke så svårt att hjälpa henne till rätta. Men i sådana fall, där hon själv icke ser annan utväg än abort — det må vara under inflytande från annat håll eller ej — eller där hennes inställning är mer odeciderad och vacklande, kan en alltför pådrivande barnafader ha den största betydelse för hennes ställningstagande och möjligheterna för omgivningen att hjälpa henne att acceptera situationen och föda barnet. Även den ointresserade barnafadern, den som "inte vill lägga sig i saken", men som uppträder förorättad, otursförföljd eller likgiltig måste accentuera önskan hos den gravida kvinnan att komma ur situationen, så att hon icke riskerar att förlora mannen eller så att hon måhända får möjlighet att återvinna honom.

#### *Hälsotillstånd*

En bearbetning av aktmaterialet i medikalstyrelsen beträffande klientelet sjukdomar möter betydande svårigheter. Intygen är ofta så pass kortfattade och summariska, att det är svårt att få klarhet, hur pass svåra de beskrivna sjukdomarna egentligen är. Om flera diagnoser föreligger, är det ibland nästan omöjligt att avgöra vilken sjukdom, som har tillmätts avgörande betydelse

när abortindikationen fastställts. Beträffande de psykiska sjukdomarna möter den speciella svårigheten, att det inte finns någon enhetlig terminologi, att en rad skiftande psykiatriska skolor figurerar, att olika läkare använder sina speciella diagnoser och att många har fabricerat en alldeles privat terminologi, som det ibland inte är så lätt att tolka. Därtill kommer att de psykologiska beskrivningarna ofta är fragmentariska.

Vid bearbetningen av materialet har fallen grupperats med hänsyn till den viktigaste somatiska resp. psykiska sjukdomen. I de fall flera sjukdomar förekommer, innebär detta att åtskilliga sjukdomar faktiskt är underrepresenterade. Det gäller särskilt — med hänsyn till abortsituationen — mindre svåra sjukdomar som exempelvis reumatiska affektioner, blodbrist, åderbräck, magkatarr, allmän svaghet osv.

Vad de psykiska sjukdomarna beträffar har det varit svårt att finna någon logisk gruppering. I möjligaste mån har de intygsskrivande läkarnas egna diagnoser eller personlighetsbeskrivningar följts. Den erhållna listan gör inte anspråk på att motsvara något känt psykiatriskt system. Det får betraktas som medelproportionalen mellan hundratals olika läkares sätt att klassificera patienterna. Resultatet måste naturligtvis bedömas med en viss varsamhet.

I tabell 9 har redovisats de viktigaste somatiska diagnoserna i stickprovsmaterialet. Det bör påpekas, att de absoluta siffrorna i kolumnerna inte kan jämföras sinsemellan. Nämndärendena utgör ju  $\frac{1}{10}$ -sampling, medan tvåläkarfallen omfattar drygt hälften av samtliga tvåläkarärenden. Vill man jämföra de absoluta frekvenserna, måste man därför multiplicera antalet nämndärenden med 10 och ungefär fördubbla antalet tvåläkarfall. Om man på detta sätt

skriver upp talen, visar det sig, att de vanligaste somatiska sjukdomarna är affektationer i rörelseorganen, klenhet och undernäring, tuberkulos samt organiska nervsjukdomar. Därefter kommer sjukdomar i cirkulationsorganen.

De oftast förekommande *psykiska diagnoserna* (tabell 10) är depressioner och insufficiensstillstånd av olika slag, medan oligofreni, psykoinfantilism, lesioner och psykoser endast utgör mindre grupper. Alla diagnoserna är ej representerade bland nämndfallen. Det kan påpekas, att Holmstedt i sin sammanställning fann en betydligt större frekvens psykoinfantila, nämligen ca 25 % (bilaga V). En annan författare (Sjövall, Sv. Läkartidn. 1952: 28) fann däremot endast enstaka fall av psykoinfantilism eller omogenhet. Detta är ett instruktivt exempel på svårigheterna att bearbeta material av denna beskaffenhet. Tydligt avser dessa läkare inte samma tillstånd med sina diagnoser. Samma ojämnheter återfinns utan tvivel också i stickprovsmaterialet.

De kroppsligt friska är vanligare bland nämndärendena än bland tvåläkarfallen. Det är helt naturligt, eftersom det ju särskilt är vid kroppslig sjukdom som tvåläkarutvägen brukar begagnas. Psykiskt friska är däremot tvärtom ovanligare bland nämndärendena än bland tvåläkarfallen. Det torde vara ett uttryck för att psykiska sjukdomsfall många gånger är svårbedömda. Läkarna har vant sig vid att skicka in abortfall med dylika sjukdomar till medicinalstyrelsen för prövning. I den mån kvinnorna betraktas som s. k. rättsinkapabla skall medicinalstyrelsen pröva ärendena. Det bör slutligen noteras, att även bland kvinnor, vars ansökan blivit avslagen av nämnden, finns många med kroppslig eller psykisk sjukdom.

För att få en bättre bild av den rela-

Tabell 9. Somatiska sjukdomar

Diagnos	Nämndärenden		Tvåläkarfall
	beviljad abort	ej beviljad abort	
Tuberkulos .....	6	—	166
Könssjukdomar .....	9	—	1
Tumörer .....	6	—	14
Allergiska sjukdomar ..	2	1	—
Ämnesomsättnings- sjukdomar (struma, diabetes, fettsot m. m.) .....	10	2	19
Blodsjukdomar och sjukdomar i blod- bildande organ ....	12	2	16
Organiska nervsjuk- domar .....	28	2	27
Ögon- och öronsjuk- domar .....	11	—	8
Hjärtsjukdomar .....	9	—	35
Övriga sjukdomar i cir- kulationsorganen ..	18	2	20
Sjukdomar i andnings- organen .....	5	1	11
Sjukdomar i digestions- organen .....	11	2	18
Urinvägssjukdomar ..	10	1	33
Underlivssjukdomar ..	—	1	4
Havandeskapssjuk- domar .....	2	1	10
Hudsjukdomar .....	7	—	8
Sjukdomar i rörelseor- ganen .....	45	6	40
Klenhet och undernä- ring .....	38	1	35
Övriga sjukdomar ...	1	—	2
Somatiskt friska .....	1306	78	178
Summa	536	100	645

<sup>1</sup> Därav fyra fall av Rh-immunisering.

tiva betydelsen av kroppsliga resp. psykiska sjukdomar bland klientelet har fallen även grupperats med hänsyn till den *viktigaste diagnosen* vare sig den är psykisk eller somatisk. Det är naturligtvis ganska svårt att i konkreta fall med både psykiska och somatiska symptom avgöra vilken faktor som är den viktigaste. De erhållna frekvenstalen får därför betraktas som uppskattningsvärden och inte tillmätas alltför stor vikt relativ eller absolut betydelse.



Tabell 10. Psykiska sjukdomar

Diagnos	Nämnd- ärenden		Två- läkar- fall
	bevil- jad abort	ej be- viljad abort	
Melankoli . . . . .	4	—	2
Schizofreni . . . . .	16	—	1
Schizoidi, schizothymi, paranoidi . . . . .	6	2	3
Epilepsi . . . . .	5	—	1
Ixfreni, ixoidi, epilep- toidi . . . . .	3	—	3
Reaktiv psykos, förvir- ringstillstånd, psykos utan närmare be- stämning . . . . .	5	—	2
Encephalopatier av olika slag . . . . .	13	1	14
"Depression" . . . . .	124	7	131
Subsoliditet, hysteri . .	14	3	13
Substabilitet . . . . .	10	—	—
Subvaliditet, asteni . .	72	9	76
Psykisk insufficiens, uttrötningstillstånd .	54	3	32
Neuros, psykopati och andra oklart be- stämda fall . . . . .	50	9	58
Lindrig oligofreni . . . .	47	4	3
Höggradig oligofreni . .	19	1	—
Psykoinfantilism . . . .	32	11	4
Risk för uppkomsten av psykisk sjukdom	8	—	—
Ingen psykisk sjukdom eller abnormitet . . . .	54	50	302
Summa	536	100	645

Tydligan föranleder flertalet svårare somatiska sjukdomar intyg av två läkare och icke hänvändelse till medicinalstyrelsen (tabell 11). Däremot är det betydligt vanligare bland nämndärendena med sådana tillstånd, vilka rubriceras som uttrötning, klenhet etc. Likaledes överväger bland nämndärendena samtliga psykopatologiska diagnoser. Sådana är dock ingalunda ovanliga bland tvåläkarfallen. Gruppen "psykiskt avvikande" omfattar således omkring 28 % av alla tvåläkarfall. Vid avslag i medicinalstyrelsen föreligger mera sällan svårare kroppslig sjukdom, något oftare psykiska skavanker. Många tycks ha varit friska. De helt friska är eljest

få både bland nämndärendena och tvåläkarfallen.

Vanligast är att det förekommer både psykiska och somatiska symtom samtidigt. Därvid kan iakttas att vid svåra somatiska sjukdomar anföres mindre ofta samtida psykiska symptom, liksom att vid svåra psykiska sjukdomar (som t. ex. psykoser) relativt sällan även åberopas somatiska symtom.

Dessa förhållanden är föga överraskande. Många psykoser är så svårartade, att havandeskapets avbrytande kan vara motiverat utan att det samtidigt föreligger några somatiska sjukdomar. Det kan ju också hända, att läkaren inte ens brytt sig om att redovisa de sistnämnda. Detsamma gäller svåra somatiska sjukdomar, där eventuella psykiska insufficienssymtom är av sekundärt intresse och kanske helt enkelt förbigåtts vid redovisningen. Vid mind-

Tabell 11. Somatiska och psykiska sjukdomar

Huvuddiagnos	Nämnd- ärenden		Två- läkar- fall
	bevil- jad abort	ej be- viljad abort	
Kroppslig sjukdom eller kroppsfel . . . . .	52	11	388
Uttrötningstillstånd, "utsläpad", klenhet . .	102	2	45
Sinnessjukdom (inkl. epilepsi) . . . . .	26	—	6
Efterblivenhet . . . . .	48	5	2
Hjärnlesioner av olika slag . . . . .	14	1	14
Psykoinfantilism . . . .	35	9	4
Psykiskt avvikande, neurotiska tillstånd, insufficiens . . . . .	235	27	184
Rent eugeniska fall, inkl. Rh-fall (pat. själv helt frisk) . . . .	12	—	—
Varken psykisk eller somatisk sjukdom, klenhet eller eugeni- ska faktorer . . . . .	12	45	2
Summa	536	100	645

Tabell 12. Agglomerering och sjukdom

Diagnos	Beviljade nämndärenden i %			Tvåläkarfall i %		
	Stockholm Göteborg Malmö n = 206	Övriga städer n = 174	Lands- bygden n = 152	Stockholm Göteborg Malmö n = 216	Övriga städer n = 207	Lands- bygden n = 216
Kroppslig sjukdom eller kroppsfel .....	7,8	12,1	9,9	48,6	62,3	70,8
Uttrötningstillstånd, "utslä- pad", klenhet .....	14,1	16,7	28,9	8,8	4,8	7,4
Sinnessjukdom (inkl. epilepsi) .....	3,4	6,3	5,3	1,4	0,5	0,5
Efterblivenhet .....	8,7	8,0	10,5	—	0,5	0,5
Hjärnlesioner av olika slag ..	2,4	2,3	3,9	—	1,9	4,6
Psykoinfantilism .....	6,3	7,5	5,3	0,9	1,0	—
Psykiskt avvikande, neuroti- ska tillstånd, insufficiens ..	54,3	41,4	30,9	40,3	28,5	15,7
Rent eugeniska fall, inkl. Rh- fall (pat. själv helt frisk) ..	1,9	3,4	1,3	—	—	—
Varken psykisk eller somatisk sjukdom, klenhet eller euge- niska faktorer .....	1,0	2,3	3,9	—	0,5	0,5

re allvarliga somatiska tillstånd där-  
emot är det mycket vanligt att det sam-  
tidigt anges psykiska symptom. Det är  
alltså i sådana fall samspelet mellan  
psykiska och somatiska belastnings-  
faktorer som gör det indicerat att av-  
bryta havandeskapet.

Vad de olika sjukdomsgrupperna be-  
träffar kan noteras, att de somatiska  
sjukdomarna bland nämndärendena är  
genomsnittligt mindre allvarliga än  
bland tvåläkarfallen. Tuberkulos utgör  
exempelvis omkring en fjärdedel av två-  
läkarfallen men förekommer endast  
som ströfall bland nämndärendena.  
Detsamma gäller t. ex. hjärtsjukdomar  
och njursjukdomar. Bland nämndären-  
dena är de största grupperna klenhet  
och undernäring samt sjukdomar i rö-  
relseorganen. Dessa diagnoser förekom-  
mer för övrigt mycket ofta även som  
bidiagnoser till allvarligare sjukdoms-  
tillstånd.

Av intresse är att medan frekvensen  
av somatisk sjukdom vid nämndären-  
den är ungefär densamma på *olika håll*  
*i landet* visar tvåläkarfallen mycket  
skiftande förhållanden. Detta är trolig-

gen uttryck för läkarnas växlande  
benägenhet att använda tvåläkarintyg.

Psykiska sjukdomar är ojämnt förde-  
lade även bland nämndärendena. Två-  
läkarfallen visar ännu ojämnare fördel-  
ning av frekvensen psykisk sjukdom,  
som skiftar starkt i olika delar av lan-  
det. Detta bestyrker, att praxis är myc-  
ket beroende på rent lokala förhållan-  
den och olika läkares inställning.

Även de medicinska huvuddiagnoser-  
na i tabell 11 visar en sådan ojämn  
fördelning vid tvåläkarfallen, medan  
nämndärendena (frånsett storstäderna)  
är rätt jämnt fördelade. Bland tvåläkar-  
fallen saknas psykiska diagnoser helt i  
många län. I talrika andra (t. ex. Söder-  
manlands län, Malmöhus län, Koppar-  
bergs län, Jämtlands län) är de psykiska  
diagnoserna lika vanliga som de soma-  
tiska och i en del fall t. o. m. vanligare.

Om man tar hänsyn till *agglomerering*  
*ringen* visar det sig, att insufficienta  
och neurotiska abortsökande är vanli-  
gast i de större städerna och ovanligast  
på landsbygden. För övrigt är samban-  
det mellan agglomerering och sjukdom  
skiftande (*tabell 12*).

Tabell 13. Civilstånd och sjukdom

Diagnos	Beviljade nämndärenden i %			Tvåläkarfall i %		
	Gifta n = 380	Ogifta n = 115	Förut gifta n = 41	Gifta n = 463	Ogifta n = 144	Förut gifta n = 37
Kroppslig sjukdom eller kroppsfel .....	12,1	5,2	—	65,0	50,0	37,8
Uttrötningstillstånd, "utslä- pad", klenhet .....	24,2	2,6	17,1	9,3	—	5,4
Sinnessjukdom (inkl. epilepsi)	4,5	6,1	4,9	0,6	2,1	—
Efterblivenhet .....	5,5	19,1	12,2	0,4	—	—
Hjärnlesioner av olika slag ..	3,9	—	—	2,6	1,4	—
Psykoinfantilism .....	3,7	18,3	—	0,2	2,1	—
Psykiskt avvikande, neuroti- ska tillstånd, insufficiens ..	40,3	47,0	65,9	21,8	44,4	51,4
Rent eugeniska fall, inkl. Rh- fall (pat. själv helt frisk) ..	2,6	1,7	—	—	—	—
Varken psykisk eller somatisk sjukdom, klenhet eller euge- niska faktorer .....	3,2	—	—	—	—	5,4

Kroppslig sjukdom är vanligare bland *gifta* än *ogifta* abortsökande. Förut *gifta* visar den lägsta frekvensen (*tabell 13*). Uttrötningstillstånd av olika slag är vanligare bland de *gifta*, medan förut *gifta* ligger mitt emellan. Däremot förekommer efterblivenhet och psykoinfantilism mera bland *ogifta* än bland *gifta*. Tvåläkarfallen kan man i detta sammanhang bortse från eftersom efterblivna och psykoinfantila bland dem är så få. Viktigare är att insufficiens-tillstånden är vanligare bland *ogifta* och särskilt bland förut *gifta*. Det bör dock påpekas, att psykastenikerna förefaller vara vanligare bland *gifta* än bland *ogifta*. Bland nämndärendena förekommer exempelvis 16,6 % *gifta* psykasteniker mot 5,8 % *ogifta* och förut *gifta*. Samma tendens återfinns

bland tvåläkarfallen. Detsamma framhäver för övrigt Holmstedt (bilaga V). Han anser, att utpräglade psykasteniker, för vilka graviditeter och barn kan utgöra en svår belastning, sällan blir gravida mot sin vilja så länge de är *ogifta*. De vågar nämligen inte ge sig in på "osäkra" sexuallförbindelser. Det är alltså förstämningstillstånd av depressiv natur, hysteriska reaktioner m. m., som överväger bland de *ogifta*.

Sambandet mellan *ålder* och *diagnos* framgår av *tabell 14*, som gäller bifallna nämndärenden. Kroppslig sjukdom, uttrötningstillstånd, klenhet o. dyl. samt hjärnskador av olika slag visar tydligt stigande frekvens vid tilltagande ålder, efterblivenhet och psykoinfantilism däremot en sjunkande frekvens. Sinnessjukdomar och insuffi-

Tabell 14 Sambandet mellan ålder och diagnos hos bifallna nämndärenden

Ålder år	Antal fall	Därav i procent						
		kroppslig sjukdom	uttröt- ningstillst. klenhet	sinnes- sjukdom	efter- blivenhet	hjärn- skador	psyko- infantilism	insuffi- ciens- tillstånd
15—24	114	5,3	8,8	4,4	13,2	0,9	21,1	46,5
25—34	243	10,7	22,6	4,5	10,7	2,1	3,3	46,1
35—49	154	13,0	24,0	6,5	4,5	5,2	1,9	44,8

Tabell 15. Huvuddiagnos fördelad på mannens socialgrupp

Diagnos	Beviljade nämndärenden i %		Tvåläkarfall i %	
	Socialgrupp I och II n = 155	Socialgrupp III n = 320	Socialgrupp I och II n = 160	Socialgrupp III n = 189
Kroppslig sjukdom eller kroppsfel . .	8,4	10,9	44,1	62,2
Uttröttningsstillstånd, klenhet . . . . .	15,5	24,1	12,4	10,1
Sinnessjukdom . . . . .	8,4	3,8	1,2	1,6
Efterblivenhet . . . . .	4,5	9,7	—	1,1
Hjärnskador . . . . .	4,5	2,2	5,0	2,6
Psykoinfantilism . . . . .	3,2	8,1	1,2	—
Insufficiensstillstånd o. d. . . . .	55,5	41,2	36,0	22,6

cienstillstånd visar däremot ingen nämnvärd förändring vid stigande ålder. Bland tvåläkarfallen kan inga säkra förskjutningar påvisas.

De somatiskt helt friska är något vanligare bland yngre än bland äldre. I 15—29 års åldern är sålunda 66 % av de abortsökande friska mot 49 % i åldern 30—49 år. Bland tvåläkarfallen är skillnaden något mindre. Däremot är psykiskt helt friska tvärtom vanligare bland äldre abortsökande än bland yngre resp. 6 % och 14 %. Tvåläkarfallen visar här ingen olikhet alls.

Olika yrkesgrupper bland de abortsökande visar intet av särskilt intresse med hänsyn till diagnosen.

Av större intresse är fördelningen på mannens socialgrupp (tabell 15). Vissa sjukdomar är tydligen vanligare i socialgrupp I och II än i socialgrupp III, nämligen insufficiensstillstånd av olika slag. Däremot överväger kroppslig sjukdom i socialgrupp III (speciellt bland tvåläkarfallen). Uttröttningsstillstånden är också vanligare i socialgrupp III än i de övriga grupperna, när det gäller nämndfall, medan skillnaden är obetydlig för dem som fått abort på tvåläkarintyg.

Bland tvåläkarfallen förekommer psykiskt friska i olika frekvens inom resp. socialgrupp (se vidare s. 83—84).

Det visar sig vidare, att diagnoserna

växlar med barnantalet. Det är tydligast vid uttröttningsstillstånd, klenhet etc., vars frekvens ökar betydligt med stigande barnantal (tabell 16). Psykiska insufficiensstillstånd minskar däremot då både bland nämndärenden och tvåläkarfall. Efterblivenhet och psykoinfantilism minskar också starkt. För övrigt växlar förhållandena en smula.

Abortsökande med få barn är oftare kroppsligt friska än abortsökande med många barn. Bland tvåläkarfallen är skillnaden mindre men tendensen går i samma riktning. Detta framträder tydligast bland tvåläkarfallen, medan tendensen bland nämndärenden är något osäkrare. Vad speciella somatiska sjukdomar beträffar finner man som väntat, att tuberkulos är vanligare bland kvinnor med få barn och sjukdomar i cirkulationsorganen, tumörer, reumatiska åkommor etc. något vanligare bland kvinnor som är äldre eller har många barn.

Sammanfattningsvis kan framhållas, att det finns en påtaglig skillnad mellan olika sociala grupper beträffande de sjukdomar, som figurerar i aborthandlingarna. Kroppsliga sjukdomar överväger på landsbygden, bland lägre socialskikt samt bland gifta och äldre kvinnor med många barn. Detsamma gäller gruppen uttröttningsstillstånd, klenhet etc. medan psykiska insufficiensstill-

Tabell 16. Huvuddiagnos fördelad efter barnantal

Diagnos	Beviljade nämndärenden i %		Tvåläkarfall i %	
	0—2 barn n = 284	3—13 barn n = 227	0—2 barn n = 427	3—13 barn n = 216
Kroppslig sjukdom eller kroppsfel . . .	7,0	14,1	62,5	56,0
Utrötningstillstånd, klenhet . . . . .	5,6	37,9	3,5	13,9
Sinnessjukdom, hjärnskador . . . . .	8,8	6,6	2,1	5,1
Efterblivenhet . . . . .	11,6	6,6	—	0,9
Psykoinfantilism . . . . .	10,6	2,2	0,9	—
Insufficiensstillstånd . . . . .	56,3	32,6	30,9	24,1

stånd överväger i städerna, särskilt storstäderna, bland ogifta och förut gifta kvinnor, i socialgrupp I och II samt hos yngre kvinnor och kvinnor med få barn. Dessutom kan konstateras, att efterblivenhet och psykoinfantilism är vanligast bland ogifta och yngre kvinnor samt kvinnor med få barn.

#### Motivbildning

I befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan (SOU 1944: 51) diskuterades utförligt kvinnornas motiv att söka abort. Man stödde sig på en serie undersökningar av kvinnor, som sökt för abort eller behandlats för i regel illegal abort. Det framlagda materialet gav en ganska fyllig bild av den komplicerade motivbildningen. Sedan legala aborter börjat företas i allt större utsträckning, föregångna av grundliga sociala och psykologiska utredningar, föreligger ett betydligt rikare material för att bedöma de invecklade orsakssammanhangen vid uppkomsten av en abortansökan. Framför allt torde det vara möjligt att utvidga analysen av kvinnornas situation så att den inte endast baserar sig på frågan om deras motiv, alltså på kvinnornas egna upplysningar om sina subjektiva attityder till situationen, utan även på beskrivningen av konkreta miljöförhållanden av olika slag. Särskilt när ansökningshandlingarna sändes in från rådgivningsbyråerna baserar sig

ju de olika data, som lämnas i rapporten, inte uteslutande på patientens egna uppgifter. Det har i regel även förekommit samtal med anhöriga eller andra personer, som känner den sökande, socialkuratorerna har kanske gjort hembesök eller har en primär kännedom om miljön osv. Det nu föreliggande materialet borde därför kunna ge en mera objektiv bild av den faktiska situationen.

Tyvär är materialets brister som tidigare framhållits också stora. I vissa handlingar har lämnats konkreta beskrivningar av miljön men utan närmare analys av i vilken utsträckning de omnämnda förhållandena spelat någon roll för motivbildningen hos kvinnan. I andra har man gått in utförligt på kvinnans motiv men inte närmare diskuterat den faktiska situationen. I en del intyg åter har ingenting alls sagts om kvinnornas syn på sitt läge. Torftigast är i detta avseende tvåläkarintygen.

Trots dessa brister hos materialet har det ansetts nödvändigt att här lämna en översikt över vad man nu vet om kvinnans miljösituation, som den framträder vid utredningarna och i hennes egna uppgifter. Till en början skall i detta avsnitt beröras frågan om hennes motiv. Som bekant föreligger alltid speciella teoretiska svårigheter vid motivundersökningar. Frågeställningen är final och inte kausal. Man efterforskar

kvinnans subjektiva tolkning av sina svårigheter och förutsätter då bl. a. en viss introspektiv förmåga hos henne, som många kvinnor kanske inte besitter. Man utgår också från att hon är uppriktig och så gott hon kan verkligen redovisar sina motivkomplex — vilket ingalunda är säkert i alla fall. Dessa problem har närmare ventilerats i befolkningsutredningens betänkande i abortfrågan (s. 69—71) och kan därför förbigås här.

Det finns talrika sammanställningar om kvinnornas motiv. Exempel lämnas i bilagorna.<sup>1</sup> Erfarenheterna från stickprovsundersökningen stämmer i stort sett med dessa undersökningar. Det finns därför ingen anledning att utöka antalet motivtabeller med ännu en. Det råder också en anmärkningsvärt god överensstämmelse mellan dessa erfarenheter från det legala abortklientelet och de beskrivningar av abortmotiven, som lämnades i befolkningsutredningens betänkande, vilka ju huvudsakligen baserades på uppgifter från illegalt klientel. Någon nämnvärd ändring av abortmotiven synes således inte ha inträtt.

All erfarenhet, bestyrkt av talrika undersökningar, visar att motivbildningen för flertalet abortsökande kvinnor är mycket komplicerad. Det är sällan endast en faktor, som åberopas. Vanligtvis har man en rad skäl, det ena mera vägande än det andra, vilka tillsammans gör situationen så svår, att abort synes vara enda utvägen. Det är också uppenbart, att ju djupare man går in på hennes situation, desto mera komplicerad synes den vara. Det som i första hand framträder är i regel sociala och ekonomiska skäl. Ofta framkommer emellertid så småningom även mera personliga motiv, erotiska svårigheter, familjebekymmer och slutligen även socialpsykologiska sammanhang, om vilka kvinnan kanske själv endast är svagt

medveten, och som knappast längre förtjänar rubriken motiv. En åskådlig bild av det invecklade socialpsykologiska konfliktläge, som föreligger hos abortsökande kvinnor, har lämnats exempelvis av Holmstedt i hans bilaga. Det säger sig själv, att dessa förhållanden sätter den behandlande kuratorn och läkaren på svåra prov. Man måste vara en god människobedömare, ha förmåga att vinna kontakt med klientelet och att tålmodigt och varsamt veckla upp de motivskikt, som ligger innanför varandra.

I det invecklade samspelet mellan olika abortmotiv föreligger uppenbarligen vissa typiska situationer, som återkommer ideligen, beskrivna på olika sätt alltefter kvinnans aspekt på problemet.

Det finns först och främst en stor grupp kvinnor, som i första hand åberopar kroppslig sjukdom. Det är synbarligen vanligast bland gifta kvinnor. En del av dem har inte själva någon speciell önskan att få havandeskapet avbrutet utan har råttis därtill av omtänksamt folk. Deras abortönskan behöver alltså inte vara särskilt starkt emotionellt laddad. Det finns särskilt vid svåra sjukdomar sådana, som med glädje skulle hälsa en möjlighet att i stället få föda barnet. Påfallande är emellertid också att många abortsökande kvinnor åberopar relativt lindriga kroppsliga sjukdomar, som inte i och för sig kan väntas bli allvarliga även om havandeskapet fortsätter. Synbarligen känner sig kvinnorna dåliga, trötta, slitna, mindre vitala och motståndskraftiga och såtillvida är även sådana sjukdomar viktiga orsaksfaktorer i den uppkomna abortsituationen.

Mycket ofta åberopas inte heller di-

<sup>1</sup> Bland undersökningar, som gått in på abortmotiven bland det legala abortklientelet kan nämnas tidigare anförda skrifter av Tropé-Carlsson, Sjövall och Lindberg i Sv. Läk.-tidn.

rekta sjukdomar utan klenhet, trötthet, överansträngning. Motivet kan skifta betydligt. En del kvinnor är trötta efter föregående partus och tror sig inte kunna orka med flera barn, särskilt som de inte har någon hemhjälp. Förlösningarna har kanske kommit för tätt. De har redan så många barn, att hushållet blivit tungrott. De tror sig inte kunna klara allt, särskilt som de samtidigt har förvärvsarbete. Ibland kompliceras situationen ytterligare genom att barnen är sjuka eller att någon sjukling finnes i hemmet. En och annan beklagar sig över de svårskötta och trötta barnen.

Självfallet är motiv av det slaget vanligast bland äldre kvinnor med många barn och uppträder mest expressivt hos de s. k. utsläpade mödrarna.

Ett annat inte sällan framskyntande motiv är trångboddhet, omoderna och dåliga bostäder eller bostadslöshet. Vanligare är dock att rent ekonomiska skäl skjuts i förgrunden. Familjeinkomsten är för låg. Man har inte råd med flera barn och ser inte heller någon möjlighet att få det bättre ställt i framtiden. Ibland är ekonomin tilltrasslad med skulder, pantsättningar, avbetalningar osv. Särskild tyngd får detta motiv när familjeförsörjaren, barnafadern, är sjuk och familjen därför råkat i nödläge. Arbetslösheten var ett vanligt motiv i utredningarna på 1930-talet. Numera skyntar det mera sällan. Härmed sammanhänger också nödvändigheten för kvinnan att arbeta utom hemmet för ekonomiens skull. Hennes ångslan att förlora platsen eller bostaden är ett vanligt inslag i motivväven. Bland de yngre kvinnorna är oviljan att behöva avbryta studierna i många fall en väsentlig faktor.

Många gånger har kvinnorna själva svårt att analysera sin situation. Deras bekymmer och farhågor konkretiseras

icke. De är endast diffust ångsliga för "framtiden". De vet inte hur det skall gå eller hur barnen skall få det. Ångslan att behöva anlita socialvården är ett gammalt motiv, som man alltjämt stöter på. "Vad skall kommunalnämndsordföranden säga?"

En annan mycket viktig och vanlig motivgrupp rör familjeförhållandena. Äktenskapet är olyckligt. Man funderar på skilsmässa eller är kanske redan hemskild. Den viktigaste anledningen är alkoholmissbruk hos maken. Det är ju den ständigt återkommande centralfrågan i alla socialpsykologiska sammanhang. Ibland kan emellertid maken också vara neurotisk, nervös eller sjuk, kanske otrogen. Även hållningslöshet eller asocialitet hos maken kan naturligtvis spela in. Det förekommer även, att den abortsökande känner sig ensam och isolerad, därför att maken långa tider är borta från hemmet på grund av sitt arbete och hon får ta hand om barnen helt på egen hand.

Styrkan hos dessa motiv sammanhänger självfallet med hur pass svår familjesituationen är. Många gånger är man närmast förvånad över hur pass lätt kvinnorna resignerar inför sin graviditet trots att familjeinteriören kan vara rent skrämmande. Hos hustrurna till alkoholister har ju resignationen ofta blivit en vana.

Naturligtvis påträffar man hos flertalet ogifta — och hos en del gifta i speciella situationer — farhågor för vad omgivningen skall säga. Det förefaller dock som om detta motiv skulle ha minskat något både i utbredning och intensitet efter den första utredningen i abortfrågan för snart 20 år sedan. Inställningen till barnafödande utom äktenskapet har blivit mera naturlig och mindre ångestladdad. Det finns dock alltjämt kvinnor, som är rädda för skandalen.

Alla sammanställningar av abortmotiv visar, att barnafaderns attityd till grossessen måste spela en mycket stor roll för kvinnans handlingssätt. Ständigt och jämt framhålles av den abortsökande, att barnafadern är ansvarslös, att hon inte kan påräkna något stöd av honom, att han inte vill eller inte kan gifta sig med henne. Mycket ofta är hon direkt övergiven. Viktigt är dock att den sökande inte alltid behöver vara lämnad i sticket. Ofta visar sig mannen bara likgiltig. Han låter henne bestämma och fatta beslut. Hon försöker då först gissa sig till vad han i själva verket vill. De unga abortsökande kvinnorna saknar i mycket stor utsträckning hjälpsamhet och stöd från barnafadern. I de fall barnafadern intar en positiv attityd till henne och graviditeten, försvinner hon i de flesta fall automatiskt från de abortsökandes skara.

Men det finns också fall, där barnafadern uppenbarligen inte har något emot att havandeskapet fortsätter, men där kvinnan själv är mycket bestämd i sin strävan att få det avbrutet, kanske just motiverad av hennes förhållande till barnafadern. Hon kan ändå känna sig lurad eller besviken på honom. Han har kanske visat sig asocial, kriminell eller misskötsam med sprit eller också har hennes tycke för honom så småningom svalnat av andra skäl. Hon är inte längre kär i honom och vill inte ha barn med honom. Kanske hon t. o. m. börjat känna avsmak för honom och är rädd att ett barn bara skulle fjättra henne fastare vid en person, som hon helst inte längre vill ha något att göra med.

En särställning intar otrohetsfallen. De är ju inte särskilt vanliga men kan gälla både gifta och ogifta kvinnor. I regel är kvinnorna då emotionellt starkt påverkade, dödsförskräckta vid tanken på att maken eller fästmannen skulle få

reda på vad som förekommit och likaledes ängsliga för att kanske förlora honom. De flesta undersökare synes vara eniga om att den sortens fall är mycket svåra att komma tillrätta med. Vanligare än dessa fall är de mera tillfälliga eller lösa förbindelserna hos ogifta, som också kan ledsagas av mycket svåra psykiska besvär. Motivväven är då ganska komplicerad, uppblandad med både konventionella inslag, besvikelse över partnern och praktiska, sociala eller ekonomiska aspekter.

Här finns för det första det rent konventionella motivet, den sökande är rädd för skandalen att få barn utom äktenskapet. I många fall är det därvid konflikten med föräldrahemmet, som synes svårast. Hon är rädd att bli avvisad hemifrån och är så pass osjälvständig och bunden vid föräldrarna, att hon inte alls kan förstå, hur hon då skulle klara sig. I andra fall är relationen till arbetsplatsen besvärligast. Den sökande kanske vet, att hon inte kan avskedas men hon står själv inte ut med trycket och skammen utan ser sig tvingad att sluta, om hon inte kan få abort. Denna motivgrupp är i många fall starkt emotionellt laddad. De unga kvinnorna kan vara fullkomligt oresonligt ångestfyllda och beredda till de mest desperata åtgärder hellre än "stå där med skammen".

Vid sidan om dessa huvudgrupper av motiv skymtar en rad andra mindre viktiga. I en del fall föreligger en obestämd och ofta ganska svåråtkomlig rädsla för graviditeten, för förlossningen, för barnet. Den kan ibland vara rationellt motiverad av en föregående svår graviditet eller förlossning men är oftast irrationell, beroende på ett speciellt psykiskt konfliktläge hos kvinnan. I andra fall förekommer också ångslan för att få missbildade barn eller för att sinnessjukdom eller alko-



holism skall gå i arv. I andra fall dokumenteras vid utfrågningen en motvilja mot barn och mot hushållsarbete, vars innersta rötter det kan vara mycket svårt att komma underfund med, men som kan ha resulterat i närmast panikartade reaktioner vid graviditeten.

Bland dessa mera ovanliga abortmotiv kan vidare omtalas ålderskillnad mellan parterna. Barnafadern anses kanske för ung eller för gammal. Det kan också hända att kvinnan själv anser sig vara för ung för att föda barn. Eller hon känner sig kanske för gammal och skäms över att de andra barnen skall få reda på att hon blivit gravid. Kvinnor som har fått barn omhändertagna av det allmänna kan vara utomordentligt ängsliga för att på nytt råka i en sådan situation. Adoptionen eller omhändertagandet av barnen för samhällsvård eller skyddsuppfostran var en svår påfrestning, som den sökande under inga förhållanden vill råka i på nytt.

Här har endast lämnats en provkarta på de motiv kvinnorna åberopar, när de söker abort. Vad som närmast frapperar är den mångskiftande karaktären av dessa motiv. Det rör sig om alla möjliga sociala och personliga bekymmer. I den mån de motsvaras av en objektiv verklighet, innebär det, att de sociala, psykologiska och medicinska svårigheter, som karakteriserar abortsituationen, är utomordentligt brokiga och skiftande från fall till fall. Ur reformsynpunkt innebär detta att hela problemet måste vara ytterligt svårarbetat och besvärligt att komma tillrätta med.

#### *Dominerande miljöfaktorer*

Då motivbildningen hos kvinnan är rätt svår att utreda och dessutom endast bristfälligt återspeglar de verkliga kausalsammanhangen har i fortsättningen

gjorts ett försök att penetrera vissa objektiva miljöfaktorer, som dominerat de sökandes situation, i stället för att efterlysa deras egen attityd till dessa. Visserligen baserar sig upplysningarna om dessa dominerande miljöfaktorer alltjämt i stor utsträckning på kvinnornas egna uppgifter och är såtillvida i många fall förmodligen osäkra och mindre tillförlitliga. Man rör sig dock på ett något konkretare plan än vid en diskussion om motivbildningen hos de abortsökande.

För den fortsatta framställningen har i huvudsak stickprovsundersökningen på medicinalstyrelsens material legat till grund. I flera tidigare refererade undersökningar belyses samma frågeställningar. I stort sett synes de olika erfarenheterna överensstämma.

Vid bearbetningen av materialet har man gjort ett försök att finna den dominerande miljöfaktorn i varje särskilt fall. Ibland utgör miljöfaktorerna underlaget för de motiv, som kvinnan skjutit i förgrunden. Ibland har dock andra faktorer i miljön ansetts mer betydelsefulla än dem som kvinnan själv i första hand framhävt.

Självfallet är det ganska svårt att bland de många miljöfaktorer, som redovisats i ansökningshandlingarna, välja ut den viktigaste. Urvalet måste bli både subjektivt och godtyckligt. Det är också svårt att redovisa vilka riktlinjer som följts, därför att man i varje enskilt fall sökt avgöra vad som tett sig som den viktigaste faktorn i just det speciella fallet. Redovisningen bör dock kunna ge en viss föreställning om storleksordningen av de olika faktorernas betydelse för uppkomsten av abortsituationen. Den bör också kunna ge en viss orientering över den sociala bakgrunden till kvinnans ansökan om abort (tabell 17).

Det kan inte undvikas att man vid en

Tabell 17. Dominerande miljöfaktorer

Dominerande miljöfaktorer	Beviljade nämnd- ärenden % n = 536	Ej beviljade nämnd- ärenden % n = 100	Tvåläkar- fallen % n = 645
1. Ingen miljöfaktor av större betydelse . . . . .	12,1	9,0	58,5
<i>Sociala faktorer</i>			
2. Bostadslöshet . . . . .	2,1	5,0	0,5
3. Andra bostadssvårigheter . . . . .	3,2	1,0	1,1
4. Ekonomiska svårigheter . . . . .	14,9	17,0	10,7
5. För stor arbetsbörda . . . . .	19,0	4,0	5,4
6. Stäckta studieplaner och arbetsmöjligheter . . . . .	1,3	5,0	0,5
7. Barnafadern död . . . . .	0,4	—	—
8. Kan ej ordna för barnet . . . . .	0,4	2,0	0,2
9. Flyktingsituation . . . . .	1,9	—	0,5
<i>Konventionella faktorer</i>			
10. Rädsla för och hänsyn till föräldrarna, ej stöd i föräldrahemmet . . . . .	3,2	7,0	1,9
11. Vanära o. d., konventionella skäl . . . . .	0,7	3,0	1,1
12. För gammal eller för ung . . . . .	0,4	—	0,2
13. Barnafadern för gammal eller för ung . . . . .	—	—	0,3
<i>Familjeförhållanden</i>			
14. Barnafadern alkoholist, asocial, misskötsam . . . . .	11,4	4,0	3,3
15. Trassel med svärföräldrar . . . . .	0,4	—	—
16. Olyckliga familjeförhållanden för övrigt . . . . .	5,0	6,0	3,1
17. Skilsmässorfall . . . . .	4,5	5,0	1,2
<i>Erotiska förhållanden</i>			
18. Övergiven av barnafadern . . . . .	5,2	7,0	2,8
19. Konflikt med barnafadern (kan eller vill inte gifta sig etc.) . . . . .	3,0	12,0	2,6
20. Lös eller tillfällig förbindelse . . . . .	3,7	1,0	1,7
21. Våldtäkt eller pat. under 15 år . . . . .	0,4	—	—
22. Endera gift med annan, otrohet . . . . .	5,4	10,0	4,3
23. Patienten asocial, lösaktig, prostituerad etc. . . . .	1,5	2,0	—

sådan gruppering gör våld på materialet. Vissa tämligen vanliga faktorer ter sig skenbart ovanliga därför att de är kombinerade med andra, som har tett sig viktigare. Så är t. ex. de konventionella faktorerna betydligt vanligare än vad som framgår av tabellen. De har emellertid i de enskilda fallen ofta tillmätts mindre betydelse vid samtidig förekomst av t. ex. motsättningar till föräldrarna eller till barnafadern, lös eller tillfällig förbindelse etc. Man får således tänka sig, att ett visst konventionellt tryck är aktuellt för de flesta ogifta kvinnor, som söker abort, även

om andra faktorer kan betyda mera för deras framställning om havandeskapets avbrytande.

Det framgår bl. a. av tabellen, att det bland tvåläkarfallen är ganska vanligt, att någon speciell miljöfaktor inte uppgivits i intyget. Det beror naturligtvis på att sjukdomen varit viktigast. Det kan ju också hända, att vissa miljöfaktorer verkat försvårande på situationen utan att läkaren omnämnt dem i intyget. Det medför emellertid, att de olika miljöfaktorerna nästan genomgående visat lägre frekvens bland tvåläkarfallen än bland nämndärendena.

Tabell 18. Miljöfaktorer och agglomerering

Miljöfaktor	Beviljade nämndärenden i %			Tvåläkarfall i %		
	Städer med över 100 000 invånare	Övriga städer	Lands- bygden	Städer med över 100 000 invånare	Övriga städer	Lands- bygden
	n = 206	n = 178	n = 148	n = 215	n = 208	n = 216
Sociala faktorer . . . . .	38,3	40,4	53,4	16,3	18,3	22,2
Konventionella faktorer . . . . .	2,4	5,1	5,4	5,6	3,4	1,4
Familjemotsättningar . . . . .	24,3	22,5	16,2	10,2	8,7	4,2
Erotiska förhållanden . . . . .	25,2	17,4	12,2	19,1	9,1	5,6
Inga miljöfaktorer av större betydelse . . . . .	9,7	14,6	12,9	48,8	60,6	66,7

De övriga miljöfaktorernas betydelse framgår av tabellen.

Några olikheter beträffande de olika miljöfaktorernas fördelning i *geografiskt hänseende* kan inte påvisas. Där emot föreligger ett visst samband med *agglomereringen* (tabell 18). Sålunda ökar de sociala faktorerna i betydelse samtidigt med att agglomereringen minskar. De spelar störst roll på landsbygden. Den viktigaste anledningen härtill tycks vara den stora arbetsbördan i familjerna, som avgjort skjuts i förgrunden vid landsbygdsfallen. Frekvensen av denna miljöfaktor bland nämndärendena uppgår i städerna till 15 % men på landsbygden till ca 30 %. För andra sociala faktorer tycks sambandet med agglomereringen inte vara så framträdande.

Däremot förefaller familjemotsättningar och erotiska konflikter vara vanligast i storstäderna, mindre i övriga städer och lägst på landsbygden. De konventionella faktorerna visar ingen bestämd relation till agglomereringen. Påpekas kan slutligen att särskilt bland tvåläkarfallen synes antalet, där inga miljöfaktorer angivits, tillta med minskad agglomerering.

Som väntat är miljöfaktorernas fördelning bland *gifta* och *ogifta* mycket olika (tabell 19). Vissa miljöfaktorer förekommer praktiskt taget uteslutande

bland gifta och andra endast hos ogifta. De sociala faktorerna är således mycket vanligare bland gifta än bland ogifta. Det är framför allt de ekonomiska svårigheterna och arbetsbördan som orsakar denna skillnad. Detta kan bero på att de ekonomiska svårigheterna anses vara en mindre betydelsefull faktor för de ogifta än exempelvis barnafaderns opålitlighet eller liknande. Den stora arbetsbördan bland de gifta sammanhänger naturligtvis främst med skötseln av barnen och hushållet. Bland de ogifta tycks de sociala svårigheter, som oftast ansetts dominera, vara bostadslöshet, hinder för fortsatta studier och liknande.

Även familjemotsättningarna dominerar bland de gifta. Att det förekommer ett och annat ströfall även bland ogifta och förut gifta beror på att en del av dem är samboende. Barnafadern har i sådana fall varit alkoholist, asocial eller misskötsam. Bland ogifta är det däremot betydligt vanligare med konventionella faktorer och erotiska konflikter. Det är framför allt konflikten med föräldrarna, som ibland varit så svår, att det förefallit berättigat att rubricera den som dominerande miljöfaktor. Största rollen för de ogifta synes emellertid de erotiska konflikterna spela. De är både bland ogifta och förut gifta den dominerande miljöfaktorn. Det är den som

Tabell 19. Miljöfaktorer och civilstånd<sup>1</sup>

Miljöfaktor	Beviljade nämndärenden			Tvåläkarfall		
	Gifta i % n = 380	Ogifta i % n = 150	Förut gifta i % n = 41	Gifta i % n = 463	Ogifta i % n = 144	Förut gifta i % n = 37
Sociala faktorer . . . . .	52,4	14,8	36,6	23,3	5,6	18,9
Konventionella faktorer . . . . .	0,5	16,5	4,9	0,4	12,5	5,4
Familjemotsättningar . . . . .	28,7	3,5	2,4	9,7	2,1	2,7
Erotiska förhållanden . . . . .	3,9	57,4	53,7	3,0	31,5	40,5
Inga miljöfaktorer av större betydelse . . . . .	14,5	7,8	2,4	63,5	48,6	32,4

<sup>1</sup> I denna tabell har olikheten mellan gifta och ogifta signifikansbedömts med  $\chi^2$  på vanligt sätt. Olikheten mellan ogifta och förut gifta har därefter undersökts för sig. Faktorerna har därvid sammanslagits till fyrfältstabeller. De erhållna signifikanserna är ganska svaga. Sannolikheten för att olikheten mellan ogifta och förut gifta skulle bero på en slump överstiger således något 0,01.

gör att miljöfaktorer över huvud taget synes spela en större roll för ogifta och förut gifta än för gifta.

Bland nämndärenden synes de sociala miljöfaktorerna även vara betydligt vanligare bland äldre än bland yngre kvinnor (tabell 20). Familjemotsättningar tycks föreligga ungefär i samma utsträckning både bland äldre och yngre kvinnor. De konventionella faktorerna och erotiska konflikterna är däremot påtagligt vanliga bland de yngre.

En närmare analys av de olika faktorerna visar, att det framför allt är den större arbetsbördan i hemmen, som gör de sociala faktorerna vanliga bland äldre kvinnor, medan det är konflikterna med föräldrarna, som gör de konventionella faktorerna så pass vanliga bland yngre kvinnor. Otrohet synes vara ungefär lika vanlig bland äldre som yngre kvinnor,

åtminstone bland nämndärendena. Att de erotiska förhållandena spelar större roll för yngre än för äldre synes framför allt bero på konflikter med barnafadern samt förekomsten av lösa och tillfälliga förbindelser.

I tabell 21 har redovisats de olika miljöfaktorernas fördelning på yrkesutövande och icke yrkesutövande kvinnor. Konventionella faktorer och erotiska konflikter är påtagligt vanligare bland yrkesutövande än bland icke yrkesutövande. Det tycks gälla flertalet av de faktorer, som sammanförts under dessa huvudrubriker. Otrohet, dvs. att endera parten är gift med en annan, är således mycket ovanlig bland ej yrkesutövande kvinnor. Bland nämndärendena förekommer bara 3 sådana fall mot 26 bland yrkesutövande och bland tvåläkarfallen finns bara 5 otrogna

Tabell 20. Miljöfaktorer och ålder

Miljöfaktor	Beviljade nämndärenden		Tvåläkarfall	
	15—29 år i % n = 238	30—49 år i % n = 298	15—29 år i % n = 294	30—49 år i % n = 351
Sociala faktorer . . . . .	35,7	49,0	15,6	21,9
Konventionella faktorer . . . . .	7,6	1,7	4,8	2,3
Familjemotsättningar . . . . .	21,0	21,5	5,1	9,7
Erotiska förhållanden . . . . .	26,9	13,1	17,0	6,8
Inga miljöfaktorer av större betydelse . . . . .	8,8	14,8	57,5	59,3

Tabell 21. Miljöfaktorer och yrkesutövande

Miljöfaktor	Beviljade nämndärenden		Tvåläkarfall	
	Yrkes- utövande kvinnor i % n = 233	Ej yrkes- utövande kvinnor i % n = 300	Yrkes- utövande kvinnor i % n = 249	Ej yrkes- utövande kvinnor i % n = 382
Sociala faktorer .....	30,0	53,7	18,5	20,2
Konventionella faktorer .....	7,7	1,3	8,4	0,3
Familjemotsättningar .....	18,0	24,0	12,9	4,2
Erotiska förhållanden .....	38,2	4,0	25,3	2,6
Inga miljöfaktorer av större betydelse	6,0	17,0	34,9	73,0

hemmakvinnor mot 23 otrogna yrkeskvinnor trots att yrkeskvinnorna är något färre till antalet än hemmakvinnorna.

Däremot synes åtminstone bland nämndärendena de sociala faktorerna vara vanligare bland hemmakvinnorna än bland yrkeskvinnorna. Framför allt är det de ekonomiska svårigheterna och arbetsbördan i hemmet, som medför olikheten. Anmärkningsvärt är emellertid, att miljöfaktorerna sammanlagt synes spela en mindre roll för hemmakvinnorna än för yrkeskvinnorna. Det måste vara ett uttryck för den mera komplicerade sociala situation som yrkeskvinnorna befinner sig i och vid vilken en graviditet därför medför större svårigheter av olika slag än för hemmakvinnorna. Bland hemmakvinnorna är i gengäld förekomsten av somatisk sjuk-

dom en viktigare orsak till abort än bland yrkeskvinnorna.

Mellan olika grupper av yrkesutövande kvinnor kan inte påvisas någon säker olikhet beträffande miljöfaktorerna. Med hänsyn till barnafädernas yrken och socialgruppsfördelning synes det vara vanligare med ekonomiska svårigheter i socialgrupp III än i socialgrupp I och II.

Som väntat visar sig de sociala faktorerna allt viktigare med stigande barnantal (tabell 22). Särskilt blir de ekonomiska svårigheterna och den stora arbetsbördan vanligare. När det är många barn i familjen förekommer i själva verket endast två dominerande miljöfaktorer, nämligen stor arbetsbörda för hustrun och alkoholiserad, asocial eller misskötsam make.

Både konventionella faktorer och ero-

Tabell 22. Miljöfaktorer och barnantal

Miljöfaktor	Beviljade nämndärenden i %				Tvåläkarfall i %			
	Inga barn n = 97	1-3 barn n = 283	4-6 barn n = 124	7-13 barn n = 32	Inga barn n = 145	1-3 barn n = 38	4-6 barn n = 95	7-13 barn n = 20
Sociala faktorer ....	12,4	40,6	60,5	90,6	4,8	16,2	48,4	40,0
Konventionella faktorer .....	16,5	2,1	0,8	—	11,0	0,8	—	—
Familjemotsättningar .....	6,2	27,9	21,0	9,4	2,8	9,7	7,4	5,0
Erotiska förhållanden .....	56,7	14,5	5,6	—	26,9	8,9	1,1	—
Inga miljöfaktorer av större betydelse ..	8,2	14,8	12,1	—	54,5	64,4	43,2	55,0

tiska konflikter minskar däremot påtagligt vid stigande barnantal. De är ovanliga redan när barnantalet överstiger tre. Familjemotsättningar är däremot tämligen ovanliga vid barnlöshet, vanligast vid måttligt antal barn och minskar sedan snabbt vid högre barnantal.

Med hänsyn till *förbindelsens art* är det självklart, att erotiska förhållanden är den dominerande miljöfaktorn för gifta kvinnor, som blivit gravida med annan än maken. Anmärkningsvärt är däremot, att sociala faktorer är så pass vanliga även bland dem. Bland andra gifta dominerar helt de sociala faktorerna och familjemotsättningarna. För de ogifta (*tabell 23*) är det mest påtagliga, att de sociala faktorerna avtar i betydelse ju lösare förbindelsen är. För övrigt varierar de olika faktorerna rätt oregelbundet. Några olikheter, som tillåter säkra slutsatser, kan inte påvisas.

Av *tabell 24* framgår, att i den mån det finns några miljöfaktorer av betydelse vid de somatiska *sjukdomstillstånden* hos abortsökande, är dessa faktorer i regel av socialt slag. Det förekommer också en del familjemotsättningar. Detsamma gäller i stort sett uttröttningsstillstånden, där också de sociala faktorerna dominerar följda av familjetrassel. Det är en påtaglig olikhet mot gruppen psykiska insufficiensstillstånd o. dyl., där även konventionella faktorer och erotiska konflikter spelar en betydande roll. Sådana faktorer är också viktiga vid oligofreni och psyko-infantilism.

#### **Diskussion kring förskjutningarna av klientelels sammansättning**

I diskussionen kring abortfrågan har upprepade gånger gjorts gällande att möjligheten att få legal abort kommit vissa kategorier kvinnor, som eljest aldrig skulle ens ha reflekterat på den utvägen, att söka få havandeskapet av-

brutet. Det är sannolikt att detta i viss utsträckning är riktigt. All erfarenhet bestyrker, att särskilt gifta och barnrika kvinnor, s. k. utsläpade mödrar, ytterst sällan lät avbryta havandeskapet, så länge endast illegala utvägar stod till buds. Visserligen fanns redan 1938, när abortlagen infördes, en möjlighet att få legal abort, men den utnyttjades i mycket ringa utsträckning. Eftersom den totala abortfrekvensen inte ökat utan synes vara oförändrad eller kanske t. o. m. visar en långsamt sjunkande tendens, måste denna utveckling innebära, att samtidigt andra kategorier av kvinnor, som rekryterat det illegala abortklientelet, numera är i avtagande. Utredningen anser dock inte, att en sådan förändring av klienteles struktur är en utveckling till det sämre. Just för kategorin utsläpade mödrar är ju abort ofta synnerligen väl motiverad båda av mänskliga hänsyn och medicinska skäl.

Sammanfattningsvis kan sägas, att abortklientelet av allt att döma genomgår en långsamt skeende förändring. Den stigande frekvensen legala aborter synes medföra en långsam nedgång av de illegala aborterna. Den totala abortvolymen synes dock inte undergå några mera markanta förändringar. Överblickar man en längre tidsperiod är det dock möjligt att även den har minskat något sedan 1930-talet (jfr bilaga II s. 234).

Fördelningen av aborterna på olika delar av landet synes också undergå vissa förändringar. Närmast verkar det som om — fränsett storstäderna — det skulle ske en viss utjämning av skillnaderna i abortfrekvens mellan olika landsändar. Bland det legala klientelet ökar antalet gifta kvinnor mest, medan det illegala alltmer kommit att domineras av ogifta kvinnor. Förändringen i ålderssammansättningen är mindre

Tabell 23. Miljöfaktorer och förbindelsens art

Miljöfaktor	Beviljade nämndärenden						Tvåläkarfall <sup>1</sup>				
	Gifta med varandra	Endera gift med annan	Ogifta, samboende	Ogifta, sällskap mer än 6 mån.	Ogifta, sällskap mindre än 6 mån.	Ogifta, tillfällig förbindelse	Gifta med varandra	Endera gift med annan	Ogifta, sällskap mer än 6 mån.	Ogifta, sällskap mindre än 6 mån.	Ogifta, tillfällig förbindelse
	i % n = 358	i % n = 38	i % n = 18	i % n = 51	i % n = 20	i % n = 38	i % n = 449	i % n = 27	i % n = 46	i % n = 14	i % n = 21
Sociala faktorer . . . . .	54,5	13,2	38,9	25,5	20,0	10,5	24,1	3,7	19,6	—	4,8
Konventionella faktorer . . . . .	0,3	5,3	—	15,7	10,0	18,4	0,4	7,4	26,1	35,7	4,8
Familjemotsättningar . . . . .	29,6	7,9	5,6	5,9	5,0	—	9,8	3,7	4,3	—	—
Erotiska förhållanden . . . . .	0,6	68,4	55,6	45,1	65,0	68,4	0,2	85,2	39,1	64,3	90,5
Inga miljöfaktorer av större betydelse . . . . .	15,1	5,3	—	7,8	—	2,6	65,5	—	10,9	—	—

<sup>1</sup> Ogifta samboende bland tvåläkarfallen omfattar blott 4 fall och har icke fördelats.

Tabell 24. Miljöfaktorer och olika sjukdomsgrupper<sup>1</sup>

Miljöfaktor	Beviljade nämndärenden						Tvåläkarfall			
	Somatisk sjukdom	Utröttnings-tillstånd o. d.	Sinnes-sjukdom och encephalopati	Oligofreni	Psyko-infantillism	Psyksiska avvikelser o. d.	Somatisk sjukdom	Utröttnings-tillstånd o. d.	Sinnes-sjukdom och encephalopati	Psyksiska avvikelser o. d.
	i % n = 52	i % n = 102	i % n = 40	i % n = 48	i % n = 35	i % n = 235	i % n = 388	i % n = 45	i % n = 20	i % n = 184
Sociala faktorer . . . . .	53,8	73,5	34,1	33,3	28,6	34,6	9,0	71,1	35,0	25,0
Konventionella faktorer . . . . .	—	—	2,4	6,3	17,1	5,6	0,3	—	10,0	10,3
Familjemotsättningar . . . . .	17,3	22,5	24,4	12,5	17,1	27,8	2,3	13,3	5,0	16,8
Erotiska förhållanden . . . . .	1,9	2,9	14,6	39,6	34,3	20,5	0,8	—	10,1	35,9
Inga miljöfaktorer av större betydelse . . . . .	26,9	1,0	24,4	8,3	2,9	11,5	87,6	15,6	40,0	12,0

<sup>1</sup> Vid signifikansbedömningen av denna tabell har sammanförts sociala faktorer och familjemotsättningar å ena sidan och konventionella faktorer och erotiska förhållanden å den andra. På grund av den ringa frekvensen har det också varit nödvändigt att föra samman vissa av diagnoserna.

markant, men vissa data tyder på att en lätt förskjutning av klientelet till yngre åldrar pågår. Dessutom kan det antas, att det sker en strukturell förändring även på det viset, att det legala abortklientelet i ökad utsträckning rekryteras bland skikt, som tidigare mera sällan sökt illegal abort, t. ex. "utsläpade mödrar". Man får dock även anta, att tillkomsten av rådgivningsbyråerna med deras kuratorer medfört, att en del kvinnor kan få sådan hjälp, att de finner sig i att avstå från havandeskapets avbrytande. Det är sannolikt, att dessa framför allt rekryteras bland de yngre och mindre utslitna kvinnorna.

Det är vanskligt att uttala sig om anledningarna till de förändringar av abortklienteletets struktur, som tydligtvis pågår. Det är härvid av mindre intresse att endast studera det legala klientelet, som ju annars står i rampljuset och är föremål för ständiga kommentarer. Det illegala klientelet förändras tydligen också, men detta beaktas föga i den allmänna diskussionen.

I diskussionen har ofta gjorts gällande, att anledningen till den starka stegringen av den legala abortfrekvensen var lagändringen 1946 med införandet av den s. k. förutsedda svagheten som indikation. Det är dock tydligen inte riktigt. Stegringen satte in betydligt tidigare, redan 1944, i full utsträckning.

Anledningen till att stegringen nu synes ha avstannat, trots att ett mycket stort antal kvinnor ännu söker och erhåller illegal abort är svår att närmare analysera. Det illegala abortklientelet tycks ju fortfarande vara större än det legala. En förklaring till det stora antalet illegalaborterade torde vara att abortlagens indikationer inte täcker dessa kvinnors situation. Att vidga indikationerna och ge dessa kvinnor ökad möjlighet att få legal abort torde vara en diskutabel utväg, som det för övrigt

inte ingår i utredningens uppdrag att pröva.

Det allvarligaste förhållandet är, att flertalet av dessa kvinnor troligen går direkt till illegala abortörer utan att ens låta sin sak prövas av samhällets organ. De får då inte heller tillgång till den hjälpverksamhet, som kanske i en del fall skulle kommit dem att finna abort mindre tvingande. Anledningen härtill är inte blott bristen på rådgivningsbyråer på en del håll. Den högsta illegala abortfrekvensen finner man alltså i Stockholm, där rådgivningsbyrån för abortsökande är väl inarbetad. Vissa erfarenheter talar för att en del kvinnor drar sig för att vända sig till rådgivningsbyråerna, emedan de är rädda för att bli "övertalade" att föda barnet. En del torde också finna den dubbla prövningen på byrån och i medicinalstyrelsen med därav orsakad väntetid alltför påfrestande och föredrar den direktare och för dem mindre ovissa utvägen att vända sig till en abortör.

Tydligt är det nödvändigt att man vid utformandet av den abortprofylaktiska apparaten tar största möjliga hänsyn till det kvarstående illegala klientelet och söker utforma åtgärderna på ett sätt som undan för undan vidgar verksamheten till att förebygga allt fler och fler kvacksalvaraborter.

Inrättandet av byråer på flera platser måste rimligtvis medföra en stegring av den legala abortfrekvensen utöver nuvarande nivå. Man bör emellertid då också kunna räkna med en nedgång av det illegala abortklientelet. Det finns ingen anledning att omedelbart vänta en nedgång i den totala abortvolymen, men en förskjutning från illegala till legala aborter utgör icke desto mindre ur medicinska och mänskliga synpunkter en förbättring av situationen. För att effektivt sänka den totala abortvolymen krävs en process på längre sikt.



## Sammanfattning

Genomgången av abortklienteletets förhållanden visar otvetydigt, att det råder en betydande skillnad mellan olika grupper av abortsökande kvinnor både beträffande förekomsten av sjukdomar och miljöfaktorer av olika slag. Detta är av största betydelse vid utformandet av den abortprofylaktiska organisationen. Det tarvas olika åtgärder för att hjälpa en kvinna i en abortsituation, exempelvis om hon lider av somatisk sjukdom, psykiska störningar, eller om miljösituationen domineras av sociala eller ekonomiska bekymmer eller de personliga relationerna till barnafadern träder i förgrunden.

Analysen av abortklienteletets hälsotillstånd och sociala struktur visar också, att det finns ett mycket stort antal abortsökande kvinnor, för vilka det tills vidare ter sig ganska svårt att finna någon hjälp. Det finns först och främst den stora gruppen kroniskt sjuka, debila eller mera grovt efterblivna kvinnor samt ärftligt belastade. I det Göteborgsmaterial, som redovisas av Sjövall (Sv. Läkartidn. 1952: 28) anges dessa fall uppgå till 45,7 % av samtliga abortsökande, och de skall ha utgjort 70,7 % av samtliga beviljade abortfall. För denna grupp har man, framhåller Sjövall, "små möjligheter att pressa ner abortfrekvensen".

En annan grupp av kvinnor, för vilka man för närvarande har mycket svårt att finna lämpliga utvägar, är som tidigare antytts de emotionellt ytterst laddade, upprivna och desperata kvinnor, som befinner sig i otrohetssituation, under svårt konventionellt tryck eller i akuta erotiska svårigheter med barnafadern. Det är den kategorin som Lindberg (Sv. Läkartidn. 1948: 29) i överensstämmelse med flera andra undersökare funnit svårast att hjälpa tillrätta. I hans material hade över en fjärdedel

av dessa kvinnor illegalaborterat efter en avslagen abortansökan, medan cirka en sjättedel av kvinnor med framför allt familjära konflikter och ungefär en tiondel av de kvinnor, där rent sociala bekymmer och kraftlöshet dominerat, låtit företa illegal abort efter avslag. Den allmänna erfarenheten — redovisad även i efterundersökningarna — är, att de lättaste fallen att komma tillrätta med är kvinnor med ekonomiska och andra sociala bekymmer. Kuratorerna har trots de otillräckliga resurser, som samhället för närvarande ställer till förfogande, vissa möjligheter att hjälpa dem som inte längre är ovilliga att föda sitt barn. I denna kategori återigen finns det en betydande grupp, som på grund av trötthet, slitenhet eller svåra somatiska sjukdomar kan vara föga lämpade att gå fram med barnet och som därför tills vidare utgör en ganska resistent grupp vid samhällets ansträngningar att pressa ner abortfrekvensen. Det är dock intet tvivel om, att det i många fall skulle gå att låta sådana kvinnor fullfölja havandeskapet, om det blott vore möjligt att samtidigt bereda dem den mest avancerade medicinska behandling och att företa alla önskvärda förbättringar av deras miljöförhållanden. Den moderna medicinska utvecklingen har lett till, att det enligt många läkares uppfattning inte längre i och för sig behöver vara nödvändigt att avbryta havandeskapet ens vid allvarliga hjärtsjukdomar, svår tuberkulos m. m. Kan de gravida kvinnorna få ordentlig skötsel, beredas full vila under lång tid, eventuellt på sjukhus, och behandling av de bästa specialisterna behöver riskerna, anses det, vid havandeskapets fullföljande inte vara särskilt stora (se t. ex. Ask-Upmark Sv. Läkartidn. 1953: 9). Dessa erfarenheter är ju mycket viktiga och uppmuntrande. De måste stimulera till ökade ansträng-

ningar att försöka ordna de sociala förhållandena så att alla sjuka, slitna och tröttkörde gravida kvinnor kan få komma i åtnjutande av sådan behandling och omvårdnad. Den kan tydligtvis i många fall, särskilt med hänsyn till den då stegrade arbetsbördan, vara behövt även lång tid efter förlossningen.

Överväganden av detta slag i anslutning till analysen av abortklienteletets struktur visar således ytterligare problemets svår bemästrade karaktär. Man kan inte vänta sig några snabba resultat vid ett reformarbete. Som tidigare framhållits visar också den totala abortfrekvensen en anmärkningsvärd konstans. I själva verket torde abortfrågan intimt sammanhånga med samhällets allmänna sociala struktur. Detta gäller inte bara vårt land utan är en tes av allmän giltighet. Det torde behövas mycket långtgående reformer av både socialt och social-psykologiskt slag för att avgörande framgångar skall kunna vinnas i kampen mot aborterna. Det bör särskilt understrykas, att en minskning av de legala aborterna inte i och för sig behöver innebära ett framsteg. Som tidigare diskuterats förhåller sig troligtvis den illegala och lega abortfrekvensen till varandra som två kommunicerande kärler. Sjunker det i det ena kärlet, stiger det i det andra. Det är ändå till sist kvinnan själv, som avgör, om hen-

nes havandeskap skall avbrytas. Vid avslag finns alltså möjligheter för henne att få illegal abort.

Utredningen har härmed velat understryka den komplicerade karaktären av abortfrågan. Man skall inte vänta sig några lättköpta framgångar. Man vinner också föga genom en upprörd debatt i frågan. Det behövs en saklig analys av detaljproblemen på det reformatiska planet, ett långt och mödosamt arbete som ännu nätt och jämt begynt. Utredningen hysar inte tvivel om att det skall vara möjligt att minska den totala abortfrekvensen högst väsentligt. Bland orsaksfaktorerna finns många, som bör vara väl tillgängliga för social profylax och terapi. Men arbetet kommer att ta avsevärd tid och kräva uthållighet och energiska insatser av dess företrädare. Vinsten med den hittills utformade abortprofylaktiska organisationen är att man fått kontakt med en stor del av abortklientelet, skapat möjlighet för många kvinnor att föda sina barn, räddat många från kvacksalvarnas framfart samt åstadkommit en viss omstrukturering av klientelet som det vill synas i rätt riktning. Som tidigare framhållits finns ju också faktorer, som talar för att den totala abortfrekvensen så småningom börjar gå ned. På den punkten kan man dock inte uttala sig med någon säkerhet.

## Indikationerna vid legal abort

Utredningen har i sina direktiv erhållit uppdrag att göra en analys av hur de olika i abortlagen angivna indikationerna för legal abort under årens lopp tillämpats. Detta framstår som en särskilt angelägen uppgift, eftersom det i diskussionen kring abortfrågan från en del håll gjorts gällande, att den medicinskt-sociala indikationen (svaghet) och speciellt den 1946 nytillkomna socialmedicinska indikationen (förutsedd svaghet) tillämpats på ett sådant sätt och i sådan omfattning, att man här har att söka orsaken till den kraftiga ökningen av antalet legala aborter. Utredningen, som på annat håll i betänkandet (s. 77) tar ställning till frågan om ett eventuellt samband mellan tillkomsten av den socialmedicinska indikationen och ökningen i abortfrekvensen, lämnar här nedan en översikt över tillämpningen av de olika indikationerna och en analys av principerna härför.

Att på grundval av det tillgängliga statistiska materialet göra en tabellarisk uppställning över denna utveckling med anspråk på fullständig exakthet är icke möjligt. Källorna härför är icke primärmaterial — ansökningshandlingarna i medicinalstyrelsen, respektive tvåläkarutlåtandena — utan de uppgifter om antalet verkställda legala aborter som ingår i Sveriges Offentliga Statistik (S. O. S.), Allmän Hälso- och Sjukvård. Då man i denna statistik, där tvåläkarfallen ingår, icke skiljer på den

medicinska och den medicinskt sociala indikationen, har den av utredningens läkarledamöter, som tidigare varit ordförande i socialpsykiatriska nämnden, genomgått de diagnoser, som i Allmän Hälso- och Sjukvård angivits som skäl för operationstillståndet och ur dessa sökt få fram en uppdelning av indikationerna i enlighet med socialpsykiatriska nämndens praxis.

Resultatet härav återges i *tabell 25*.

Av tabellen framgår, att indikationen svaghet fått en alltmer ökad betydelse, medan antalet aborter på sjukdom eller eugenisk indikation procentuellt minskat. Abort på indikationen förutsedd svaghet har förekommit i allt större antal.

Även andra uppgifter om fördelningen av de utförda legala aborterna på de olika indikationerna kan anföras. I *tabell 26* redovisas stickprovsundersökningen av handlingarna i medicinalstyrelsen 1950.

Mer än 60 % av tvåläkarintygen har sålunda utfärdats när indikationen sjukdom eller kroppsfel föreligger. Där emot förekommer de mera sparsamt vid svaghet. När det gäller ärenden som avgjorts i socialpsykiatriska nämnden, är förhållandet däremot det omvända.

Slutligen har två av utredningens ledamöter, tidigare ordförande (*tabell 27*) och ledamot (*tabell 28*) i socialpsykiatriska nämnden, genomgått sina promemorior över ärendena och besluten vid de nämndsammanträden, som de bevistat under första halvåret 1949 och

Tabell 25. Indikationer för beviljande av abort 1940—50

År	Antal fall	Därav i procent				
		Sjukdom, kroppsfel	Svaghet	Förutsedd svaghet	Eugenisk	Humanitär
1940	506	71,9	3,4	—	23,7	1,0
1941	496	65,1	1,6	—	33,3	—
1942	568	56,0	2,1	—	40,5	1,4
1943	703	58,1	2,3	—	38,4	1,2
1944	1 088	58,9	2,5	—	37,7	0,9
1945	1 623	65,9	5,9	—	27,3	0,9
1946	2 378			Uppgifter saknas		
1947	<sup>1</sup> 2 079	57,2	21,8	2,2	18,2	0,6
1948	<sup>2</sup> 1 991	45,5	36,8	2,6	14,8	0,3
1949	5 503	36,3	47,1	4,4	11,9	0,3
1950	5 889	30,2	50,7	9,6	9,2	0,3

<sup>1</sup> Avser tiden 1/1—19/8 1947.

<sup>2</sup> Av hela antalet verkställda aborter 4 585 har endast 1 991 bearbetats av medicinalstyrelsen.

1952 och därefter gjort följande uppställningar över antalet på indikationen svaghet, resp. förutsedd svaghet bifallna ärenden.

#### Redogörelse

I den ovan nämnda stickprovsundersökningen av 1950 års material (tabell 26) har de i socialpsykiatriska nämnden behandlade abortansökningarna fördelats efter indikationer. Följande fakta i fråga om indikationernas fördelning kan hämtas ur detta material.

#### Hemort

Indikationerna i såväl tvåläkarfallen som nämndärendena är tämligen jämnt fördelade på de olika länen. Avslag synes jämförelsevis ofta förekomma på ansökningar från Stockholms stad — 23,3 % mot 11,5 % i övriga delar av landet — men för övrigt kan några mar-

kanta avvikelser i detta hänseende knappast iaktas. I något enstaka fall kan dock en viss indikationsgrupp vara starkt eller svagt representerad. Sålunda omfattar i Göteborg indikationen svaghet ej mindre än 64 % av samtliga beviljade ansökningar, vilket dock på grund av det begränsade antalet fall skulle kunna bero på en tillfällighet.

Nämndfall och tvåläkarärenden synes förekomma i ganska skiftande utsträckning på olika håll i landet och detta återverkar på indikationernas fördelning, då tvåläkarintygen endast utnyttjas för vissa abortfall. Av stickprovsundersökningen framgår att antalet tvåläkarfall i förhållande till antalet nämndärenden är relativt stort i övre Norrland, i Södermanlands län och i Malmöhus län. Inom vissa områden är däremot tvåläkarfallen påfallande fåtliga. Så är förhållandet i Göteborg, i

Tabell 26. Indikationerna för beviljande av abort enligt stickprovsundersökningen

	Antal fall	Därav i procent			
		Sjukdom, kroppsfel	Svaghet	Förutsedd svaghet	Arvsrisk
Nämndärenden .....	536	15,9	62,3	10,3	11,6
Tvåläkarutlåtanden .....	645	61,9	38,7	0,4	—

Tabell 27. Enligt nämndordförändens pm

År	Genomgångna	Avslagna eller remitterade	Bifallna	Därav i procent på indikationen	
				svaghet	förutsedd svaghet
1949	1 414	157	1 257	50,6	4,1
1952	804	171	633	52,1	10,3

Uppsala län och i Gävleborgs län. Även i Östergötlands län och i Malmö är tvåläkarfallen jämförelsevis få.

Orsaken härtil torde vara dels att abortbyråer icke finnes överallt i landet och dels att praxis är skiftande. Att tvåläkarintygen på vissa håll användes i högre grad än på andra torde framför allt bero på läkarnas benägenhet att utfärda tvåläkarintyg vid kroppslig sjukdom i stället för att i sådana fall underställa ärendet medicinalstyrelsen. Sålunda har i stickprovsundersökningen medicinalstyrelsen icke i något fall ställt indikationen sjukdom beträffande abortsökande från Övre Norrland, där antalet tvåläkarintyg är relativt stort.

Av uppgifterna om abortfrekvensen framgår att intet säkert samband föreligger mellan den absoluta abortfrekvensen och antalet tvåläkar- respektive nämndärenden i de olika länen.

#### Indikation och befolkningstäthet

Sökande från städerna får oftare avslag på sin abortbegäran än de, som är bosatta på landsbygden. Sålunda förekommer avslag på ansökningar från städer med över 100 000 invånare i 19,5 %, från övriga städer i 14,1 % och från landsbygden i 8,4 %.

Däremot är vid bifall på abortansökning de olika indikationernas fördelning på storstad, övriga städer och landsbygd ganska jämn. Den enda säkra avvikelse, som kan konstateras, är att ett större antal fall med indikationen

svaghet förekommer på landsbygden och i storstäderna än i de mindre städerna. Bland de fall, som beviljats abort på indikationen svaghet, kan man observera den — troligen ganska betydelsefulla — omständigheten, att typen uttröttningsstillstånd, "utsläpad kvinna", klenhet m. m. (fysisk svaghet) är vanligast på landsbygden med frekvensen 28,9 % av antalet bifallna mot 14,1 % i storstäderna (jfr tabell 12). Däremot är typen psykiskt avvikande, neurotiskt tillstånd, insufficiens (psykisk svaghet) vanligare i storstäderna med frekvensen 54,3 % mot 30,9 % på landsbygden.

Förekomsten av tvåläkarfall visar en ganska tydlig förskjutning. Av samtliga nämndärenden har 41,0 % inlämnats från storstäderna och endast 26,4 % från landsbygden. Motsvarande siffror beträffande tvåläkarintygen är i båda fallen 33,3 %. Dessa är således vanligare på landsbygden än i städerna, särskilt de större städerna. Sannolikt beror detta på en benägenhet att i städerna, speciellt i storstäderna överlämna bedömandet av en abortansökning till medicinalstyrelsen även i fråga om fall, som skulle kunna avgöras genom tvåläkarintyg. Orsaken kan också vara en anhopning i de större städerna av svårbedömbara fall, vilka i stor utsträckning handlägges på rådgivningsbyråerna. Till följd av den lägre legala abortfrekvensen på landsbygden blir de klara somatiska fallen där jämförelsevis vanligare, vilket är ägnat att bidra till ett relativt större antal tvåläkarfall.

Tabell 28. Enligt ledamotens pm

År	Genomgångna	Avslagna eller remitterade	Bifallna	Därav i procent på indikationen	
				svaghet	förutsedd svaghet
1949	1 073	114	959	48,4	5,3
1952	1 065	263	802	49,7	9,1

### Civilstånd

Indikationen svaghet är relativt vanlig bland de gifta abortsökande — 58,0 % mot 35,0 % bland de ogifta. De övriga indikationsgrupperna visar inga mera markanta skiljaktigheter mellan de olika civilstånden.

Anmärkningsvärt är, att avslag på abortansökning förekommer i betydligt högre frekvens bland de ogifta abortsökande än bland de gifta. Av de ogifta kvinnor, som hos medicinalstyrelsen ansökt om abort, har 25,0 % fått sin ansökan avslagen mot 11,2 % av de gifta.

I fråga om nämndärenden och tvåläkarfall är fördelningen på de olika civilstånden ungefär lika.

### Åldersgrupper

Intet markant samband kan påvisas mellan viss ålder och viss indikation. De olika indikationerna synes vara ungefär lika vanliga bland äldre som bland yngre abortsökande kvinnor.

Yngre kvinnor synes däremot något oftare ha fått avslag på sin abortansökning. I åldersgruppen 15—34 år har 16,8 % fått avslag, i åldersgruppen 35—49 år 10,1 %.<sup>1</sup>

Ingen större skillnad förekommer i fråga om åldersfördelningen för abortsökande, som fått sitt ärende behandlat av medicinalstyrelsen och de, som fått aborten beviljad på grund av tvåläkarintyg. Sannolikt har dock ett något större antal kvinnor över 40 år erhållit abort på tvåläkarintyg än genom medicinalstyrelsens beslut.<sup>1</sup> Svårare soma-

tiska sjukdomar, som ju dominerar bland tvåläkarfallen, blir givetvis vanligare i materialet ju äldre kvinnorna är (jfr tabell 14).

### Yrkesfördelning

Några mer markanta olikheter beträffande de olika yrkesgruppernas relativa fördelning på skilda indikationer kan ej påvisas. Kvinnor tillhörande sådan yrkeskategori, som framför allt domineras av ogifta, har relativt ofta fått avslag på sina ansökningar om abort, vilket sannolikt beror på att de flesta är unga och friska.

Däremot visar yrkesgruppen "hemmafruar och hemmadöttrar", där de gifta kvinnorna dominerar, anmärkningsvärt få avslag på ansökningarna om abort.

Jämföres nämndärenden och tvåläkarfall med hänsyn till yrkesgruppen förete endast gruppen "hemmafruar och hemmadöttrar" säkert avvikande förhållanden. Det är tydligt, att dessa kvinnor jämförelsevis ofta får abort på tvåläkarintyg.

### Socialgrupp

Uppgifterna särskilt för tvåläkarfallen är i viss utsträckning ofullständiga, då i många fall uppgifter saknas om mannens yrke. Om man bortser härifrån och fördelar klientelet med hänsyn till mannens yrke efter valstatistikens yrkesfördelning kan något bestämt

<sup>1</sup> Signifikansen ligger vid omkring 0,02 och måste alltså betecknas som rätt svag.

Tabell 29. Socialgruppsfördelningen

Material	Antal fall	därav i % socialgrupp		
		I	II	III
Nämndärenden ...	589	4,6	28,5	66,9
Tvåläkarfall .....	350	11,4	34,6	54,0

samband mellan viss indikation och viss yrkesgrupp icke påvisas. Inte heller en indelning av yrkena i socialgrupper visar någon olikhet i indikationernas fördelning.

En abortsökande, som tillhör jordbruksbefolkningen, får emellertid mer sällan avslag på en ansökan (3,9 %), än en sökande, som tillhör andra yrkesgrupper (15,7 %).

Vid jämförelse av socialgruppsfördelningen bland nämndärenden och tvåläkarfall framkommer, att socialgrupp I och II förekommer oftare bland tvåläkarfallen än bland nämndärendena (tabell 29). En kvinna från socialgrupp I eller II får sålunda sin ansökan jämförelsevis oftare beviljad på tvåläkarintyg än en kvinna från socialgrupp III. Att orsaken till abort i dessa fall i större utsträckning skulle vara kroppslig sjukdom, som ju dominerar bland tvåläkarfallen, kan icke verifieras. Man får kanske anta, att kvinnor från socialgrupp I eller II har större möjligheter att få sin abortansökning beviljad genom tvåläkarintyg än de, som tillhör socialgrupp III, vilka sannolikt oftare söker sig till rådgivningsbyråerna.

#### Barnantal

Indikationen svaghet företer en ökad frekvens med tilltagande barnantal. I samma utsträckning minskar antalet avslag med stigande barnantal. Barnlösa kvinnor eller kvinnor med få barn erhåller sålunda tämligen ofta avslag av medicinalstyrelsen, mångföderskor däremot mycket sällan.

Kvinnor med få barn erhåller något oftare abort på tvåläkarintyg än mångföderskorna, vilkas ärenden i stället prövas av medicinalstyrelsen. Det beror förmodligen på att det i fråga om mångföderskorna i de flesta fall är svaghet som utgör abortindikation, och då torde läkarna gärna vilja ha ärendet prövat av medicinalstyrelsen.

#### Somatiska diagnoser

De olika somatiska sjukdomarna är tämligen jämnt fördelade på samtliga större indikationsgrupper. Sålunda rubriceras svaghet resp. sjukdom inte som abortindikation vid vissa bestämda olika somatiska sjukdomar. Som somatiskt friska betecknas 72,7 % av de kvinnor, som erhållit abort på indikationen förutsedd svaghet, 64,5 % på eugenisk indikation, 53,3 % på indikationen svaghet och 51,8 % på indikationen sjukdom<sup>1</sup>.

Somatiska sjukdomssymtom saknas sålunda jämförelsevis ofta vid indikationsgruppen sjukdom bland nämndärendena, vilket sannolikt beror på att abortsökande med sådana symtom vanligen erhåller abort med stöd av tvåläkarintyg. Indikationen sjukdom bland nämndärendena avser oftast psykisk sjukdom.

Kvinnor, som beviljats abort på indikationen svaghet, är förhållandevis ofta kroppsligt sjuka och vanligen föreligger i dessa fall flera abortmotiv. Varje symtom i och för sig utgör ingen abortindikation, men motståndskraften är hos kvinnan så pass nedsatt, att man med skäl måste anse, att ett fullföljande av graviditeten och ett omhändertagande av barnet skulle innebära allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Det är ju också synnerligen vanligt att olika anledningar till abortönskan på så sätt

<sup>1</sup> Fördelningen är endast svagt signifikativ (sannolikheten = omkring 0,02).

gripa in i varandra. Ej sällan föreligger i själva verket flera abortindikationer.

Vid de tillfällena, då medicinalstyrelsen avslagit abortansökningen, har det i flertalet fall icke förefunnits någon somatisk sjukdom. Det är således framför allt vid de psykiska sjukdomstillstånden, som tillräckliga indikationer för abort icke ansetts föreligga.

### *Psykiska diagnoser*

Som tidigare framhållits, är psykisk sjukdom hos det legala abortklientelet betydligt vanligare bland nämndärendena än bland tvåläkarfallen (85 % resp. 53 %). En av orsakerna härtill torde vara, att läkarna skall låta ärendet avgöras av medicinalstyrelsen när de misstänker, att patienten är rättsinkapabel. Av dem som fått avslag på sin abortansökan har 50 % varit psykiskt sjuka eller abnorma. Detta tyder på att man vid bedömandet tagit hänsyn till förekomsten i vissa fall av en "fysiologisk" graviditetsdepression, vilken man kan beräkna avtar under graviditetens förlopp. Vidare är psykisk ohälsa vanligare hos abortsökande från storstäderna än från mindre städer och landsbygden. Man kan också konstatera, att psykiska sjukdomstillstånd eller abnormiteter är vanligast vid indikationerna svaghet och sjukdom (92,3 resp. 93,9 %) och är ovanligast vid förutsedd svaghet (74,5 %).

Vid tillstånd som asteni, psykasteni, psykisk insufficiens, uttröttningsstillstånd o. d. har abort oftare beviljats på indikationen svaghet (31,3 %) än på indikationen sjukdom (12,3 %). Det är tydligen sådana tillstånd, som företrädesvis rubriceras som svaghet vid indikationsställandet.

Anmärkningsvärt är att svåra psykiska sjukdomstillstånd såsom psykoser och encefalopatier förekommer så-

väl i indikationsgruppen sjukdom som i grupperna svaghet eller förutsedd svaghet. Till och med några få fall av schizofreni förekommer i indikationsgruppen svaghet. I stickprovet har samtliga sökande, som angivits lida av psykos eller reaktiva psykotiska förvirringstillstånd, beviljats tillstånd till abort. Avslag på abortansökan är däremot relativt vanlig vid depressioner och insufficiensstillstånd av olika slag.

Oligofreni förekommer av naturliga skäl sällan bland tvåläkarfallen, eftersom tvåläkarutlåtande icke får grundas på eugenisk indikation.

Oligofrena abortsökande beviljas vanligen legal abort på eugenisk indikation (64,6 % av totalantalet oligofrena), mera sällan på indikationen svaghet (22,9 %) och sjukdom (4 %). Medicinalstyrelsen har således i vissa fall beviljat oligofrena abortsökande tillstånd till abort på socialmedicinsk eller medicinskt social indikation, vilket beror på att det då varit fråga om unga kvinnor, hos vilka en viss eftermognad och därmed också en bättre anpassning har kunnat förmodas inträda. Man har härigenom kunnat undgå att ställa steriliseringsvillkor då abort beviljats.

### **Sammanfattande diskussion**

*Tabell 30* utvisar till vilken indikation de olika av de intygsskrivande läkarna angivna diagnoserna förts i medicinalstyrelsen.

Det enligt läkarintygen relativa fåtal psykosomatiskt friska som erhållit medicinalstyrelsens tillstånd till abort (12 av sammanlagt 57 fall psykosomatiskt friska) har i regel förts till gruppen förutsedd svaghet; i ett fall, som enligt medicinalstyrelsens bedömning var ett typiskt svaghetsfall, har aborten beviljats på medicinskt social indikation. Cirka fyra femtedelar av såväl psykiskt som somatiskt friska abortsökande har



Tabell 30. Indikation och huvuddiagnos

Huvuddiagnos	Antal bifallna ärenden	Därav i procent på indikationen			
		sjukdom	svaghet	förutsedd svaghet	arvsrisk
Kroppslig sjukdom, kroppsfel . . . . .	52	21,2	63,5	15,3	—
Uttrötningstillstånd, "utsläpad", klenhet	102	1,0	91,2	5,9	2,0
Sinnessjukdom (inkl. epilepsi) . . . . .	26	34,6	19,2	3,9	42,3
Efterblivenhet . . . . .	48	4,2	22,9	8,3	64,6
Encephalopathia, hypofreni, präsenilitet m. m. . . . .	14	(35,7)	(64,3)	—	—
Psykoinfantilism . . . . .	35	20,0	62,8	17,2	—
Psykiska avvikelser, neurotiska tillstånd, insufficiens . . . . .	235	20,9	66,4	8,5	4,2
Rent eugeniska fall (inkl. Rh-fall) . . . . .	12	(8,4)	(33,3)	—	(58,3)
Varken psykisk eller fysisk sjukdom eller klenhet . . . . .	12	—	(8,3)	(91,7)	—

således icke fått sin ansökan beviljad. Av tvåläkarfallen saknar två patienter enligt intygen symtom på psykisk eller somatisk sjukdom. Den ena av dessa har haft mycket arbete och påstår sig ej orka med flera barn; den andra är ensamstående och har sociala svårigheter och ser ingen annan utväg än abort eller suicidum.

Fall med huvuddiagnosen kroppslig sjukdom eller kroppsfel har medicinalstyrelsen ofta fört till indikationen svaghet (tabell 30). Sannolikt har man ansett det föreliggande ett allmänt slitage; kroppslig sjukdom har varit en bidragande orsak till svaghetstillståndet, men har dock ej ensam kunnat motivera abort. Ett mindre antal av dessa fall har rubricerats som förutsedd svaghet, sjukdom och kroppsfel.

Uttrötningstillstånden har i nästan samtliga fall rubricerats som svaghet, blott några få som förutsedd svaghet. Därtill kommer två fall på eugenisk indikation och ett fall på indikationen sjukdom.

Sinnessjukdomarna har förts under mycket växlande indikationer. De flesta har förts som eugeniska fall eller till indikationen sjukdom, några har också rubricerats som svaghet eller förutsedd svaghet.

Samma förhållande gäller också för dem som av de intygsskrivande läkarna betecknats som efterblivna. Den eugeniska indikationen är dock vanligast.

Även encefalopatier förekommer i de flesta fall under indikationen svaghet.

Att socialpsykiatriska nämnden beviljat abort på medicinskt social indikation åt kvinnor, som enligt de intygsskrivande läkarna lider av sinnessjukdom eller anses böra få abort på grund av arvsrisk, kan te sig svärbegripligt. Förklaringen är följande. Inom medicinalstyrelsen har det blivit praxis att ange indikationen på det skriftliga tillståndet till abort, som kommer den abortsökande till handa och som skall visas operatören. Denne får på så sätt uppgifter till den statistik, som han är skyldig att föra. Det är ofta oförenligt med den hänsyn som måste tas till den gravida kvinnan att skicka henne ett meddelande, att hon lider av psykisk eller kroppslig sjukdom eller att det väntade barnets fader, med vilken hon kanske redan har flera barn, är bärare av farliga arvsanlag. Av dessa skäl har, där indikationen sjukdom eller arvsrisk för det väntade barnet varit sakligt berättigad, tillstånd till abort ibland givits, inte på medicinsk eller eugenisk utan på medicinskt social indikation.

Denna indikationsgrupp är alltså inte enhetlig utan omfattar åtskilliga abortfall, om vars rätt att avbryta havandeskapet inte ens de, som i den offentliga diskussionen rest invändningar mot ett i deras ögon alltför generöst beviljande av "svaghetsaborter", skulle hysa några tvivel. I debatten beaktas alltför litet att de indikationsgrupper, som återfinnes i statistiken, således inte är i vetenskaplig mening enhetligt sammansatta.

De psykoinfantila fördelar sig på samtliga indikationer utom eugenisk; flertalet rubriceras dock som svaghet. Så är också förhållandet med de psykiska insufficiencstillstånden, neuroserna etc., där cirka två tredjedelar faller under indikationsgruppen svaghet.

De kvinnor, som sökt abort på grund av Rh-immunisering och som själva i regel är somatopsykiskt friska har i allmänhet rubricerats under eugenisk indikation, i några fall också under svaghets- och sjukdomsindikation. Dock har i dessa fall icke ställts steriliseringsvillkor, enär under dylika förhållanden någon arvsrisk från modern icke föreligger.

Den grupp, som avser Rh-immuniserade abortsökande, är uteslutande representerad bland gifta kvinnor.

Den i tabell 25 återgivna utvecklingen i fråga om de legala aborternas fördelning på lagens olika indikationer visar tydligt, att den medicinskt sociala indikationen kommit att tillämpas i en allt mer stigande del av totalantalet. Utredningen har sökt analysera orsakerna härtill.

Utän tvivel kan man i denna utveckling spåra ett allt större hänsynstaggande till den yttre faktorn i abortsituationen. Det bör påpekas, att under abortlagens första år beviljades ett mycket ringa antal aborter, där man kan anta att hänsyn tagits till kvinnans yttre situation (under åren 1939—43

sammanlagt 55 fall). I propositionen nr 1946:156, vilken bifölls av riksdagen, framhölls också såsom ett av motiven till de ändringar i abortlagen som föreslogs, att avsevärt större hänsyn borde tas härtill. Samma motiv har även anförts för införandet av den socialpsykiatriska nämnden i medicinalstyrelsen fr. o. m. den 1 juli 1947. Utredningens stickprovsundersökning på 1950 års material visar tydligt, att yttre miljöbetingelser spelar en större roll för sådana kvinnor, som får abort beviljad på grund av svaghet än för dem som får bifall på andra indikationer (tabell 31). Sålunda var t. ex. genomsnittsantalet barn till de kvinnor, som fått svaghetsabort, 3,0 mot 2,3 för dem som fått bifall på förutsedd svaghet, 1,8 för dem som fått bifall på grund av sjukdom och 2,1 för dem som fått legal abort efter tvåläkarutlåtande. Utvecklingen kan troligen även delvis tillskrivas det förhållandet, att vissa drag i den sociala utvecklingen under de senaste åren åstadkommit ett starkare yttre tryck på de kvinnor det här gäller och framtingat ett stigande antal sådana legala aborter, där de sociala omständigheterna spelar en väsentlig roll. Så kan man exempelvis peka på det ökade barnantalet i många familjer, den ökade förekomsten av förvärvsarbete bland de gifta kvinnorna och svårigheten att — ens tillfälligt — få hjälp med den stora arbetsbördan i hemmen. Vidare kan erinras om bostadsproblemet. En kritisk bostadssituation kan ha ödesdiger inverkan på kvinnornas hälsa och krafter (se s. 55 ff.).

Man bör emellertid beakta att den medicinskt sociala indikationen icke är en social indikation; det är alltså icke de yttre omständigheternas tryck i och för sig som avgör om abort skall beviljas eller icke. I många fall, där bifall givits till en ansökan, kan de sociala

Tabell 31. Dominerande miljöfaktorer och indikation

Dominerande miljöfaktor	Sjukdom	Svaghet	Förutsedd svaghet	Eugenisk	Avslag eller återtagen ansökan
	i % n = 81	i % n = 324	i % n = 55	i % n = 73	i % n = 100
Sociala faktorer .....	32,0	50,5	32,6	31,5	34,0
Konventionella faktorer .....	4,9	3,1	7,2	6,9	10,0
Familjemotsättningar .....	21,0	21,0	27,4	19,1	15,0
Erotiska förhållanden .....	27,2	15,1	23,6	26,0	32,0
Inga miljöfaktorer av större betydelse ..	14,8	10,2	9,1	16,5	9,0

skälen rent objektivt te sig ganska svaga och det finns kanske de som anser att situationen borde kunna lösas på ett annat och mer positivt sätt. De sociala skälen är emellertid aldrig avgörande (jfr t. ex. tabell 5 där bostadssvårigheter är lika vanliga bland beviljade som avslagna ärenden). I stället har den prövande instansen måst fråga sig, hur dessa yttre omständigheter påverkat just den kvinna, vars fall man har att bedöma, med hennes konstitution, kraftresurser och psykosomatiska reaktioner. En — fysiskt eller psykiskt — starkare kvinna hade kanske med lättare kunnat klara upp yttre svårigheter, som fullständigt bryter ned denna abortsökande. I samspelet mellan sociala och medicinska faktorer faller till slut de medicinska faktorerna avgörandet. Att så varit fallet vid prövningen av abortansökningarna framgår av tabell 30.

Det har ovan i detta kapitel redan framhållits, att kvinnor, som beviljats abort på den medicinskt sociala indikationen, i ganska avsevärd utsträckning är behäftade med någon kroppslig sjukdom. Denna slutsats tyder på att gränserna mellan de olika indikationerna är flytande och att de i själva verket griper in i varandra, något som kan utläsas av tabell 30 även i fråga om andra sjukdomsgrupper. Ofta är det endast en gradskillnad i en fysisk eller psykisk sjukdomsbild som avgör om beviljandet

sker exempelvis på den medicinska eller på den medicinskt sociala indikationen. Härtill bidrar även att, trots att de yttre faktorerna har den största betydelsen när det gäller den medicinskt sociala indikationen, de är långt ifrån betydelselösa, när det gäller den medicinska. I själva verket är miljöfaktorerna, vilket framgår av stickprovundersökningen 1950, förvånansvärt jämnt spridda över de olika indikationerna.

Tabell 31 bestyrker utredningens uppfattning, att det vid bedömningen av en abortansökan praktiskt taget aldrig är helt likgiltigt hur de yttre omständigheterna, under vilka en abortsökande kvinna lever, är beskaffade.

Det är även värt att observera att det, såväl i fråga om den medicinska som den medicinskt sociala indikationen, icke är sjukdomen respektive svagheten i och för sig, som avgör om tillstånd beviljas. Enligt lagens ordalydelse är för denna fråga avgörande om sjukdomen eller svagheten är av den art, att barnets tillkomst skulle komma att medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa. Av största betydelse för ärendets bedömande är enligt den abortförebyggande verksamhetens principer vidare, huruvida det är möjligt att vidtaga sådana åtgärder, som skulle kunna förebygga en abort trots den föreliggande sjukdomen eller svagheten. Över hälften av de kvinnor, som fått

avslag på sin abortansökan har visat sig behäftade med något slag av sjukdoms- eller svaghetsymtom. Dessa symtom har emellertid icke ansetts vara av den art, att de motiverat en abort.

Tillika med den medicinskt sociala indikationen har även den 1946 införda socialmedicinska (förutsedd svaghet) blivit livligast diskuterad. Det finns därför skäl att granska utvecklingen i fråga om tillämpningen av denna indikation.

De båda ledamöter av utredningen, som tidigare tjänstgjort i socialpsykiatriska nämnden, har med utgångspunkt från sina promemorior (tabell 27 och 28) kunnat konstatera, att det är sällsynt — ehuru det förekommer — att en ansökan om abort inges utan att några i lagens mening godtagbara skäl åberopas i ansökningen. Vanligast är, att i de ansökningar, som avslås, anges vissa skäl, som emellertid inte i lagens mening är tillräckliga för bifall. Någon gång kan väl de skäl, som sålunda anförs, vara av medicinsk natur, men i övertvägande antalet fall gäller det skäl av socialmedicinsk karaktär. Visserligen har abortansökningar bifallits på indikationen förutsedd svaghet i större utsträckning under 1952 än under 1949, men eftersom avlagen på ingivna ansökningar samtidigt ökat till mer än det dubbla, har indikationen förutsedd svaghet inte tillämpats så generöst, som stundom gjorts gällande i diskussionen, där frågan tillmätts en betydelse, som på intet sätt motsvarar den relativt ringa omfattning, i vilken den tillämpats. Då antalet svaghetsaborter procentuellt sett är praktiskt taget oförändrat inom materialen från 1949 och 1952, tyder ökningen av antalet aborter, beviljade på indikationen förutsedd svaghet, enligt de båda nämndledamöternas erfarenhet, snarast på att ett visst antal aborter av en typ, som

1949 beviljades på indikationen svaghet, under 1952 i stället beviljades under rubrik förutsedd svaghet. Detta skulle snarast innebära en skärpning i tillämpningen av svaghetsaborten — man har sålunda fordrat ett kraftigare uttalat svaghetstillstånd för bifall på medicinskt social indikation. Det relativt ringa antal legala aborter, som beviljats somatiskt och psykiskt friska kvinnor på indikationen förutsedd svaghet, tyder även på att det i fråga om denna indikation i flertalet fall föreligger ett visst sjukdoms- eller svaghetstillstånd och att man anser sig kunna räkna med en allvarlig försämring härav i händelse av ett avslag. Att så är fallet torde sammanhånga med att det måste vara ett relativt litet antal somatiskt och psykiskt friska kvinnor, beträffande vilka man på ett klart och från medicinsk synpunkt hållbart sätt kan "förutse" en allvarlig nedsättning av deras kroppsliga eller själsliga krafter, om graviditeten skulle fullföljas.

Utredningen vill framhålla, att det här förda resonemanget om den socialmedicinska indikationen är baserat på den erfarenhet de båda ledamöter av utredningen erhållit, vilka tidigare tjänstgjort som ordförande, respektive ledamot i socialpsykiatriska nämnden, samt på de faktiska uppgifter, de kunnat lämna från denna sin tjänstgöring. Utredningen anser, att de synpunkter, som dessa ledamöter kunnat redovisa, är av sådan karaktär, att de bör framläggas i detta sammanhang.

Utredningen vill även erinra om att under socialmedicinsk indikation hänförs även fall, där abort ansetts nödvändig och självklar men där ingen av de i lagen angivna indikationerna varit klart tillämplig. Som exempel kan nämnas unga kvinnor med svårarbetade beteenderubbningar utan klart påvisbara hereditära orsaker, hos vilka man dock

har anledning förmoda, att en viss eftertermognad skall inträda. Även de fall, där abort beviljats kvinna, som genomgått rubeola, har hänförts till socialmedicinsk indikation. Den ökade förekomsten av dylika fall har givetvis medfört en ökning i tillämpningen av den socialmedicinska indikationen.

Utredningen vill till slut för ytterligare belysning av frågan hur abortlagens olika indikationer tillämpats, anföra några konkreta exempel hämtade ur stickprovsundersökningen. Identifikationsdata är ändrade.<sup>1</sup>

Det första gäller en 27-årig hemmafru. Maken är byggnadsarbetare. De har fyra barn. Kvinnan har varit klen sedan sista barnets födelse. Dessförinnan har hon haft mycket besvärliga graviditeter och förlossningar. Nu har hon tidvis värk i ryggen. Hon orkar inte med arbetet i hemmet, mycket beroende på den svåra värken. Hon tål tidvis knappast de fyra barnen i sin närhet. Bostaden är tungarbetad. Den består av ett rum och kök i en liten stuga utan värme och vatten, avlägset belägen. Hon anser sig inte orka med mera. Hon har ständiga självförebärelser för att hon inte kan sköta hem och barn så bra, som hon önskar. Vid läkarundersökningen sattes diagnosen huvudvärk och rygginsufficiens. Den psykiska beskrivningen betecknar henne som småängslig, blödig och labil men för övrigt utan anmärkning. Hon beviljades abort på indikationen svaghet.

En annan hemmafru, 22 år gammal, gift med en skogsarbetare, har fyra barn under skolåldern. På grund av de täta barns börderna har kvinnan blivit överansträngd och blodfattig. Hon anser sig inte orka med hemmets skötsel och barnens fostran. Hon har blivit likgiltig för allt och tycker det är hopplost. Bostaden är dålig. Den består av ett rum och kök, omodern, det ryker in

och det tar ett par timmar att elda upp den. Rummet är litet och kallt. Det är trångt med de fyra barnen. Dessutom finns det råttor i bostaden. Väggarna är otäta och dragiga. Själv lider patienten av gallstensanfall. I diagnosen betecknas hon som deprimerad och apatisk. Hon fick abort på indikationen svaghet.

En 48-årig frånskild kvinna försörjer sig som städerska. Hon har ett barn förut. Hon skildes på grund av makens otrohet. Hon lever helt för sin son och gör stora uppoffringar för hans bästa. Han går i läroverk. Hon sliter och släpar med förvärvsarbete och hyr ut rum, lever ganska isolerat och har mycket dålig ekonomi. Nu har hon haft en förbindelse under ett halv års tid med en skomakare. De har dock känt varandra längre tid. Han är gift. Hon måste arbeta. Ekonomiskt klarar hon sig inte annars. För sin pojkes skull anser hon sig inte kunna få ett barn utom äktenskapet. Barnafadern kan inte skiljas och har för övrigt uruselt ekonomi. Själv anser hon sig vara för gammal för att orka med ytterligare ett barn och alla de svårigheter som följer med. Den somatiska diagnosen är rygginsufficiens, den psykiska diagnosen psykisk insufficiens. Hon fick abort på indikationen förutsedd svaghet.

En 22-årig gift kvinna är städerska, maken transportarbetare. De har tre barn. Mannen super och slarvar med pengar. Hon måste städa på kvällarna för att klara hyra, kläder etc. Barnbidraget går till mat. Det är mycket arbete med barnen, som är gnälliga. Hon kan inte tänka sig att orka med flera barn. Vid eventuell skilsmässa kommer maken inte att fullgöra sina ekonomiska förpliktelser. Kroppsligt frisk. Psykiskt föreligger en reaktiv insufficiens hos

<sup>1</sup> Angående offentliggörande, se not å s. 11.

patienten. Dessutom är hon debil. Abort beviljades på indikationen förutsedd svaghet.

En 30-årig gift kvinna har två barn. Hon har en enorm arbetsbörda. Första barnet är lytt och lider dessutom av bråck och eksem. Andra barnet föddes fem veckor för tidigt och har orsakat patienten mycket arbete och oro. Själv fick hon ledgångsreumatism efter första partus och senare epidemisk hjärnhinneinflammation. Hon sköter sitt föräldrahem och en invalidiserad mor förutom sitt eget hem. Hon har inte fått sova ordentligt på många år för barnens skull. Hon bor vägg i vägg med föräldrarna som klagar på barnens støj. Det är därför ständiga konflikter med föräldrarna. Kroppsligt anses patienten vara frisk men psykiskt djupt deprimerad. Hon fick abort på indikationen svaghet.

28-årig gift kvinna från större stad. Maken målare. De har tre barn. Mannen missbrukar sprit och sköter inte ekonomin ordentligt. Lägenheten är så trång att patienten inte ens vet var hon skall sätta en säng till. "Jag står inte ut som jag har det. — Ännu mindre om jag får fler barn." Orkar inte arbeta hemma. Hon skulle behöva ha förvärvsarbete för ekonomiens skull. Kroppsligt frisk men psykiskt visar hon en kraftigt uttalad depression. Hon beviljades abort på indikationen svaghet.

38-årig gift kvinna. Maken fabriksarbetare, de har två barn. Äktenskapet var ohållbart från begynnelsen. Det har varit konflikter redan efter första året. Båda makarna är debila. Mannen slarvig med sprit och pengar. Han misshandlar patienten. Båda, men speciellt mannen, häftiga, slår omkring sig och kastar föremål. Patientens säger sig inte orka fler barn eller mera arbete. Hon tycker att maken kunde visa mera in-

tesse för henne, hemmet och barnen. Kroppsligt lider hon av blodbrist och är dessutom gravt debil. Hon beviljades abort med villkor om sterilisering.

28-årig gift kvinna. Maken lägre tjänsteman, de har ett barn och hon har tidigare genomgått en abort. Patientens har förvärvsarbete. Hon har alltid varit klen och nervös och blev sämre efter partus. Hon har inga reservfonder av krafter. Äktenskapet är mindre lyckat. Patientens har flyttat från maken, då hon inte härdade ut. Han vägrar dock skilsmässa och betalar inte heller någonting till dottern eller patientens. Dottern lider av inresekretorisk sjukdom och vårdas på sjukhus. Patientens är trött och pressad av sitt arbete och av ovissheten beträffande äktenskapets upplösning. Mannen hotar med suicidium vid tal om skilsmässa. Hon kan inte tänka sig att få ytterligare ett barn med honom, speciellt som han tvingade sig till det koncipierande samlaget när patientens sov. Hon vill ej tala om graviditeten för sin mor, som skulle bli förtvivlad. Kroppsligt frisk frånsett myopi. Psykiskt är patientens subvalid och supersolid med insufficienssymtom. Hon beviljades abort på indikationen svaghet.

30-årig ogift yrkeskvinna från starkt religiös miljö. Speciellt modern är mycket sträng i sina åsikter. Hon är därför mycket rädd för vad föräldrarna, speciellt modern, skall säga liksom den övriga släkten. Hon tror att modern skulle få en chock. Barnafadern har övergivit henne. Hon bor inackorderad och får inte behålla sin bostad, om hon skall bära fram barnet. Kroppsligt frisk. Psykiskt företer hon ett reaktivt depressivt tillstånd. Dessutom är hon psykastenisk med massiv hereditet för psykiska sjukdomar av endogen karaktär. Det föreligger suicidalrisk. Hon beviljades abort på indikationen svaghet.

Utredningen önskar även belysa olika typer av avslagsfall med några konkreta exempel.

22-årig ogift fabriksarbeterska från stad. Hon är förlovad med en målare. Patienten har ett barn förut med annan man. De bor hos de blivande svärföräldrarna under primitiva förhållanden och kan inte gifta sig förrän de får bostad. Barnafadern är tre år yngre än patienten. Hon kan inte besvära barnafaderns mor med ännu ett barn (den blivande svärmodern sköter patientens barn om dagarna). Ekonomien är knapp, särskilt betungande är att barnafadern snart skall fullgöra sin värnplikt. Kroppsligt och psykiskt är kvinnan frisk och beviljades ej abort.

26-årigt ogift biträde med två barn. Hon har hand om det ena av sina barn och bor i ett möblerat rum. Hon försörjer sig och barnet på 60 kronor i veckan. Barnafadern är gift, men skall skiljas. Han har emellertid redan skaffat sig en ny väninna, varför patienten inte kan få något stöd hos barnafadern. Själv har hon ett par år varit insufficient och inte orkat arbeta full tid. Hon har magsår. Hon tycker inte hon orkar med förhållandena, som de nu är och ännu mindre, om hon får ett barn till. Enligt barnavårdsmannen går hennes barn knappast att adoptera bort. Psykiskt betecknas hon som insufficient. Hon beviljades ej abort av medicinalstyrelsen.

28-årig ogift försäljerska. Barnafadern chaufför. De har haft stadig förbindelse sedan ett halvt år. Han är flykting och har lovat henne äktenskap. Nu anser han sig tvungen att emigrera till Kanada och vill ta med patienten men anser det uteslutet för dem att taga hand om barn, innan de fått ordnat för sig i det nya landet. Sedan patienten blivit gravid, reste barnafadern och hon får endast komma efter utan barn. Hon

är mycket fäst vid honom och vill till varje pris återförenas med honom. Somatiskt betecknas hon som klen. Psykiskt företer hon en reaktiv depression på grund av situationen. Hon beviljades icke abort av medicinalstyrelsen.

18-årig ogift damfrisörska. Inga barn. Hon har sporadiskt varit tillsammans en längre tid med en ingenjör. Det finns inte en tanke på äktenskap från barnafaderns sida. Han är dessutom arbetslös, bor hos en sjuklig far och har förut två barn utom äktenskap. Vidare spritar han. Själv har patienten en intolerant mor. I många år har det vidare varit trassel med patientens nerver. Hon är nu ängslig för skammen och vanäran. Hon vantrivs i hemmet och med modern. Hon vill absolut inte ha barn som ogift. "Usch, vad skall folk säga." Hon företer en lätt struma men är för övrigt somatiskt frisk. Psykiskt betecknas hon som psykoinfantil. Hon beviljades icke abort.

45-årig gift kvinna. Maken är diversearbetare, de har två barn. De äktenskapliga förhållandena är dåliga. Maken har också två barn utom äktenskapet och försörjer fortfarande det ena, som är sjukligt. Skilsmässa är aktuell. Dessutom känner hon sig för gammal för att få barn. Hon trodde sig vara i klimakteriet. Hon har aldrig varit barnkär och måste tjäna pengar för barnens skull. Även hon är yrkesarbetande. Hon vill inte bli ytterligare bunden vid maken utan vill ha en liten tid över för sig själv nu när sönerna vuxit upp. Fasar för att behöva anlita fattigvård. Kroppsligt frisk. Psykiskt adekvat nedstämdhet. För övrigt utan anmärkning. Ej abort.

19-årig gift flykting. Maken lagerarbetare, de har ett barn. Mannen tål ej barnskrik. Patienten får gå omkring med barnet på natten för att det ej skall skrika. Hon är trött och säger sig inte

orka med mer. Ekonomien är knapp. Patienten hade räknat med att kunna börja arbeta, när nu den nya graviditeten kom i vägen. Hon är så bunden vid barnafadern, att hon absolut vill bli av med fostret, som han förbjudit henne att bära fram. Hon medger, att varken hon eller maken passar att fostra barn, nervösa och häftiga som de är. Eventuellt skall de utvandra och kan då ej ha två barn. Kroppsligt och psykiskt frisk. Ej abort.

35-årig hemmafru. Maken biltvättare, de har två barn. Hon anser, att familjens ekonomi inte tillåter flera barn och att hon själv är för gammal att föda några barn. Hon lider av att se hur förslitet hemmet är men kan inte göra nyanskaffningar. Hon hade tänkt att ta förvärvsarbete, när barnen blev litet större. Bostaden är trång. Hon är inte road av hushållsarbete, vill hellre ha yrkesarbete. Förtvivlad för att hon aldrig hinner med något för egen del. Arbetsbördan är för tung. Hon orkar inte. Har svårt att acceptera att på nytt börja med spädbarnsvård. Somatisk diagnos: ont i ryggen. Psykisk diagnos: infantil något sliten kvinna, för övrigt utan anmärkning. Ej abort.

25-årig ogift kontorist. Patienten skall inom kort gifta sig med barnafadern. De har varit tillsammans ett halvt år. Han har dock tilldömts vårdnaden av sina två barn i ett föregående äktenskap och anser sig ej kunna börja nytt äktenskap med tre barn. De har en lägenhet på ett rum och kök, liten och trång. Patienten är säker på att ett äktenskap under dessa premisser skulle vara dömt att misslyckas. Hon är inte särskilt barnkär. Vill inte starta äktenskapet med ett barn på väg. Kroppsligt frisk. Psykiskt betecknas hon som hysterika. Ej abort.

24-årigt gift affärsbiträde. Maken svetsare. De har ett barn och hon har

genomgått en abort tidigare. Hon hade vid sista graviditeten mycket svårt att få behålla fostret. Fick ligga halva tiden och fick hormonsprutor. Barnet kinkigt och har sömnrubbingar, varför patienten är uttröttad till bristningsgränsen. Dessutom diverse nervösa besvär. Hon har nu småblödningar och kommer troligen att spontanabortera. Hon orkar inte vänta på det och bli än mer sliten. Anemi på 62 %. Debil. Psykisk diagnos: akut psykoneuroses med exogen utlösning. Abort ej beviljad.

25-årig hemmafru. Gift med en elektriker. De har två barn. Patienten känner sig så trött, klen och nervös att hon ej orkar med ytterligare barn nu. Hon är nere efter sin fars död. Tycker det är för tätt efter senaste partus. Betecknas som "bekvämlighetssynpunkter". Kroppsligt och psykiskt frisk. Ej abort.

#### Rh-immunisering som abortindikation

Under senaste åren har frågan huruvida indikation till legal abort kan anses föreligga för Rh-immuniserade gravida kvinnor blivit av allt större betydelse. Sedan man i början av 1940-talet upptäckt Rh-faktorn i blodet hos människan och kunnat visa, att av vit befolkning 85 % tillhör gruppen Rh-positiv medan 15 % tillhör gruppen Rh-negativ, kunde sedermera konstateras, att en Rh-negativ individ ibland kan ha antikroppar i sitt serum som är verk samma mot Rh-positiva blodkroppar. Dessa Rh-antikroppar påträffas endast hos sådana Rh-negativa individer, som fått Rh-positivt blod injicerat antingen i muskulaturen eller direkt i blodbanan genom blodöverföring eller hos en kvinna även genom graviditet med Rh-positivt foster. Ett uppträdande av antikroppar i blodet måste således vara resultatet av en immuniseringsprocess, en Rh-immunisering.



Tabell 32. Utförda abortprovokationer på grund av erythroblastos (enligt SOS Allmän hälso- och sjukvård)

År	Antal
1947	2
1948	2
1949	6
1950	15
1951	16

Man har också kunnat visa, att en dylik Rh-immunisering hos en gravid kvinna praktiskt taget regelbundet ger vissa typiska sjukliga förändringar hos hennes Rh-positiva foster och nyfödda barn medan ett Rh-negativt foster blir helt opåverkat av en dylik immunisering hos dess moder. De sjukdomstillstånd, som man fann hos Rh-positiva barn till Rh-negativa och Rh-immuniserade mödrar, överensstämde med vad man sedan gammalt kallade erythroblastosjukdomar (anaemia neonatorum gravis, icterus neonatorum gravis och hydrops foetalis) numera med ett gemensamt namn benämnda morbus haemolyticus neonatorum. Erythroblastosjukdomarna uppträder familjärt. Vanligen är det första eller de första barnen i familjen friska, medan sedan oftast alla följande sjukna och vanligen svårare, desto högre födelsenummer de har. Dödligheten hos foster och barn i dessa sjukdomar har varit hög. Mellan 20—30 % är dödfödda och av de levande födda, obehandlade dör 50—60 % inom första levnadsveckan. Av de överlevande uppvisar en mindre procent hjärnskador, som oftast leder till grav efterblivenhet, psykiskt och motoriskt.

Det är under senaste åren klarlagt, att dessa svåra, familjärt uppträdande sjukdomstillstånd hos nyfödda i 98—99 % av fallen beror på en Rh-immunisering av modern. En Rh-negativ kvinna blir genom grossesser med Rh-positiva foster immuniserad mot Rh-fak-

torn, varvid Rh-antikroppar uppstår. Hon kan också redan före eller under grossessen bli ytterligare Rh-immuniserad genom tillförsel av Rh-positivt blod genom blodöverföring antingen direkt i blodbanan eller genom injektion i muskulaturen. De i moderns cirkulation bildade Rh-antikropparna överföres via moderkakan till fostrets cirkulation och absorberas till fostrets Rh-positiva blodkroppar, vilket resulterar i ett abnormt snabbt sönderfall av de röda blodkropparna. De levande födda barnen med denna sjukdom sjukna vanligen svårt inom 1—2 dygn och de flesta dödsfallen inträffar på 2—4 dagen efter födelsen.

Med hänsyn till den stigande frekvensen ansökningar hos medicinalstyrelsen av Rh-immuniserade, gravida kvinnor om tillstånd till legal abort samt beviljade och utförda abortprovokationer (tabell 32) har utredningen ansett sig böra ta upp frågan om de skäl, som kan finnas till ett avbrytande av havandeskapet på denna grund.

Utredningen har med anledning härav berett föreståndaren för Rh-avdelningen vid Statens rättskemiska laboratorium i Stockholm, docent Birger Broman tillfälle framlägga vissa synpunkter på Rh-immuniseringens betydelse för mor och barn och vill i det följande redovisa dessa.

Otvivelaktigt är för närvarande på många håll rädslan för Rh-immuniseringen och dess risker överdriven. Enbart fastställandet av att en kvinna är Rh-negativ och hennes sexuella partner Rh-positiv bör icke ge anledning anta att en Rh-immunisering föreligger eller måste inträda vid grossess. I en sådan situation uppkommer nämligen en Rh-immunisering i mindre än 5 % av fallen. Konstateras den i god tid före en väntad förlossning, finns i regel goda utsikter för att med nuvarande

behandlingsmetoder rädda ett levande fött barn. En Rh-immunisering av en Rh-negativ moder påverkar icke direkt hennes hälsotillstånd. För fostrets del saknar Rh-immuniseringen betydelse, såvida fostret är Rh-negativt. Om fostret är Rh-positivt blir det emellertid i regel mer eller mindre skadat (morbus haemolyticus neonatorum). Skulle moderns antikroppstiter vara låg och det är fråga om det första sjuka fostret, brukar sjukdomen bli lindrig. Om moderns antikroppstiter däremot är hög och speciellt om ett eller flera tidigare syskon lidit av morbus haemolyticus neonatorum är sannolikheten för svår sjukdom hos barnet stor. Dock föreligger långt ifrån någon fullständig parallellitet mellan antikroppstitern och fostrets sjukdomsgrad.

Det finns därför ingen möjlighet att under grossessen med säkerhet ställa en riktig prognos för det väntade barnet. Även om, sedan en Rh-immunisering av modern inträtt, sjukdomens svårighetsgrad hos hennes barn ökar med stigande födelsennummer, finns från denna regel dock talrika undantag. Kvinnans tidigare förlossningshistoria kan därför icke ge något säkert stöd för prognosbedömandet för ett nytt foster. Med utgångspunkt från ovan återgivna förhållanden finns anledning anföra följande synpunkter på frågan om Rh-immunisering som indikation för abort.

För moderns del torde Rh-immunisering aldrig indicera abort annat än på rent psykiska grunder. Medvetandet hos en gravid kvinna om att hon är Rh-immuniserad och att risk därför finns för svår, kanske livshotande sjukdom hos fostret och det nyfödda barnet kan ibland ge upphov till ett allvarligt depressionstillstånd hos kvinnan, vilket i och för sig kan utgöra legal abortindikation.

För fostrets del finns alltid en mer eller mindre stor möjlighet att utan bestående men överleva de från Rh-immuniseringssynpunkt farliga sista fyra fostermånaderna och första levnadsveckorna. De hjärnskador, som förekommer hos dessa barn, kan om barnen överlever orsaka en försenad utveckling och ibland en grav efterblivenhet. Senaste erfarenheter visar, att dessa svåra skador hos överlevande efterblivna barn kan minskas genom ett omhändertagande av de nyfödda med bl. a. s. k. utbytestransfusion i härför lämpade fall. Det är därför av vikt, att en Rh-immuniserad gravid patient förlöses på förlossningsanstalt, som har möjlighet erbjuda vård på detta speciella område. Om så blir fallet, borde risken för att få ett överlevande barn med bestående allvarlig skada kunna räknas så liten (några få procent), att man icke av det skälet kan finna abort indicerad.

#### **Rubeola och graviditet**

En omfattande litteratur över virus-sjukdomen röda hund (rubeola) under graviditet har klarlagt, att sjukdomen kan förorsaka utvecklingsrubbningsar hos fostret, framför allt blindhet beroende på katarakt eller andra ögonsjukdomar, dövstumhet, hjärtfel, mikrocefali och psykisk efterblivenhet. Även medfödda bräck och uppfödningssvårigheter har beskrivits som följer av graviditetsrubeolatillstånd, vilkas kausalitet dock är svår att bedöma.

Sedan *Gregg* (Tr. ophth. Soc. Austral. 3: 35 1941) med anledning av några utbredda epidemier i Australien publicerat en grundläggande undersökning över detta problem, varvid han kunde konstatera medfödda missbildningar hos barn till mödrar, som haft rubeola under graviditet, har ett icke ringa antal publikationer följt från såväl Amerika som Europa och bl. a. även från

vårt land (*Grönvall-Selander Nord. Med.* 1946: 37, *Hagströmer Sv. Läkartidn.* 1947: 44 och *Lundström Sv. Läkartidn* 1951: 48), som bekräftat detta förhållande.

Av litteraturen framgår att rubeola kan förorsaka missbildningar men att icke alla foster skadas. Om storleksordningen av den risk, som det blivande barnet löper, är våra kunskaper bristfälliga.

I tidigare uppsatser om rubeola och graviditet har angivits att risken för missbildningar är nära 100 %, om inkubationen skett under de två första månaderna av graviditeten men att risken efter fjärde månaden är mycket liten.

Senare har emellertid Gregg angivit, att riskerna avsevärt överdrivits, att i endast ca 10 % av fallen med rubeola under graviditet fostren tagit skada och att rubeola icke är någon abortindikation (cit. efter *Sjögren Sv. Läkartidn.* 1952: 32).

I England och Tyskland har man funnit svåra missbildningar, men frekvensen har varit växlande av orsaker, som ej är klarlagda. I publicerade material syns rubeola framför allt under de tre första månaderna av grossessen innebära den största risken för foster-skada, men även då modern haft rubeola strax före konceptionen kan missbildningar i vissa fall uppstå.

Sedan i vårt land en rubeolaepidemi 1951 utbrutit, som i icke ringa utsträckning även träffade vuxna personer och därmed även gravida kvinnor, har i belysning av det senaste decenniets forskningar vissa frågeställningar berörande detta problem aktualiserats.

Sålunda lämnade medicinalstyrelsen tillstånd till avbrytande av havandeskapet på grund av rubeolainfektion 1950 i ett fall. Under 1951 beviljades av denna anledning efter ansökning hos medicinalstyrelsen tillstånd till abort i sammanlagt 264 fall, därav 31 på medi-

inskt social, 226 på socialmedicinsk och övriga 7 på medicinsk indikation (depression). Dessutom tillkom under detta år 20 fall, där avbrytandet av graviditeten företagits på tvåläkarintyg, varav 19 på socialmedicinsk och en på medicinsk indikation (lungtuberkulos). Även under 1952 och under den hittills tilländalupna tiden av 1953 har tillstånd lämnats till abort på denna grund ehuru i avsevärt mindre utsträckning.

Utredningen har därför funnit anledning ta upp till diskussion frågan om rubeola och graviditet och de därmed sammanhängande spörsmålen om rubeolainfektionens risker för fostret och det nyfödda barnet samt de nuvarande möjligheterna att genom profylaktisk behandling av modern förebygga sjukdomen och dess följder.

*Abolins* (Nord. Med. 1952 s. 1369) har i ett förlossningsmaterial från Stockholmsjukhusen under 1950—51 icke funnit något stöd för uppfattningen, att rubeolainfektion under graviditeten skulle vara en så farlig komplikation, att det kan anses berättigat att utföra abort på kvinnor, som under tidigare delen av graviditeten haft rubeola. Han anser dock, att sjukdomen är en realitet, som man måste beakta.

I anslutning till ovannämnda rubeolaepidemi här i landet 1951 har undersökning igångsatts av *Lundström* med tillhjälp av uppgifter som genom medicinalstyrelsens försorg införskaffats från samtliga förlossningsanstalter i riket. Även om det f. n. är omöjligt att dra några bestämda slutsatser av materialet, då utvecklingsrubbingar, som beskrivits vid graviditetsrubeola ofta ej framträder förrän lång tid förflutit efter barnets födelse, är det dock tydligt, att vid ifrågavarande epidemi rubeolainfektion under första graviditetsmånaderna åtföljts av ökad frekvens av medfödda utvecklingsrubbingar så-

som katarakt och hjärtfel. Även debilitet och dödföddhet visade en ökad frekvens i jämförelse med kontrollmaterialet. Från de graviditeter, som efter tillstånd av medicinalstyrelsen avbrutits, har ett antal foster insamlats och en patologisk-anatomisk undersökning påbörjats (Lundström Acta pædiatrica XLI: 1952).

Med den kännedom om riskerna för utvecklingsrubbingar hos foster som man vid tidpunkten för ovannämnda rubeolaepidemi i Sverige hade, fanns knappast någon annan lösning av frågan än att avbryta graviditeten, om kvinnan infekterats med rubeola under de tre första graviditetsmånaderna. Av senare vunna erfarenheter att döma är det emellertid tydligt, att abortprovokation är en dålig lösning av problemet.

Genom ökad kännedom om rubeola-infektionens inverkan på fostret under graviditeten finns nämligen möjlighet att genom intensifierad infektionsprofylax påverka sjukligheten och dödligheten hos såväl fostren som de nyfödda barnen i gynnsam riktning. De försök, som hittills gjorts att förebygga sjukdomen och dess följder genom att med konvalescentserum behandla gravida kvinnor, som antingen blivit utsatta för smittorisk eller insjuknat i rubeola, har också givit uppmuntrande resultat (Lundström ännu ej publicerat arbete).

Innan värdet av denna behandling blivit fullständigt klarlagt finns anledning anta, att viss risk föreligger för missbildningar hos fostret vid rubeola-infektion hos modern under graviditetens första tre månader.

Även om diagnosen är säkerställd av med sjukdomen förtrogen läkare, torde dock en större återhållsamhet med beviljandet av legal abort på socialmedicinsk indikation böra iaktas än tidigare. I stället bör rubeolaexponerade gra-

vida kvinnor behandlas i förebyggande syfte med immunglobulin och gravida kvinnor, som under de första fyra graviditetsmånaderna insjuknat i säkert diagnosticerad, manifest rubeola, så snart ske kan behandlas på samma sätt.

#### **Sambandet mellan abort och sterilisering**

Abortlagens bestämmelse om sterilisering som villkor för abort har följande lydelse: "Havandeskap må ej avbrytas på grund av arvsanlag hos kvinnan . . . med mindre jämväl sterilisering å henne företages, utan så är att sådan åtgärd av särskilda skäl finnes olämplig." Motiveringen härför är att samhällets intresse att hindra tillkomsten av undermåliga individer "kräver icke blott att den ärftligt belastade kvinnan hindras att erhålla ett bestämt barn utan att man överhuvud avskär henne från möjligheten att i framtiden erhålla barn" (SOU 1935: 15 s. 120).

De "särskilda skäl" att underlåta sterilisering, som nämnes i lagen, åsyftar enligt motiveringen dels fall, där kvinnans hälsotillstånd talar mot detta ingrepp, dels fall, där det är onödigt, t. ex. på grund av att kvinnan befinner sig nära klimakteriet eller kommer att omhändertas för varaktigt vård.

Utredningen har av vissa skäl funnit anledning ta upp frågan om det berättigade och lämpliga att överhuvudtaget ställa sterilisering som villkor för abort, även om aborten beviljas på grund av arvsrisk från det väntade barnets moder. I intet annat land finns en dylik bestämmelse om villkor för abort. Även om steriliseringsvillkoret icke innebär tvång till sterilisering ställs dock den abortsökande kvinnan inför valet att antingen erhålla abort och samtidigt steriliseras eller att föda barnet. Något utbrett missnöje bland de abortsökande med bestämmelsens tillämpning har visserligen icke förspotts

enligt sakkunskapen i medicinalstyrelsen, ty i de flesta fall syns steriliseringsvillkoret ha accepterats utan större svårighet. Ej sällan har den abortsökande kvinnan före medicinalstyrelsens ställningstagande förklarat sig medge eller direkt önska sterilisering. De relativt fåtaliga, som är ovilliga att låta sterilisera sig i samband med aborten, är i många fall gravt hållningslösa individer eller oligofrena kvinnor, som ur alla synpunkter är mycket olämpliga att föda barn. Då i sådana fall sterilisering sätts som villkor för abort, föredrar kvinnan ej sällan att föda barnet, vilket från samhällets synpunkt måste anses synnerligen beklagligt. Steriliseringsvillkoret torde därför vid dessa tillfällen vara till nackdel. Ej heller i de fall, där den abortsökande före abortens beviljande medgivit eller önskat sterilisering syns steriliseringsvillkoret ha något berättigande. Inget hinder föreligger ju för den abortsökande att efter en eventuell abort själv ansöka om sterilisering.

Som ett av de mer väsentliga argumenten mot bestämmelsen om sterilisering som villkor för abort vill utredningen framhålla den tidigare omnämnda avsevärt ökade dödlighetsrisken vid samtidig abortprovokation och sterilisering av kvinnan i jämförelse med endast ett avbrytande av havandeskapet (s. 30).

Därtill kommer att det vetenskapliga underlaget för ärftlighetsrisker vid en del sjukdomar, t. ex. vissa fall av epilepsi i fråga om nedärvningssätt, arvsprognos och insjukningsrisk måste anses som ovisst eller rent av obefintligt, varför grunden för steriliseringsvillkoret i dessa fall måste betecknas som mycket osäker.

I fråga om yngre kvinnor, vilka förefaller sinnesslöa eller vilkas livsföring syns tala för svår psykisk abnormitet, finns ofta anledning ta hänsyn till möj-

ligheten av eftermognad. Det är i dessa fall nämligen tänkbart, att miljöfaktorer spelat stor roll. Det har på grund härav förekommit, att en kvinna erhållit tillstånd till abort utan steriliseringsvillkor under det att för en annan i likartad situation sterilisering ställts som villkor för aborten. Lämplighets-synpunkter talar för att i intetdera fallet sterilisering ställs som villkor för avbrytande av havandeskap.

Under hänvisning till vad ovan anförts får utredningen uttala som sin uppfattning, att sterilisering som villkor för avbrytande av havandeskap bör frikopplas från den eugeniska indikationen och steriliseringsfrågan bedömas från fall till fall.

I det fall, där kvinnan är uppenbart olämplig att handha vårnaden om de barn, hon sätter till världen, t. ex. vid svår psykisk abnormitet, och det icke är möjligt att uppvisa en klart ärftlig orsak, tillåter abortlagen icke ett avbrytande av havandeskapet, såvida den abortsökande icke företer några medicinska insufficienssymtom. Däremot kan en sådan kvinna få tillstånd till enbart sterilisering på social indikation, när hon anses vara "på grund av asocialt levnadssätt för framtiden uppenbart olämplig handha vårdnaden om barn" (1 § lagen den 23 maj 1941 om sterilisering). Om däremot ärftlig orsak är klart påvisad kan legal abort beviljas på eugenisk indikation. Men om medicinalstyrelsen av olika skäl icke vill föreskriva sterilisering som villkor för aborten, beviljas i dessa fall ej sällan abort på indikationen förutsedd svaghet, vilket i själva verket icke är adekvat med tanke på denna indikations avsedda innebörd. Att abort bör beviljas i dylika fall är ställt utom allt tvivel. De asociala kvinnor, som det här är fråga om, är i många fall mycket unga och de saknar därför den livs-

erfarenhet och ansvarskänsla, som är erforderlig för att kunna ta vård om ett barn. Härtill kommer svårigheten att i händelse av en fullföljd graviditet adoptera bort barnet. Blivande adoptivföräldrar kräver nämligen att barnets föräldrar inte skall vara sociala. Att låta en kvinna bära fram sitt barn endast för att det skall omhändertagas på barnhem eller i ett fosterhem, kan inte vara någon tillfredsställande lösning.

Enligt vad utredningen erfarit, har man vid landets enda hemskola inom ungdomsvårdsskoleorganisationen stor erfarenhet av de utomordentliga vanskligheter som föreligger för att kunna ordna den framtida situationen på ett acceptabelt sätt både för den nya modern och för barnet.

Utredningen önskar därför ifrågasätta om icke i de fall, då kvinnan på grund av socialt levnadssätt är uppenbart olämplig att ha vårdnaden om barn, men någon ärftlig orsak härtill icke kan påvisas, möjlighet borde finnas till legal abort på en indikation, som motsvarar den i steriliseringslagen intagna sociala indikationen. "Social" abortindikation av detta slag är troligen för dessa mycket unga flickor en bättre hjälpåtgärd än någon form för omhändertagande som samhället nu kan erbjuda. Då det i utredningens direktiv klart utsagts, att abortlagens indikationer i detta sammanhang inte får prövas, kan utredningen endast rekommendera, att dessa synpunkter framdeles blir föremål för övervägande.

## Sociala och ekonomiska hjälpåtgärder

I åtskilliga sammanhang har riktats kritik mot den del av samhällets hjälpverksamhet, som avser hjälp vid havandeskap och barnsörd. Kritiken har — understundom under hänvisning till förhållandena i Danmark — framställt krav på en enhetligare, mera rationell och effektiv form för denna hjälpverksamhet. Ett förslag i denna riktning framlades även av socialvårdskommittén i betänkande XII (SOU 1946: 23), där man föreslog införande av ett moderskapsbidrag, som skulle utgå utan vare sig behovs- eller inkomstprövning och som var avsett att ersätta alla de nuvarande ekonomiska hjälpformerna i samband med moderskap. Därjämte skulle moderskapsbidraget inrymma viss ersättning för inkomstbortfall för förvärsarbetande kvinna. Betänkandet har inte föranlett lagstiftningsåtgärd men, som framgår av det följande, är hela frågan för närvarande föremål för nya utredningar.

Det är uppenbarligen en vanskelig uppgift att söka fastslå, vilka ingripanden och initiativ — de må komma genom lagstiftning och eljest från samhällets sida eller genom enskildas åtgöranden — som kan ha abortförebyggande värde. Utan att överdriva kan man dock säkerligen våga påstå, att allt som är ägnat att skapa trygghet för den gravida kvinnan har sådant värde. I detta kapitel kommer utredningen emellertid att behandla endast sådan abortprofylax, som ligger på det rent ekono-

miskt-sociala planet; i fråga om rådgivnings- och upplysningsverksamhet av skilda slag hänvisas till andra delar av betänkandet. Men även i fråga om de ekonomiskt-sociala åtgärderna är en avgränsning vanskelig. Vad som för den ena kvinnan kan framstå som så betydelsefullt, att det rent av är avgörande för henne, då det gäller att frånträda en abortönskan, ter sig för en annan kvinna i subjektiv abortsituation som värdelöst.

Bland sociala stödåtgärder av abortprofylaktiskt värde kan nämnas den förebyggande mödra- och barnavården, rätten till kostnadsfria skyddsläkemedel, den fria förlossningsvården, resor för mödrar och barn, de fria skolmåltiderna m. m. Givetvis låter det sig sägas, att utformningen av skattelagarna har betydelse för inte bara äktenskapsfrekvensen utan även nativiteten. Lika så är det klart, att storleken av de allmänna barnbidragen liksom villkoren för att erhålla de särskilda barnbidragen och dessas storlek kan vara av viss betydelse vid de samtal, som en kurator på en rådgivningsbyrå för med en kvinna i abortsituation. Men vanligen är de frågor, som kräver omedelbart svar, så påträngande och aktuella, att hänvisning till avlägset liggande hjälp har ringa eller ingen effekt. Vilken ekonomisk hjälp kan jag få just nu; vad skall jag leva av, då jag på grund av graviditeten måste lämna mitt arbete; kan arbetsförmedlingen skaffa mig något lättare arbete, medan jag väntar barnet;

var kan jag vistas som "obemärkt"; var kan jag få bostad åt mig och barnet; var skall jag göra av barnet, när jag kan börja arbeta igen; finns det ingen som kan hjälpa mig att ta hand om min redan nu stora barnskara, då jag nu åter "går i väntans tider"; finns någon möjlighet att ordna med bra fosterhem, tills jag kan ta vård om barnet själv, eller med adoptivhem, om jag inte skulle få denna möjlighet? Det är dessa och liknande frågor, som i första hand kräver svar. Utan att därför ifrågasätta värdet av ett flertal sociala åtgärder, som syftar till att hjälpa och stödja den gravida kvinnan, vill utredningen här begränsa sin undersökning till de mera direkt abortprofylaktiska stödåtgärderna av ekonomiskt-social natur. Eftersom den omedelbara hjälpverksamhet, som rådgivningsbyråerna utövar genom till deras förfogande av stat eller kommun ställda anslag, behandlas i redogörelsen för dessa byråers arbete, kommer här att närmare granskas endast övrig hjälpverksamhet av ekonomisk art, arbetsmarknadsfrågor samt frågan om kompensation för inkomstbortfall vid graviditet, bostadsfrågan, daghem och liknande anläggningar, hemhjälsfrågan och adoptionsfrågan.

#### **Hjälpverksamhet av ekonomisk art**

Enligt förordningen den 11 juni 1937 om *moderskapspenning* utgår sådan med 75 kronor till kvinna, som till lindrande av med barnsbörd förenade kostnader är i behov härav. Behov skall anses föreligga, om hennes — eller, om hon är gift och sammanlever med mannen, makarnas — beskattningsbara inkomst vid senaste taxeringen till statlig inkomstskatt icke uppgår till minst 4 000 kronor. Vid särskilt ömmande förhållanden kan dock behov av moderskapspenning anses vara för handen även vid högre beskattningsbar in-

komst. Moderskapspenningen utgår av statsmedel men behovsprövningen och utbetalningen handhas av centralsjuk-kassorna, i förekommande fall med biträde av lokalsjuk-kassor. Hjälp av detta slag utgår icke till kvinna, som enligt 32 § i förordningen den 26 juni 1931 om erkända sjuk-kassor är berättigad till *moderskapshjälp*. Till medlem av erkänd sjuk-kassa utgår sådan hjälp utan behovsprövning med 110 kronor. Centralsjuk-kassa äger efter medgivande av tillsynsmyndigheten utbetala högre belopp och i regel utbetalas 125 kronor. Förutsättning för utfående av moderskapshjälp är oavbrutet medlemskap i sjuk-kassa under minst 270 dagar före nedkomsten. Lagen om allmän sjukförsäkring, som upphäver sjuk-kasseförordningen, innehåller ingen motsvarighet till moderskapshjälp. Motioner till 1953 års riksdag om höjning av moderskapspenningens och moderskapshjälpens belopp har under hänvisning till pågående utredningar avslagits.

Enligt förordningen den 11 juni 1937 om *mödrahjälp* utgår sådan av statsmedel till kvinna, som i anledning av havandeskap eller barnsbörd är i uppenbart behov av understöd. Mödrahjälpen är inte bunden till någon bestämd inkomstgräns men utgår endast, när hjälpbehov föreligger. Mödrahjälp lämnas i den form, som i varje särskilt fall finnes lämpligast, till ett sammanlagt värde av högst 600 kronor eller vid flerbörd 800 kronor. Dessa belopp gäller från och med den 1 juli 1953; tidigare har under en följd av år beloppen utgjort 400 resp. 500 kronor. Mödrahjälp sökes hos vederbörande barnavårdsnämnd, som verkställer utredning och därefter avger yttrande till mödrahjälpnämnden, vilken är beslutande i ärendet. Barnavårdsnämnden skall även ge förslag till lämpliga hjälpåtgärder. Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet



och äger meddela nödiga råd och anvisningar. Dylika har även utfärdats, därvid införts ortsgredning av bidragsbeloppen och dessa anknutits till inkomst och barnantal. Det har emellertid ansetts, att trots anvisningarna tillämpningen av mödrahjälsbestämmelserna blivit anmärkningsvärt ojämn i landets olika delar.

Med anledning av en promemoria från 1950 års besparingsutredning verkställde socialstyrelsen på uppdrag av Kungl. Maj:t en ingående utredning rörande mödrahjälsbestämmelsernas lokala tillämpning. I skrivelse den 18 oktober 1951 framlade socialstyrelsen resultatet av denna utredning. Styrelsen fann, att det författningsmässigt borde fastslås, att mödrahjälsnämnderna hade skyldighet att följa av Kungl. Maj:t fastställda normer samt att avsteg från normerna skulle få ske allenast efter av socialstyrelsen fastställda, enhetliga riktlinjer. Styrelsen framlade samtidigt förslag till av penningvärdets försäkring föranledda ändringar i gällande normer samt slutade sin skrivelse sålunda: "Styrelsen vill i detta sammanhang betona önskvärheten av att en effektiv moderskapsförsäkring genomföres så snart de statsfinansiella förhållandena medgiva det."

Av Kungl. Maj:t fastställda normer för tillämpning av mödrahjälsförordningen finns inte, men Kungl. Maj:t har uppdragit åt styrelsen dels att med beaktande av inträdda löne- och pristegringar utfärda normer för prövning av behov av mödrahjälp dels ock att verka för att dessa normer i möjligaste mån tillämpas enhetligt, därest icke förhållandena i viss del av landet anses böra föranleda avsteg.

I samband med att Kungl. Maj:t hos 1952 års riksdag äskade medel till mödrahjälp, yttrade departementschefen bland annat följande:

De nuvarande formerna för hjälp vid havandeskap och barnsbörd äro icke i alla hänseenden tillfredsställande. Förslag till förbättringar ha framlagts bl. a. av socialvårdskommittén. Jag har ansett det angeläget, att spörsmålen rörande denna hjälp upptagas till behandling i samband med den översyn av den obligatoriska sjukförsäkringen och yrkesskadeförsäkringen, som jämlikt Kungl. Maj:ts bemyndigande den 28 december 1951 skall företagas genom särskilda utredningsmän. At dessa har därför även uppdragits att ompröva mödrahjälp samt moderskapspenningen. Enligt de meddelade direktiven skola utredningsmännen undersöka möjligheten att få till stånd en enhetligare och mera rationell och effektiv form för denna del av samhällets hjälpverksamhet."

Här ovan nämnda utredningsmän, socialförsäkringsutredningen, har den 4 november 1952 avgivit ett delbetänkande och kommer att i ett senare betänkande ingå på den samhälleliga hjälpen vid havandeskap och barnsbörd.

I den kritik, som uttalas i ovan citerade delar av propositionen till 1952 års riksdag i samband med äskande av anslag till mödrahjälp, kan utredningen helt instämma. Erfarenheten visar, att varken moderskapspenning, moderskapshjälp eller mödrahjälp, sådana dessa för närvarande är utformade, har något större abortprofylaktiskt värde. Den höjning av maximibeloppen för mödrahjälp, som 1953 års riksdag beslutat, har emellertid uppenbarligen ökat mödrahjälpens värde. Att samhällets hjälpverksamhet i detta sammanhang måste utformas mera enhetligt, rationellt och effektivt är alltså utredningens bestämda mening. Då emellertid frågan är under behandling hos särskilda sakkunniga, saknar utredningen anledning att här framlägga några konkreta förslag.

I november 1952 framlade änkepen-sioneringskommittén ett förslag, som bör här omnämnas. Kommittén föreslår sålunda införande av s. k. vårdnadsbi-

drag. Innebörden härav är i korthet följande. Bidrag motsvarande änkebidrag skall kunna utgå till fränskild kvinna (ej till hemskild), som har vårdnaden om och stadigvarande bor tillsammans med barn, vilket icke fyllt 10 år. Under vissa speciella förutsättningar skall även ogift moder äga rätt till bidrag av ifrågavarande slag. Dessa förutsättningar är 1) att barnet uppnått en ålder av tre månader; 2) att faderskapet till barnet blivit fastställt; 3) att modern stadigvarande eller med allenast tillfälliga avbrott alltsedan barnets födelse sammanbott med detsamma samt 4) att modern och barnet bilda särskilt hushåll. I övrigt hänvisas till betänkandet (SOU 1952: 36).

Det är uppenbart, att visst abortprofylaktiskt värde måste tillerkännas en lagstiftning i den anda, som sålunda föreslagits, även om räckvidden blir tämligen begränsad.

Av icke obetydligt socialt värde är utan tvivel möjligheten för kvinna att av allmänna medel utfå s. k. *bidragsförskott*, varmed förstås förskott på underhållsbidrag, som barn under 16 år enligt lag äger utfå av sin fader men denne underlåter att betala. Bidragsförskott kan beviljas för såväl barn i som barn utom äktenskap, i båda fallen under förutsättning att barnets föräldrar lever åtskilda och att barnet ej sammanbor med fadern. Förskottet utgår med det belopp, som fadern enligt domstolsbeslut eller avtal är skyldig utgiva, dock högst med 600 kronor för år. Detta maximibelopp fastställdes av 1953 års riksdag att gälla från och med den 1 juli 1953; tidigare uppgick maximibeloppet till 250 kronor och fr. o. m. den 1 juli 1952 till 324 kronor. Förskottet är helt oberoende av moderns och barnets ekonomiska förhållanden.

Det torde otvivelaktigt vara så, att oro inför möjligheten att kunna utfå

underhållsbidrag från det väntade barnets fader icke sällan bidrar till att framkalla abortönskan hos ogifta kvinnor. Givetvis måste man i första hand fordra, att barnafadern ålägges ett ordentligt underhåll och att detta underhåll också utkräves. Erfarenheten visar emellertid, att de män, det här rör sig om, ofta befinner sig i små ekonomiska förhållanden och att svårigheten att genom införsel utfå bidrag ofta är betydande på grund av tredska från den betalningsskyldiges sida. Även om starka skäl kan åberopas för att kriminalisera vissa former av försummelse att fullgöra försörjningsplikt, lär man inte komma långt på den vägen. I det nyligen framlagda förslaget till brottsbalk upptas heller inga straffbestämmelser i sådant hänseende; det nuvarande stadgandet i 14 kap. 35 § strafflagen har visat sig vara praktiskt betydelselöst. Sett mot bakgrunden av de svårigheter som mången gång föreligger att utfå bidrag från den försörjningsskyldige, får bidragsförskottet ett inte obetydligt abortprofylaktiskt värde, i allt fall när det, som fallet får anses vara efter 1953 års höjning, utgår med tillfredsställande belopp.

Bidragsförskottet minskar emellertid i värde som abortprofylaktisk faktor, enligt vad erfarenheten visar, på grund av bestämmelsen, att barnet och dess moder inte får sammanbo med fadern, om förskott skall få utbetalas. En ändring av denna bestämmelse har sannolikt vittgående konsekvenser men synes böra övervägas vid den pågående, förut nämnda allmänna översynen av samhällets hjälpverksamhet i samband med havandeskap och barnsörd.

#### **Arbetsmarknadsfrågor och därmed sammanhängande spörsmål**

Genom lagen den 21 december 1945 om förbud mot arbetstagares avskedan-

de i anledning av äktenskap eller havandeskap m. m. synes den fråga, som lagens rubrik anger, ha fått en så tillfredsställande lösning, som f. n. är möjlig. Den innebär huvudsakligen, att arbetstagare inte får skiljas från sin anställning på den grund att han slutit trolovning eller ingått äktenskap. Kvinnlig arbetstagare, som sedan minst ett år haft stadigvarande arbete hos arbetsgivaren, får inte skiljas från anställningen med anledning av, att hon blivit havande eller fött barn eller på grund härav avhåller sig från arbetet högst sex månader. Att giva lagstiftningen en sådan formulering, att den även i tider av vikande konjunkturer innebär ett verkligt skydd mot kringgående motiveringar för uppsägning, lär ej vara möjligt. Enligt vad utredningen inhämtat har emellertid lagstiftningen varit av stort värde, bl. a. för kontorsanställda.

Utredningen har icke funnit sig böra föreslå ändring i den ifrågakarande lagstiftningen men hänvisar till en i slutet av detta kapitel intagen redogörelse för viss internationell behandling av denna fråga.

*Arbeterskyddslagens* bestämmelser i förevarande hänseende innebär i huvudsak följande.

Kvinna, som med vederbörligt intyg styrker, att hon sannolikt kan vänta sin nedkomst inom sex veckor, får inte förvägras ledighet från arbetet. Kvinna, som fött barn, får inte användas till vissa slag av arbete under de sex första veckorna efter barnsörden, om inte med läkarintyg styrkes, att hon inte utan men för sig eller barnet kan börja arbetet tidigare. Kvinna, som ammar sitt barn, får inte förvägras erforderlig ledighet härför. De slag av arbete, som arbetskyddslagen vill skona den nyförlösta kvinnan från, är bl. a. hantverks- och industriellt arbete, arbete

med transport av personer eller gods och arbete i hotell-, restaurang- eller kaféerörelse. Förbudet gäller inte utträtande av bud eller ärende eller lättare distributionsarbete.

Uppenbarligen är de nu återgivna stadgandena av mycket stort socialt värde, men detta värde minskas av att generella bestämmelser om kompensation för det inkomstbortfall, som de garanterade ledigheterna medför, saknas. Det är därför ingalunda ovanligt, att kvinnor se sig nödsakade taga annat arbete, som faktiskt är minst lika påkostande ur hälsosynpunkt. Å andra sidan är det heller icke ovanligt, att mödrar begär och även beviljas betydligt längre ledighet än sex veckor. Ledigheter på tre till sex månader är tämligen vanliga. Arbeterskyddsstyrelsen har härom anfört:

Även om lagbestämmelserna haft en avgörande inverkan på den allmänna uppfattningen i ifrågakarande avseende, är det dock uppenbart, att senare års arbetsmarknadsläge väsentligt medverkat till denna generösare inställning till en längre tids ledighet från förvärvsarbete vid barnsörden. Underskattas bör icke heller i detta sammanhang den propaganda, som på 30-talet insattes med anledning av den sjunkande nativiteten. Den upplysningsverksamhet, som av läkare och mödravårdscentraler bedrivs angående betydelsen av att barnet de första månaderna icke skiljes från modern och att behovet av naturlig uppfödning av barnet tillgodoses, har även verkat i samma riktning. Härtill kommer, att daghemmen i allmänhet icke taga emot spädbarn under 6 månader och svårigheten att för rimliga kostnader erhålla hemhjälp.

Vad ovan anförts beträffande mödrarnas egen önskan att utöka barnsördsledigheten gäller främst de gifta mödrarna med make i livet. De ensamstående mödrarna ha alltjämt, trots samhällets hjälptåtgärder, att brottas med stora svårigheter bl. a. av ekonomisk art. De enstaka gånger en barnaföderska numera begär att få återgå till arbetet före de lagstadgade 6 veckorna, gäller det så gott som undantagslöst en ensamstående moder.

Genom moderskaphjälpen, moderskapspenning och mödrahjälp erhålla barnaföderskorna bidrag till de kostnader, som äro förenade med barnsörden. Däremot har frågan om ersättning från samhällets sida för den förvärvsarbetande kvinnans inkomstbortfall i samband med barnsörd ännu icke blivit löst, ehuru denna fråga alltsedan början av 1900-talet varit föremål för utredningar och olika förslag till frågans lösning ha avgivits. Det synes rimligt, att rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst tillerkännes åtminstone de kvinnor, som på grund av arbetarskyddslagens bestämmelser icke få arbeta under de sex första veckorna efter barnsörd. Denna ersättning skulle alltså även tillkomma de gifta förvärvsarbetande mödrarna. Ty även om familjeinkomsterna ökat och den gifta modern i allmänhet icke av ekonomiska skäl måste avstå från en längre ledighet i samband med barnsörden, är dock hennes livsföring, allmänna levnadsstandard och ekonomiska åtaganden i regel beroende av den inkomst hon kan ha av eget arbete, och det är svårt att tillräckligt snabbt anpassa utgifterna efter de minskade inkomsterna. Det kan även vara mindre lämpligt med en sänkt levnadsstandard under den period av kvinnans liv, då hon är i behov av bättre föda och mera välordnade förhållanden än eljest.

Frågan om ersättning för inkomstbortfall under tjänstledighet på grund av havandeskap eller barnsörd är enligt utredningens mening av en utomordentlig betydelse. En tillfredsställande lösning av denna fråga skulle utan tvivel vara ett mycket starkt maktmedel i samhällets kamp mot aborterna. För stora grupper arbetstagare har frågan redan lösts på ett sätt, som i regel är tillfredsställande. I första hand gäller detta de stats- och kommunalanställda. Även vid träffande av avtal mellan enskilda arbetsgivare och kvinnliga arbetstagare har frågan i viss utsträckning beaktats. Som exempel härpå kan återges följande ur avtal mellan Sveriges Verkstadsförening och Svenska Industritjänstemannaförbundet.

Kvinnlig tjänsteman som beviljas tjänstledighet i samband med havandeskap eller barnsörd och förklarar sig ha för avsikt

att återinträda i tjänst efter ledigheten under minst tre månader, erhåller full lön under en månad för varje fullt anställningsår hos företaget, dock högst två månader, samt halv lön under ytterligare en månad. Vid sjukdom, som sammanhänger med havandeskapet och som fortvarar eller inträffar de närmast följande tre månaderna efter tjänstledigheten, utgår sjuklön för därtill berättigad med hälften av ordinarie belopp och är sjuklönerätten begränsad till högst tre månader.

För anställda inom bank- och försäkringsväsendet gäller även viss rätt till lön under havandeskap och barnsörd. Likaledes innehåller en del av de kollektivavtal, som slutits av till landsorganisationen anslutna fackförbund, bestämmelser i ämnet, men mycket stora grupper av arbetstagare står fortfarande helt utan rätt till gottgörelse för inkomstbortfallet.

Utredningen hävdar, att frågan om gottgörelse för utebliven inkomst under graviditet och tiden närmast efter nedkomsten är en angelägenhet, som kräver ingripande från samhällets sida i form av moderskapsförsäkring eller på annat lämpligt sätt. Då emellertid denna fråga är föremål för prövning av 1951 års utredning om arbetslöshetsförsäkringen och socialförsäkringsutredningen, ser sig abortutredningen förhindrad att framlägga förslag härutinnan.

Utredningen har genom arbetsmarknadsstyrelsens försorg erhållit en sammanställning rörande arbetsförmedlingens medverkan vid placering av gravida kvinnor och av mödrar, som önskar anställning, där barn får medfölja. I styrelsens rapport anföres bland annat följande:

Hela antalet under treårsperioden 1948—50 hos arbetsförmedlingarna registrerade *ansökningar om arbete av kvinnor, som på grund av havandeskap* önskade anställning uppgick till ca 1 600. Detta antal omfattar endast sådana fall, där den sökande själv uppgivit graviditet. — Nämnderna ha framhållit, att det faktiska antalet gravida, som genom arbetsförmedlingen sökt anställning

torde vara långt större, då vederbörande i flertalet fall icke för arbetsförmedlaren klarlägger sin situation. — Över 40 % av hela antalet ansökningar gjordes i Stockholms stad. Det närmast största antalet (7 %) uppvisade Malmöhus län, medan i Göteborgs och Bohus län endast ett femtiotal ansökningar gjorts. Lägsta antalet ansökningar registrerades i Gotlands, Västertobotts, Västernorrlands och Skaraborgs län.

*Antalet mödrar, som önskade plats, där barn få medfölja*, visade sig vara betydligt större och uppgick till närmare 7 000. De flesta ansökningarna eller en tredjedel av samtliga gjordes i Stockholms stad. Det närmast största antalet förelåg i Gävleborgs, Örebro, Malmöhus och Kopparbergs län, de enda län i vilka antalet ansökningar översteg 300. Lägsta antalet (under 100) hade Gotlands, Blekinge och Göteborgs och Bohus län.

Flertalet länsarbetsnämnder ha funnit det relativt svårare att placera mödrar med barn än gravida, vilket bekräftas av tillsättningsresultatet, 53 % för de förra mot 65 % för de senare. Största placeringsmöjligheterna erbjuda, i synnerhet för mödrar med barn, landsbygden och de mindre tätorterna med deras ur utrymmessynpunkt fördelaktigare bostadsförhållanden, då de anställningar, som kunna komma i fråga för dessa sökande, så gott som uteslutande falla inom det husliga området. Att även de gravida, som icke äro beroende av att få medföra barn, i allmänhet lättare kunna placeras på landsbygden, sammanhänger dels med att de vanligen uppsöka förmedlingen i syfte att erhålla miljöförändring dels med att de ofta önska arbete på mera avskilt belägna platser, varför även för denna kategori i stort sett endast husligt arbete med bostad på arbetsplatsen kan ifrågakomma.

På grund av de olägenheter, som ur arbetsgivarens synpunkter följa med anställandet av gravida kvinnor och mödrar, som medföra barn, äro de anställningsvillkor, som i allmänhet erbjudas dessa kvinnor, mindre förmånliga. Platser, som äro avlägset belägna eller ur andra synpunkter mindre attraktiva och som sålunda ha särskilda svårigheter i konkurrensen om arbetskraften, erbjuda i större utsträckning än andra platser sysselsättningsmöjligheter för personer som likt gravida kvinnor och mödrar, som önska medtaga barn, måste pruta på sina fordringar.

Länsarbetsnämnderna uppge, att det all-

tid är förenat med speciella svårigheter att finna arbetstillfällen för ifrågavarande sökande. Beträffande de *gravida* framhålles, att de oftast uppsöka arbetsförmedlingen först i tämligen framskridet stadium, när deras tillstånd börjar bli besvärande i deras ordinarie arbete. Arbetsgivarna äro därför ytterst obenägna att anställa denna arbetskraft, för vilken man måste räkna med såväl nedsatt arbetsförmåga som kortvarig anställningstid. De anställningar, som förmedlats, ha nästan uteslutande fallit inom det husliga arbetsområdet, företrädesvis hembiträdesyrket. Endast i undantagsfall ha sökande kunnat placeras på vikariat eller tillfälliga anställningar på kontor. Inom industrin äro möjligheterna i det närmaste obefintliga, då arbetsgivarna icke anse det lönt att lära upp ovan arbetskraft, som de endast kunna räkna med att få behålla några få månader.

Ännu mera ensidiga äro försörjningsmöjligheterna för *ensamstående mödrar*. Svårigheterna att erhålla lämplig bostad samt att ordna för barnens omhändertagande under arbetstiden göra, att de nästan uteslutande äro hänvisade till anställningar som hembiträden eller hushållerskor huvudsakligen på landsbygden, där trångboddheten icke är så stor och där en person mer eller mindre i maten icke spelar samma roll som i ett stadshushåll. Besvärigheterna att där erhålla arbetskraft äro även så stora, att arbetsgivarna äro mera benägna att överse med den tid, som går förlorad för barnens skötsel och tillsyn. Lättast synes det vara att placera mödrarna i familjer med barn, som regel dock endast om familjens egna barn äro äldre än den arbetssökandes. En annan omständighet, som inverkar menligt på placeringsmöjligheterna, är att dessa sökande till stor del tidigare haft andra yrken och äro helt ovana vid husligt arbete. Lönerna bliva med hänsyn härtill och den förmån, som barnets medförande anses utgöra, ofta små. — — — — —

*Förmedlingen av gravida kvinnor och ensamstående mödrar* har endast i Stockholms stad uppdragits åt särskild tjänsteman. I övriga län skötes denna förmedling, där så ske kan, av kvinnliga assistenter. I särskilt besvärliga fall ha arbetsvårdsexpeditioner anlitats. I ett par län anser man, att bättre resultat kanske kunde uppnås, om denna förmedlingsuppgift anförtroddes åt särskild tjänsteman. Å andra sidan skulle den centralisering, som måste bli en följd härav, medföra vissa nackdelar,

varför man icke utan vidare vill rekommendera en sådan anordning.

En viss *efterkontroll* av hur arbetsplacementen utfallit anses av flertalet länsarbetsnämnder önskvärd. I samtliga fall förklarar dock, att denna icke bör åvila arbetsförmedlingen utan bör ske genom barnvårdsnämnden. Placeringen av obemärkta och mödrar, som medföra barn, föregås alltid från förmedlingens sida av en noggrann undersökning av platsens lämplighet. Trots detta kan det dock i vissa fall inträffa, att en placering utfaller mindre väl. Nämnderna anse dock denna risk vara tämligen obetydlig, när det gäller anställningar, som gått genom förmedlingen, men framhålla, att noggrannare kontroll av dylika, som erhållits via annons, i många fall vore synnerligen befogad.

De nämnder, som haft egentlig erfarenhet av *arbetslöshetsförsäkrade gravida kvinnor*, anse samtliga, att dessa kvinnor knappast i högre grad stå till arbetsmarknadens förfogande. De tillhöra i flertalet fall de relativt väl avlönade serviceyrkena, t. ex. affärsbiträden och servitriser, och äro ytterst obenägna att taga ett lägre avlönat husligt arbete. Någon klarare uppfattning om skyldigheten att antaga arbete synes icke vara förhanden, och många torde uppsöka förmedlingen endast i avsikt att stämpla för arbetslöshetsunderstöd. Då det är i det närmaste omöjligt för arbetsförmedlaren att i varje särskilt fall kunna avgöra graden av den sökandes arbetsförhet, föreslå nämnderna, att de arbetslöshetsförsäkrade gravida skola uppvisa läkarintyg med uppgift om graden av arbetsförhet.

Samtliga nämnder framhålla, att de anställningar, som kunnat förmedlas, för ett stort antal av här ifrågavarande klientel måste betraktas som en ren nödlösning. Angeläget vore, att ensamstående mödrar bereddes tillfälle att kvarstå i sina gamla yrken eller på annat sätt kunde skaffa sig en mera tillfredsställande försörjning. Största hindret härför synes vara de rådande bostadsförhållandena samt omöjligheten att få barnen omhändertagna under arbetstiden. För mödrar, som önska medföra mer än ett barn, synas utkomstmöjligheterna vara så gott som obefintliga även inom det husliga arbetsområdet. Nämnderna ha därför, utöver utökad antal barndaghem, föreslagit större möjligheter att via hemarbetscentraler e. d. sysselsätta dessa kvinnor. Det anses vidare, att intresse borde väckas hos arbetsgivarna

inom vissa serviceyrken och inom industrin att genom tillfälliga omplaceringar och ev. deltidsarbete göra det möjligt för gravida kvinnor att kvarstanna på sina gamla arbetsplatser. En utökad mödrarehemsverksamhet skulle vidare förhindra, att nyblivna mödrar måste söka sig ut i förvärvslivet, innan de helt hunnit återhämta sina krafter och äro fullt arbetsföra.

I sin rapport behandlar arbetsmarknadsstyrelsen bl. a. även bostadsfrågan samt möjligheterna att skaffa daghemsp plats för barnen, till vilka frågor utredningen återkommer i det följande.

Svårigheterna att placera de kvinnor, som det här är fråga om, på arbetsmarknaden blir uppenbarligen större vid en lågkonjunktur, då tillgången på arbetskraft är större och antalet arbetstillfällen mindre än under den period, undersökningen avser.

I en sammanställning över eventuella åtgärder för att förbättra ensamstående mödrars placeringsmöjligheter på arbetsmarknaden uppehåller sig arbetsmarknadsstyrelsen huvudsakligen vid frågan om förbättrade förhållanden på bostads- och daghemsområdet samt tillägger:

Även beträffande yrkessutbildningen torde åtgärder i många fall vara erforderliga särskilt i fråga om de yngsta åldersgrupperna. Som av Stockholmsmaterialiet framgår, saknades ofta bestämd yrkestillhörighet, dvs. de sökande hade haft diverse mer eller mindre kortvariga anställningar, för vilka speciella kvalifikationer icke behövts. Då man i regel måste räkna med att dessa kvinnor för sin försörjning äro beroende av att så snart som möjligt efter barnets födelse komma i förvärvsarbete, torde den lämpligaste tiden för en systematisk förberedande yrkesutbildning (i förekommande fall yrkesförkovran) vara tiden för vistelsen på mödrahem. En förutsättning är emellertid, att varje kvinna verkligen beredes tillfälle till utbildning inom ett yrke, för vilket hon känner intresse och kan antagas lämna sig. Många av dessa kvinnor uppehålla sig dock under den tid, de icke kunna ha förvärvsarbete, hos föräldrar, släktingar e. d. Även för dem torde i åtskilliga fall denna tid böra

utnyttjas för kompletterande yrkesutbildning. Vistelsen på mödrahemmen är också i regel för kort, för att en utbildning skall hinna mer än påbörjas. För att uppnå ett tillfredsställande resultat i detta avseende och möjliggöra att eventuellt påbörjad yrkesutbildning skall kunna slutföras samt komma även andra än på mödrahem intagna kvinnor till del, skulle därför behövas även utbildningsbidrag e. d. (jfr beredskapskurserna), varvid särskilt måste beaktas, att även barnets legitima behov under moderns utbildningstid tillgodoses.

Utredningen finner, att resultatet av den gjorda undersökningen ytterligare understryker behovet av en lösning av frågan om ersättning för inkomstbortfall i samband med barnsbörd. Något verkligt behov av att placera gravida kvinnor på arbetsmarknaden skulle då inte föreligga, utom för dem, som av olika skäl önskar miljöbyte under graviditeten och som inte kan ekonomisera vistelsen på annan ort med till dem utgående bidrag. Givetvis kommer alltid att kvarstå en kategori kvinnor, som önskar anställning, dit barn får medföras, och att en efterkontroll genom barnavårdsorganen i dessa fall är önskvärd, synes uppenbart. För flertalet ensamstående mödrar med barn är det emellertid enligt utredningens mening önskvärt att de kan återvända till det yrke, de tidigare utövat och väl i regel har viss utbildning för, eller också kan placeras på sådana platser på arbetsmarknaden, där de bäst passar; den omständigheten, att kvinnan har att dra försorg om barn, bör alltså inte få ha avgörande inflytande på hennes arbetsplacering. För att detta skall bli möjligt, måste emellertid ej blott bostadssvårigheterna övervinnas utan även sörjas för att möjlighet finnes för kvinnan att på betryggande sätt placera sitt barn under arbetstiden. Vad arbetsmarknadsstyrelsen anfört angående yrkesutbildningen av dem, som saknar bestämd yrkestillhörighet, synes utred-

ningen värt beaktande, men yrkesutbildningen får icke erhålla tvångskarakter.

#### **Bostads- och bosättningsfrågor**

Utredningen har ägnat mycken uppmärksamhet åt sambandet mellan bostadsfrågan och abortproblemet. Tidigare har i detta betänkande redovisats resultatet av verkställda undersökningar rörande sociala och ekonomiska förhållanden samt motivbildning hos abortklientelet. Av undersökningarna framgår, att bostadssvårigheter är relativt vanliga bland abortsökande kvinnor. Givetvis måste man tänka sig att i varje enskilt fall det varit fråga om en mycket komplicerad orsaksväv, som givit upphov till den svårartade situation, vilken drivit kvinnan till att vilja avbryta sitt havandeskap. Det är därför ogörligt att i varje fall avgöra vilken roll bostadsfrågan spelat. Den kan ibland ha varit en dominerande faktor. I andra fall kan den ha utgjort en komplicerande och försvårande omständighet, som gjort att andra abortframdrivande faktorer blivit än svårare att utvärda. Att vid prövning i medicinalstyrelsen av abortansökningar bostadsförhållandena i realiteten om också inte formellt kommit att ibland spela en avgörande roll, är ställt utom allt tvivel. Då man talar om abortklientelet bostadssvårigheter, måste man hålla i minne, att icke blott bristen på lämpliga bostäder utan även de höga hyrorna i nybyggda fastigheter är faktorer att beakta.

Utredningen är väl medveten om att bostadssituationen är föremål för ständig uppmärksamhet från statsmakternas sida och att för närvarande hyresregleringskommittén är sysselsatt med hithörande frågor. På grund av det lätt påvisbara sammanhanget i vissa fall mellan bostadssituationen och kvinnans

abortönskan har utredningen dock ansett sig böra något ytterligare dröja vid frågan. I skrivelse till hyresregleringskommittén har utredningen framhållit vissa synpunkter i ämnet samt även tillhandahållit visst utredningsmaterial.

I sin i annat sammanhang citerade skrivelse till utredningen har arbetsmarknadsstyrelsen andragit följande:

Då särskilda hus för ensamstående mödrar ur flera synpunkter icke ansetts böra rekommenderas, torde enda möjligheten vara ett ökat byggande av smålägenheter, åtminstone på vissa orter med goda sysselsättningsmöjligheter för kvinnlig arbetskraft, varjämte ensamstående mödrar böra beviljas förtursrätt vid förhyrandet av sådana lägenheter. Med hänsyn till de genomsnittliga kvinnolönerna inom flertalet yrkesområden torde vidare erfordras bostadssubventioner i en eller annan form, t. ex. genom utvidgade gränser för erhållande av kommunalt bostadsbidrag, samt eventuellt även bostättningsbidrag eller -lån.

Utän tvivel är det för den, som söker förmå en kvinna att frånträda sin abortönskan, vilken mer eller mindre tydligt sammanhänger med bostads-situationen, av utomordentligt värde att kunna ge anvisning på en hygglig bostad till överkomligt pris. Då det gäller hyrornas storlek, finnes möjligheter för det allmänna att ge stöd och hjälp genom olika låne- och subventionsformer. Ett förnuftigt utnyttjande av socialvårdens möjligheter, t. ex. genom hjälp till insats för förvärv av bostadsrätt, vilket tillämpas i vissa kommuner, bör understundom även kunna öppna en utväg. Största intresset i förevarande sammanhang har de s. k. *bostadsrabatterna*. Rörande dessas nuvarande utformning hänvisas till det betänkande, som den 12 december 1952 framlagts av 1951 års bostadsutredning, ävensom propositionen nr 138 till 1953 års riksdag. Bostadsutredningen hade föreslagit införande av ett särskilt bostadsbidrag för

i första hand de grupper, som inte kan få familjebostadsbidrag, och som exempel särskilt nämnt bl. a. ensamstående mödrar med ett barn. I propositionen upptogs intet förslag om särskilt bostadsbidrag med bl. a. den motiveringen, att det inte kunde anses klart, att det ifrågavarande hjälpbehovet borde täckas inom bostadspolitikens ram. Abortutredningen hävdar emellertid, att bostadsutredningens förslag i denna del bör upptas till förnyad prövning eller att motsvarande stöd på annat sätt tillförs de kvinnor, varom det här är fråga.

Då det uppenbarligen faller helt utanför abortutredningens behörighet att ens försöka uppdraga några riktlinjer för bostadsförsörjningen eller för förbättring av det förefintliga bostadsbeståndet, vill utredningen här ytterligare endast beröra frågan om *fördelningen av förefintliga bostäder* och främst om *förtursrätt* för det klientel, som utredningen närmast har att sörja för.

Hyresregleringskommittén har i sitt betänkande "Behovsprövning på bostadsmarknaden" (SOU 1952: 37) framlagt förslag i de sålunda aktuella hänseendena. Kommittén har funnit att "genom en reglering i en eller annan form av upplåtelser av lediga lägenheter en samhälleligt sett mera önskvärd fördelning av det lediga lägenhetsbeståndet kunde åstadkommas". Kommittén har vidare funnit, att en sådan reglering kan nås antingen genom lagstiftning till vilken förslag utarbetats, eller genom frivilliga överenskommelser samt stannat för att rekommendera Kungl. Maj:t att f. n. pröva den sistnämnda utvägen. Genom propaganda och liknande åtgärder skulle enligt detta alternativ fastighetsägarna förmås att hjälpa dem, som hårdast drabbats av bostadsbristen, närmast barnhushållen och unga kon-



trahenter, som ämnar bilda familj, genom att främst tillgodose dessa vid upplåtelse av lägenhet. Lägenhet, som frigjorts genom att innehavaren beretts annan bostad av kommunal bostadsförmedling, skulle upplåtas till bostadssökande, som anvisas av kommunal bostadsförmedling. Lägenheter å ett rum och kök skulle uthyras till hushåll om minst två personer, i första hand personer med barn, personer, som ämnar ingå äktenskap, samt makar. Lägenhet om två rum och kök samt större lägenheter skulle uthyras till hushåll om minst tre personer, därvid i första hand skulle ifrågakomma familjer med barn, änklingar, änkor eller ogifta personer med barn. I orter, där fastighetsägarförening inrättat en särskild s. k. uthyrningsnämnd, skulle avvikelser från principerna kunna få ske efter tillstyrkan av nämnden.

Lagstiftningsalternativet innebär i stora drag följande: Lagen blir tillämplig endast inom kommun, som fattat beslut därom, och om kommunen har mindre än 20 000 invånare, blir beslut om regleringens införande giltigt endast om det fastställs av Kungl. Maj:t. Där lagen är tillämplig, skall det finnas kommunal bostadsförmedling. Flertalet lägenheter, som produceras i nya hus, eller eljest blir tillgängliga, omfattas av regleringen. Behovsprövningen skall främst tillgodose hushåll med barn samt sådana bostadssökande utan barn, som ingått eller ämnar ingå äktenskap. 25 % av de lägenheter, som eljest är underkastade reglering, hänföres till s. k. fri sektor och får fritt upplåtas. Lägenheter om rum och kök skall innehas av hushåll med minst två familjemedlemmar samt lägenheter om tre eller flera rum och kök av hushåll med minst tre familjemedlemmar. Kommittén har ansett, att förtursrätt till lägenhetsanvisning i vissa fall måste anses föreligga

men har inte velat i lagtext företaga någon uppräknig eller gradering. Förtursrätten uttryckes i lagen sålunda: "Föreligga ömmande omständigheter, såsom sjukdom eller avsaknad av egen bostad, må kommunala bostadsförmedlingen giva sådan sökande förtur till anvisning av bostad." Enligt kommitténs mening skall det för att förtur skall anses finnas, föreligga en för sökandens eller någon hans familjemedlems kroppsliga hälsa eller psykiska välbefinnande avgörande omständighet. Vidare anför kommittén:

Förtur bör kunna medges om bostadsförhållandena äro sådana, att enligt läkareintyg *förutsättningar för avbrytande av havandeskap* äro förhånden. — — — Det är icke avsett, att bostadsförmedlingarna skola upprätta någon turordning mellan förtursfallen inbördes. Att det vid bedömande av en viss sökandes till förtur berättigande svårighet i jämförelse med andra förtursberättigade sökandes bör tagas hänsyn bland annat till längden av den tid, under vilken dessa svårigheter föreläggas, torde emellertid utan särskilt stadgande vara uppenbart. Å andra sidan kan — såsom exempelvis då abort är aktuell — det skäl som åberopas till stöd för förtur nödvändiggöra omedelbar anvisning av lägenhet.

Kungl. Maj:t och riksdagen har anslutit sig till det s. k. frivilligalternativet. Om härigenom kan nås för abortklientelet tillfredsställande resultat, är mycket tvivelaktigt. Utredningen hyser emellertid den allmänna uppfattningen, att antalet fall, i vilka bostadsfrågan är den utslagsgivande abortfaktorn, trots allt inte är större i procent av antalet bostadssökande än att för flertalet fall genom samarbete mellan kommunal bostadsförmedling och rådgivningsbyrå eller motsvarande organ frågan borde kunna lösas utan att andra bostadssökandes intressen allvarligt trädades för nära. Vad nu sagts gäller företrädesvis fall av bostadslöshet men torde även för de större orterna gälla trångbodd-

het och bristfälliga bostäder. För landsbygdens vidkommande är huvudproblemet att höja och modernisera bostadsbeståndet, vilket blir en uppgift på längre sikt.

Utredningen vill sammanfatta vad som ovan anförts till ett bestämt krav, att vid bostadspolitikens framtida utformning tillbörlig hänsyn tas till de frågor, som sammanhänger med abortproblemet, och att på området erfarna personer beredes tillfälle göra sina synpunkter gällande.

De s. k. kategorihusen, varmed utredningen här åsyftar *särskilda bostäder, avsedda för ensamstående mödrar och barn*, finns icke till större antal och flertalet drivs av enskilda stiftelser. Värdet av dessa bostadsmöjligheter bör icke helt underkännas, helst under nuvarande bekymmersamma bostadssituation, och fall kan säkerligen påvisas, då anvisande av bostad i kategorihus av detta slag förmått kvinna att frånträda en abortönskan. Utredningen har emellertid den uppfattningen, att nackdelarna med kategorihus överväger, och anser sig därför icke kunna rekommendera, att åtgärder vidtages för att främja tillkomsten av dylika hus.

Särskild uppmärksamhet har utredningen ägnat *mödrahemmen*, som till skillnad från nyss nämnda kategorihus är avsedda endast som en tillfällig tillflyktsort i samband med barnsörden.

För varje landstingsområde i landet finnes en av Kungl. Maj:t fastställd plan för barnhemsvårdens ordnande. Genom denna är bl. a. antalet mödrahem fixerat. Ett studium av planen visar, att det numera finns minst ett mödrahem i varje län. Huvudparten av mödrahemmen drivs av landstingen, barnavårdsförbund eller barnavårdsnämnd i stad utom landsting. Endast ett mindre antal mödrahem innehas av religiösa eller ideella organisationer.

En jämförelse mellan antalet vårdplatser och medelbeläggningen på hemmen ger till resultat, att de i stort sett är fullbelagda året runt. Mödrahemmens storlek varierar mellan 6 och 30 vårdplatser, men tillsynsmyndigheten anser, att patienternas antal icke bör vara större än 17. De nya mödrahem, som bygges, har också detta antal vårdplatser som maximum. I många fall är mödrahem kombinerat med spädbarnshem. Detta har ibland ansetts olämpligt.

Varje mödrahem är i regel organiserat med en föreståndarinna, en biträdande föreståndarinna, en kokerska och biträden. I övrigt är verksamheten lagd så, att klientelet skall bidra till arbetet på mödrahemmet. I första hand sköter modern sitt barn, och därjämte deltar hon i det arbete, som är erforderligt för verksamhetens behöriga gång. Någon bestämd tid för vistelsen å godkänt mödrahem finns numera inte. Avgiften är fr. o. m. den 1 juli 1953 fastställd till 3 kronor per dag och barn. Samma avgift utgår också före förlossning för blivande mödrar. I den mån dessa är berättigade till mödrahjälp tages denna i första hand i anspråk för vårdkostnaden. I många fall är den nämligen beviljad för att möjliggöra vistelse på mödrahem. Räcker mödrahjälpbidraget inte till, för den händelse kvinnan t. ex. behöver tandvård, träder hemkommunen emellan och lämnar socialhjälp.

Som regel får mödrarna disponera barnbidraget. Endast om kommunen lämnat socialhjälp spärras bidraget och användes för att täcka kommunens kostnader, ett förfaringsätt, vars lämplighet starkt kan ifrågasättas. Dessutom får kvinnorna på de flesta mödrahem fickpengar. Några bestämda normer härför finns dock inte. Enligt en av Kungl. socialstyrelsen 1951 verkställd

undersökning varierade fickpengarnas belopp, i den mån de utgick, mellan 3 och 30 kronor per månad. De erhöles antingen från mödrahjälsbidraget, kommunen eller anordnaren av mödrahemmet.

Mödrahemmen har bland de abortsökande kvinnorna inte haft det bästa rykte. Många har, när frågan om mödrahem kommit på tal, bestämt vägrat att bosätta sig på ett dylikt. Anledningarna till det vanrykte, som kommit mödrahemmen till del, är flera. Fortfarande torde den föreställningen leva kvar, att vårdtiden är fastställd till ett visst antal månader, vilket tidigare givit hemmen en viss anstaltskaraktär. Likaså torde många även tro, att patienterna tvingas att delta i andaktsövningar, oaktat några obligatoriska sådana enligt uppgift av tillsynsmyndigheten numera icke förekommer. Den kanske viktigaste anledningen till mödrahemmens vanrykte är dock klienteletets heterogenitet.

Utöver de mödrahem, som finns upptagna i barnhemsplanen, driver bl. a. Riksförbundet för sexuell upplysning ett mödrahem.

Förestående redogörelse gäller de vanliga mödrahemmen, som även brukar kallas vårdhem. Dessutom finns emellertid en annan typ av mödrahem, s. k. hemskolor. Dessa skiljer sig från övriga mödrahem företrädesvis genom att klientelet får utbildning i hushållsgöromål och spädbarnsskötsel. Efter avslutad kurs erhåller mödrarna betyg. Då särskilda utbildningsplaner måste följas, förutsättes, att vistelsen på en hemskola icke understiger sex månader.

De ekonomiska villkoren för mödrarna är bättre på hemskolorna än övriga mödrahem. Genom att statsbidrag utgår med 3:50 kronor per barn och dag erlægges inga kostnader av kvinnorna själva. Av mödrahjälsbidraget,

som disponeras av hemskolan, erhåller eleverna som regel 30 kronor i månaden i fickpengar. Dessutom får de disponera hela barnbidraget.

Trots de fördelar, som är förknippade med vistelsen på hemskolorna, jämfört med de vanliga mödrahemmen, synes kvinnorna ändock föredra de senare. Orsaken är säkerligen delvis att söka i den föreskrivna minimitiden för vistelsen på hemskolorna.

Vid övervägande av dessa hjälpformer ur abortprofylaktisk synpunkt visar det sig, att mödrahemmen fyller en stor funktion. För många ensamstående kvinnor, som icke har någonstans att ta vägen med sitt barn, erbjuder de en tillflyktsort. Beläggningen på mödrahemmen, som trots vanryktet är hög enligt den för kommittén tillgängliga statistiken, talar också sitt tydliga språk för nödvändigheten av denna hjälpform. Genom den utbyggnad av verksamheten, som skett i anslutning till den upprättade barnhemsplanen, synes dock för närvarande behovet av mödrahem vara täckt. Genom att flertalet mödrahem numera drives i kommunal regi och samtliga inom barnhemsplanen dessutom är underkastade kontinuerlig inspektion synes mödrahemmen ha erhållit en form, som kan tillgodose de anspråk man har rätt att ställa. Samtidigt kvarstår vissa önskemål såsom att i den mån mödrahemmen alltjämt har anstaltskaraktär, denna så mycket som möjligt undanröjes.

Kommittén, som finner att den hitillsvarande verksamheten bedrivs på ett i huvudsak tillfredsställande sätt, har därför icke funnit sig böra föreslå några ändringar i fråga om de vanliga mödrahemmen, varemot verksamheten på hemskolorna torde böra göras till föremål för översyn.

*Statens bosättningslån.* Enligt kungörelse den 29 juni 1946 kan bosättnings-

lån beviljas åt behövande trolovade och äkta makar för inköp av möbler och andra bosättningsföremål m. m. Maximalt lånebelopp har hittills utgjort 2 000 kronor. Lånen utgår av statens bosättningslånefond, som förvaltas av riksbanken. Ansökan ingives till ett kommunalt valt ordsombud, som yttrar sig däröver. Är sökandena bosatta inom skilda kommuner, skall jämväl ordsombudet i den andra kommunen yttra sig över ansökan. Ärendet avgöres därefter av riksbanken. Bosättningslånet förräntas efter en av Kungl. Maj:t fastställd räntefot, f. n. 4 %. Lånet skall i regel vara återbetalt efter åtta år. Borgen erfordras inte, men låntagarna skall hålla lösöret försäkrat till minst lånebeloppet. I ömmande fall kan riksbanken medge befrielse från återbetalnings-skyldighet.

Ifrågavarande hjälpform torde ha en betydande abortförebyggande verkan. Emellertid har kritik i skilda hänseenden riktats mot lånevillkoren.

I sin 1951 avgivna berättelse framställde riksdagens revisorer vissa erinringar i avseende å denna låneform. Revisorerna framhöll bland annat, att praxis vid lånens beviljande växlade anmärkningsvärt mycket mellan de olika riksbankskontoren, att indrivningen understundom icke syntes vara tillräckligt effektiv samt att lånen i många fall icke kommit att tjäna sitt huvudsyfte, nämligen att befria låntagaren från dyra avbetalningsaffärer.

Den 21 december 1951 uppdrog Kungl. Maj:t åt socialstyrelsen att företa en översyn av bestämmelserna angående statens bosättningslån.

Den 10 november 1952 avlämnade socialstyrelsen resultatet av den begärda undersökningen. Av denna utredning inhämtas bland annat följande. Till statens bosättningslånefond har hittills anvisats 54 100 200 kronor. Den 30 juni

1952 utestod 54 942 lån om sammanlagt 46 595 671 kronor. Med beaktande av vad som efterskänkts och avskrivits utgjorde den faktiska belastningen på fonden sist nämnda dag 47 622 512 kronor. Siffrorna visar tydligt, att dessa lån, som började utlämnas 1938, anlätats i en betydande omfattning.

Socialstyrelsen föreslog i huvudsak följande ändringar beträffande bosättningslånen:

1. bosättningslån skall kunna beviljas även ogift moder med minderårigt barn;

2. lånens maximibelopp höjes från 2 000 kronor till 3 000 kronor;

3. räntan sänkes från 4 till 2,5 %;

4. riksbankskontoren skall tillämpa sådana principer, att långivningen utsträcker till ekonomiskt sämre ställda kategorier och anpassa lånebeloppen till låntagarens verkliga behov av bosättningsutrustning.

På förslag av Kungl. Maj:t har 1953 års riksdag beslutat i enlighet med socialstyrelsens förslag under punkterna 1. och 2., varigenom låneformens abortprofylaktiska värde otvivelaktigt ökat.

### Daghemmen

1946 års kommitté för den halvöppna barnavården har 1951 framlagt sitt betänkande om daghem och förskolor. Abortutredningen vill betona, att all erfarenhet från rådgivningsbyråer och eljest från det abortförebyggande arbetet klart visar, att bekymret för barnets omhändertagande, sedan modern kan återtaga sitt förvärvsarbete, ofta trycker den gravida kvinnan och lätt blir en starkt abortpådrivande faktor. I sitt förut citerade yttrande till utredningen skriver arbetsmarknadsstyrelsen följande:

Antalet daghemsplatser i riket beräknas för närvarande till ca 11 000, medan antalet ensamstående mödrar uppgår till omkring 119 000. Till och med i åtskilliga stä-

der saknas helt daghem. Barnets omhändertagande under moderns arbetstid stöter därför ofta på mycket stora svårigheter. Ökade möjligheter måste därför skapas för att med tillhjälp av familjedaghem lösa detta problem i synnerhet på orter, där inrättande av daghem icke är aktuellt. Utbyggandet av daghemsverksamheten måste vidare betraktas som en fråga på relativt lång sikt. Den av 1946 års kommitté för den halvöppna barnvården föreslagna förskoleverksamheten torde för ifrågasättande kvinnor vara helt utan intresse. Angeläget är därför, att inrättande av förskolor icke inkräktar på byggandet av daghem utan får komma i fråga först i andra hand. Som ett komplement till daghemmen böra familjedaghemmen tills vidare på allt sätt stödjas. Då det ofta visat sig svårt att finna familjer villiga att omhändertaga andras barn, måste verksamheten eventuellt göras mera ekonomiskt lönande.

Utredningen kan endast understryka vikten av att daghem utan dröjsmål tillskapas i erforderlig omfattning i enlighet med — som fallet är i Stockholm — en i förväg uppgjord plan i huvudsaklig överensstämmelse med 1951 års betänkande. För närvarande finns i viss omfattning daghem vid större arbetsplatser, där mödrar, som arbetar vid företaget, får lämna in sina barn under arbetstid. Dessa anläggningar har säkerligen tillkommit väsentligen för att göra företaget konkurrenskraftigt i kampen om arbetskraften. Vid god tillgång på arbetskraft kan man sannolikt icke räkna med samma intresse för dylika sociala välfärdsanordningar vid företagen. Utredningen hävdar, att det allmänna i princip bör vara huvudman för daghemsverksamheten och att den framtida utbyggnaden i första hand bör ske i kommunal regi, därvid de statliga bidragen bör göras sådana, att kommunerna stimuleras påskynda utbyggnaden.

Framför allt för en ensamstående mor blir omhändertagandet och vården om barnet vid sjukdomsfall ett verkligt bekymmer. Ibland framkommer tanken häropa redan hos den gravida ogifta

kvinnan och är då ägnad att bli ytterligare en abortpådrivande faktor. Utredningen anser det angeläget, att man prövar alla tänkbara utvägar att hjälpa de ensamstående mödrarna i denna situation. Helst borde detta ske genom att samhället skyddar dem för de ekonomiska följderna av ett inkomstbortfall om de stannar hemma från sitt arbete och vårdar det sjuka barnet; det borde även vara möjligt att vid lättare infektioner och sjukdomsfall genom den sociala hemhjälpen eller hemsamaritorganisationen ordna med vård och tillsyn av barnet i hemmet.

### **Social hemhjälpsverksamhet**

Enligt kungörelse den 31 december 1943 om statsbidrag till social hemhjälpsverksamhet (senaste lydelse, se SFS 225/1951 och 588/1952) har dylik verksamhet till ändamål att i hem, där på grund av husmoderns bristande arbetsförmåga eller behov av vila eller annan familjemedlems sjukdom eller därmed jämförbara omständigheter tillfälligt behov av biträde med hemmets skötsel föreligger, genom särskild hemvårdarinna lämna sådant biträde under kortare tid. Hemhjälp får även lämnas ensamboende. Statsbidrag kan utgå till såväl kommun som enskild sammanlutning. För mindre bemedlade tillhandahålles hemhjälpen kostnadsfritt; av bemedlade bör skälig ersättning uttagas. Socialstyrelsen har utarbetat förslag till grunder för dagavgift, avsett att tjäna som underlag vid debiteringen. Förslaget är graderat med hänsyn till årsinkomst och barnantal. Så gott som alla landets kommuner utnyttjar möjligheten till statsbidrag för hemhjälpsverksamhet. 1952 utgick därjämte bidrag till två kommunalförbund och fem rödakorskretsar. Möjligheten att erhålla hemhjälp utnyttjas i mycket stor omfattning. Högsta antalet hemvårdarin-

nor, för vilka statsbidrag får utgå, är 1951 3 100. Det av 1953 års riksdag beviljade statsbidraget för verksamheten är 3 160 000 kronor.

Den 27 september 1952 har bostads-kollektiva kommittén avgivit betänkan-de angående hemhjälp (SOU 1952:38). Betänkandet kommer icke att föranleda proposition till 1953 års riksdag. Kom-mittén framhåller den stora sociala be-tydelsen av den sociala hemhjälpen och konstaterar, att den i sin nuvarande ut-formning icke är tillfyllest för de före-liggande behoven. De ändringsförslag, kommittén framlagt, föranleder icke nå-gon erinran ur de synpunkter, utred-ningen har att företräda. Utredningen vill därför endast understryka, att möj-ligheten att lämna hemhjälp är av stort abortprofylaktiskt värde, särskilt i de fall, där sökanden är att hänföra till kategorien "utsläpade mödrar", och hjälpens värde stiger, om den kan ut-fästas bli regelbunden för en längre tidsperiod.

#### **Adoptionsfrågan**

I den abortförebyggande verksamhe-ten ställes kuratorn ofta inför frågan om en kvinna, i stället för att genomgå en legal abort, skall föda sitt barn och därefter låta någon utomstående adop-tera det. Särskilt när det gäller kvin-nor, som övergivits av sin manlige part-ner, är de i början av graviditeten stund-om angelägna att en adoption ordnas. Erfarenheten har emellertid visat, att de närmare förlossningen ofta ändrar inställning och önskar behålla barnet. De flesta ensamstående mödrar tar ock-så som regel själva hand om det. När det gäller att ge råd i den oerhört känsliga fråga, som en blivande adoption utgör, måste kuratorn hålla dessa omständig-heter i minnet.

De svårigheter, som uppstår i detta sammanhang, har uppmärksamats av

såväl läkare som kuratorer. Den syn-punkten har bland annat framförts, att en "adoptionsmentalitet" lätt kan upp-stå. Ett löfte om adoption i en abort-situation kan medföra, att kvinnan tar fasta på detta och anser adoptionen vara den enda riktiga utvägen. Särskilt om en läkare givit råd eller löfte om adoption, blir detta ofta ett kungord för patienten. Häremot har invänts, att visserligen hör mor och barn samman under normala förhållanden, men adop-tionen är dock många gånger det halm-strå som kvinnan griper efter och av-står hon därvid från abort, måste — särskilt som goda adoptivhem i regel finnes att tillgå — adoptionen vara en lycklig lösning.

Från det praktiska abortförebyggan-de arbetet har utredningen inhämtat, att man vid en av landets rådgivnings-byråer aldrig föreslår adoption som en principiell lösning av kvinnans pro-blem. Endast om det vid tiden närmast förlossningen visar sig, att hon saknar alla möjligheter att själv ta hand om sitt barn, har adoptionsfrågan tagits upp till diskussion.

De blivande mödrarnas egen inställ-ning till denna fråga är givetvis bero-ende på många omständigheter. För de yngre och yngsta mödrarna i synner-het uppstår ett särskilt problem genom att de är mycket lätta att övertala. De ser också i allmänhet ingen annan ut-väg ur sina svårigheter än den adop-tionen anvisar. Emellertid råkar även de in i den svåra situation, som tidigare skildrats, och vill gärna behålla barnet. Som regel saknar dessa unga kvinnor möjlighet att bereda barnet vård och nödgas lämna det till fosterföräldrar. Härvid kompliceras situationen. Deras föresatser att hålla kontakt med barnet blir nämligen rätt snart inaktuella och kontakten försvåras ofta genom foster-föräldrarnas inställning.

Tidigare har framhållits (se s. 48 ff.), att det icke gifta abortklientelet visar tendens att öka i antal, samtidigt som det blir allt yngre. Från 1946, då de ogifta och förut giftas ansökningar, beräknade per 100 barnaföderskor, uppgick till 6,3 har ansökningarna 1949 ökat till 17,4. Särskilt i Stockholm har denna ökning varit påtaglig, där motsvarande siffror är 15,5 och 59,2. Den procentuella fördelningen av antalet abortsökande ogifta kvinnor under 20 år har för de nämnda åren uppgått från 18,8 till 22,8 och i åldersgruppen 20—24 år från 35,5 till 37,1. Dessa siffror, som torde åskådliggöra förskjutningarna från illegal till legal abort, må belysa den ökade betydelse som det unga och ogifta abortklientelet fått och vilket direkt torde återverka på antalet adoptioner.

För att ge en bild av adoptionsfrågan i sin helhet kan nämnas, att enligt tillgängliga uppgifter adopterades under 1945—47 i medeltal 3 121 barn årligen. Därefter har antalet adopterade barn visat en tendens att sjunka. Enligt av statistiska centralbyrån utförda preliminära beräkningar har antalet adopterade barn i landet utgjort 3 213 år 1948, varefter det nedgått till 2 743 år 1951.

Antalet adoptioner är alltså alltså alltså betydande och återgång av adoption sker i ytterst ringa utsträckning, endast något tiotal per år.

Med hänsyn till dessa förhållanden anser utredningen att särskild uppmärksamhet bör ägnas adoptionsfrågan.

Vad först angår det abortförebyggande arbetet på rådgivningsbyråerna och i övrigt är kommittén av den uppfattningen, att tillrådande av adoption bör ske med största urskilning. Särskilt när det gäller unga mödrar synes det kunna vara förenat med våda att utsetta dem för den psykiska press som en

förutsedd omsvängning i deras känsloliv kan medföra och som ställer dem i en ny konfliktsituation mot slutet av graviditeten. Fall med lycklig utgång kan väl påvisas men även fall, där allvarlig psykisk skada uppstått. Det argument, som i debatten kring abortfrågan vid vissa tillfällen framförts, nämligen att adoption eller anskaffande av ett gott fosterhem skulle vara att föredraga framför legal abort, synes i många fall leda till alltför riskabla konsekvenser med hänsyn till kvinnornas framtida psykiska hälsa och som argument vid kurators samtal med en abortsökande kvinna måste det betecknas som direkt förkastligt.

I den mån adoption ändock bör ske vid fullföljd graviditet, blir anskaffande av ett adoptivhem en synnerligen viktig uppgift. Stockholms stad har organiserat en särskild adoptionsbyrå och även riksförbundet för sexuell upplysning har en särskild avdelning för adoptionsfrågor. Att denna verksamhet måste handhas av kompetent personal är uppenbart.

#### **Kostnadsfri havandeskapsdiagnos**

Utredningen vill under detta avsnitt till prövning upptaga även den verksamhet med de kostnadsfria havandeskapsdiagnoserna, som faller under den förebyggande mödra- och barnavården och för vilken statsbidrag beviljats alltsedan 1945. För närvarande finns 15 av medicinalstyrelsen godkända laboratorier för utförande av sådana prov åt mödravårdsorgan och abortrådgivningsbyråer. Ersättningen utgår med högst 18 kronor per prov. Belastningen på detta anslag utgjorde för budgetåret 1950/51 29 823 kronor, motsvarande 1 657 undersökningsfall. För budgetåret 1953/54 är anslaget 38 000 kronor.

Antalet undersökningsfall är alltså tämligen lågt. Som jämförelse kan näm-

nas, att riksförbundet för sexuell upplösning 1950 utförde 3 985 prov av ifrågavarande slag.

Man torde kunna säga, att den försöksverksamhet på detta område, som bedrivits med statsbidrag, fyller ett behov och bör fortsättas. Storleken av den ersättning, som skall utgå till laboratorierna, torde böra av medicinstyrelsen prövas tid efter annan.

#### Internationell konvention

I proposition nr 73 till 1953 års riksdag har Kungl. Maj:t begärt riksdagens yttrande angående ett av internationella arbetsorganisationens allmänna konferens 1952 fattat beslut rörande konvention och rekommendation angående skydd vid havandeskap och barnsbörd.

Av sagda konvention och rekommendation skall här intagas följande.

*(Ur konventionen)*

##### *"Artikel 3.*

1. Kvinna, å vilken denna konvention är tillämplig, skall efter företeende av läkarintyg, som anger den sannolika tidpunkten för hennes nedkomst, äga rätt till en tids ledighet på grund av havandeskap och barnsbörd.

2. Sådan ledighet skall avse minst 12 veckor och innefatta en obligatorisk ledighetsperiod efter nedkomsten.

3. Varaktigheten av den obligatoriska ledighetsperioden efter nedkomsten skall fastställas i den nationella lagstiftningen, men må densamma icke i något fall underskrida sex veckor; återstoden av den sammanlagda ledigheten på grund av havandeskap och barnsbörd må uttagas antingen före den sannolika dagen för nedkomsten eller efter utgången av den obligatoriska ledighetsperioden eller delvis före den sannolika dagen för nedkomsten och delvis efter utgången av den obligatoriska ledighetsperioden, i enlighet med vad som härom må föreskrivas i den nationella lagstiftningen.

4. Ledigheten före den sannolika dagen för nedkomsten skall utsträckas att omfatta tidsperioden mellan nämnda dag och den dag, då nedkomsten verkligen inträffat; den obligatoriska ledighetsperiod, som

skall uttagas efter nedkomsten, må dock icke på grund härav inskränkas.

5. I fall av sjukdom, som enligt läkarintyg härrör av havandeskap, skall den nationella lagstiftningen föreskriva ytterligare ledighet före nedkomsten. Längsta tiden för sådan ledighet må bestämmas av vederbörande myndighet.

6. I fall av sjukdom, som enligt läkarintyg härrör av förlossningen, skall kvinnan äga rätt till förlängd ledighet efter nedkomsten. Längsta tiden för sådan ledighet må bestämmas av vederbörande myndighet.

##### *Artikel 4.*

1. Under frånvaron från arbetet jämlikt föreskrifterna i artikel 3 skall kvinnan äga åtnjuta kontant ersättning samt hälso- och sjukvård.

2. Beloppet av den kontanta ersättningen skall i den nationella lagstiftningen fastställas på sådant sätt, att kvinnan och barnet tillförsäkras skäligt uppehälle under hygieniskt tillfredsställande förhållanden och vid en godtagbar levnadsstandard.

3. Hälso- och sjukvården skall innefatta vård av utbildad barnmorska eller läkare såväl före som vid förlossningen ävensom eftervård samt vård å sjukhus, om så erfordras. Rätten till fritt val av läkare liksom av sjukvårdsinrättning, offentlig eller privat, skall lämnas oförkränt.

4. Kontant ersättning liksom hälso- och sjukvård skola tillhandahållas antingen inom ramen av en obligatorisk socialförsäkring eller bestridas av allmänna medel, skolande sagda förmåner under alla omständigheter såsom en i lag grundad rätt tillkomma alla kvinnor, som uppfylla härutinnan föreskrivna villkor.

5. Kvinnor, som icke kunna åberopa i lag grundad rätt till förmånerna i fråga, skola äga åtnjuta skäliga förmåner i form av socialhjälp, efter den inkomstprövning, som föreskrives för sådan hjälp.

6. Då kontant ersättning, som utgår jämlikt obligatorisk socialförsäkring, beräknas på grundval av tidigare inkomst, skall densamma motsvara minst två tredjedelar av kvinnans tidigare arbetsinkomst, beräknad på sätt i och för socialförsäkringen föreskrives.

7. Avgifter, som påföras enligt en obligatorisk socialförsäkring, som lämnar förmåner vid havandeskap och barnsbörd, och skatter, som utgå på grundval av utbetalad avlöning i syfte att tillhandahålla sådana förmåner skola, vare sig de erläggas av



både arbetsgivaren och de anställda eller av arbetsgivaren ensam, inbetalas för samtliga inom vederbörande företag anställda män och kvinnor utan avseende å kön.

8. I intet fall skall arbetsgivaren individuellt svara för kostnaderna för sådana förmåner, som utgå till av honom anställda kvinnor.

#### Artikel 5.

1. Kvinna, som ammar sitt barn, äger att för detta ändamål avbryta sitt arbete under en eller flera perioder, vilkas längd bestämmas i den nationella lagstiftningen.

2. Avbrott i arbetet för amning äro att betrakta som arbetstid och skola ersättas såsom sådan för det fall frågan regleras genom eller i enlighet med den nationella lagstiftningen; vid reglering genom kollektivavtal skola avtalets bestämmelser gälla.

#### Artikel 6.

Kvinna, som är frånvarande från arbetet på grund av havandeskap eller barnsbörd enligt föreskrifterna i artikel 3, må arbetsgivaren icke uppsäga under dylik frånvaro ej heller å sådan tidpunkt, att uppsägningstiden utlöper under frånvaro, som nyss nämnts."

#### (Ur rekommendationen)

#### I. Ledighet vid havandeskap och barnsbörd.

1. 1) Då så befinner nödvändigt med hänsyn till kvinnans hälsa och eljest närhelst så är möjligt, bör den i artikel 3, mom. 2 av konventionen angående skydd vid havandeskap och barnsbörd (reviderad), 1952, stadgade ledigheten utsträckas till en sammanlagd period av 14 veckor.

2) Övervakande myndighet bör äga att för särskilda fall med stöd av läkarintyg föreskriva en ytterligare förlängning av den i mom. 4, 5 och 6 av artikel 3 i konventionen angående skydd vid havandeskap och barnsbörd (reviderad), 1952, stadgade ledigheten före och efter nedkomsten om och i den mån en dylik förlängning synes erforderlig för att skydda moderns och barnets hälsa, samt särskilt i händelse av förhandenvarande eller förutsebara abnorma förhållanden, såsom missfall och andra komplikationer före eller efter barnets födelse.

#### II. Förmåner vid havandeskap och barnsbörd.

2. 1) Såvitt möjligt, bör kontant ersättning som skall utgå jämlikt artikel 4 av konventionen angående havandeskap och barnsbörd (reviderad), 1952, fastställas

efter en högre skala än den i konventionen angivna minimistandarden och uppgå till 100 procent av kvinnans tidigare arbetsinkomst, beräknad på sätt i och för socialförsäkringen föreskrives.

2) Såvitt möjligt, böra de hälso- och sjukvårdsförmåner, vilka skola utgå i enlighet med artikel 4 av nämnda konvention, omfatta såväl sluten som öppen vård av allmänpraktiserande läkare och av specialist, innefattande jämväl hembesök; tandvård; vård av utbildad barnmorska och annan förlossningsvård i hemmet eller å sjukhus; sjuksköterskevård i hemmet eller å sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning; vistelse å sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning; läkemedel, tandproteser o. d. jämte övriga medicinska eller kirurgiska hjälpmedel; samt vård, som under lämplig medicinsk kontroll lämnas av andra legitimerade utövare av vård i samband med havandeskap och barnsbörd.

3) Hälso- och sjukvårdsförmåner böra syfta till att vidmakthålla, återställa eller förbättra den skyddade kvinnans hälsa samt förmåga att arbeta och tillgodose sina personliga behov.

4) De institutioner eller myndigheter, som äro ansvariga för tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdsförmånerna, böra på lämpligt sätt söka förmå kvinnorna att utnyttja de allmänna hälsovårdsanordningar, som ställas till deras förfogande av offentliga myndigheter eller av andra, av dessa myndigheter erkända organ.

5) Därutöver må den nationella lagstiftningen kunna uppdraga åt sådan institution eller myndighet att vidtaga åtgärder till främjande av ifrågavarande kvinnors och deras barns hälsa.

6) Andra natura- eller kontantförmåner, såsom spädbarnsutrustning eller bidrag till inköp av sådan, tillhandahållandet av mjölk eller särskilda bidrag till ammande mödrar etc., böra lämpligen utgå vid sidan av de i punkterna 2) och 3) nämnda förmånerna.

#### III. Anordningar för ammande mödrar och spädbarn.

3. 1) Då så är möjligt böra amningsraster utsträckas till sammanlagt minst 1 ½ timme för arbetsdag; ändring i amningsperiodernas antal och längd bör medgivas, då behovet härav styrkes genom läkarintyg.

2) Åtgärder böra vidtagas för inrättandet av lokaler för amning och spädbarnsvård under dagen, företrädesvis utanför de företag, där kvinnorna arbeta; såvitt möj-

ligt böra åtgärder vidtagas för att dylika anordningar skola finansieras eller åtminstone ekonomiskt understödjas av samhället eller inom ramen för den obligatoriska socialförsäkringen.

3) Utrustningen och den hygieniska standarden av lokaler för amning och spädbarnsvård under dagen samt dagvårdspersonalens antal och kvalifikationer böra motsvara de krav, som angivits i vederbörligen fastställda anvisningar, och böra godkännas och övervakas av vederbörande myndighet.

#### IV. Skydd mot uppsägning.

4. 1) Såvitt möjligt bör den period före och efter nedkomsten, under vilken kvinna jämlikt artikel 6 av konventionen angående skydd vid havandeskap och barnsbörd (reviderad), 1952, icke må av arbetsgivaren avskedas, utsträckas att gälla från och med den dag, då kvinnan genom företett läkarintyg underrättat arbetsgivaren om sitt havandeskap, till och med minst en månad efter utgången av den ledighet i samband med havandeskap och barnsbörd, som angives i konventionens artikel 3.

2) Bland de skäl som berättiga till entledigande även under den period, då kvinnan eljest åtnjuter skydd däremot, må nämnas fall av allvarlig försummelse från den anställda kvinnans sida, inställande av företagets drift eller anställningskontraktets upphörande. Där företagsnämnd finnes, är det önskvärt att denna beredes tillfälle att yttra sig rörande sådant avskedande.

3) Under sin författningsenligt medgivna frånvaro från arbetet före och efter nedkomsten, bör kvinnan äga rätt att räkna tjänstetid och bibehållas vid sin rätt att återinträda i sitt tidigare arbete eller i motsvarande arbete med samma lön.

#### V. Skydd för anställda kvinnors hälsa före och efter nedkomsten.

5. 1) Natt- och övertidsarbete bör vara förbjudet för havande och ammande kvinnor, och deras arbetstid bör vara förlagd så, att tillräckliga viloperioder tillförsäkras dem.

2) Anställning av en kvinna i ett arbete, som enligt vederbörande myndighets beprövande finnes kunna äventyra hennes eller barnets hälsa, bör förbjudas under havandeskapet och intill åtminstone tre månader efter nedkomsten eller längre, om kvinnan ammar sitt barn.

3) Arbete som åsyftas i punkt 2 bör särskilt innefatta

a) allt tungt arbete

- i) som innebär att lyfta, draga eller skjuta tyngre förmål; eller
- ii) som kräver en oskäligt stor eller ovanlig fysisk ansträngning, däri inbegripna långa perioder av stående;

b) arbete, som fordrar särskild ansträngning att hålla balansen, även som

c) arbete med vibrerande maskiner.

4) Kvinna, som i vanliga fall är anställd vid arbete som av vederbörande myndighet befunnits hälsovådligt, bör, utan att behöva vidkännas minskning av löneförmåner, äga kräva förflyttning till annat slag av arbete, som icke är menligt för hennes hälsa.

5) Sådant rätt till förflyttning bör i särskilda fall vid havandeskap även tillkomma envar kvinna, som genom läkarintyg styrker, att en förändring av hennes arbete är nödvändig med hänsyn till egen och barnets hälsa."

Departementschefen fann, att såväl konventionen som rekommendationen borde överlämnas till socialförsäkringsutredningen för att beaktas vid fullgörande av dess uppdrag.

Andra lagutskottet, som anslöt sig till departementschefens uttalande, hemställde, att detsamma måtte bifallas av riksdagen, vilket också blev fallet.

Enär de viktiga frågor, som avhandlas i konventionen och rekommendationen, sålunda blir föremål för särskild granskning för eventuell komplettering av den svenska lagstiftningen, finner sig abortutredningen icke böra närmare ingå på samma frågor, men utredningen vill förorda en undersökning av möjligheten att bortta den särskilda karenstiden i lagen om förbud mot arbetstagens avskedande. Av stor vikt är även, att rätten till nödvändig ledighet jämväl utöver amningstiden överväges; redan nu bör, synes det, de socialvårdande organen ta hänsyn till detta behov vid prövning av rätten till socialhjälp.

## Abortärendenas handläggning

### Prövningsförfarandet

#### Redogörelse

Från och med tillkomsten av lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap (abortlagen) skulle legala abortärenden avgöras genom utlåtande av två läkare med de undantagen, att tillstånd måste inhämtas hos medicinalstyrelsen i fråga om abort på eugeniska indikationer eller om ansökan från sådana kvinnor, som på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden (s. k. rättsinkapabla kvinnor). Genom lagändringen den 17 maj 1946 vidtogs den förändringen, att medicinalstyrelsens prövningsrätt utvidgades att gälla samtliga indikationer i lagen. Påföljande år tillsattes inom medicinalstyrelsen en särskild instans för handläggning av framför allt dessa ärenden, den s. k. socialpsykiatriska nämnden. Som ledamöter i nämnden tjänstgör vid varje sammanträde två av Kungl. Maj:t utsedda ledamöter, av vilka den ene är läkare och nämndens ordförande samt — som föredragande — chefen för styrelsens byrå för social- och rättspsykiatri eller ersättare för honom. Dessutom kallas styrelsens vetenskapliga råd för arvsbiologi och arvshygien för samråd med nämnden.

Den abortsökande kvinnan har alltså för närvarande möjlighet att på två vägar få sitt ärende prövat. Antingen kan hon uppsöka en sådan läkare, som enligt kungörelsen med tillämpningsföre-

skrifter till abortlagen har rätt att jämte operatören avge utlåtande i ärendet. Dessa två läkare har då att ta ställning till om de anser förutsättningar finnas för ett legalt avbrytande av havandeskapet. Endast i två fall (se ovan) är dessa läkare *tvungna* att hänvisa ärendet till central prövning i medicinalstyrelsen. Kvinnan kan också, försedd med föreskrivna ansökningshandlingar, vända sig direkt till den centrala instansen och alltså få sitt ärende prövat av medicinalstyrelsen i dess socialpsykiatriska nämnd. Till den personliga ansökan skall då fogas vissa i tillämpningsföreskrifterna angivna intyg enligt fastställda formulär.

Medicinalstyrelsens socialpsykiatriska nämnd sammanträder en gång varje vecka på fastställd veckodag. Nämndens ledamöter har då i förväg studerat handlingarna och tagit ställning till fallen. Genomgången av ärendena vid nämndens sammanträde kan härigenom gå ganska snabbt; de fall om vilka alla har samma uppfattning, föranleder ingen diskussion, i övriga fall tar den ledamot, som har en avvikande mening mot föredraganden, upp fallet till närmare gemensam granskning. Utgången av ett ärende kan avgöras genom omröstning, om någon ledamot påkallar det. Därvid inträder det närvarande vetenskapliga rådet som ledamot; vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst. Varje ledamot har även rätt att vid av-

Tabell 33. De legala aborternas fördelning på prövningsorganen

År	Totala antalet legala aborter	Avgjorda i medicinalstyrelsen		Tvåläkarintyg		Nödfall	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1939	439	84	19,1	323	73,6	32	6,3
1940	506	135	26,7	351	69,4	20	3,9
1941	496	172	34,7	313	63,1	11	2,2
1942	568	256	45,1	303	53,3	9	1,6
1943	703	287	40,8	400	56,9	16	2,3
1944	1,088	546	50,2	527	48,4	15	1,4
1945	1 623	917	56,4	697	43,0	9	0,6
1946	2 378			Uppgifter saknas			
1947	3 534	2 442	69,1	1 081	30,6	11	0,3
1948	4 585	3 540	77,2	1 036	22,6	9	0,2
1949	5 503	4 555	82,8	943	17,1	5	0,1
1950	5 889	4 786	81,3	1 096	18,6	7	0,1
1951	6 328	5 324	84,1	997	15,8	7	0,1
1952	5 322	4 509	84,7	811	15,2	2	0,1

vikande mening få sin reservation antecknad till protokollet. Över nämndens beslut kan ingen klagan föras i högre instans, men en sökande har rätt att begära omprövning hos nämnden, om hon inte är nöjd med avslaget.

Många gånger kan de intyg, som avgivits i ett ärende, vara så pass ofullständiga (se härom nedan), att nämnden finner det svårt att avgöra frågan på det föreliggande materialet. Om det finns tillräcklig tid inom den lagligt fastställda tiden för havandeskapsavbrytande, remitteras ärendet tillbaka till intygsgivaren för ny eller ytterligare utredning, ofta i samarbete med viss anvisad expert, t. ex. psykiater, gynekolog, internist, kurator. Även om nämnden anser ett utredningsmaterial tillräckligt, kan den ibland hysa stor tveksamhet vid bedömandet av om i ett visst fall indikation för bifall föreligger; nämnden kan i sådana fall gå på avslagslinjen, när den känner till att utredningsorganet har möjlighet till kontakt med och efterkontroll av den sökande. Beslutet kan nämligen tas upp till ny prövning, om kvinnans fysiska och psykiska tillstånd skulle försämrats efter avslaget.

Antalet legala aborter har ökat mycket starkt sedan början av 1940-talet. Ett karakteristiskt drag i denna utveckling har varit en förskjutning i proportionen mellan aborter, avgjorda i medicinalstyrelsens socialpsykiatriska nämnd, och aborter, utförda efter utlåtande av två läkare i riktning mot ett allt mera ökat antal centralt avgjorda ärenden. Denna förskjutning framgår av tabell 33.

Kombinationen av dessa två faktorer: en stark ökning av det totala antalet och en ökad andel medicinalstyrelseaborter av totalmängden har orsakat en ständigt ökad arbetsbörda för styrelsens socialpsykiatriska nämnd. För nämndledamöterna har framför allt inläsningen av handlingarna blivit betungande, eftersom det är vid denna som det personliga ställningstagandet i varje särskilt fall sker. Det har också befunnits nödvändigt att från år 1949 successivt öka nämndledamöternas antal, så att det för närvarande för var och en av de två platser i nämnden, som skall besättas med personer utanför styrelsen, finns två ordinarie ledamöter och två suppleanter, vilka samtliga fyra tjänstgör alternerande. Den stora ar-

betsbördan har också medfört, att antalet föredragande i nämnden utökats till tre, vilka tjänstgör i tur och ordning.

Till varje abortansökan hos medicinalstyrelsen skall — som förut nämnts — vara fogade två intyg. I intyg A avges som svar på ett stort antal detaljfrågor en redogörelse för den sökandes yttre förhållanden. Efter att ha uppgivit vissa personliga data om den sökande skall intygsskrivaren skildra hennes släktförhållanden, särskilt om fall av svårare ärftliga sjukdomar eller rubbningar har förekommit, hennes tidigare och nuvarande levnadsförhållanden samt hennes nuvarande tillstånd. A-intyget skall avges av "anföranter, make eller andra". Intygsskrivarna har därför varit av mycket växlande slag. På orter, där rådgivningsbyråer för abortsökande upprättats, skrivs intyget i flertalet fall av kurator, som tjänstgör vid byrån. På andra orter syns praxis alltmer ha blivit, att intyget skrivs av annan socialfunktionär, såsom lasarettskurator, socialvårdsassistent, distriktssköterska eller distriktsbarnmorska. I andra fall har make, anhörig eller bekant till sökanden avgivit intyget. Enligt den socialstatistiska undersökningen (bil. I) fördelar sig A-intygsskrivarna på följande sätt (under rubriken kurator innefattas även lasarettskuratorer):

Kurator .....	51,4 %
Anhörig till sökande e. d.	37,8 %
Sjuksköterska e. d. ....	6,7 %
Kommunal förtroendeman	2,7 %
Läkare .....	1,4 %

Intyg C skall vara avfattat av legitimerad läkare. Även detta är utformat med en lång rad detaljerade frågor. Läkaren skall i intyget skildra den sökandes hereditet, henne somatiska och psykiska anamnes och hennes nuvarande somatiska och psykiska status. Helst skall därefter ställas en diagnos. En

rad frågor om det väntade barnets fader, framför allt med sikte på hereditet och tidigare och nuvarande psykiskt hälsotillstånd ges även. Till slut skall intygsskrivaren avge sitt slutomdöme med till- eller avstyrkan av ansökningen samt ange grunderna härför.

De intygsskrivande läkarnas ställning och tjänsteförhållanden varierar ganska starkt. Enligt den socialstatistiska undersökningen fördelar de sig sålunda:

Läkare vid sinnessjukhus eller psykiatrisk klinik .....	51,2 %
Privatpraktiserande läkare .....	14,9 %
Provinsial-, stads-, köpings- eller municipalläkare .....	13,3 %
Läkare med annan tjänst, t. ex. verksläkare, järnvägsläkare ....	10,6 %
Läkare vid kroppssjukhus .....	10,0 %

Då abortansökningens väsentligaste grund är arvsrisk från det väntade barnets fader bör uppgift om honom lämnas i ett särskilt intyg B. Detta är uppställt på liknande sätt som A- och C-intygen med detaljerade frågor rörande hans släktförhållanden, levnadsförhållanden samt föregående och nuvarande hälsotillstånd. Om detta intyg anges endast att det bör ifyllas av "lämplig person". I flertalet fall är intygsskrivaren socialfunktionär eller läkare.

Om avbrytandet av havandeskapet icke sker efter ansökan till medicinalstyrelsen utan genom beslut av två läkare skall följande handlingar upprättas.

I ett särskilt utlåtande skall anges de skäl, på vilka beslutet grundat sig. Utlåtandet, som i princip innehåller likartade frågor som intyg C, utmynnar i en förklaring, att förutsättningarna för avbrytande av kvinnans havandeskap är för handen.

Efter verkställd operation skall operatören inom en månad till medicinalstyrelsen inge en berättelse över ingreppet.

### Tidigare diskussioner i frågan

Då man går att granska hur det nuvarande prövningsförfarandet kommit att verka vid bedömandet av ansökningar om legal abort, bör detta kanske lämpligen inledas med en översikt över den diskussion, som tidigare ägt rum i frågan om prövningsförfarandet bör vara centraliserat eller decentraliserat.

Denna fråga diskuterades första gången utförligt i det betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap, som 1935 avgavs av den s. k. *abortkommittén*. Här framhölls, att eftersom det var uteslutet att lämna åt en läkare vilken som helst, att ensam avgöra, om de förutsättningar för abortframkallning, som anges i lagen, är förhanden, valet måste komma att stå mellan två alternativ: central prövning eller lokal prövning. Till förmån för den centrala prövningen talade enligt kommitténs mening följande skäl.

Den prövande instansen kunde sammansättas av personer med den sakkunskap av skilda slag som var nödvändig för bedömningen. En central prövning skulle också ge garanti för ett objektivt och enhetligt bedömande. Till slut föreföll det också sannolikt att ett utlåtande av central myndighet skulle få större auktoritet än ett beslut av en lokal instans.

Mot den centrala prövningen ansåg kommittén följande skäl tala.

Det torde inte kunna undvikas, att prövningen väsentligen blir ett skriftligt förfarande. Myndigheten fick ej den personliga kontakt med kvinnan, som måste bli av särskilt värde i ärenden av denna art. En viss fara torde finnas för att utgången av prövningen blev påverkad av inställningen hos den, som myndigheten måste vända sig till för närmare information, utan att denne hade något ansvar för prövningen. Slutligen kunde man antagligen räkna med

att en stor del kvinnor icke komme att vara benägna att få sin sak prövad av offentlig myndighet och i stället sökte upp kvacksalvare.

De skäl, som anförts mot en central prövning, syntes enligt abortkommittén vara av avgörande betydelse. Man borde därför i valet mellan de två alternativen stanna för att låta prövningen normalt ankomma på en lokal instans.

Vid diskussionen av hur den lokala prövningen borde organiseras ställdes kommittén åter inför olika alternativ: att låta prövningen verkställas av lokala myndigheter eller nämnder, att överlämna den åt en enda särskilt kvalificerad läkare eller åt två eller flera läkare i samråd. Mot den lokala nämnden talade enligt kommitténs mening att, framför allt vid fall av utomäktenskapliga havandeskap, kvinnorna hellre skulle vända sig till kvacksalvare än hänskjuta sitt ärende till en nämnd, eftersom de förhållanden, på vilka prövningen måste grundas, ofta är av intim och ömtålig art. Prövningen borde därför anförtrös enbart läkare, en eller flera i samråd. Invändningen att läkare icke har den allsidiga sakkunskap, icke endast medicinsk utan även social och juridisk, som är nödvändig, ansåg kommittén icke vara tillräckligt bärande. Läkarna får dock genom sitt arbete tillfälle att sätta sig in i patienternas levnadsförhållanden och sociala miljö och får därigenom den nödvändiga erfarenheten för dessa ärenden. Dock torde det vara riktigt att icke alla läkare har den förtrogenhet med och den erfarenhet av användbara sociala hjälpmedel, som är nödvändig. Man borde därför förvissa sig om att för uppgiften lämpade läkare kommer att medverka i prövningen.

Abortkommittén diskuterade härefter, hur många läkare, som borde medverka vid varje ärende, och stannade

vid att föreslå deras antal till två. I fråga om dessa läkares kvalifikationer förde kommittén ett utförligt resonemang, huvudsakligen kring problemet, hur man skulle förena önskemålet om frihet för kvinnan att välja läkare och nödvändigheten att få garanti för en objektiv tillämpning av lagen. Kommittén föreslog, att de båda läkarna skulle vara den av kvinnan först tillfrågade samt en av Kungl. Maj:t särskilt förordnad. Omkring hundra sådana läkare borde utses, företrädesvis chefläkare på sjukhus eller förste provinsialläkare. Någon distriktsindelning borde enligt kommitténs uppfattning icke förekomma. I vissa fall exempelvis när de två läkarna är av olika mening, när de icke själva vågar ta ansvaret för ett avgörande eller när den sökande av en eller annan anledning så önskar, borde det finnas möjlighet att hänskjuta prövningen till en central instans, dvs. medicinalstyrelsen. Detta skulle även göra en besvärinstans i vanlig mening onödig. Kommittén föreslog även att vid fall av eugenisk indikation samt fall gällande rättsinkapabla kvinnor prövningen skulle obligatoriskt ankomma på medicinalstyrelsen, eftersom det vid dessa fall syntes nödvändigt att fordra speciell sakkunskap.

*Lagrådet* yttrade vid sin granskning av kommitténs förslag, att de båda synpunkter, som enligt kommitténs mening borde läggas på prövningsförfarandet, nämligen att det skall tillvinna sig de abortsökande kvinnornas förtroende och att det skall fylla kraven på en så grundlig och objektiv prövning, som praktiskt är möjlig, icke tycktes vara tillräckligt tillgodosedda. Härför syntes det enligt lagrådets mening vara nödvändigt, att de båda läkarnas förklaring, att förutsättningar för ett legalt avbrytande av ett havandeskap vore för handen, stadfästes av

medicinalstyrelsen. Man skulle härigenom vinna å ena sidan den önskvärda personliga kontakten mellan den abortsökande kvinnan och läkaren på orten, å andra sidan den erforderliga sakkunskapen och auktoriteten samt en enhetlig tillämpning. I händelse lagrådets förslag på denna punkt genomfördes, skulle endast för de eugeniska fallen bibehållas obligatorisk förstahandsprövning i medicinalstyrelsen; ansökningar från kvinnor, som ansågs rättsinkapabla, skulle kunna behandlas på samma sätt som övriga ärenden.

En av lagrådets ledamöter förklarade i ett särskilt yttrande, att han önskade behålla en lokal prövningsinstans som den avgörande i enlighet med kommitténs förslag men icke ansåg, att medicinalstyrelsen skulle erhålla så vittgående befogenheter som en med de prövande läkarna sidoordnad första instans, som föreslogs av kommittén. Endast då de prövande läkarna inte var eniga eller de ansåg det av annan orsak lämpligt att hänskjuta fallet till medicinalstyrelsens bedömning, borde ett centralt avgörande få ske.

I *proposition till 1938 års riksdag* med förslag till lag om avbrytande av havandeskap stannade Kungl. Maj:t vid att föreslå en enbart av läkare sammansatt lokal prövningsinstans. En bidragande orsak till detta ställningstagande var att i det slutliga lagförslaget genomförts en begränsning av indikationerna i det att den av kommittén föreslagna sociala indikationen uteslutits. I fråga om vilka läkare, som skulle verkställa prövningen, föreslogs i propositionen att den lokala instansen skulle bestå av den läkare, som utför ingreppet, samt en tjänsteläkare i särskild ställning. Endast då det gällde eugenisk indikation samt vid fall, då kvinnan ansågs rättsinkapabel, föreslogs obligatorisk central prövning i medicinalstyrelsen.

1941 års befolkningsutredning upptog i enlighet med sina direktiv abortfrågan till en allsidig behandling och diskuterade därvid även det prövningsförfarande vid legal abort, som i enlighet med Kungl. Maj:ts proposition beslutades av 1938 års riksdag. Utredningen framhöll som sin mening, att tillämpningen av 1938 års lag icke blivit sådan som lagstiftarna tänkt sig, framför allt i fråga om den s. k. blandat socialmedicinska (den nuvarande medicinskt sociala) indikationen, vilken under 1939—43 tillämpats endast i sammanlagt 55 fall. Dock avvisade även befolkningsutredningen en prövning av de blandat socialmedicinska aborterna i en central instans, i varje fall så länge kuratorsinstitutionen icke färdigutbyggt. Utredningen föreslog i stället att klagan skulle kunna föras hos medicinalstyrelsen över ett avslag av den ena eller båda de läkare, som har att verkställa den lokala prövningen. För avgörande av klagörenden rörande legal abort borde i medicinalstyrelsen inrättas en särskild nämnd med såväl medicinsk som social sakkunskap.

I *proposition nr 156 till 1946 års riksdag* framhölls, att medicinalstyrelsen borde få större befogenhet i fråga om prövning av abortärenden; särskilt viktigt vore detta i fråga om tillämpningen av den då nytillkomna socialmedicinska indikationen. Departementschefen ansåg det emellertid mindre lämpligt att i enlighet med befolkningsutredningens förslag införa besvärsrätt hos medicinalstyrelsen. I stället borde man medge kvinnan rätt att själv välja, om hon vill vända sig direkt till medicinalstyrelsen eller till för prövning av sådana ärenden behöriga läkare. Den befogenhet medicinalstyrelsen sålunda skulle erhålla, borde gälla även fall, där kvinnan tidigare vänt sig till läkare och fått avslag. Efter att i fortsättningen ha dis-

kuterat en begränsning av medicinalstyrelsens prövningsrätt att gälla endast de socialmedicinska fallen, stannade departementschefen vid att föreslå, att prövningsrätten skulle gälla samtliga lagens indikationer. Detta motiverades bland annat med att det ofta torde vara svårt att dra gränsen mellan rent medicinska och socialmedicinska fall. Att tillämpa olika slag av prövningsförfarande för dessa olika grupper av fall skulle därför vålla praktiska olägenheter. 1946 års riksdag beslöt i ärendet i enlighet med Kungl. Maj:ts förslag.

### Kritik

Fördelen med en centraliserad prövning genom medicinalstyrelsen har alltid angivits vara, att den ger möjlighet till den mest allsidigt sakkunniga och mest enhetliga bedömning av abortärenden. Tillkomsten den 1 juli 1947 av en särskild nämnd för dessa ärenden, med lekmannainslag vid sidan om läkarrepresentanterna, avsåg att ge garanti för att prövningen — framför allt av de ärenden, där yttre faktorer medverkade till helhetsbilden — verkligen blev allsidig och objektiv.

Mot bakgrunden av de diskussioner, som förts under årens lopp kring frågan om prövningsförfarandets form kan nu, efter det att alltsedan 1946 centraliserad prövning i allt större utsträckning kommit att tillämpas, följande erfarenhetsmässiga synpunkter läggas på denna frågeställning.

*Nämndens arbetsbelastning* har successivt ökat. Under 1952 uppgick antalet abortärenden per veckosammanträde i genomsnitt till 117. Detta är naturligtvis en besvärande faktor, eftersom det vållat nämndens utanför medicinalstyrelsen stående ledamöter växande svårigheter att vid sidan om ordinarie arbete få tid att noggrant inläsa handlingarna och ta ställning till varje ären-



de, vilket är en självklart nödvändig förutsättning för systemet. Dessa svårigheter torde dock icke vara större än att de kunde bemästras, om systemet i övrigt fungerade på ett klanderfritt sätt. Denna fråga skall i det följande diskuteras.

Följden av den ständigt växande arbetsbördan har blivit, att man sett sig tvungen att på varje post i nämnden fördubbla uppsättningen ledamöter för att göra varje enskild ledamots arbetsprestation mer rimlig. Naturligtvis har det också inneburit en kraftig lättning i arbetet, att de två ordinarie ledamöterna endast behövt ha vardera femton sammanträden per år och de två suppleanterna vardera elva. Denna personförstärkning och den därav följande ständiga växlingen i nämndens sammansättning har emellertid också haft andra konsekvenser. Det är självklart, att alla ledamöter icke kan ha en exakt likartad inställning till de svåra frågor som de är satta att avgöra. Olika ärenden kan därför också komma att bedömas på ett ganska varierande sätt, beroende på den skiftande personuppsättningen i nämnden. Den stigande tillämpningen av ett centralt prövningsförfarande har därigenom kommit att motverka detta förfarandes ursprungliga syfte, nämligen att få fram en enhetlig bedömning av ärendena. Men det är inte endast så att *olika* ärenden kan komma att bedömas ganska olikartat. Genom det relativt ofta tillämpade systemet med remiss för en sakligare och grundligare förberedande prövning kommer samma ärende upp till behandling i nämnden vid mer än ett sammanträde och det tillhör undantagen, att nämndens sammansättning är densamma vid de bägge behandlingarna. *Samma* ärende kan därför komma att vid olika tillfällen bedömas mer eller mindre olika. Att enhetlighe-

ten i bedömningen av abortärendena genom frågans själva utveckling kommit att bli allt mindre måste anses vara till avgjord nackdel för det nuvarande prövningsförfarandet.

Denna nackdel bör emellertid inte överbetonas. Nämndens olika ledamöter har dock tillfälle att genom kontakter och diskussioner delge varandra sina synpunkter på ärendenas bedömning och sammanjämka sina uppfattningar. Huvudfrågan måste vara om det nuvarande systemet ger garanti för en så rättvis, sakkunnig och objektiv prövning som möjligt. Härom säger personliga erfarenheter och utredningens undersökningsmaterial följande.

En av de — tungt vägande — fördelarna med en lokal prövning har så gott som helt kommit bort i ett system, där endast 10 ärenden av 100 avgörs lokalt, nämligen *den personliga kontakten* mellan den sökande och den som har att ta definitiv ställning till hennes ärende. I en tid, då man i växande grad söker tillgodose de personliga momentens stora betydelse i all hjälpande och omvårdande verksamhet, måste denna omständighet framstå som alltmera olycklig. Kanske anser vissa abortsökande det snarare vara en fördel att deras ärende avgörs av en operativt relativt auktoritativ myndighet i det centrala verket i Stockholm. Men för flertalet ter det sig sannolikt icke så. De önskar få sin sak prövad och avgjord vid personligt besök och samtal med den eller dem som har att företaga detta avgörande. Från samhällets synpunkt är det även utan tvekan så att den personliga kontakten med de hjälpsökande utgör ett viktigt bidrag till den rätta förståelsen för deras svårigheter och av det i varje särskilt fall bästa sättet att lösa dem. Att man icke utan mycket starkt tvingande skäl bör göra avkall på det personliga momentet vid

avgörandet av en abortansökan är för utredningen uppenbart.

Föreligger då sådana starkt tvingande skäl för ett så gott som helt och hållet centraliserat system? En stor och outhärlig fördel med ärendenas avgörande i medicinalstyrelsens socialpsykiatriska nämnd är det samspel mellan medicinskt och lekmanmässigt betraktelsesätt som nämndens sammansättning har inneburit. De yttre — sociala, ekonomiska, personliga — faktorernas roll såsom bidragande och medverkande i abortsituationen har härigenom fått rikigare proportioner än genom det tidigare enbart läkarmässiga avgörandet. Utredningen har därför ansett det vara av vikt, att man även i fortsättningen erhåller lekmanamedverkan i prövningsapparaten. Men den utgör dock icke något tvingande skäl för bevarande av ett *centraliserat* prövningssystem.

Det är helt naturligt — och har även tidigare framhållits — att man vid en central prövning är ytterligt beroende av det sätt, varpå förinstansen utrett ärendena och avfattat *de till ansökan fogade intygen*. Enligt abortlagens tillämpningsföreskrifter skall ett intyg A avges av anförvanter, make eller andra samt ett intyg C av legitimerad läkare. När statsbidrag lämnats för att upprätta en abortförebyggande verksamhet med speciella rådgivningsbyråer, torde det väl emellertid ha varit lagstiftarnas avsikt att de på dessa byråer tjänstgörande särskilt sakkunniga läkarna och kuratorerna skulle komma att i praktiken bli intygsskrivare. I vilken utsträckning intygen sedan i praktiken kommit att avfattas av dessa särskilt sakkunniga eller liknande, såsom lasaretskuratorer, läkare med vederbörlig specialutbildning osv. framgår av vad som tidigare återgetts ur den socialstatistiska undersökningen.

I fråga om A-intyget — ofta av stor,

i vissa fall avgörande betydelse för bedömandet och detta även av rent medicinska fall — kan utredningen icke finna det tillfredsställande att en anhörig är intygsskrivare i närmare 40 % av fallen. Intygets tillkomst skall föregås av ett försök att med anlitan av samhällets alla hjälpresurser samt genom diskussion och rådgivning finna andra utvägar ur abortsituationen än den legala aborten. I A-intyget skall även redovisas den abortsökandes personliga, sociala och ekonomiska levnadsförhållanden. Det är uppenbart, att med en anhörig som intygsskrivare intygets avfattning ofta måste lämnas åtskilligt övrigt att önska. För närvarande har man med de nuvarande A-intygen inte heller några som helst garantier för att alla andra utvägar ur abortsituationen än den legala aborten verkligen prövats. Därmed är också sagt, att det centrala prövningsinstitutet saknar en av sina viktigaste förutsättningar, så länge icke rådgivningsorganisationen är utbyggd över hela landet. Helt naturligt finns det dock annan socialt utbildad personal än de specialutbildade abortkuratorerna som har möjlighet att företa en objektiv socialutredning och utfärda ett för en central prövning godtagbart intyg A, även om man icke kan räkna med att de kan sätta in den personliga rådgivningen och psykoterapi som abortförebyggande åtgärd. Utredningen tänker härvid både på distriktssköterskorna, som svarar för 6,7 % och de kommunala förtroendemännen, som svarar för 2,7 % av A-intygen. Största möjliga garantier för att alla andra utvägar än abort undersöks i varje fall har man emellertid endast då en specialutbildad och erfaren kurator står bakom A-intyget.

C-intyget har i drygt 50 % avfattats av läkare vid sinnessjukhus eller psy-

kiatrisk klinik. Största delen av dessa intyg — troligen ungefär motsvarande antalet av abortkuratorer avgivna A-intyg — har utfärdats av dessa läkare i deras egenskap av föreståndare för en rådgivningsbyrå. Ett visst antal av psykiater utfärdade C-intyg har skrivits på deras privatpraktik; gruppen av utav privatpraktiserande läkare avgivna C-intyg bör därför rätteligen vara några procent större än vad som anges i tabblån på s. 122 (14,9 %). Ett relativt stort antal intyg — 13,3 % — är utfärdade av tjänsteläkare i den öppna vården, dvs. provinsial-, stads-, köpings- och municipalläkare. Detta är helt naturligt, då dessa läkare ofta åtnjuter stort förtroende bland sina patienter och därför söks upp även i detta ärende. Många av dem har också genom sitt arbete i den öppna vården förvärvat stor social erfarenhet och människokunskap och torde därför vara ägnade att handlägga abortärenden. I landsbygdsdistrikten tillkommer ytterligare en omständighet, som förklarar den höga procentsiffran, nämligen att tjänsteläkarna i den öppna vården är de enda, som finns att tillgå. Emellertid kan man icke heller bortse ifrån att de flesta redan tidigare har en så stor arbetsbörda och i många fall relativt liten förtrogenhet med just abortfrågan, att de icke har möjlighet att utfärda ett C-intyg, så beskaffat att en central prövningsinstans av detta får en fullständig och allsidig uppfattning av det fall som skall avgöras. Med hänsyn härtill är det inte så underligt att ett stort antal C-intyg är ofullständiga.

Om ett av anhöriga utfärdat A-intyg läggs till ett sådant ofullständigt och knapphändigt C-intyg, understundom rentav försett med en i intyget felaktigt motiverad tillstyrkan med hänsyn till uppgifterna, måste den centralt prövande nämnden mången gång ha över-

mänsklig förmåga för att träffa ett riktigt avgörande. Det har tidigare i detta kapitel påpekats, att nämnden under senare år i stigande utsträckning återsänt ofullständiga handlingar till intygsgivare för ytterligare utredning. Ett stort antal ärenden inkommer emellertid till medicinalstyrelsen så kort tid före utgången av den för ingreppet lagliga tiden (33,4 % av 1949 års material opererades i graviditetens 4—5 månad), att det icke finns möjlighet till ett sådant förfarande. Nämnden är då tvingad att besluta om bifall eller avslag utan personlig kontakt och utan tillfredsställande utredningsmaterial; man kan icke utan vidare ta för givet att beslutet vanligen blir bifallande. Emellertid inrymmer ett avslag i ett tveksamt fall, framför allt då det icke gått genom en rådgivningsbyrå och utredningsmaterialet icke är tillfredsställande, alltid ett betydande osäkerhetsmoment. I nämnden kan man nämligen icke känna till vederbörande läkares intresse för och möjlighet att efter avslaget på annat sätt hjälpa den abortsökande kvinnan över hennes svårigheter.

Till frågan vilka möjligheter den socialpsykiatriska nämnden som *central prövningsinstans* egentligen har att ta en självständig ställning till ärendena *gentemot den förprövande lokala instansen*, nämligen den intygsskrivande läkaren, kan följande uppgifter från den socialstatistiska undersökningen anföras som belysning. Av tabell 48 kan utläsas att i 87 % av de ärenden, för vilka intygsgivaren förordat avslag på ansökningen, har nämnden intagit samma ståndpunkt och meddelat avslag; i 13 % har man efter genomgång av handlingarna kommit till annan uppfattning och bifallit ansökan. I de fall, där intygsskrivaren tillstyrkt ansökan är följsamheten ännu större: 94,4 % av dessa fall har också bifallits av näm-

den medan endast 5,6 % avslagits trots tillstyrkan. Bidragande till denna stora överensstämmelse mellan uppfattningarna hos den lokala förprovande och den centrala avgörande instansen har i tveksamma fall varit känslan av att läkaren på platsen ändå genom den personliga kontakten med den abortsökande kvinnan torde ha de bästa förutsättningar att bedöma ärendet. Nämnden har därför oftast följt läkarens uppfattning, såväl när det gällt bifall som avslag. I många fall har också — enligt vad utredningen erfarit från ledamöter i nämnden — dessa genom tidigare erfarenhet av en läkares sätt att utreda abortärenden bildat sig en uppfattning om hans förutsättningar att bedöma ett aktuellt fall, och detta har givetvis även influerat på ställningstagandet. Nämnden positiva eller negativa intryck förstärks därvid även ofta av kvaliteten på A-intyget. Den personkänedom om landets läkarkår, som på detta sätt blivit ett inslag i bilden vid bedömning av tveksamma fall, har dock knappast varit förutsedd som nödvändig, då den centrala provningsapparaten inrättades.

Om det förhåller sig så att den förprovande och intygsskrivande läkaren i realiteten också faller utslaget i det övervägande flertalet fall, uppstår frågan i vilken utsträckning denna ställning missbrukats. Teoretiskt kan man naturligtvis icke bortse ifrån risken att det kan finnas läkare, som låter ovidkommande motiv påverka sitt ställningstagande till en abortansökan och sin intygsskrivning. Man har härvidlag att tänka på att likaväl som en restriktivt inställd läkare kan avfatta C-intyget så, att detta leder till avslag i nämnden, kan en principiellt generösare inställning till provocerade aborter än vad den gällande abortlagstiftningen ger uttryck åt få en läkare att avfatta sitt C-

intyg så att fallet syns möjligt att hänföra under någon av lagens indikationer. Med någon vana att utfärda intyg och erfarenhet av nämndens bedömningspraxis torde det vara relativt enkelt för en sådan läkare att skriva "gångbara" intyg. Man torde icke heller helt kunna utesluta möjligheten av att ekonomiska hänsyn kan påverka en läkares intygsskrivning. På grundval av de undersökningar, som verkstälts av medicinalstyrelsens ansökningsmaterial, samt det personliga erfarenhetsmaterial, som utredningen har till sitt förfogande, kan man icke kategoriskt förklara, att fall, där ovidkommande hänsyn spelat in vid intygsskrivningen, icke förekommit. Tvärtom talar åtskilligt för att vissa läkare är kända för att ha skrivit C-intyg, som lett till att en abortansökan bifallits, vilken, enligt uppgifter som senare blivit kända, inte varit motiverad. Denna företeelse bör emellertid icke överbetonas, dels emedan det gäller enstaka läkare, dels emedan socialpsykiatriska nämnden, enligt vad som erfarits, har sin uppmärksamhet riktad på och kompletterar dylika fall. Dock är naturligtvis icke denna företeelse ägnad att styrka argumenten för bevarande av det nuvarande provningssystemet.

Som *sammanfattning* av de här anförda kritiska synpunkterna på det nuvarande till ca 85 % centrala provningsförfarandet vill utredningen framhålla följande.

Systemet avsåg att ge garantier för största möjliga enhetlighet och objektivitet vid avgörande av legala abortansökningar. Vidare syftade man till att i högre grad än förut låta de yttre miljöomständigheternas betydelse för uppkomsten av en abortsituation bli beaktade. Dessa bägge synpunkter ansågs vara så betydelsefulla, att man för att tillgodose dem gav avkall på kravet om

personlig kontakt mellan den sökande och den som har att ta ställning till hennes ansökan.

Allting talar för att den andra av dessa bägge synpunkter också blivit tillgodosedd inom det nuvarande systemet. Däremot kan utredningen icke finna, att den centrala prövningen medfört ett avsevärt större mått av enhetlighet vid ärendenas avgörande. Redan utvecklingen av arbetet inom nämnden har påvisats motverka detta syfte. Avgörandet, på papperet förlagt till socialpsykiatriska nämndens sammanträden, har vidare i realiteten i flertalet fall skett redan ute på fältet, då läkaren skrivit sitt C-intyg. Drastiskt och kanske med någon överdrift kan man karakterisera det faktiska läget så att varje legitimerad läkare i landet, som ju är berättigad att skriva C-intyg, har kommit att bli den avgörande instansen, utan att dock bära det formella eller reella ansvaret. Eftersom det inom läkarkåren finns och måste finnas de mest skiftande principiella inställningar till abortfrågan som sådan och de mest varierande grader av kunnighet i hithörande frågor, ger detta realitet till resultat ett i hög grad oenhetligt prövningsförfarande, klart i strid med lagstiftarnas mening.

Utredningen önskar icke överdriva betydelsen av dessa kritiska synpunkter. Enligt utredningens uppfattning förhåller det sig icke på det sättet, att genom den här skildrade utvecklingen ett större antal kvinnor fått sina ansökningar felbedömda i medicinalstyrelsen. Utredningen har ansett sig i stället kunna dra följande slutsats, ehuru inga siffermässiga belägg härför finns eller kan åstadkommas: Genom att rådgivningsinstitutionen ännu icke utbyggt över hela landet har ett stort antal kvinnor varken fått sin situation prövad eller erhållit erforderlig hjälp av

samhället. Troligen är detta antal mångdubbelt större än det antal kvinnor, som möjligen kan ha fått abort i oträngt mål.

Om alltså det nuvarande systemet av olika skäl icke medfört sådana skadeverkningar som faktiskt kunde ha skett, finns det å andra sidan mycket få argument som talar till dess direkta fördel och som motiverar att man för framtiden konserverar ett system, som saknar ett för modern socialvård väsentligt drag, det personliga momentet. Utredningen har därför kommit fram till den bestämda uppfattningen, att man bör söka konstruera en ny form av prövningsförfarande, som bevarar de värdefulla dragen i det nu gällande men eliminerar dess påtagliga nackdelar.

#### Förslag

Utredningen föreslår därför att *prövningsförfarandet decentraliseras* och förlägges till lokala prövningsinstanser. Emellertid vill utredningen avvisa en fullständig återgång till det gamla systemet då prövningen var — med undantag av eugeniska fall och fall där rättskapaciteten kunde ifrågasättas — förbehållen två läkare. Lekmannarepresentationen i medicinalstyrelsen har som tidigare framhållits med all rätt inneburit ett starkare aktgivande på de yttre faktorernas betydelse för abortsituationen. Denna allsidigare syn på frågan önskar utredningen se bevarad i ett nytt lokalt prövningsförfarande.

*Organisationen av prövningsförfarandet* har utredningen därför tänkt sig på följande sätt.

Som lämpligt verksamhetsområde för en lokal prövningsinstans bör sjukvårdsområdet kunna tjänstgöra. Utredningen föreslår, att det inom varje sådant inrättas en nämnd för prövning av ansökningar om legal abort. I Stock-

holm blir det nödvändigt att inrätta två nämnder. — I övrigt får utvecklingen visa, om ytterligare uppdelningar av landstingsområden kan bli erforderliga.

Nämnden bör bestå av två läkare samt en tredje ledamot, som bör äga beprövad social erfarenhet, självständighet och gott psykologiskt omdöme. Utredningen utgår ifrån såsom givet, att nämnden kommer att bestå av både kvinnor och män. Av läkarna skall den ene vara psykiater i viss tjänsteställning, den andre gynekolog eller allmän kirurg verksam som tjänsteläkare vid lasarett eller motsvarande inom samma område. Erfarenheten under de gångna åren har visat det önskvärda i att just gynekolog och psykiater kopplas direkt in redan på ärendenas förberedande handläggning och avgörande. En fördel är, att gynekologen eller kirurgen som sedan skall verkställa ingreppen eller tillse, att de utföres, i många fall härigenom blir i tillfälle att på ett tidigt stadium få en uppfattning om fallens karaktär och därmed en riktigare bild av de abortsökande kvinnorna än då han först ser dem i samband med operationen. Inom psykiaterns specialitet faller i flertalet ärenden den sjukdomsbild som den abortsökande kvinnan uppvisar.

Den utveckling, som abortfrågan undergått sedan den på 1930-talet första gången blev föremål för en mera allmän diskussion, har, såsom ovan framhållits, inneburit att abortfrågan förlorat sin karaktär av rent medicinskt spörsmål och att sociala aspekter alltmer vunnit beaktande. Frågans stora allmänmänskliga och samhällliga betydelse har härigenom ytterligare accentuerats. Utredningen har ansett det angeläget att bevara den vinst för den framtida utvecklingen, som detta innebär, och har därför funnit det lämpligt föreslå, att den tredje ledamoten i nämnden skall före-

träda den sociala kunnigheten och erfarenheten. För att understryka att abortfrågan även har social karaktär föreslår utredningen, att denna ledamot förordnas till ordförande.

Flera andra skäl talar för detta förslag. För de båda läkarledamöterna måste handläggningen av abortärenden bli en mindre uppgift i jämförelse med deras arbetsbelastning i övrigt och alla de mångahanda uppgifter, som faller under deras läkargärning. Samma synpunkter kan givetvis anföras i fråga om den ledamot, som representerar den sociala sakkunskapen och som kan vara betungad med åtskilliga samhällsuppdrag. När det gäller att utse denne, är man dock inte hänvisad till ett så begränsat personval som beträffande läkarrepresentanterna. Valet kan träffas med hänsynstagande till vederbörandes arbetsuppgifter och möjligheter att disponera sin tid.

Man måste vidare räkna med, att fullgörandet av ordförandeuppdraget kommer att kräva ett visst mått av expeditiönsarbete. Något bistånd kommer att lämnas av rådgivningsbyråns personal, men ansvaret kommer dock att vila på ordföranden. Utredningen har ansett det uteslutet att betunga någon av de högt kvalificerade läkare, som kommer att sitta i nämnden, med dessa expeditionella göromål.

Under utredningens diskussion av denna fråga har den uppfattningen framkommit, att det vore olyckligt att fullständigt låsa fast ordförandeuppdraget på sätt som här föreslagits. Man kunde härigenom riskera att i något sjukvårdsområde ordföranden icke vore i stånd att på ett tillräckligt auktoritativt och opartiskt sätt leda nämndens arbete. En möjlighet borde därför enligt denna uppfattning lämnas öppen att, när någon för ordförandeuppdraget kapabel socialsakkunnig representant

inte står att finna inom ett sjukvårdsområde, i stället utse en av läkarledamöterna till ordförande.

Frånsett de sakliga synpunkter på ordförandefrågan som ovan anförts har utredningens majoritet inte kunnat dela dessa farhågor utan häremot anført, att ingen tvekan föreligger, att det i varje sjukvårdsområde finns möjlighet att besätta ordförandeposten med en socialt sakkunnig ledamot av den typ utredningen föreslagit.

Utredningen föreslår, att nämndens ordförande förordnas av Kungl. Maj:t för en tid av två år i taget, medan de två läkarledamöterna utses av medicinalstyrelsen.

Den *lokala nämnden* skall pröva och avgöra alla ansökningar om legal abort. Undantagna härifrån är endast dels de s. k. nödfallen, vilka liksom förut skall avgöras av en enda läkare, dels de fall där nämnden med skäl kan antaga, att huvudsakligen eugeniska orsaker finns. Dessa senare fall, för vilka det som regel icke föreligger tillgång till den nödvändiga sakkunskapen inom de olika sjukvårdsområdena, skall nämnden överlämna till medicinalstyrelsens prövning. Emellertid bör det finnas möjlighet för medicinalstyrelsen att delegera prövningen av sådana ärenden till den lokala nämnden i de områden, där det kan vara möjligt att få sådan arvsbiologisk sakkunskap företrädd i nämnden. Om medicinalstyrelsen beträffande dessa fall finner, att den lokala prövningsnämnden varit behörig att avgöra ärendet, bör detta icke återremitteras utan avgöras av socialpsykiatriska nämnden.

Utredningen anser det däremot icke nödvändigt att ge *medicinalstyrelsen* prövningsrätten i fråga om de som för närvarande i detta sammanhang går under beteckningen rättsinkapabla. De psykiater, åt vilka det enligt utred-

ningens förslag skall uppdras att vara ledamöter i de lokala nämnderna, bör vara så erfarna och kompetenta att bedöma de psykiska tillstånd, varom här är fråga, att även sådana fall skall kunna handläggas och avgöras lokalt.

Vid behov skall nämnden även äga rätt att rådgöra med expertis som inte är representerad i nämnden. Så bör exempelvis en jurist kunna tillfrågas vid fall, då den rättsliga handlingsförmågan kan ifrågasättas eller vid vissa humanitära fall.

Utredningen har funnit sig böra föreslå, att ett "*bostadsband*" skall föreskrivas i så måtto att den abortsökande kvinnan skall vara skyldig att vända sig med sin ansökan till nämnden i det sjukvårdsområde, där hon stadigvarande vistas. I annat fall skulle man nämligen kunna tänka sig att en nämnd i ett visst område kunde komma att — berättigat eller icke — få rykte som speciellt "abortvänlig" och att denna så småningom i större eller mindre utsträckning kunde komma att tjänstgöra som ett slags central nämnd, då kvinnor i olika delar av landet skulle ställa sina ansökningar dit. Däremot vill utredningen icke förorda ett "*bostadsband*" inom området, när det gäller utförande av ett beviljat abortingrepp. Utredningen räknar med att detta i det övervägande antalet fall kommer att utföras genom gynekologen inom nämnden eller honom underställd läkare. I de troligen ganska fåtaliga fall, där ett bifall i nämnden givits mot gynekologens röst, bör kvinnan äga rätt att få ingreppet utfört av annan operatör inom eller utom området.

*Beslut* inom nämnden, som skall motiveras, fattas med enkel röstövertikt. I likhet med befolkningsutredningen, vilken på sin tid avvisade den centrala prövningen, har utredningen funnit det skäligt att föreslå klagorätt hos medi-

cinalstyrelsen över nämndens beslut. Vid skiljaktiga meningar inom nämnden bör sålunda den ledamot, som blir överröstad, såväl när det gäller bifall som avslag, ha rätt att kräva att beslutet underställs medicinalstyrelsens prövning. Utredningen har övervägt att föreslå klagorätt för den abortsökande kvinnan endast då avslaget har beslutats med enkel röstövervikt inom nämnden. Emellertid har utredningen stannat för att föreslå sådan klagorätt vid alla fall av avslag, även enhälliga. Utredningen är av den uppfattningen att eftersom ledamöterna i nämnderna väntas besitta kunnighet, omdöme, vidsynthet och medmänsklig förståelse, kommer deras beslut i det stora flertalet fall att bli sådana att de kommer att respekteras av de abortsökande. Möjligheten härtill blir än större, då varje nämnd kommer att underbyggas med en utbyggd abortprofylaktisk rådgivningsbyrå. Emellertid kan det givetvis inträffa, att det i någon nämnd kommer att tillsättas ledamöter, några eller samtliga, som har en i abortfrågan alltför extrem uppfattning. Inför man möjlighet för både den abortsökande och för en överröstad ledamot att överklaga ett avslag, kan ett stort antal överklaganden från ett bestämt område bli ett observandum för medicinalstyrelsen, som då bör närmare granska arbetssättet hos nämnden i detta område.

Överhuvudtaget skall medicinalstyrelsen vid sidan om uppgifterna att avgöra ansökningar, som grundar sig på eugeniska indikationer och att tjänstgöra som klagoinstans — medicinalstyrelsens utslag skall härvid vara utan appell — även utöva inspektion över nämndernas verksamhet och noga följa utvecklingen. Samtliga av de lokala nämnderna prövade ärenden skall inom viss tid — förslagsvis varje kvartal — inrapporteras till medicinalstyrelsen,

som skall utföra en löpande bearbetning och granskning av materialet. Rapporterna bör därför vara uppbyggda på ett sådant sätt att medicinalstyrelsen vid sin granskning har möjlighet att utläsa de förhållanden, som påverkar verksamhetens utveckling. Sålunda bör rapporterna innehålla uppgifter om civilstånd, yrke, ålder, barnantal och andra yttre data, diagnos och tillämpad indikation. Åt medicinalstyrelsen bör uppdragas att utfärda de närmare föreskrifterna. Vid upprepade fall av påtagligt olämplig handläggning av ärenden i någon nämnd skall medicinalstyrelsen äga rätt att påkalla en ändrad sammanställning av nämnden.

Beträffande *ärendenas handläggning* i nämnderna har utredningen funnit det angeläget att föreslå som huvudregel, att besluten skall grunda sig på personlig kontakt mellan den sökande och nämndens ledamöter. Endast på så sätt kan det betydelsefulla personliga momentet beaktas. Detta utredningens förslag skall emellertid icke fattas på så sätt att den sökande skall inställa sig inför nämnden som inför en domstol. Tvärtom önskar utredningen uttala som sin uppfattning, att där en sådan handläggning av ärendena på det lokala förberedande planet redan nu förekommer — se härom närmare vid diskussionen om rådgivningsbyråerna — måste den anses oförsvarlig, både från psykologiska och mänskliga synpunkter. Den av utredningen här föreslagna personliga kontakten mellan den sökande och nämndens ledamöter bör kunna ordnas på ett relativt enkelt och smidigt sätt. De två läkarledamöterna kommer att i övervägande flertalet fall träffa kvinnan i och för undersökning. För den tredje ledamoten bör möjlighet ordnas till mottagning i anslutning till det sammanträde i nämnden, då ärendet i fråga skall avgöras.



Då utredningen sålunda som huvudregel föreslår, att besluten i nämnden skall föregås av personlig kontakt mellan sökanden och nämndens ledamöter, förbiser utredningen icke, att just häri ligger en risk för att vissa kvinnor av olika skäl — skygghet att diskutera de intima frågor, som det här så gott som alltid gäller, med flera utomstående, en förutfattad misstro mot en samhällelig prövningsapparat m. m. — kommer att vägra att uppsöka nämndens ledamöter och i stället hamna hos en illegal abortör. Utredningen fäster emellertid så stor vikt vid just den personliga kontakten, att utredningen icke anser sig kunna förorda en långt gående upp- mjukning av huvudregeln. Utredningen anser även, att om nämnderna rätt handhar sina uppgifter, den misstanke för byråkratisk handläggning av ärendena, som må finnas i vissa kretsar, kommer att undanröjas. I sådana fall av rent medicinsk indikation, där de sociala faktorerna uppenbarligen saknar betydelse, kan naturligtvis personligt sammanträffande med den läkare, som ställt diagnosen, vara tillfyllest. Likaledes kan fall förekomma, där den socialutredning, som på sätt nedan kommer att närmare utvecklas, så gott som undantagslöst skall föreligga, klart ger vid handen, att ett rigoröst vidhållande av kravet på personlig kontakt skulle lända kvinnan till skada. Det bör observeras, att kontakt alltid måste ha funnits mellan den socialvårdstjänsteman, som verkställt den förberedande utredningen, och den sökande och att i säkerligen flertalet fall sökanden träffat den inför nämnden föredragande kuratorn (se härom mera i det följande). Således torde åt nämnden kunna inrymmas en befogenhet att besluta om befrielse från skyldighet för sökande att ta personlig kontakt med nämndens samtliga ledamöter i fall, där på grund av innehållet

i föreliggande utredning sådan kontakt uppenbarligen skulle sakna betydelse eller orsaka skada. Den sökande har ju träffat — förutom kuratorn — även den intygsskrivande läkaren. I rapporterna till medicinalstyrelsen bör anges, om nämnden haft personlig kontakt med sökanden eller icke.

Då ett ärende kommer under prövning hos medicinalstyrelsens socialpsykiatriska nämnd, synes personlig inställelse endast behöva påfordras, då nämnden, som vid de eugeniska fallen, är första instans eller vid överklaganden, då kvinnan är klagande. Även i dessa fall bör nämnden emellertid kräva personlig inställelse endast, då detta anses som oundgängligen nödvändigt för ett bedömande av ärendet.

På varje ort, där en lokal nämnd är verksam, skall i regel finnas en rådgivningsbyrå som biträder nämnden i dess arbete. Den som handhaft ett ärende, bör vanligen föredra det inför nämnden. Nämndens placeringssort är i regel sjukvårdsområdets största ort, troligen med flertalet av områdets abortsökande. Den förberedande handläggningen och den abortprofylaktiska verksamheten på placeringssorten bör därför skötas av kurator eller kuratorer som är anställda vid ortens rådgivningsbyrå.

I alla ärenden, som skall prövas av den lokala nämnden, skall föreligga en social utredning, företagen av en härför lämplig och utbildad social tjänsteman, om möjligt en kurator. Denna socialutredning, som är av utomordentligt stor vikt, erbjuder även det första tillfället för samhällsorganen att med den sökande diskutera andra utvägar än abort och sätta in sin förebyggande verksamhet. Utredningen har ansett det erforderligt att föreslå detta som huvudregel vid *samtliga* indikationer. Såsom analysen av lagens tillämpning i

det föregående har visat, kan man icke i någon indikation, icke ens vid en rent medicinsk indikation, bortse från den betydelse som den yttre miljön har i abortsituationen. Endast i strängt avgränsade undantagsfall bör nämnden kunna göra avkall på detta krav företrädesvis i sådana medicinska fall, som dock ibland inträffar, när miljöförhållandena alldeles uppenbart saknar all betydelse. Socialutredningen bör verkställas på den ort, där den sökande stadigvarande vistas.

Det har av Svenska Gynekologförbundet hävdats, att fall av rent medicinsk indikation fortfarande borde kunna handläggas av två behöriga läkare, alltså utan socialutredning och nämndavgörande. Utredningen har vid diskussion av denna fråga kommit till följande resultat.

Som tidigare vid flera tillfällen framhållits och som belysts i avsnittet om de olika indikationerna, kan man icke i någon indikation bortse från den yttre miljöns betydelse. Icke ens vid rent somatisk sjukdom är det för abortärendets avgörande oväsentligt, om den yttre miljön kan underlätta genomförande av graviditeten eller om den är så påfrestande, att den ytterligare förstärker skälen för legal abort. Utredningen anser sig därför icke kunna ge avkall på kravet om social utredning även i dessa fall. Det synes därför icke finnas någon anledning att icke låta dem gå genom den lokala nämnden.

Utredningen har tidigare påpekat, att själva arbetssättet inom den nuvarande centrala prövningsinstansen samt ansvällningen av antalet ärenden fått som följd en utveckling bort ifrån det enhetliga bedömnings sätt, som alltid ansetts vara en av det centrala systemets fördelar. Givetvis kan den invändningen göras mot det här skisserade förslaget till ett decentraliserat prövningsförfä-

rande, att det innebär ytterligare ökade möjligheter till oenhetliga avgöranden. Utredningen är emellertid av den övertygelsen, att detta nya system icke kommer att medföra ett avsevärt mera oenhetligt bedömande än det nu gällande och ej heller kommer det att lämna ökade möjligheter till en sådan tillämpning av lagen, som icke varit lagstiftarnas avsikt. En direkt och konkret konfrontation med abortproblemet och de abortsökande har ofta visat sig få även en tidigare helt oförstående och negativt inställd människa att acceptera abortlagens innebörd och att tillämpa den på ett väl avvägt sätt. De förbättringar i utredningsförfarandet samt kanske framför allt den personliga kontakt mellan den sökande och prövningsorganet, som förslaget innebär, utgör en påtaglig vinst. De lokala nämnderna kommer också att få större möjligheter att pröva andra utvägar ur abortsituationen än en legal abort. Genom medicinalstyrelsens övervakning och inspektion erhåller man även en viss garanti för kontinuitet och enhetlighet. Framför allt kan man enligt utredningens mening räkna med att det nya systemet med dess möjlighet till förbättrat utredningsförfarande och ökad personlig kontakt med kvinnan kommer att vara ett led i en ökad verkligt abortförebyggande verksamhet — när det gäller såväl de legala som illegala aborterna.

Vid genomförandet av ett decentraliserat prövningssystem uppkommer frågan om de s. k. *tväläkarintygens ställning*. Utredningen har efter övervägande stannat vid att föreslå, att dessa intyg helt borttas. Skälen härtill är följande.

Ytterst få abortansökningar kan bedömas på ett allsidigt sätt utan en socialutredning; detta gäller, som förut påpekats, samtliga indikationer. Det skulle därför icke vara försvarligt att i framtiden bevara ett förfaringsätt

Tabell 34. Granskning av tvåläkarfall enligt medicinalstyrelsens praxis

	Antal prövade tvåläkarfall	Därav troliga avslag i socialpsykiatriska nämnden i %
Psykisk sjukdom, svaghet, förutsedd svaghet .....	46	52
Somatisk sjukdom, svaghet, förutsedd svaghet .....	161	8
Kroppsfel .....	5	—
Humanitär indikation	1	—
	213	17

med ett renodlat läkarbedömande ens vid somatisk medicinsk indikation. Om man emellertid ser sig nödsakad att föreskriva socialutredning även vid tvåläkarfallen och därtill kommer, att den ene av dessa intygs undertecknare är operatören, dvs. som regel just den gynekolog, som bör ingå som en av ledamöterna i den lokala nämnden, verkar det tämligen onödigt att vid sidan av nämndavgörandena bevara en ytterligare prövningsmöjlighet.

Därtill kommer att tvåläkarintygen för närvarande icke alltid är avfattade ens med den medicinska sakkunskap som man har rätt att kräva. För avgivande av ett C-intyg till socialpsykiatriska nämnden krävs svensk läkarlegitimation. Som behörighetsvillkor för att med ett tvåläkarintyg själv avgöra ett abortärende gäller för den ene läkaren att han skall vara anställd på "lasarett, därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga" samt för den andre att han skall vara "annan läkare i den tjänsteställning Konungen föreskriver". Då det emellertid ibland inträffar att en vikarie tillfälligt uppehåller en tjänst, utan svensk läkarlegitimation, är denne behörig att utfärda tvåläkarutlåtande för

abort fastän icke behörig att avfatta ett C-intyg. Eftersom tvåläkarutlåtandena icke blir föremål för en sakgranskning i medicinalstyrelsen utan endast genomgås jämte operationsberättelserna för kontroll av de formella betingelserna, kan här finnas möjlighet till mer eller mindre allvarliga felbedömanden.

Utredningen, som ansett det önskvärt att bilda sig en uppfattning om i vilken utsträckning tvåläkarintygen skulle ha bifallits vid en prövning inför socialpsykiatriska nämnden, har låtit verkställa en undersökning härav. Av de under 1950 avgivna utlåtandena och operationsberättelserna har vart femte ärende utsorterats eller tillhoppa 213 ärenden. Dessa har ganskats av två ledamöter i utredningen, som tidigare varit verksamma som ordförande och ledamot i socialpsykiatriska nämnden. Undersökningen framgår av *tabell 34*.

Granskningen utvisar alltså, att totalt skulle 17 % ha avslagits, om ärendena prövats i medicinalstyrelsen. Avslagsprocenten skulle ha blivit särskilt markant, om de ärenden prövats, där psykisk sjukdom angivits som grund för ingreppet. Som framgår av tabellen skulle inte mindre än ca 50 % av dessa har lämnats utan bifall.

Vidare kan nämnas, att utredningens ledamot Inghe från tvåläkarfallen ur stickprovsmaterialet från 1950 plockat ut 22 fall, där enligt hans mening indikationerna för abort icke syntes vara särskilt bärande. Utredningens båda ledamöter, som tidigare tillhört socialpsykiatriska nämnden, har genomgått dessa 22 fall och ansett sig kunna konstatera, att i varje fall 10 av dessa icke torde ha fått bifall på sin ansökan, om ärendena prövats i medicinalstyrelsen på i utlåtandena anförda uppgifter. Sålunda framkommer i många fall endast subjektiva symtom (t. ex. "klagar över trötthet"). I ett fall har uppgifter

lämnats av patientens mor. I en del andra fall anföres endast "psykiskt och fysiskt 0" men "ekonomien dålig", "somatopsykiskt u.a. men har sex barn", "förtvivlad, abort vidrig utväg men inga möjligheter till hemhjälp", "inga organiska fel påvisbara men klagar över trötthet", samtidigt som uppgifter om sociala förhållanden saknas. Andra uppgifter, som anförts som skäl för aborten är: "för närvarande ej insufficient men fränskild flykting med två barn", "frisk och sund gravid i sju veckor, gift med utlännning som avhoppat och planerar resa till USA". Det är påtagligt, att många av dessa fall gäller graviditeter i ett tidigt stadium (4—5 veckor, 2 månader, 7 veckor).

Utredningen har även ur stickprovsmaterialet ansett sig kunna göra vissa andra konstateranden beträffande tvåläkarintygen. Det framgår av tabell 29 att bland nämndärendena förekom kvinnor ur socialgrupp I i 4,6 %, socialgrupp II i 28,5 % och socialgrupp III i 66,9 %. Bland tvåläkarintygen var motsvarande siffror 11,4 % för socialgrupp I, 34,6 % för socialgrupp II och 54,0 % för socialgrupp III. En kvinna ur socialgrupp I får alltså jämförelsevis oftare legal abort på tvåläkarintyg än en kvinna ur socialgrupp III. Vidare kan nämnas, att tvåläkarfallen från Stockholm uppvisar 46,1 % fysiskt friska patienter mot 20,6 % från övriga delar av landet. I 53,9 % av Stockholms tvåläkarfall har sålunda psykiska sjukdomssymtom åberopats som skäl för aborten. Dessa sjukdomssymtom är vida vanligare bland sökande från socialgrupp I än bland sökande från de två andra socialgrupperna. Bland samtliga tvåläkarfall var sålunda 12,5 % av de sökande från socialgrupp I psykiskt friska, medan motsvarande siffra för socialgrupp II var 33,4 % och för socialgrupp III 45,1 %. Bland nämndären-

dena förekom ingen sådan olikhet. Utredningen anser sig ha anledning att konstatera, att de psykiska sjukdomstillstånderna är vanligare bland tvåläkarabortfallen, när den abortsökande tillhör den högsta socialgruppen. Kombinerar man detta med resultatet av den genomgång av tvåläkarutlåtandena, som redovisas här ovan, enligt vilket drygt 50 % av de bedömda tvåläkaraborterna med psykiska symtom sannolikt inte skulle ha bifallits vid prövning i medicinalstyrelsen — det bör anmärkas, att fall med grava psykiska symtom på grund av eventuell rättsinkapacitet skall prövas av medicinalstyrelsen och därför knappast kan förekomma i större utsträckning bland tvåläkarintygen — kan man icke undgå det bestämda intrycket, att systemet med abort efter tvåläkarutlåtanden kommit att i viss utsträckning underlätta för det högsta socialskiktet att erhålla legal abort. Detta förstärker enligt utredningens uppfattning motiven för att när det nya prövningsförfarandet genomförts avskaffa detta system, vilket utredningen alltså föreslår.

Slutligen vill utredningen beröra frågan om *det praktiska genomförandet* av förslaget med lokala prövningsnämnder. En noggrann inventering inom varje sjukvårdsområde av de personella resurser, som för närvarande står till buds, utvisar, att det inom de flesta av dessa finns möjligheter att tillgodose de planerade nämnderna med psykiatriskt skolad läkare i tjänsteställning. Därest så icke är möjligt, bör en annan intresserad och lämplig läkare i tjänsteställning kunna komma i fråga. Om det i något område icke skulle finnas gynekolog i tjänsteställning, kan i stället lasarettsläkaren vid den kirurgiska avdelningen förordnas. Då man kan beräkna, att tillgången på gynekologer inom en nära framtid kommer att öka, kan man

från den synpunkten bedöma möjligheterna att genomföra ett decentraliserat provningsförfarande som goda. I detta sammanhang vill utredningen dock framhålla, att specialistkompetens icke bör vara ett absolut villkor för att vara ledamot i provningsnämnd.

Förutsättningen för att en lokal provningsnämnd skall kunna arbeta på ett tillfredsställande sätt är att en rådgivningsbyrå finns inrättad i anslutning till nämnden. På sätt som ovan framhållits, kommer i flertalet fall byråns läkarpersonal att ingå i nämnden och även i övrigt kommer samarbetet mellan de båda organen att bli så intimt, att rådgivningsbyrån blir ett nödvändigt organ för nämndens verksamhet. Här emot kan invändas, att då socialpsykiatriska nämnden i medicinalstyrelsen kan avgöra sina fall utan tillgång till rådgivningsbyrå, bör också de planerade provningsnämnderna kunna göra det. Detta resonemang är emellertid inte riktigt, då medicinalstyrelsen för sitt

avgörande inte är beroende av någon rådgivningsbyrås personal, vilket däremot nämnderna kommer att bli. Konsekvenserna av detta förhållande blir, att provningsnämnder kan införas endast på de platser, där rådgivningsbyråer finns i verksamhet inom området eller uttryckt med andra ord, att ett genomförande av utredningens förslag måste ske successivt i takt med utbyggnaden av rådgivningsbyråerna.

Utredningen vill slutligen understryka, att det icke finns någon anledning att låta provningsnämnderna träda i funktion såsom en försöksverksamhet utan anser att nämnder bör inrättas definitivt i takt med tillgången på rådgivningsbyråer och lämplig personal.

Utredningens förslag om provningsförfarandets utformning föranleder vissa ändringar i abortlagen samt utfärdande av ny tillämpningskungörelse. Utkast har uppgjorts och utredningen hänvisar till den särskilda motiveringen till förslagen.

## Förundersökningen och den abortförebyggande rådgivningen

### Tillkomst och utveckling

Efter förslag av Kungl. Maj:t (proposition nr 369/1945) beslöt 1945 års riksdag att anslå medel för bidrag till landsting, resp. stad utom landsting för att såsom försöksverksamhet upprätta kuratorsinstitutioner för abortsökande. Frågan om hur dessa institutioner skulle organiseras och arbeta hade dessförinnan behandlats av 1941 års befolkningsutredning i dess betänkande i abortfrågan (SOU 1944: 51). Deras uppgifter angavs vara att på ett personligt sätt ta sig an de abortsökande kvinnorna, att göra de nödvändiga utredningarna och förmedla ansökan om legal abort i de fall, där sådan anses tänk-

bar och att i övrigt söka hjälpa de rådsökande igenom svårigheterna och förmå dem att bära fram barnet. Vid kuratorsinstitutionerna föreslogs tjänstgöra en läkare och en eller flera kvinnliga kuratorer. Organisatoriskt ansågs institutionerna bära anknytas till den förebyggande mödravården, ehuru huvudmännen föreslogs erhålla stor frihet i fråga om deras yttre form. Statsbidragsgivningen begränsades under försöks- och det första utbyggnadsskedet till tio institutioner, arbetande efter en av medicinalstyrelsen godkänd plan och enligt en av medicinalstyrelsen utarbetad normalinstruktion.

Som ett led i det abortförebyggande

arbetet ställdes till varje byrås förfogande särskilda medel till ett belopp av 4 000 kronor per år för att avhjälpa överhängande behov hos de abortsökande. Denna verksamhet angavs vara i viss mån en nyhet inom socialvården, i det att kuratorn avsågs erhålla stor rörelsefrihet beträffande medlens användning och föreskrevs skyldighet att anmäla och motivera utbetalningarna först i efterhand.

I fråga om fördelningen av kostnaderna för kuratorsverksamheten för abortsökande beslöts att staten skulle bekosta arvudet åt de vid institutionen tjänstgörande läkarna och den särskilda ekonomiska hjälpen åt de abortsökande genom kuratorn samt bidra till avlöningen åt kuratorn och kostnaderna för hennes resor för hembesök, medan huvudmännen skulle svara för övriga kostnader i samband med starten och driften av institutionerna. För att erhålla statsbidrag skulle huvudmännen även uppfylla det villkoret att tillerkänna kuratorn en minimilön motsvarande lönegrad A 11 i det dåvarande statliga civila avlöningsreglementet, nu lönegrad Ca 15 i statens allmänna avlöningsreglemente. Statsbidraget till kuratorns avlöning bestämdes till 20 kronor per mottagning; arvudet till läkaren bestämdes till 15 kronor per mottagning. För kuratorns resor för hembesök beviljades statsbidrag enligt samma grunder som för resorna inom mödravården eller med 70 % av de sammanlagda resekostnaderna inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län, med 60 % inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län samt med 50 % inom riket i övrigt. Enligt samma grunder erhöi de abortsökande rätt till bidrag för resor till kuratorsinstitutionerna, om de av läkare hänvisats dit.

Under de år som förflutit efter riks-

dagsbeslutet om statsbidrag till en försöksverksamhet i abortförebyggande syfte har sådan verksamhet bedrivits med statsbidrag i ett antal städer utom landsting och landstingsområden. Vid årsskiftet 1952—53 var nio rådgivningsbyråer för abortsökande i funktion, nämligen Stockholms stads rådgivningsbyrå för sexualfrågor, sjukhusdirektionens rådgivningsbyrå i abortfrågor i Göteborg, Malmö stads rådgivningsbyrå i abortfrågor, Stockholms läns rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Solna, Gotlands läns rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Visby, landstingets rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Gävle, Västernorrlands läns landstings rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Sundsvall, Östergötlands läns landstings rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Linköping och Hälsingborgs stads rådgivningsbyrå i sexualfrågor. Därtill har medicinalstyrelsen godkänt plan för abortförebyggande verksamhet vid rådgivningsbyråer i Hudiksvall och Örnköldsvik.

Statsbidraget har från den 1 januari 1947 höjts till 25 kronor för kuratorns mottagning, medan läkarens arvode utgår oförändrat med 15 kronor och har beräknats för i genomsnitt tio rådgivningsbyråer, vardera med en läkare och en kurator. 1949 års riksdag beslöt dock, efter förslag av Kungl. Maj:t, att statsbidrag kunde efter Kungl. Maj:ts medgivande utgå härutöver till det ytterligare antal byråer, som kunde komma att bli erforderligt, dock högst fem. Samma beslut har därefter fattats av riksdagen även följande år. I fråga om anslaget till den särskilda ekonomiska hjälpen åt abortsökande beslöt 1950 års riksdag efter förslag av Kungl. Maj:t att, utöver det utgående bidraget om 4 000 kronor per byrå ett sammanlagt belopp av 10 000 kronor skulle varje år ställas till medicinalstyrelsens förfogande för utbetalning till byråer, för vilka det an-

visade beloppet visade sig vara otillräckligt för att tillgodose hjälpbehovet.

1953 års riksdag har beviljat anslag för sammanlagt tretton rådgivningsbyråer. Utöver de tidigare omnämnda nio byråerna har statsmedel ställts till förfogande för byråer i Hudiksvall, Örn-sköldsvik, Karlstad och Lund. I Karlstad finns dock redan en byrå, ehuru huvudmannen icke hittills begagnat sig av möjligheten att erhålla statsbidrag.

Vid sidan om verksamheten vid de statsunderstödda rådgivningsbyråerna — vilken utredningen enligt sina direktiv har att granska och med tanke på en fortsatt verksamhet i mera definitiva former bedöma — pågår abortförebyggande verksamhet även i annan form. För övrigt bedrivs denna verksamhet på andra orter av en eller ett par läkare, oftast gynekolog och psykiater, i samarbete med lasarettskurator. Så sker exempelvis i Norrköping, Borås, i Göteborgs och Bohus län, Malmöhus län, Kopparbergs län m. fl. områden.

I det följande redovisar utredningen de synpunkter på byråernas funktionsätt och de erfarenheter av den hittillsvarande verksamheten, som framkommit genom utredningens kontakter med byråernas läkare och kuratorer.

#### **Funktionsätt och hittillsvarande erfarenheter**

De rådgivningsbyråer, som var i funktion vid årsskiftet 1951—52, arbetade under 1951 enligt de uppgifter, som byråerna författningsenligt skall insända till medicinalstyrelsen, enligt uppställningen i *tabell 35*.

Som framgår av tabellen har rådgivningsbyråernas *normalorganisation* med en läkare som föreståndare och en halvtidsanställd kurator som dennes biträde i många fall överskridits på grund av ökningen i antalet abortsökande. Detta gäller givetvis framför allt de byråer, där verksamheten varit i

gång en något längre tid, nämligen byråerna i Stockholm, Göteborg, Malmö, Solna och Gävle. Föreståndaren, som i regel är psykiater, biträds här av två eller flera kuratorer, ibland även av en sjuksköterska. I Stockholm måste byrån med hänsyn till det stora antalet sökande vara utrustad med ännu betydligt större personal.

*Kuratorernas anställningsförhållanden* förtjänar i detta sammanhang att något kommenteras. 1941 års befolkningsutredning rekommenderade, att de skulle anställas med halvtidstjänstgöring på byråerna och kombinera denna med annan kuratorstjänstgöring. Som motiv härför anförde befolkningsutredningen, att arbetet bland de abortsökande var starkt psykiskt påfrestande och icke borde utföras under mer än halv arbetstid. Särskilt lämplig torde halvtidstjänstgöringen vara under verksamhetens utbyggnadsskede, då dess omfattning var mera osäker. Även i medicinalstyrelsens normalinstruktion rekommenderas halvtidsanställning. Där est en utökning av arbetskraften blir erforderlig, bör detta enligt instruktionen ske genom att anställa ytterligare halvtidsarbetande och icke genom att förvandla en halvtidstjänst till heltidstjänst. Praxis har på denna punkt blivit växlande. På några byråer arbetar uteslutande halvtidsanställda kuratorer och kombinerar i regel denna tjänst med tjänst som sjukhuskurator. På andra arbetar såväl heltids- som halvtidsanställda, på byrån i Solna endast heltidsanställda.

Både befolkningsutredningen och medicinalstyrelsen har uttalat sig beträffande *rådgivningsbyråernas mottagningar och lokaler*. Befolkningsutredningen betonade, att huvudmännen borde erhålla stor frihet i fråga om lokaler, tid för mottagning m. m. för att kunna organisera verksamheten på det

Tabell 35. Fungerande rådgivningsbyråer 1951

Byrå	Läkare	Kuratorer	Antal sökande (under året nyinskrivna)	Under året inskrivna som beviljats legal abort
Stockholms stads rådgivningsbyrå för sexualfrågor	1 (föreståndare) gynekolog, 15 konsulter, därav 12 psykiater och 3 gynekologer	4 heltids- och 7 halvtidsanställda + extra	2 425	1 243 (51 %)
Sjukhusdirektionens rådgivningsbyrå i abortfrågor i Göteborg	1 (föreståndare) psykiater	3 halvtidsanställda	450	192 (43 %)
Malmö stads rådgivningsbyrå i abortfrågor	1 (föreståndare) psykiater	1 heltids + 1 halvtidsanställd	409	167 (41 %)
Stockholms läns rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Solna	1 (föreståndare) psykiater, 1 gynekologisk konsult	2 heltidsanställda	488	254 (52 %)
Gotlands läns rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Visby	1 (föreståndare) kirurg	1 halvtidsanställd	70	36 (51 %)
Landstingets rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Gävle	1 (föreståndare) psykiater, 1 gynekologisk konsult	2 halvtidsanställda	310	153 (49 %)
Västernorrlands läns landstings rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Sundsvall	1 (föreståndare) gynekolog, 1 psykiatrisk konsult	1 halvtidsanställd	231	112 (48 %)
Östergötlands läns landstings rådgivningsbyrå i sexualfrågor i Linköping (fr. 15/5 1951)	1 (föreståndare) gynekolog	1 halvtidsanställd	86	35 (41 %)
Hälsingborgs stads rådgivningsbyrå i sexualfrågor (fr. 1/10 1951)	1 (föreståndare) psykiater, 1 gynekologisk konsult	1 halvtidsanställd	69	35 (51 %)

av lokala skäl lämpligaste sättet. Medicinalstyrelsen framhåller i sin normalinstruktion, att rådgivningsbyrån av diskretionsskäl bör förläggas i anslutning till ett lasarets poliklinikmottagning eller i varje fall kombineras med mottagning för allmän sexualupplysning eller kvinnosjukdomar. I allmänhet synes också rådgivningsbyråernas mottagningar ha förlagts till lasaretten, i flertalet fall till deras kuratorsexpedition. I Stockholm drives emellertid verksamheten i särskilda lokaler, kombinerad med mottagning för sexualupp-

lysning och rådgivning. Byrån i Solna är samordnad med verksamheten för öppen vård av psykiskt sjuka.

De abortsökande kvinnorna tar som regel *den första kontakten* med rådgivningsbyråerna per telefon varvid tid för besök bestäms. Särskilt vid de större byråerna uppstår härvid som regel en väntetid, framför allt under sådana tider av året, när tillströmningen av patienter är störst. En väntetid på mer än en vecka måste anses direkt ogynnsam, eftersom risken då blir stor för att byrån tappar kontakten med den



Tabell 36. Frekvensen av nämndärenden och tvåläkarfall på vissa rådgivningsbyråer

Rådgivningsbyrå	1948		1949		1950	
	Abort beviljad av medicinalstyrelsen	Tvåläkarintyg	Abort beviljad av medicinalstyrelsen	Tvåläkarintyg	Abort beviljad av medicinalstyrelsen	Tvåläkarintyg
Stockholm .....	857	18	1 077	31	1 263	68
Göteborg .....	104	4	119	2	144	3
Malmö .....	163	—	164	—	164	6
Solna .....	—	—	238	1	152	—
Gävle .....	—	—	94	—	124	5

sökande och eftersom dyrbar tid går förlorad för utredningsarbetet. Vid byrån i Stockholm har man sökt lösa denna fråga på så sätt att man har en reservpersonal av tidigare anställda kuratorer, som kan rycka in vid behov. Från andra byråer har uppgivits en väntetid på upp till 3—4 veckor, beroende framför allt på otillräckligt antal kuratorer. På några håll har man omedelbart hänvisat de sökande till gynekologundersökning för att utnyttja väntetiden.

Kurator är emellertid vanligen den av byråns personal, som först tar kontakt med patienten. En av hennes uppgifter är att verkställa en utredning av patientens ekonomiska, sociala och personliga förhållanden eller med andra ord de miljöomständigheter, under vilka patienten lever. De av kuratorn förda samtalen kompletteras i viss utsträckning med hembesök. Dessa kan ofta ha stor betydelse för uppfattningen av hur ett fall skall behandlas. Emellertid förekommer hembesök trots detta i relativt begränsad utsträckning. Rådgivningsbyrån i Stockholm uppvisar troligen den procentuellt lägsta siffran; 1950 verkställdes där 59 hembesök på 2 407 sökande eller i cirka 2,5 % av fallen. Orsaken härtill är i första hand bristande tid för kuratorerna. I Stockholm har man exempelvis sett sig nödsakad att väga värdet av hembesöken mot den

tid, som går förlorad genom långa färdvägar o. dyl. Men det finns även andra skäl, som enligt kuratorernas erfarenheter talar emot att generellt företaga hembesök. Då rent somatiska indikationer föreligger för abort kan ofta, dock icke i alla fall, hembesök undvåras. I fråga om sådana patienter, som genom andra socialvårdsorgan redan varit i kontakt med samhället, föreligger i flertalet fall tidigare en utredning om hemmiljön, som efter patientens tillstånd kan införskaffas. Vidare måste man även ta hänsyn till att många abortsökande kan reagera med stor motvilja mot hembesök. Orsakerna härtill kan vara rädsla för grannar, för att syftet med besöket skall röjas för omgivningen, för föräldrarna, hyresvärdinnan m. fl. Av viss betydelse, ehuru ej så vanlig, är den aversion, som vissa patienter har mot att visa upp sin hemmiljö för kuratorn. Vid några av de rådgivningsbyråer, som är verksamma inom landstingsområdena, t. ex. byråerna i Solna och Gävle, har i viss utsträckning distriktssköterskor anlåtats för sådana hembesök, som har bedömts vara värdefulla och önskvärda men som kuratorn icke kunnat verkställa.

Av stor betydelse är det *samarbete mellan psykiater och gynekologer*, som upprättats på byråerna. Alltmer vanligt är att patienter vid byråer, vars före-

Tabell 37. Besöksfrekvensen vid vissa byråer 1948—51

År	Stockholm		Göteborg		Malmö		Solna		Gävle	
	Antal sökande	Därav procent legala aborter	Antal sökande	Därav procent legala aborter	Antal sökande	Därav procent legala aborter	Antal sökande	Därav procent legala aborter	Antal sökande	Därav procent legala aborter
1948	1 805	48	355	30	329	47	441	49		
1949	2 090	53	362	34	364	40	448	45	217	41
1950	2 407	54	428	34	384	44	370	41	284	45
1951	2 425	51	450	43	409	41	488	52	310	49

ståndare icke är gynekolog, på ett tidigt stadium av utredningen sänds till gynekologundersökning, dels för att få konstaterat att graviditet verkligen föreligger, dels för att gynekologen — operatören om tillstånd till legal abort erhålles — skall ha tillfälle att få en uppfattning av den sökande under den tid, då hon verkligen är i abortsituation, dvs. innan tillståndet erhållits. Det har nämligen visat sig, att hennes psykiska status ofta har förändrats till det bättre, sedan hon erhållit tillstånd till operation, ett förhållande, som kan ha ingett operatören, som icke sett henne dessförinnan, betänkligheter angående ingreppets berättigande. Vissa gynekologer verkställer ändock abortoperationerna, så snart tillstånd därtill föreligger, medan andra fäster stor vikt vid att få tillfälle att medarbeta i utredningen på ett tidigt stadium. Vid en byrå i landet diskuteras ärendena vid en gemensam konferens mellan psykiaterna och kvinnoklinikens läkare, varvid även patienterna demonstreras. Enligt uppgifter från rådgivningsbyråerna är en av vinsterna med samarbetet mellan psykiater och gynekologer, att gynekologen efter ett eventuellt bifall av medicinalstyrelsen även är villig att utföra operationen.

Det kan i detta sammanhang framhållas, att operationer av byråernas klientel i ringa utsträckning sker efter utlä-

tande av två läkare. Man föredrar allmänt att sända in ansökningar till medicinalstyrelsen för avgörande i dess socialpsykiatriska nämnd. En uppfattning om antalet tvåläkarintyg ger tabell 36.

Besöksfrekvensen på byråerna har i allmänhet varit i stigande under de år, då verksamheten pågått. Utvecklingen på de fem äldsta byråerna framgår av tabell 37.

Vid några av byråerna visar såväl antalet sökande som procentuella antalet av dem som erhållit legal abort en kontinuerlig stegring, medan vid andra byråer någon klar tendens ej kan utläsas. Alltför många faktorer påverkar byråernas arbetsresultat för att man skall kunna mäta detta rent siffermässigt. Inte heller är det möjligt att göra direkta jämförelser mellan de olika byråerna, då deras resurser att kunna omhänderta de sökande är alltför olika. Av tabell 38 framgår emellertid procentuella antalet sökande, som efter besök på byrån avstått från sin abortansökan eller fått denna avslagen.

Tämligen ofta förekommer att rådgivningsbyråns läkare och kurator icke finner indikationer föreligga för legal abort, men den sökande ändock yrkar att få sitt ärende prövat av medicinalstyrelsen. Samtliga byråer uppger att i sådana situationer ansökningen översänts till medicinalstyrelsen, om kvin-

Tabell 38. Antal sökande, som vid vissa byråer avstått från abort

	1948 %	1949 %	1950 %
Stockholm .....	43	39	37
Göteborg .....	56	58	—
Malmö .....	38	40	47

nan så påfordrar; det händer emellertid, att hon avstår härifrån när hon förstår, att man från rådgivningsbyrån kommer att avstyrka framställningen. I vissa situationer kan ett avslag från medicinalstyrelsen ha en terapeutisk effekt. Då kvinnan nämligen vet, att alla utvägar försökts för att på legal väg erhålla abort, kan personalen på byrån vid den fortsatta kontakten ofta få henne att acceptera situationen och fullfölja graviditeten. Någon gång kan den motsatta situationen inträffa, att byråns personal utverkar tillstånd till en abort, för vilken lagliga indikationer föreligger, och att man med utnyttjande av den avspänning, som blivit en följd av bifallet, söker få kvinnan att avstå från operationen, då man av speciella anledningar anser detta vara särskilt angeläget.

Kuratorn är även den av rådgivningsbyråns personal, som utför huvudparten av det *abortförebyggande arbetet*. Redan vid en abortsökandes första konsultation på byrån söker kuratorn vinna hennes tillit och förtroende och få henne att spontant tala ut om hela sin situation. Efter inledande samtal och undersökningar uppstår frågan för kuratorn vilka åtgärder som skall vidtas i fallet. På de flesta byråer kommer man genom överläggningar mellan kuratorn och läkarna fram till en, oftast gemensam, uppfattning huruvida kvinnans ansökan kan tillstyrkas eller ej. Av stor betydelse är frågan vid vilken tidpunkt kuratorns abortförebyggande åt-

gärder bäst sättes in. Byråerna tillämpar allmänt den regeln att detta icke bör ske på ett alltför tidigt stadium, innan man vet om klara och tvingande indikationer för ett abortingrepp föreligger. Om så är fallet, kan nämligen övertalningsargument, som kuratorn tidigare framfört, ha etsat sig fast i kvinnans medvetande och efter utförd operation ge upphov till samvetsbetänkligheter och ånger. Oftast väntar man med att påbörja det abortprofylaktiska arbetet, till dess större delen av utredningen är färdig, och i varje fall till dess patienten undersökts av psykiatern. Någon generell regel kan naturligtvis aldrig uppställas. Det goda samarbetet kring fallet mellan läkare och kurator blir av särskild betydelse, då avstyrkan av en ansökan är trolig.

När det visar sig, att indikationer för att tillstyrka en abortansökan icke föreligger, söker kuratorn finna positiva vägar ur den sökandes svåra situation. Motiven för abortansökan kan som tidigt tidigare framhållits vara av mycket växlande slag och ofta sammanvävda med varandra. De abortprofylaktiska åtgärderna måste anpassas därefter. Samhällets sociala och ekonomiska hjälpmöjligheter måste mobiliseras och de ofta personligt tilltrasslade situationer, under vilka de sökande lever, måste klarläggas och om möjligt avhjälpas. Det kan gälla för kuratorn att förmedla en personlig kontakt med anhöriga, i fråga om en ogift kvinna t. ex. föräldrar, som den sökande själv icke vågar ta. Det kan gälla ett direkt och omedelbart ekonomiskt bistånd, vartill kuratorn har viss möjlighet genom de särskilda medlen på 4 000 kronor. Alltmer synes man i det abortprofylaktiska arbetet i samarbetet mellan psykiater och kurator tillämpa psykoterapeutiska metoder, varvid man tar sikte på att finna en lösning på *hela* den konfliktsitua-

tion, som den sökande lever i, i stället för att isolerat söka råda bot på de för henne medvetna akuta svårigheter, som lett till hennes abortansökan.

Många gånger har det visat sig svårt att enbart på grundval av kuratorsutredningar och läkarundersökning avgöra, huruvida indikationer för ett avbrytande av havandeskapet föreligger. Möjligheten att lägga in sökande för *en tids observation* tillmätes därför stor betydelse. För flera byråer stöter detta på svårigheter, bl. a. på grund av platsbristen vid sjukhusen. De byråer, vars lokaler är inrymda inom ett sjukhus, har givetvis de bästa förutsättningarna för inläggning. Sålunda har man i Malmö under 1948—50 kunnat lägga in respektive 36, 31 och 45 sökande för observation, vilket för 1950 motsvarar ungefär 13 % av samtliga sökande, oaktat sjukhusets psykiatriska klinik endast har 17 kvinnliga platser. I Göteborg har frågan lösts på det sättet, att de abortsökande remitterats till psykiatriska kliniken. Större svårigheter har man hittills haft i Stockholm, där observationsfallen läggs in på olika sjukhus allt efter platstillgång. Rådgivningsbyrån i Solna har särskilt goda möjligheter att ordna observationsplatser för sina patienter, eftersom byrån bl. a. kan disponera landstingets neuroshem Bylehemmet i Täby och Ulvsunda vårdhem för lättare psykiskt sjuka. Nyligen har dock byrån i Stockholm fått möjlighet att disponera ett antal platser på ett av stadens konvalescenthem och sannolikt kommer en psykiater att knytas till hemmet.

De *omedelbara ekonomiska resurser*, som står till buds för rådgivningsbyråernas verksamhet, utgörs först och främst av det statliga anslag på 4 000 kronor per år, som tillkommer varje byrå. Detta belopp är enligt byråernas uppgifter fullständigt otillräckligt, och

kuratorerna nödgas ofta anlita privata hjälporganisationer för att råda bot på de mest trängande behoven. Vissa landsting, respektive städer utom landsting har beviljat särskilda anslag för den direkta ekonomiska hjälpen till de abortsökande. Stockholms stad har sålunda, trots att rådgivningsbyrån kunnat disponera 6 000 kronor av det extra statliga anslaget på 10 000 kronor, ansett det erforderligt att anslå 16 000 kronor per år, att efter behovsprövning av en nämnd bestående av byråns föreståndare och två kuratorer utdelas till patienter med hemortsrätt i Stockholm. Detta anslag har för 1953 höjts till 25 000 kronor. Till byrån i Solna utgår ett extra statligt anslag på 2 000 kronor samt därtill ett anslag av landstinget på 1 500 kronor. I den mån dessa medel och hjälp från enskilda organisationer icke föreslår, nödgas kuratorerna hänvisa sökande till socialvården.

Enligt byråernas erfarenheter är de abortsökandes angelägnaste ekonomiska bekymmer oftast skulder för mat, hyra och kläder samt avbetalningsskulder. Patienterna får den ekonomiska hjälpen i kontanter och anmodas att till byrån sända in kvitton för de betalade beloppen. Ytterst sällan synes någon missbruka detta förtroende. Det vanliga maximibeloppet utgör omkring 150 kronor. Enligt de utfärdade anvisningarna skall denna ekonomiska hjälp vara ett led i det abortförebyggande arbetet och kan således icke utgå till patient, som erhåller legal abort. Självfallet är emellertid lika ofta de kvinnor, som erhåller abort i behov av ekonomisk hjälp. På de rådgivningsbyråer, som har kommunalt anslag, finns möjlighet att i undantagsfall bisträcka dessa kvinnor med hjälp av de kommunala medlen.

Enligt byråernas uppgifter intar *bostadsfrågan* en framträdande plats bland de abortsökandes svårigheter, och

en angelägen uppgift för kuratorerna blir att söka lösa denna fråga. För detta ändamål hålls kontakt med vederbörande kommunala bostadsförmedling, som synes ta den hänsyn som är möjlig till önskemål, framförda från rådgivningsbyråerna. På de platser, där en betydande kö av bostadssökande finns antecknad på bostadsförmedlingen, är detta givetvis en ömtålig avvägningsfråga. Ett fall, som från rådgivningsbyråns synpunkt ter sig mycket ömmande, är kanske inte sämre lottat än andra, som stått i kö längre på bostadsförmedlingen, och kan inte beviljas förtursrätt. I den mån en kurator t. ex. i Stockholm bedömer en abortsökandes fall som s. k. katastroffall, inträffar det emellertid, att bostadsförmedlingen efter framställning från byråns föreståndare ger henne förtursrätt till lägenhet.

En annan viktig uppgift i det abortprofylaktiska arbetet är att bereda *vila och rekreation* åt uttröttade mödrar och anskaffa ersättare i hemmet, oftast en hemvårdarinna, under vilohemsvistelsen. Även möjligheterna härtill varierar starkt på de olika byråerna, beroende på tillgången på lämpliga vilo- eller semesterhem.

Från samtliga byråer uppges det kontanta bidraget samt hjälp med bostadsanskaffning vara de från abortprofylaktisk synpunkt viktigaste hjälpformerna. De utgör en värdefull anknytning till den uppgift, som är en av kuratorernas mest angelägna, nämligen att hålla personlig kontakt med och ta hand om de sökande, som antingen på byrån eller i medicinalstyrelsen fått avslag på sin ansökan.

Vad man har att frukta och söka förebygga är att *avslagsfallen* går till illegal abort eller suicidium. Kuratorerna har också på det hela taget haft god framgång i sina försök att hålla kontakt med dessa kvinnor fram till förlösningen.

Dock har det icke kunnat undvikas att ett visst antal av dem företagit illegal abort. Av byrån i Stockholm uppges emellertid, att detta antal minskat från att i begynnelsen av byråns verksamhet ha uppgått till 35 % till att 1952 utgöra 1,4 %. Härtill kommer 1 %, som byrån tappat kontakten med. Från Göteborg rapporteras, att 1948 3,7 % och 1949 2,5 % av de sökande skaffat sig illegal abort. Antalet som spontana redovisade aborter är påfallande högt bland de kvinnor, vars abortansökan avslagits (i Stockholm 1948, 1949, 1950 respektive 27,7, 23,5 och 22,5 %). Att ett större antal kriminella aborter skulle dölja sig i denna siffra håller kuratorerna knappast för troligt. Några självmord bland sådana kvinnor som genom en rådgivningsbyrå fått avslag på sin abortansökan är icke kända; dock har försök härtill gjorts i några enstaka fall men upptäckts i tid. Vid en rådgivningsbyrå har emellertid ett självmord inträffat. Det rörde sig här om en kvinna, för vilken klara indikationer för abort förelåg, men vars ansökan ännu icke avgjorts. Enligt inhämtade upplysningar var hennes psykiska sjukdom sådan, att självmordet kunnat inträffa vare sig hon varit gravid eller ej.

En något lättare uppgift är att *efter operationen hålla kontakt* med de kvinnor, som erhållit legal abort. Ibland behöver de eftervård, antingen i form av psykiatrisk vård eller som konvalescentvård på grund av allmän uttrötning och nedslitning. De flesta byråer har även möjlighet att ordna med sådan eftervård. Framför allt inställer sig de opererade kvinnorna efter en tid för gynekologisk efterundersökning, varvid tillfälle erbjuds till sexualrådgivning och pessarutprovning. En värdefull möjlighet till kontakt, fortsatt hjälp och bistånd erhålls härvid. Vid alla byråer fäster man stort avseende vid möjlig-

heten att bedriva sexualupplysning. De flesta av dem har också en sådan möjlighet, antingen på själva byrån eller vid en närbelägen gynekologavdelning eller mödravårdscentral. Endast byrån i Göteborg uppges på grund av bristande tillgång på lämpliga lokaler på sjukhuset hänvisa sina patienter till Riksförbundets för sexuell upplysning lokala byrå för pessartupprovning.

Det har tidigare framhållits, att kuratorerna på de flesta rådgivningsbyråer enligt medicinalstyrelsens normalinstruktion är *halvtidsanställda*. Endast på byrån i Solna arbetar enbart *heltidsanställda* kuratorer; på byråerna i Stockholm och Malmö finns såväl hel- som halvtidsanställda. I Stockholm beräknas de heltidsanställda kuratorerna kunna utreda och behandla sex nya fall i veckan, medan man för de halvtidsanställda med 20 arbetstimmar i veckan beräknar tre. De sex till sju timmar, som en halvtidsanställd kurator sålunda kan disponera för varje sökande, uppges helt åtgå för utredningsarbete av normalfallen. För särskilt komplicerade fall, för fortlöpande kontakt med och rådgivning åt avslagsfallen eller för den eftervård, som ofta är nödvändig även för de legala abortfallen, finns med denna beräkningsgrund ingen ordinarie arbetstid. Ett allmänt intryck är, att en stor del av kuratorsarbetet på byråerna måste fullgöras på övertid.

Ett för arbetets utveckling karakteristiskt drag är att det egentligt abortprofylaktiska arbetet vidgats att bli något som kan betecknas som *familjerådgivning*. Detta är en naturlig följd av arten av de problem, som de abortsökande bär på, och som uppenbaras under samtal med kuratorn. Självfallet räcker det inte med att läkaren och kuratorn bedömer en abortsökandes fysiska eller psykiska tillstånd vara sådant att abortindikation föreligger eller icke förelig-

ger och därefter till- eller avstyrker ansökan. Skall ett i verklig mening och på lång sikt abortprofylaktiskt arbete bedrivas, måste själva den konfliktsituation angripas, som fört kvinnan fram till abortönskan. I ett stort antal fall visar det sig att utom sociala eller ekonomiska bekymmer även finns samlevnadsproblem med den närmaste omgivningen, ofta som den starkaste drivkraften till aborten. Om icke kvinnans abortönskan sätts in i hela sitt sammanhang och de djupast liggande orsakerna till denna angrips, anser man icke mycket vara vunnet med den kontakt som etableras vid abortansökan. På så sätt har byråernas rådgivningsarbete vidgats att bedrivas på en allt bredare bas, vilket givetvis ytterligare skärper kraven på kuratorernas kompetens och lämplighet för sina uppgifter.

1941 års befolkningsutredning upptog i sitt betänkande frågan om *abortkuratorernas utbildning* till diskussion. Befolkningsutredningen föreslog att kompetens som abortkurator skulle kunna förvärfvas efter genomgång av en av medicinalstyrelsen och socialinstitutet i Stockholm gemensamt anordnad speciell utbildningskurs på fyra månader. Vid kursen skulle undervisning meddelas i de avsnitt av ämnena medicin, psykologi, socialpolitik, sociologi och juridik, vilka är av direkt betydelse för kuratorns uppgifter. Praktisk tjänstgöring vid en rådgivningsbyrå och vid en sjukhusavdelning för abortpatienter skulle även förekomma. Detta blev efter förslag av Kungl. Maj:t riksdagens beslut. Två sådana utbildningskurser har därefter, 1947 och 1950, hållits vid institutet, vardera med 15 deltagare. Dessa har emellertid icke varit tillräckliga för behovet av abortkuratorer, utan medicinalstyrelsen uppgav sig hösten 1951 ha varit nödsakad att i nio fall meddela dispens från utbildningen.

### Utredningens synpunkter på den hittillsvarande verksamheten samt förslag

Utredningen har även att i enlighet med sina direktiv företa en granskning av rådgivningsbyråernas hittillsvarande verksamhet och arbetsresultat samt framlägga de förslag, som denna granskning föranleder.

När byråerna upprättades, var de avsedda att vara ett led — det verksamhetskärl — i det abortförebyggande arbetet. En måttstock på effektiviteten i deras arbete torde därför i positivt avseende utgöras av antalet sökande, som förmåtts att avstå från abort och föda barnet, i negativt avseende av antalet sökande, som erhållit abort. Det är emellertid omöjligt att använda så enkla och schematiska bedömningsgrunder i fråga om byråernas arbetsresultat. Genom deras tillkomst avsåg man även att vidga möjligheterna till legal abort dels därför att detta trots allt är och alltid kommer att vara den nödvändiga utvägen ur abortsituationen för ett antal kvinnor, dels därför att utsikt att erhålla legal abort är det viktigaste motivet för en abortsökande att överhuvudtaget vända sig till en rådgivningsbyrå och att etablera den kontakt med samhällets organ, som med skäl ansetts vara den enda möjliga vägen att komma till rätta med det illegala abortproblemet. För detta får man dock icke släppa ur sikte att även den legala aborten alltid är en negativ, ehuru ibland nödvändig lösning av abortsituationen. Av denna orsak måste en granskning av byråernas arbete göras enligt mera nyanserade principer, och omdömet måste grundas på en övertänkt uppfattning om vart man vill komma.

Det legala abortklientelet utgjordes 1950 till cirka 68 % av gifta kvinnor ifråga om de sökande hos socialpsykiatriska nämnden och 72 % ifråga om dem, som erhållit s. k. tvåläkarutlåtanden.

I ett tidigare avsnitt har visats, att samhället genom abortlagstiftningen i högre grad nått kontakt med de gifta abortsökande än med de ogifta.

Orsakerna till svårigheterna att få kontakt med de ogifta abortsökande är flera. För en ogift kvinna är det i flertalet fall fortfarande en katastrof att överhuvudtaget få barn. Inte ens om man ställde kraftigt ökade sociala och ekonomiska hjälpmedel till byråernas förfogande, skulle man kunna nå mer än en begränsad del av de ogifta, eftersom dessa söker abort och ingenting annat och byråerna och medicinalstyrelsen naturligtvis snabbt gjort sig kända för att avslå ett relativt stort antal ansökningar, framför allt från de ogifta. (1950 erhöll 15,9 % av de sökande avslag på sin ansökan. För de ogifta var avslagsprocenten 23,9, för de gifta däremot betydligt lägre, 11,7). Byråernas värde för de ogifta måste först och främst ligga i deras funktion som sexualrådgivningscentraler för att förebygga att graviditet över huvud taget inträder.

En del abortsökande, kanske framför allt bland de ogifta, har också ett krav på sekretess- och personligt integritetsskydd, som de anser icke blir tillgodosett på de samhälleliga rådgivningsbyråerna. För dem är det en enklare och betydligt snabbare procedur att uppsöka en illegalabortör, som utan att ställa några besvärliga frågor omedelbart verkställer ingreppet. Att de därmed vandrar utanför lagens ramar avskräcker dem icke. Byråerna måste givetvis i all den utsträckning det är möjligt ta hänsyn till denna inställning. Utredningen vill i detta sammanhang erinra om gällande lagbestämmelser angående utlämnande av allmänna handlingar och tystnadsplikten. Sekretessen gentemot utomstående måste naturligtvis vara fullständig, men för envar sökande av denna typ är varje

person som utöver operatören tar befattning med hennes ärende, egentligen en person för mycket. Eftersom man icke kan eftersätta samhällets fundamentala krav på att antalet aborter, både illegala och legala, i möjligaste mån skall nedbringas och att de legala aborter, som sker, skall vara omsorgsfullt prövade, uppstår för byråerna en intressekonflikt. Såvitt utredningen kan bedöma, måste byråerna sätta den omsorgsfulla prövningen och ett efter de individuella fallen avpassat abortprofylaktiskt arbete i första hand, ehuru man är medveten om att därmed ett visst antal kvinnor icke kan förmås att besöka rådgivningsbyråerna.

Byråerna kommer alltid att redovisa ett visst antal legala aborter. Detta antal växlar från tid till annan och från ort till ort, helt naturligt beroende på de abortdrivande faktorernas växlande styrka. Det enda riktiga måttet på effektiviteten i en byrås arbete är om varje individuell sökande fått hjälp till just den lösning som är den riktiga i hennes fall, detta må vara legal abort eller hjälp och stöd av olika slag för att fullfölja graviditeten. Ett så hårt "övertalnings"-arbete får kuratorerna aldrig bedriva gentemot de abortsökande, att kvinnor för vilka abort är den enda nödvändiga utvägen och vilka är klart berättigade till abort enligt lagens mening, tvingas att avstå härifrån eller vandra från byrån till en illegalabortör. Genom det minskade förtroende för samhällsorganen som detta medför, förlorar man på längre sikt mer än vad man vinner även i abortprofylaktisk mening. Några siffermässiga bevis för om rådgivningsbyråerna "lyckats" eller icke är alltså omöjligt att anföra; det viktiga är, om deras personal kunnat tillvinna sig de hjälpsökande kvinnornas förtroende. Efter hand som de ekonomiska och sociala hjälpåtgärderna

förbättras och den förebyggande födelsekontrollen effektiviseras, kan de legala aborterna härigenom tänkas på längre sikt bli kraftigt nedbringade.

I ett avseende skulle man dock kunna siffermässigt påvisa resultatet av byråernas arbete och det gäller den förebyggande födelsekontrollen. Det är relativt vanligt, att de abortsökande kvinnorna icke ägt kännedom om eller vidtagit några antikonceptionella åtgärder. I samband med besöket på byrån får patienten upplysning om preventivteknik och tillrådes att anskaffa pessar.

Av de efterundersökningar, som redovisas i bil. VI, framgår, att endast ett mindre antal kvinnor före besöket på byrån tillämpat antikonceptionella metoder. Det har även visat sig, att de abortsökande efter besöket på byrån i relativt liten utsträckning tagit lärdom av den situation de råkat i och följt de råd som meddelats dem.

Ekblad har i sin tidigare omnämnda uppsats särskilt understrukt det anmärkningsvärda i att åtskilliga kvinnor kort tid efter genomgången abort på nytt råkat i grossess.

Utredningen vill framhålla, att preventivmedelsrådgivningen på rådgivningsbyråerna förtjänar den största uppmärksamhet. Det är — enligt vad efterundersökningarna visar — inte tillräckligt att endast omtala för de abortsökande kvinnorna, vilka skyddsmedel som finns och hur man kan skaffa dem, utan rådgivningsbyråernas personal måste också bemöda sig om att tillse, att patienterna verkligen följer de råd som meddelats.

Utredningen är av den uppfattningen, att den försöksverksamhet som pågått på de hittills upprättade nio rådgivningsbyråerna för abortsökande tillräckligt ådagalagt ett stort behov av en verksamhet av detta slag i fortsättningen. De resultat som byråerna kan redovisa



gör det tydligt, att förhoppningen att samhället genom byråerna skulle få kontakt med det abortsökande klientelet till en ganska betydande del kunnat infrias. Likaså synes de företagna efterundersökningarna ge vid handen, att en i de individuella fallen på det hela taget väl avpassad bedömning gjorts. Försöksstadiet bör nu kunna anses passerat. Verksamheten bör kunna utformas efter mera definitiva riktlinjer och utrustas med större resurser än tidigare.

*Utredningen föreslår* därför, att staten skall genom ekonomiskt bidrag till landsting, respektive stad utom landsting understödja en rådgivande verksamhet för abortsökande kvinnor med sikte på att en sådan verksamhet bör utbyggas och småningom komma till stånd inom samtliga landstingsområden och städer utom landsting.

En sådan utbyggnad förutsätter planläggning. I många sjukvårdsområden är därjämte de geografiska förhållandena sådana, att den rådgivande verksamheten säkerligen inte bör äga rum på bara en plats inom området. Utredningen rekommenderar, att under sådana omständigheter det abortprofylaktiska arbetet organiseras med rådgivningsbyrån som central och att därifrån successivt utbygges ett system med filialer efter mönster av den förebyggande mödra- och barnavården. Ett dylikt system med filialer inom den abortförebyggande verksamheten tillämpas av den danska mödravården med mycket gott resultat. Även RFSU har på samma sätt med framgång arbetat med samma system. För att åstadkomma en enhetlig och rationell utbyggnad av organisationen föreslår utredningen, att det inom varje sjukvårdsområde skall upprättas en plan för den abortförebyggande verksamheten. Planen skall underställas medicinalstyrelsen för godkän-

nande. Under utbyggnadsstadiet torde det undantagsvis kunna godkännas att två angränsande sjukvårdsområden upprättar och driver en gemensam rådgivningsbyrå.

Utredningen övergår nu till en *detaljgranskning av byråernas organisatoriska uppbyggnad, resurser och arbetsätt*.

Den organisatoriska anknytning till den förebyggande mödravården, som har bestått under försöksstadiet, tycks enligt redovisade erfarenheter icke ha vållat några svårigheter. Huvudmännen har haft stor frihet att inom denna ram utforma den abortförebyggande verksamheten på det för dem lämpligaste sättet, och formerna är ganska skiftande. Utredningen anser, att denna frihet att anpassa verksamheten efter skilda lokala förhållanden är av stor betydelse och bör bestå även i framtiden. Dock önskar utredningen framföra några synpunkter på den utveckling, som har förekommit i fråga om byråernas arbetsätt och som icke kan undgå att få verkningar även för deras organisatoriska form. Det har från flera byråer vitsordats, att det abortprofylaktiska arbetet i egentlig mening icke kan skiljas från den allmänt rådgivande och stödjande hjälp till lösande av samlevnadsproblem, som går under namnet familjerådgivning och som försöksvis igångsatts på några orter i landet. De yttre problem och bekymmer som driver en fysiskt eller psykiskt sjuk eller klen kvinna att under en ovälkommen graviditet söka abort är på det hela taget de samma som kommer en människa att söka hjälp på en familjerådgivningsbyrå. De abortsökande skiljer sig egentligen från klientelet på familjerådgivningsbyrån endast därigenom, att de bär på den ytterligare komplikationen att befinna sig i en ovälkommen graviditet. På abortrådgiv-

ningsbyråerna har man gjort samma erfarenhet, som de, vilka redovisas från försöksverksamheten på Stockholms stads familjerådgivningsbyrå, nämligen att de sexuella problemen intar en relativt undanskynd plats i de problemkomplex, som bärs fram av de hjälpsökande, vilket är en intressant iakttagelse. Intrycket av ett nära samband mellan abortrådgivningen och familjerådgivningen förstärkes av att de abortsökande kvinnorna — vare sig deras ansökan avslagits eller bifallits — i stor utsträckning behöver en rådgivning, ibland rent av behandling av samma slag som man avser att ge inom familjerådgivningen. När samhället genom abortrådgivningen fått kontakt med en kvinna, som lever under allmänt svåra förhållanden, måste det nämligen vara uppenbart oriktigt att betrakta hennes abortansökan som ett isolerat problem, fristående från hennes allmänna situation. Kontakttillfället måste i stället utnyttjas till en strävan att sanera hela hennes miljö, avhjälpa alla de bekymmer som lett fram till en abortönskan och på så sätt förhindra att hon på nytt, kanske inom kort tid, åter befinner sig i samma situation. Kuratorerna inom abortrådgivningen har också — som redan påpekats — i mån av tid börjat alltmer bedriva familjerådgivning. Denna breddning av verksamheten, vartill själva abortfallens art visat vägen, vill utredningen beteckna som riktig och önskvärd. Det är därför nödvändigt att ge kuratorerna ökade möjligheter, framför allt ökad tid till att ägna sig åt allmänt rådgivande verksamhet som ett led i abortprofylaxen.

Inte mindre än sju av de nio upprättade rådgivningsbyråerna bär officiellt beteckningen rådgivningsbyrå för sexualfrågor. Dels är detta ett uttryck för att de även som ett viktigt inslag i ar-

betet bedriver allmän sexualrådgivning. Dels är det betingat av en önskan att icke genom själva institutionens namn särskilt utpeka de abortsökande kvinnorna. Utredningen vill starkt understryka den absoluta nödvändigheten av en intensifierad sexualupplysning och framlägger i annat sammanhang förslag härom. Emellertid måste utredningen ändock finna det betänkligt att i fortsättningen så isolera sexualproblemen från de övriga samlevnadsproblem, med vilka de har ett så nära samband, att speciella rådgivningsbyråer härför upprättas. Med den ställning som såväl abortfrågan som sexualproblemen fortfarande har i det allmänna medvetandet måste det även vara ett önskemål, att de som behöver hjälp av detta slag icke skall dra sig för att söka den därför att de genom besök på en speciell institution tillkännager detta. Flera sakliga och praktiska skäl talar alltså för en allmän breddning av det abortföregående rådgivningsarbetet.

Det har kommit till utredningens kännedom, att man i flera landsting hyser stort intresse för den nyligen startade familjerådgivningen. Stockholms stad har sedan juni 1951 sådan verksamhet i gång som försöksverksamhet, inom ett par landstingsområden har man börjat med familjerådgivning på privat initiativ och på ytterligare något håll är man på grund av motion till landstinget i färd med en utredning i ämnet. På grund av att familjerådgivning pågått endast helt kort tid och erfarenheterna av denna än så länge är begränsade, anser sig utredningen icke i stånd att nu framlägga definitiva förslag i fråga om denna verksamhet. När ytterligare erfarenhet vunnits om familjerådgivningsverksamheten, bör enligt utredningens mening frågan om stöd åt en sådan verksamhet genom statsbidrag upptas till prövning. I den

mån man på något håll har planer på att starta en familjerådgivningsbyrå, bör enligt utredningens mening redan från början en samordning äga rum med den rådgivningsverksamhet för abortsökande, som enligt utredningens förslag skall upprättas i varje sjukvårdsområde. Som en slutsats av detta resonemang om en breddning av rådgivningsverksamheten vill utredningen föreslå, att den organisatoriska anknytningen av abortrådgivningsfrågorna till den förebyggande mödravården upphör och den allmänt familjerådgivande verksamheten, däri inbegripen abortrådgivningen, blir en framtida självständig uppgift för huvudmännen.

Mot bakgrunden av det nu anförda vill utredningen uttala sig om byråernas arbetsformer. Den av byråns personal som utför huvudparten av arbetet är kuratorn. Efter förstärkning av byråernas abortprofylaktiska resurser och utbyggnad av den allmänt rådgivande verksamheten kommer huvudvikten av arbetet i framtiden att än mer ligga på en vidgad social, ekonomisk och personlig förebyggande verksamhet. Så småningom måste man på denna väg komma fram till ett stadium, där de flesta sökande kan förmås att avstå från sin abortönskan, och att i stället bära fram barnet, medan ett mindre antal, som går till legal abort, ännu klarar än hittills framstår som fall, man misslyckats med. Den på rådgivningsbyrån tjänstgörande kuratorn kommer att i detta arbete få en dominerande uppgift, i och med att förmedling av legal abort till de fall, där man "misslyckats" blir den mindre biuppgiften. Härav följer även att för de läkare, som deltar i rådgivningsbyråns arbete, dvs. gynekolog och psykiater, måste förundersökning, prövning och — i de fall legal abort måste företas — själva byråarbetet i flertalet fall bli en bisyssla i förhållan-

de till deras ordinarie arbetsuppgifter. Enligt utredningens uppfattning blir konsekvensen av denna utveckling, att föreståndarskapet för rådgivningsbyrån vilar på kuratorn, som redan de facto bär huvudansvaret för dess verksamhet. De båda läkare, som inkopplas på ärendenas utredningsstadium får härigenom sinsemellan jämnställda uppdrag som konsulter, något som även praktiskt skapar ett bättre utgångsläge för deras eventuella ställning i den lokala prövningsnämnden.

*Utredningen föreslår* därför, att en rådgivningsbyrå för abortsökande skall förestås av en byråföreståndare som skall bära huvudansvaret för den abortprofylaktiska verksamheten. Till byrån skall knytas läkare med vederbörlig specialistkompetens, dvs. oftast gynekolog och psykiater, och erforderligt antal kuratorer. Byrån bör därjämte ha skrivbiträden i nödvändig omfattning samt utrustas med rationella och arbetsbesparande kontorstekniska hjälpmedel.

Förslaget att rådgivningsbyrån skall förestås av en heltidsanställd föreståndare, som inte är läkare, avviker, åtminstone formellt, från gällande ordning. Det ligger i sakens natur, att ett arbete av den art, varom här är fråga, kräver utövarens fulla arbetsinsats. En väsentlig del av föreståndarens arbete ligger på det rent sociala planet och många uppgifter av administrativ natur faller också på föreståndaren. Byråns läkare kan inte komma att ägna mer än en mindre del av sin arbetsdag åt byråarbetet, och det syns utredningen föga rimligt, att en specialistutbildad läkare skall belastas med göromål, som ofta kan förefalla tämligen triviala och åt vilka man knappast kan begära, att han skall hinna ägna erforderlig uppmärksamhet. Vad ovan sagts angående valet av ordförande i de lokala nämnderna äger här viss tillämpning.

Rådgivningsbyråernas kuratorstjänster är nu så gott som undantagslöst besatta med vid socialinstitutens diplomerade (socio-nomer), vilka dessutom bevisat specialkurser för abortkuratorer. Vid Socialinstitutet i Stockholm har, som tidigare nämnts, ett par dylika kurser hållits och nästa kurs kommer att äga rum 1954. Hittills har till kurserna antagits socialarbetare som efter diplomeringen varit yrkesverksamma och som ansetts besitta särskilda personliga kvalifikationer för arbetet. I viss utsträckning har kursdeltagarna kunnat få stipendier, vilka inte täckt omkostnaderna för att bevista kurserna. Det är kanske av ekonomiska skäl som sökande till kurserna oftast varit ogifta och unga.

Av byråföreståndaren väntar sig utredningen att hon förutom handlag med klientelet också skall besitta personlig pondus och förmåga att bära ansvar samt att organisera verksamheten.

Uppenbarligen kommer stora krav att resas på denna befattningshavare. Utöver de sedvanliga arbetsuppgifterna tillkommer rent administrativa åligganden. Bland dessa märks särskilt förhandlingar med huvudmannen angående lokaler, inventarier och personalfrågor. Härtill kommer, att föreståndaren även i andra avseenden skall företräda byråns intressen utåt. Tillsättandet av tjänsten kommer därför att i hög grad intressera huvudmannen och utredningen har därför stannat inför att låta de landsting eller städer utom landsting, som inrättat byråer med statsbidrag tillsätta byråföreståndarna. Tillsättningsbeslut skall underställas medicinalstyrelsen. Utredningen föreslår för denna befattning löneplacering motsvarande Ca 27 med tanke på det stora ansvar och de viktiga arbetsuppgifter, som åvilar innehavaren av denna befattning. Utredningen har undersökt, om det

finns någon annan befattning, som skulle kunna jämföras med tjänsten som byråföreståndare och därvid funnit, att samma grad av ansvar på ett närbesläktat arbetsfält åvilar exempelvis de befattningshavare som tjänstgör som statens fattigvårds- och barnavårdskonsulent och rektor vid skola inom ungdomsvårdskoleorganisationen. Dessa tjänster är placerade i 27:e lönegraden. Undantagsvis bör dock med hänsyn till arbetsvolymen, dvs. den lägre abortfrekvensen inom vissa sjukvårdsområden, lägre lönegradsplacering kunna ifrågakomma, dock lägst motsvarande Ca 24. Medicinalstyrelsen bör vid godkännande av tillsatt befattningshavare avgöra lönegradsplaceringen. Befattningarna skall kunna rekryteras bland erfarna kvinnor, som inte nödvändigtvis behöver vara socio-nomer, utan också genom erfarenhet på annat sätt kan ha förvärvat nödig utbildning eller annars ha visat sig särskilt lämpliga. Det synes utredningen önskvärt att även dylika kvinnor kan bli antagna till specialkurser, vilka liksom hittills bör läggas upp vid socialinstitutet samt att statsanslag till stipendier för kursdeltagare utgår med större belopp än hittills.

Som närmare utvecklas i avsnittet om verksamheten vid abortförebyggande byråer, sådan utredningen tänker sig organisationen utbyggd, måste för socialutredningar rörande sökande som bor långt från byråerna, personer utanför den anställda personalen anlitas. Att ordna särskilda kurser för dylika funktionärer är inte tänkbart, men önskvärt vore att varje byrå disponerade medel för att kunna kalla dem till orienterande föredrag och konferenser (reseersättning och traktamenten).

För socialutredningar kan bl. a. barnavårdsmän inom ett distrikt komma i fråga. De har hittills i den mån de varit heltidsanställda varit så betungade

av att bl. a. infordra underhållsbidrag att de mäktat med ett minimum av fältarbete. Skulle i enlighet med barnavårdskommitténs planer storkommunerna komma att anställa fler barnavårdsmän och befria dem från indrivningsuppgifter, bör de enligt utredningens mening kunna fylla en viktig uppgift i det abortprofylaktiska arbetet. Ett önskemål är att varje ogift kvinna så snart graviditet fastställs, får kontakt med en barnavårdsman, vilken kan utan att hon behöver uppsöka någon särskild myndighet ge henne praktiska råd och förslag. Skulle det visa sig, att hon önskar abort, faller det sig naturligt, att barnavårdsmannen, som redan känner till hennes förhållanden, verkställer den sociala utredningen. Att barnavårdsmännen är disponibla för dessa uppgifter förutsätter dock, att kåren blir mera talrik och mindre betungad av andra uppgifter än den hittills varit. Barnavårdskommittéerna utreder för närvarande denna fråga och torde komma att framlägga förslag om ett bättre utnyttjande av barnavårdsmannainstitutionen. Skulle den få en bättre utformning, synes det naturligt, att heltidsarbetande barnavårdsmän, om de så önskar, får tillgång till undervisningen för abortkuratorer.

På byrån tjänstgörande kuratorer ävensom skrivpersonal anställas av huvudmannen.

Läkarkonsulterna bör enligt utredningens uppfattning tillsättas av huvudmännen och utnämningen godkännas av medicinalstyrelsen.

I fråga om det abortprofylaktiska arbetet på byråerna, bör detta bedrivas efter samma praxis, som har utbildat sig under försöksperioden och som utredningen fått ett positivt intryck av. Det blir alltså fråga om att verkställa utredning av de sökandes yttre förhållanden, att i samarbete med byråns läkare

bedöma huruvida indikation för legal abort kan tänkas föreligga eller icke samt att sätta in en personligt och individuellt präglad rådgivnings- och praktisk hjälpverksamhet. I vissa fall kan även vård och behandling i öppen eller sluten form bli erforderlig.

Utredningen har fått ett starkt intryck av att de byråer, som är i funktion, arbetar med ansträngda personalresurser. Arbetsbelastningen på en byrås personal får icke vara så stor, att övertid nästan konstant måste tillgripas för att hålla det löpande arbetet i gång och icke förlänga väntetiderna till det orimliga. Abortfrågans karaktär och gällande lagstiftning gör att en viss tidsnöd alltid finns; det är därför angeläget, att icke genom begränsade personalresurser göra denna tidsnöd än mer trängande. Här kommer frågan om det lämpliga i halvtidsanställning för kuratorn in i bilden. På sina håll har framhållits, att där denna halvtidsbefattning kombineras med halvtidsbefattning som sjukhuskurator, har de arbetsuppgifter som denna senare tjänst innebär en tendens att i praktiken ge heltidssysselsättning, varför allt abortrådgivningsarbete i så fall utföres på övertid. Utredningen har därför övervägt, om det icke borde vara lämpligt att göra kuratorsbefattningarna på rådgivningsbyråerna till heltidsbefattningar med en något förkortad arbetstid som kompensation för det psykiskt oerhört påfrestande arbetet och har stannat vid att förorda detta.

Frågan uppkommer därefter om den *arbetsprestation*, som kan anses rimlig för en abortkurator. En sådan uppskattning är nödvändig för att kunna få ett begrepp om personalbehovet vid en viss väntad patienttillströmning. Vid rådgivningsbyrån i Stockholm beräknas de halvtidsanställda kuratorerna kunna utreda och behandla tre nya fall i veckan,

vilket med 20 arbetstimmar i veckan in-  
nebär cirka sju timmar för varje fall.  
Det har redan tidigare framhållits, att  
kuratorerna beräknar att denna tid helt  
går åt för utredningen, de upprepade  
samtalen med patienten, kontakterna  
med barnafadern och anhöriga, samråd  
med läkaren och journalskrivning. För  
bl. a. önskvärda hembesök, en i så  
många fall behövlig eftervård för såväl  
bifalls- som avslagsfall finns ingen tid  
inom den fastställda arbetstiden. Helst  
skulle utredningen velat föreslå, att den  
här påtalade prestationsprincipen som  
grund för kuratorernas arbete helt slo-  
pades i framtiden. Utredningen har  
dock förståelse för att vissa prestations-  
normer måste finnas och att det mest  
praktiska anses vara, att som sådan  
norm välja ett fixerat antal handlagda  
fall per vecka. Emellertid är det ytterst  
angeläget, att denna beräkning icke  
fastläses så, att antingen en betydande  
del av arbetet måste fullgöras på över-  
tid eller att behandlingen av patienter-  
na blir lidande på den alltför korta tid,  
som anslås till var och en. Ett av de  
viktigaste dragen i ett personligt präg-  
lat rådgivningsarbete av detta slag är  
just att kuratorn har tid med den hjälp-  
sökande, så att denna känner, att hon  
verkligen får tala ut om sina bekymmer  
inför en människa, som vill och kan  
lyssna; kuratorn kan då grundligt lära  
känna henne och finna lösningar, som  
just i hennes fall stå till buds. Utred-  
ningen vill därför förordna största möj-  
liga smidighet vid fastställandet av var-  
je kurators arbetsprestation, så att tid  
också finns för nödvändiga hembesök  
och andra uppgifter.

Även på andra områden är *byråernas  
nuvarande resurser* för begränsade.  
Från många håll beklagas de bristande  
möjligheterna att ta hand om sådana  
sökande, vilkas fall är tveksamma, och  
lägga in dem för observation. Olika by-

råer har därvid tillämpat olika princi-  
per, allt efter de resurser som står till  
buds. Utredningen önskar framhålla det  
önskvärda i att byråerna har möjlighet  
till observationsinläggning antingen på  
en psykiatrisk klinik, ett vårdhem av  
något slag eller vilohem, som har till-  
gång till läkarkontroll och vars verk-  
samhet icke bör uteslutande präglas av  
abortärenden. Det är utredningen be-  
kant, att man på sina håll har för sed  
att lägga in tveksamma fall för obser-  
vation på vårdavdelning för nyförlösta,  
vilket är olämpligt. Icke heller kan ut-  
redningen finna det lämpligt att obser-  
vationsfall vårdas tillsammans med så-  
dana kvinnor, som erhållit avslag på sin  
abortansökan eller övertalats att full-  
följa graviditeten men som ändock är i  
behov av viss vård. Ett visst antal av  
observationsfallen kommer nämligen  
med säkerhet att gå till legal abort; att  
då ha utsatt dem för den påfrestning  
det måste innebära att dagligen vara  
tillsammans med kvinnor, som skall  
föda sitt barn, är icke lämpligt. I ett  
landstingsområde, där förut så skett har  
man nyligen upprättat ett speciellt hem  
för denna senare kategori och skiljer  
dem därigenom från observations-  
fallen.

Utredningen har fått den uppfatt-  
ningen, att de *arbetsmetoder*, som till-  
lämpas av personalen på rådgivnings-  
byråerna, på det hela taget är väl av-  
vägda och anpassade efter nödvändig-  
heten att förena samhällets krav på  
noggrann prövning och omsorgsfull  
handläggning med de hjälpsökande  
kvinnornas rätt till en hänsynsfull, tole-  
rant och vidsynt behandling. På några  
platser i landet sker emellertid hand-  
läggningen av dessa ärenden och ställ-  
ningstagandet till fallen under former,  
som utredningen icke kan finna fören-  
liga med kravet på hänsyn och försko-  
ning från onödiga psykiska påfrest-

ningar, exempelvis när en abortsökande kvinnas ärende diskuteras och avgöres i en stor krets av psykiater och gynekologer och den sökande "demonstreras" inför denna skara läkare. De gynekologer, som här skall träffa sitt avgörande, kan icke heller under en några minuter lång "demonstration" erhålla en rättvisande bild av det svårbedömbara psykiska tillstånd, som så många abortsökande befinner sig i och som kan fordra timslånga samtal med psykiater och kurator för att klarläggas. Ett oavvisligt krav på dem som deltar i både den förberedande och den avgörande handläggningen av abortärenden är att denna sker under för kvinnorna så föga påfrestande och förödmjukande förhållanden som möjligt. Situationen är sannerligen för de flesta av dem svår nog ändå. Undervisningens krav kan säkerligen tillgodoses i smidigare former.

Utredningen har noterat, att kuratorerna på flera byråer frivilligt har påtagit sig uppgiften att skaffa sig fortsatt utbildning vid sidan om sitt ansträngande arbete i syfte att därmed göra sig än mer kvalificerade för en fördjupad abortprofylaktisk verksamhet. Den utveckling av rådgivningsbyråernas arbete, som markeras genom behovet av sådan vidareutbildning, innebär enligt utredningens uppfattning, att frågan om en utökning av undervisningen vid den speciella utbildningskursen för abortkuratorer måste upptagas till behandling i medicinalstyrelsen.

I direktiven har utredningen ålagt att granska även det *tekniska ansökningsförfarandet* vid framställning om legal abort. När socialutredning enligt utredningens förslag kommer att krävas i samtliga fall, är det naturligt att såväl A- som C-intygen bör omarbetas. Principen bör vara, att A-intyget lämnar en med läkarens medicinska syn-

punkter jämnlöpande skildring av den sökandes sociala och socialpsykologiska levnadslopp och aktuella tillstånd.

Det synes utredningen vara av stor betydelse att redan av intygsformulären framgår, att en kvinna som söker abort är en patient som är ur balans och som under alla förhållanden, vare sig hennes ansökan avslås eller bifalles av nämnd, utgör ett medicinskt-psykologiskt problem, vilket inte får avfärdas i och med att byrån tagit ställning till det aktuella abortkravet. Därför bör redan intygen vara så avfattade, att både kurator och läkare däri uttrycker sin åsikt om den planerade behandlingen av kvinnan. Byråns journaler kan lämpligen föras i anslutning till det exemplar av intyget, som arkiveras på byrån. För att läkare och kurator vid den fortsatta handläggningen av fallet skall ha tillgång till en resumé av vad som utretts i ärendet, synes det lämpligt, att bådas intyg har en första sida med en kort sammanfattning, gjord av kuratorn, med alla huvuddata och att själva intyget skrives på formulärets övriga tre sidor. En sådan första sida av intyget bör kunna förenkla statistisk bearbetning och årsrapporter rörande materialet på byrån samt underlätta avgivande av uppgifter till överinspektören i medicinalstyrelsen, för det fall denne skulle vilja utöva mer ingående kontroll under viss period eller av viss byrå.

Beträffande den rent praktiska utformningen av formulären kan som önskemål anföras att i marginalen till intygen bör finnas anvisningar för skildringen av huvudtyperna av fall: rent somatiska, rent psykiatriska samt de sällsynta humanitära, där polisförhöringsprotokoll inte bifogas (incest, gravida under 15 år o. dyl.). På läkarintyget bör finnas anvisningar om lämpliga testmetoder vid intellektuell undermålighet. Utrymme på blanketten bör fin-

nas för de läkare, som önskar göra en diagnostisk sammanfattning. På kura-torsintyget bör tillräckligt utrymme på blanketten finnas för kuratorns skildring av sökandes aktuella tillstånd samt ku-ratorns inställning till indikation och bifall eller avslag. På båda intygen bör slutligen finnas plats för yttrande an-gående lämpligheten av sterilisering och undertecknarens motivering. Där-med synes ifyllandet av ett särskilt in-tyg i steriliseringsfrågan i de fall, då man samtidigt ansöker om abort och sterilisering, kunna falla bort.

Att här i detalj uppgöra förslag till intyg finner utredningen inte kunna komma i fråga utan detta bör ankom-ma på medicinalstyrelsen.

I detta avsnitt om rådgivningsbyråer-nas verksamhet ämnar utredningen en-dast upptaga till diskussion *den ekono-miska hjälpform som tillskapats i spe-ciellt abortförebyggande syfte* och som anförtrotts åt byråernas kuratorer. Öv-riga sociala och ekonomiska åtgärder av allmän natur upptas till behandling i annat sammanhang. För denna hjälp har sedan dess tillkomst utgått ett år-ligt anslag av 4 000 kronor för varje byrå. Hjälpformen har av kuratorerna uppgivits vara av utomordentligt stort värde för deras arbete; härtill bidrar inte minst möjligheten att snabbt och utan minsta spår av byråkrati ge den abortsökande hjälp att komma över ett tryckande ekonomiskt behov just i rätta ögonblicket. Hjälpens utövas i former, som är för svensk socialvård helt ena-stående och vid dess införande yppades också av några remissinstanser en viss tveksamhet. Utredningen anser att erfa-renheterna under de år som gått till fullo dokumenterat dess stora värde i det abortförebyggande arbetet; befeck-nande nog uppger kuratorerna enstä-migt, att den är deras mest betydelse-fulle hjälpmedel. Utredningen föreslår

därför att rådgivningsbyråerna även i fortsättningen utrustas med medel för en ekonomisk hjälpverksamhet av detta slag i abortförebyggande syfte. Liksom förut bör dessa medel helt bekostas ge-nom statsanslag. Efter beslut av Kungl. Maj:t och riksdagen bör den anslagna totalsumman ställas till medicinalstyrel-sens förfogande för utdelning till byrå-erna i lämpliga proportioner. Kuratorn bör liksom tidigare vara den som an-svarar för det omedelbara handhavan-det av användningen av medlen; hon har att i efterskott redovisa använd-ningen för medicinalstyrelsen enligt styrelsens föreskrifter.

När 1941 års befolkningsutredning på sin tid hade att avväga sitt förslag om beloppets storlek, var man på flera sätt i en annan situation än nu. Man fast-ställde en summa, som i den tidens pen-ningvärde och med den besöksfrekvens på byråerna som man då kunde förut-säga, ansågs skälig. En viss roll spelade även synpunkten att man med denna hjälpform beträdde helt ny mark inom socialvården, och att man med hänsyn härtill under ett försöksstadium icke borde ta till summan för hög.

Situationen är idag i grund föränd-rad. Levnadskostnaderna har sedan 1944, då befolkningsutredningens be-tänkande i abortfrågan framlades, stigit högst avsevärt. Besöksfrekvensen på by-råerna har blivit en annan än man då kunde förutse. Byrån i Stockholm hade under åren 1942—45 ett genomsnittligt besökarantal per år på något mer än 300. 1951 var antalet sökande 2 425. Det statliga anslaget till byråerna har under hela denna tid varit oförändrat 4 000 kronor per år; genom det extra tillskott på sammanlagt 10 000 kronor som pro-visoriskt utgått efter beslut av 1950 års riksdag erhåller dock Stockholmsbyrån totalt 10 000 kronor per år av statsme-del. Summan är naturligtvis helt otill-



räcklig efter verksamhetens nuvarande omfattning, vilket framgår av att den måst kompletteras såväl med anslag av kommunerna och landsting som med hjälp från privata organisationer samt socialvården. Skulle exempelvis byrån i Stockholm 1951 erhållit en summa som stod i samma förhållande till besöksfrekvensen som då hjälpen infördes, hade denna uppgått till cirka 32 000 kronor. Härtill kommer den här ovan omnämnda levnadskostnadsstegringen.

Utredningen föreslår, att summan i fortsättningen beräknas per kurator på byråerna och icke per byrå. Detta torde vara den enda möjligheten att få hjälpresurserna att hålla jämna steg med verksamhetens utveckling. Som utgångspunkt för bedömningen av hur stort belopp som bör anslås för varje kurator borde lämpligen tas uppgifter om de belopp som hittills utbetalats av kuratorerna. Den enda uppgift, som härvid stått utredningen till buds, är att dessa brukat maximeras till 150 kronor. Utredningen har därför i stället utgått från det antagandet, att man bör räkna med ett genomsnittsbelopp av 50 kr per patient. Accepterar man för detta ändamål den prestationsnorm som fastslagits för Stockholmsbyrån innebär detta, att varje halvtidsanställd kurator handlägger cirka 200 fall årligen. Man skulle då komma fram till ett belopp för år och kurator på 10 000 kronor, ett belopp som utredningen även med hänsyn till utvecklingen sedan 1944 finner skäligt föreslå.

Givetvis innebär detta en betydande kostnadsökning. Beräknat efter uppsättningen kuratorer på de 1951 i gång varande byråerna uppstår en kostnad för statsverket på  $(24 \times 10\,000)$  240 000 kronor mot begärt för budgetåret 1953/54 62 000 kronor. Kostnadsökningen måste emellertid ses mot bakgrunden av vad man därmed vinner i ytterst välbehöv-

lig hjälp åt en kategori hårt ekonomiskt trängda kvinnor och i en minskning av antalet aborter. Utredningen måste därför finna en kostnad för statsverket av denna storlek mycket välmotiverad.

Genom den intensifiering av den abortförebyggande verksamheten som föreslagits, kommer också ytterligare kostnadsökningar att följa. En beräkning av dessa framläggs i kap. 9.

#### **Förslag till viss omorganisation inom medicinalstyrelsen**

Enligt instruktionen för medicinalstyrelsen (SFS 1947: 573) är denna organisatoriskt uppdelad på nio byråer. Av dessa handlägger medicinalbyrån bl. a. ärenden angående förebyggande mödravård och byrån för social- och rättspsykiatri ärenden rörande sterilisering och avbrytande av havandeskap. Chef för var och en av dessa byråer är ett medicinalråd.

Inom medicinalbyrån förberedes mödravårdsärendena av en särskilt förordnad föredragande.

Ärendena angående sterilisering och avbrytande av havandeskap behandlas av socialpsykiatriska nämnden (s. 120).

I andra sammanhang framhålls betydelsen av inspektion och ledning av det komplex, som de preventivmedelsrådgivande organen, rådgivningsbyråerna och de lokala provningsnämnderna kommer att bilda. Som ovan anförts, finns dock redan inom medicinalstyrelsen socialpsykiatriska nämnden och vissa befattningshavare, som handlägger de hithörande frågorna och som synes vara lämpade att även i fortsättningen göra det. Utredningen har därför icke funnit anledning föreslå någon ändring i detta avseende i den hittills gällande allmänna organisationen av medicinalstyrelsen. Ärenden rörande mödravården bör därför alltjämt handläggas på medicinalbyrån och ärenden

angående avbrytande av havandeskap på byrån för social- och rättspsykiatri. Ett genomförande av utredningens förslag förutsätter därför endast en utbyggnad av vissa tjänster.

De ökade arbetsuppgifterna kommer att medföra, att det erfordras ytterligare två befattningar, vilka bör lyda under medicinalbyrån. Som tidigare nämnts, finns redan nu en föredragande för mödravårdsärenden. Denne handlägger bl. a. ärenden rörande preventivmedelsrådgivning inom den förebyggande mödravårdens ram. Det synes lämpligt, att denne tjänstemans befattning med dessa uppgifter utvidgas till att omfatta inte bara den rådgivningsverksamhet, som nu meddelas hos mödravårdsorganen, utan även den som enligt utredningens förslag skall ske hos samtliga tjänsteläkare och på gynekologavdelningarnas öppna mottagningar. Den preventivmedelsrådgivning, som äger rum å rådgivningsbyråerna, bör också falla under hans arbetsområde.

*Utredningen föreslår*, att den nuvarande tjänsten som föredragande i mödravårdsärenden med hänsyn till de nya åliggandena ombildas till en *överinspektörsbefattning för mödravård*. En annan anledning till att en heltidstjänst bör inrättas är också, att mödravården beräknas bli föremål för utbyggnad och vidgad tillsyn.

Verksamheten på rådgivningsbyråerna bör också underkastas tillsyn och inspektion. Denna bör falla på en annan nyinrättad tjänst, vilken likaledes bör bli en överinspektörsbefattning. Genom den föreslagna organisationen av rådgivningsbyråerna kommer det abortprofylaktiska rådgivningsarbetet att spela en betydande roll. Angående valet av befattningshavare får utredningen framhålla följande.

På tjänstens innehavare kommer att ställas stora krav. Då det abortprofylak-

tiska arbetet på byråerna kommer att dominera och byråföreståndarna skall bära ansvaret för detta arbete bör vid tjänstens besättande hänsyn tas till rent personlig lämplighet, människokunskap, organisationsförmåga och omfattande erfarenhet av socialt arbete.

Den stora kår av kvinnliga befattningshavare, som sjukhuskuratorerna utgör, saknar för närvarande företrädare i medicinalstyrelsen. Tillsynen över dessa utom rådgivningsbyråerna befintliga kuratorstjänster bör utövas av den föreslagne befattningshavare, som bör erhålla benämningen *överinspektör för kuratorsverksamheten*.

Det må framhållas, att det torde bli erforderligt med ett intimt samarbete mellan överinspektörerna, särskilt när det gäller inspektionen av rådgivningsbyråerna.

De lokala prövningsnämndernas verksamhet bör granskas och inspekteras av medicinalrådet på byrån för social- och rättspsykiatri. Då de abortärenden, som efter införandet av ett decentraliserat prövningsförfarande kommer under socialpsykiatriska nämndens prövning, icke torde uppgå till något större antal, kan föredraganden därför i stor utsträckning ägna sig åt de nya arbetsuppgifterna.

Genom den omläggning av prövningsförfarandet, som föreslagits, kommer den socialpsykiatriska nämndens verksamhet att betydligt inskränkas. Utredningen, som anser att nämnden bör bibehållas med erforderligt antal ledamöter och föredragande, föreslår, att vid behandlingen av ärenden rörande prövningsnämndernas verksamhet vederbörande överinspektörer kallas till samråd med nämndens övriga ledamöter.

Efter den föreslagna omorganisationen skulle de berörda organen och befattningshavarnas arbetsuppgifter bli följande.

*Socialpsykiatriska nämnden* kommer i fortsättningen att som första instans handlägga ansökningar om avbrytande av havandeskap på eugenisk grund. Som tidigare framhållits, kan dock vederbörande lokala prövningsnämnd — i den mån den har tillgång till vetenskaplig expertis — erhålla tillstånd att handlägga även dessa fall. Vidare tjänstgör socialpsykiatriska nämnden som andra instans i fråga om överklagade ärenden från de lokala prövningsnämnderna. I övrigt skall nämnden såsom hittills handlägga ärenden angående kastrering, sterilisering och tillstånd att ingå äktenskap.

*Medicinalrådet för social- och rättspsykiatri* kommer även efter omorganisationen att tjänstgöra som föredragande i socialpsykiatriska nämnden. De nya arbetsuppgifterna blir i första hand granskning av inkommande rapporter från de lokala prövningsnämnderna. Därest så erfordras skall han äga rätt att företa tjänsteresor.

*Överinspektören för mödravården* skall — utöver de hittillsvarande uppgifterna — granska de rapporter om preventivmedelsrådgivning, som inkommer från gynekologerna i överläkar-

ställning. Genom inspektioner bör han som hittills övervaka den förebyggande mödravården och därtill all statsunderstödd preventivmedelsrådgivning.

*Överinspektören för kuratorsverksamheten.* Genom inspektioner hos rådgivningsbyråerna och samtliga inom sjukvården anställda kuratorer skall överinspektören övervaka deras verksamhet. Inspektionen av rådgivningsbyråerna bör särskilt avse abortprofylaxen och eftervården åt abortsökande.

Ur kostnadssynpunkt kommer den ändrade organisationen att innebära, att en tjänst som föredragande utbygges till heltidstjänst samt att ytterligare en tjänst nyinrättas. Därjämte torde vissa kostnader kunna inbesparas genom det mindre antal ärenden, som socialpsykiatriska nämnden får att handlägga.

Vid övervägande av de nyinrättade tjänsternas lönegradsplacering får utredningen — med beaktande av att medicinalråd är placerade i lönegrad Cp 14 — föreslå, att tjänsterna som överinspektör placeras i Cs 13. Någon anledning att i lönehänseende skilja mellan de båda överinspektörsbefattningarna inom medicinalstyrelsen synes icke föreligga.

## Sexualupplysning och födelsekontroll

I tidigare avsnitt av detta betänkande har klarlagts, att det årliga antalet provocerade aborter i vårt land är mycket betydande, och den allmänna meningen torde vara, att ett kraftigt nedbringande av dessas antal är i hög grad önskvärt. Särskild uppmärksamhet måste ägnas sådana legala aborter, som beviljas på medicinskt sociala och socialmedicinska indikationer, samt de illegala aborterna, för vilka motiven visserligen i hög grad växlar men som ytterst har sin grund huvudsakligen i de sociala förhållandena i samhället.

Om man i likhet med utredningen vill pressa ned de illegala aborternas antal till ett minimum och även reducera de legala aborterna till vad som kan betecknas som oundvikligt, ligger det givetvis närmast till hands att rekommendera sådana sociala och ekonomiska hjälp- och stödåtgärder, som är ägnade att främja detta syfte. Emellertid måste man vid utformande av all social hjälpverksamhet räkna med att de ekonomiska förhållandena alltid starkt begränsar möjligheterna. Beträffande abortklientelet kommer härtill — vilket undersökningen rörande motivbildningen vid legal abort klart visar — ett flertal rent mänskliga faktorer, som icke låter sig påverka av aldrig så effektiva hjälp- och stödformer. Man måste således alltid räkna med att, hur samhällshjälpen än gestaltas, ett mycket stort antal graviditeter kommer att för kvinnan framstå som icke önskade. Bland de kvin-

nor, som råkar i denna situation, kan många övertalas att föda barnet men ingalunda alla och av de senare är en del enligt lag berättigade till legal abort. Eftersom avbrytande av ett havandeskap alltid är en handling, som kränker djupt rotade värdenormer, måste alla utvägar att förhindra icke önskade havandeskap prövas. Utredningen är därför av den bestämda uppfattningen, att den största uppmärksamhet måste ägnas frågan om födelsekontroll och sexualupplysning.

På vissa håll uppfattas emellertid varje propaganda för födelsekontroll ensidigt som en propaganda för begränsning av barnantalet eller rent av för "lösliga seder" inom sexualumgänget. Det är därför angeläget erinra om att kunskap om födelsekontrollerande åtgärder skapar möjlighet till ett sådant utspridande av barns börderna, som för kvinnans egen välfärd och familjens bästa framstår som önskvärt eller rent av nödvändigt. Betydelsen av att förebygga sådana graviditeter, som leder till abort på eugeniska indikationer, ligger i öppen dag.

Utredningen hävdar alltså, att samhälleliga åtgärder till främjande av en fullgod *sexualupplysning* och framför allt av en effektiviserad *preventivmedelsrådgivning* är oundgängliga och viktiga medel i kampen mot de provocerade aborterna. Utredningen kommer att här till behandling upptaga dessa frågor och vissa därmed sammanhäng-

ande spörsmål, varefter utredningen avser att granska preventivmedelsfrågans läge.

#### **Sexualupplysningen och vissa därmed sammanhängande frågor**

Det finns mycket få människor, som anser att de i uppväxten av vuxna bibringats någon sexualkunskap av värde, vilket läkare ständigt får höra av samma patienter, som tillägger, att de beklagar detta, men inte för egen del vet vad de skall säga till sina barn om sexuallivet. Föräldrar inom de mest skilda åsiktsgrupper torde anse att det åligger dem att lämna barnen en orientering men i de allra flesta fall skjuter de upp att göra det — och förverkar därmed barnens förtroende — tills de märker att deras barn på annat sätt skaffat sig kunskaper. Många tröstar sig då med att i skolan troligen en saklig undervisning getts, andra med att konfirmationsläraren eller en frikyrklig pastor tagit hand om saken. Särskilt i kyrkliga eller frireligiösa kretsar är man benägen att överlåta sexualundervisningen helt till kyrkan och ansluta sig till dess uppfattning att sexuell utlösning inte bör förekomma i någon form före äktenskapet. Många i dessa kretsar anser, att allt som rör könlivet bör beröras så litet och så sent som möjligt och ställer sig avoga till att skolan befattar sig med ämnet. Jämnåriga, affischer, biografier och veckopress sörjer emellertid för att även barn som vuxit upp i religiösa hem inhämtar helt andra synpunkter på förhållandet mellan man och kvinna än dem som anses önskvärda i hemmen.

I ungdomsvårdskommitténs betänkan-  
de "Ungdomen och samhället" (SOU 1951: 41) finns en utredning om ungdomens sexualvanor, som ger åtskilliga upplysningar av intresse. Undersökningen vederlägger antagandet att nå-

gon skillnad skulle finnas i fråga om åldern för det första samlaget, partners ålder och förbindelsens långvarighet hos ungdomar som vuxit upp på landet och i städer med deras större rikedom på sexualstimuli i alla former. Pubertetens inträde anses under 1900-talet ha förskjutits något nedåt och av 1942 intervjuade män hade 80 % haft samlag före 20 års ålder, såvida de inte var studenter, vilka hade en frekvens av endast 40 % som före 20 års ålder levat intimt med en flicka. Ur sexualundervisningens synpunkt är detta ett intressant faktum, eftersom det är i de högre skolformerna som denna undervisning längst och mest grundligt bedrivits, medan den i folkskolorna endast förekom i liten utsträckning under det undersöktaklienteletets uppväxt. Genomsnittsåldern för det första samlaget var i ungdomsvårdskommitténs material hos män, som inte tagit studentexamen, 17 år och partnern var i 53 % jämnårig, i 24 % yngre. Genomsnittsåldern för det första samlaget hos flickor beräknades på ett mindre representativt material till 18 år. Tonårspojarkarna gjorde i 58 % sina första erfarenheter i en förbindelse av tillfällig art, medan vid stigande ålder den första förbindelsen oftare hade en fastare karaktär.

Man har alltså att räkna med att en stor del av landets ungdom endast några år efter att den lämnat folkskolan skaffar sig sexuella erfarenheter, vid en ålder då graviditet varken ur samhällets, det blivande barnets eller föräldrarnas synpunkt är önskvärd. Några större förskjutningar i detta läge har inte skett under 1900-talet och det kan inte betraktas som en övergående företeelse, men ännu förekommer det i stor utsträckning att ungdomar lämnar skolan utan annan sexualkunskap än den mycket tivelaktiga de inhämtat på annat sätt.

### *Sexualundervisningen i folkskolorna*

Befolkningskommissionen yrkade 1936 på att sexualundervisning skulle meddelas i folkskolorna och sedan dess har skolöverstyrelsen ordnat kurser för lärare. 1942, då man kunde beräkna att ungefär hälften av småskol- och folkskollärarkåren deltagit i dylika kurser, infördes genom en kungörelse sexualundervisning i folkskolorna men den gjordes inte obligatorisk. Enligt kungörelsen, som ännu gäller, kan skolstyrelserna underlåta att ordna sexualundervisning när vederbörande lärare ställer sig avvisande eller inte anses lämplig av andra skäl. Det står skolstyrelserna fritt att för undervisningen anlita annan lärare eller läkare.

1945 publicerades en handledning för folkskollärarna, utarbetad av särskilt tillkallade sakkunniga, vilka företrädde vitt skilda åsikter i sexualfrågan. Den innehåller allmänna anvisningar, kursplaner och lektionsutkast för en undervisning, som i småskolan är förlagd till ämnet hembygds-kunskap, i femte och sjätte klasserna till naturkunnighet samt för avslutningsåret eller fortsättnings-skolan utgör ett självständigt ämne. Småskollärarinnorna förutsätts undervisa om skillnaden mellan könen, fostrets utveckling, förlossningen och barnets beroende av föräldrarna och hemmet. Sedan i femte klassen djurs och växters fortplantning avhandlats och flickorna fått undervisning i menstruationshygien, återkommer i anslutning till människokroppen ämnet, när barnen är 12 år och skall då omfatta könsorganens byggnad, demonstrerad på planscher, befruktningen och fosterutvecklingen, barnets förhållande till modern samt onanien, förslagsvis under två för pojkar och flickor gemensamma lektioner, men med frihet för läraren att undervisa dem var för sig. När ämnet åter tas upp före skoltidens slut, för-

utsätts "det etiska, karaktärsdanande momentet" vara det viktigaste och undervisningen skall syfta att "skänka ungdomen stoff för dess idealbildning", framhålla lämpligheten av sexuell avhållsamhet under uppväxten, beröra könssjukdomarna och vissa sexuella avvikelser, samhällets hjälpåtgärder vid familjebildning och några arvs-hygieniska synpunkter, medan ingenting nämns om preventivmedel.

Efter att denna handledning blivit tillgänglig har skolöverstyrelsen på olika platser i landet ordnat i allt 77 kortare kurser, vilka fram till 1952 torde ha besökts av i runt tal 15 000 folkskollärare (det totala antalet folkskollärare överstiger det dubbla). Dessutom har fyra längre kurser funnits tillgängliga för lärare av alla kategorier, med 100—150 deltagare i varje kurs.

I vilken omfattning sexualundervisning bedrivs i folkskolorna har i slutet av 1950 undersökts av skolöverstyrelsen. Folkskoleinspektörerna i tre inspektionsområden i Västerbotten, fyra i Norrbotten samt i de sex största städerna har meddelat att undervisning där förekommer och nästan helt följer handledningen. Svar har ingått från ytterligare 37 inspektionsområden och inom 6 av dessa har handledningen följts av alla lärare inom skoldistriktet, inom 17 av flertalet medan inom 14 endast ett fåtal lärare meddelar dylik undervisning. Inom ett inspektionsområde har endast hälften av skolstyrelserna ordnat sexualundervisning. Eftersom uppgifter saknas från somliga inspektörer, kan man inte beräkna det totala antalet skolor där undervisning bedrivs. Dess omfattning och art är naturligtvis, även då sexualundervisning meddelas, mycket växlande. Den uppges inom 14 inspektionsområden inte ha gett upphov till några problem, vilket gäller alla utom en av städerna utom landsting. I

en av dessa städer har man inte varit nöjd med den praxis som följts.

Vissa moment i undervisningen har på sina håll vållat lärarna bryderi. Detta gäller könsorganens anatomi, faderns roll och befruktningen, sexuella avvikelser och framförallt onani samt preventivmedel, om vilka dock handledningen inte innehåller några anvisningar. Inom de distrikt där sexualundervisning utan motivering saknas bland kursmomenten, torde detta bero på ett väntat motstånd från hemmens, ev. religiösa åsiktsgruppers sida. I skolöverstyrelsens handledning finns det utmärkta förslaget att småskollärarna, när de lärt känna sina barn, kallar samman föräldrarna för att orientera dem om vilken art av sexualkunskap som kommer att meddelas i skolan. Denna anvisning följs enligt skolöverstyrelsen i allt större omfattning. Inte minst bland småskollärarna är många uppgiften vuxna och resultaten har varit goda.

#### *Sexualundervisning meddelad av föräldrar*

Genom skolornas kontakt med hemmen kan mycket göras för att ge föräldrarna råd på vilket sätt de bör besvara barnens frågor om sexuallivet och de kan få anvisning om någon av de utmärkta vägledningarna för föräldrar som på senare år kommit i bokmarknaden. För att i praktiskt handlande omsätta den av alla barnpsykiater erkända sanningen, att endast med hemmets medverkan barnen kan få en sund sexualsyn, har även orienterande föredrag ordnats på initiativ av Målsmännens riksförening, som får allt fler avläggare i landet, ABF, kvinnoföreningar m. fl.

#### *Sexualundervisning vid folkskoleseminarier*

Skolöverstyrelsen har för folkskoleseminariernas lärare ordnat ingående

kurser i sexualundervisning och det anses där inte att det längre finns något fog för de blivande lärarnas, även i pressen ventilerade missnöje, med den kunskap som bibringas dem. Lektioner under handledning för barn i de klasser där sexualundervisning skall meddelas har man av begripliga skäl inte alltid lyckats att ordna i önskad omfattning, men sannolikt har, i de fall där seminarieeleverna varit missnöjda, diskussioner kring ämnet inte förekommit i sådan form att de känt sig så full förtrogenhet med det.

#### *Sexualundervisning i högre skolor*

För högre skolformer har skolöverstyrelsen 1949 gett ut en handledning, som befriats från de flesta av de skönhetsfläckar, som vidlåder handledningen för folkskollärarna. Sexualundervisningen har, åtminstone på gymnasierna, strövis förekommit sedan 1900-talets andra decennium och i större omfattning än i folkskolan. Den torde, sedan handledningen kommit, inte bereda akademiskt utbildade lärare några svårigheter, vilket de också bekräftat vid en av överstyrelsen 1952 ordnad enkät. Undervisningen är för dessa skolformer förlagd till 11- och 12-årsåldern, den mera grundliga till 15—16-årsåldern, där moralbildande aspekter skall beröras, och den fördjupas i gymnasiernas sista klasser, där upplysning om preventivmedel, abort m. m. ingår. Handledningen innehåller dessutom råd till lärare om hur de bör ställa sig till eventuella sexualhandlingar hos eleverna och dessa råd har fått en bättre utformning än i handledningen för folkskoleundervisningen.

*Utredningen anser*, att förutsättningar nu föreligger för att göra sexualundervisningen obligatorisk för alla barn i skolåldern. Alltför många graviditeter uppstår hos helt unga flickor genom en

samverkan av okunnighet och nyfikenhet. Emellertid kan man varken förut-sätta att alla lärare vuxit upp i en så-dan miljö att de själva fått en balanse-rad inställning till sexuella frågor eller att de själva alltid har en normal sexu-ell inriktning. Somliga lärare måste där-för, oavsett den utbildning som bibring-as dem, vara oskickade som sexualpeda-goger. Dessutom är på vissa platser opinionen så negativt inställd till all sexualupplysning att den på dessa orter endast bör handhas av personer med sällsynt gott handlag. Det synes därför utredningen lämpligt att skolstyrelserna generellt åläggas att ordna sexualunder-visning enligt de kurser som finns an-givna i skolöverstyrelsens handledning-ar och att, om lämplig lärare vid skolan inte finnes att tillgå, sörja för att under-visningen bedrivs av annan kompetent person. Skall undervisningen läggas i händerna på lokala lärare, bör det ford-ras att dessa företer intyg om förvärvad kompetens — den personliga lämplig-heten torde man inte kunna få styrkt. Det torde råda enighet om att handled-ningen för folkskollärare behöver om-arbetas. Ingen lärare kan medverka till ungdomens idealbildning genom att an-lägga värdenormer som är för honom själv främmande och av lärjungarna ge-nast uppfattas som oäkta i lärarens mun. Handledningen söker anknyta till barnens egna hem som förutsättes vara lyckliga i en allt annat än realistisk om-fattning. Flera lektionsutkast behövs, utarbetade av lärare med större erfaren-het av de miljöer deras elever kommer från och som företräder olika synpunk-ter på ämnet, med tanke på att under-visningen inte kan ges samma utform-ning i skilda delar av landet.

Att för sexualundervisningen i skolor-na anlita läkare torde inte vara en lös-ning som kan eller bör tillämpas i stör-re utsträckning. Läkarutbildningen ger

underlaget av nödiga kunskaper, men varken pedagogiska kvalifikationer eller överblick över de sociala faktorerna. Bortsett från att exempelvis provinsial-läkarna inte har tid att befatta sig med skolundervisningen inom sina distrikt, har det vid utredningens förfrågningar om preventivmedelsrådgivningen fram-gått, att många brister åtminstone tidi-gare vidlådit den medicinska undervis-ningen i dessa frågor.

#### *Sexualundervisning under militärtjänst*

Sexualundervisning efter skolåldern förekommer för större delar av befolk-ningen endast under värnplikten. För-bandens läkare är ålagda att hålla orien-terande föredrag vid inryckningen, vil-ka vanligen begränsas att gälla upplys-ning om och ofta drastiska varningar för könssjukdomarna. Varje värnpliktig får i samband med orienteringen en av medicinalstyrelsen och försvarets sjuk-vårdsförvaltning utarbetad broschyr, "En folkfara", som ger upplysningar om de veneriska sjukdomarna och deras fö-rebyggande behandling. Sexuell upplys-ning i annan form har endast förekom-mit sporadiskt för militärer. Exempelvis har upplysningsfilmer visats och genom Riksförbundets för sexuell upplysning försorg föredrag hållits, där bl. a. pre-ventivmedel och abortfrågan berörts. Ett uppslag, som avvisats av de flesta regementschefer, men realiserats sedan 1944 vid flottans örlogsstation på Skeppsholmen, är att ställa upp preven-tivmedelsautomater vid militära för-läggningar. Vid flottan har erfarenhe-terna varit goda, bortsett från att åter-kan och automatinbrott förekommit några gånger. Således såldes 1950 över tusen förpackningar på tre kondomer var å 1 kr. Vid enstaka truppförband har på senaste tiden automater av detta slag funnits. Förbandsläkarnas obliga-toriska föredrag borde enligt utredning-



ens mening med fördel kunna breddas till en mera utförlig orientering om sexuallivet, där hänsyn tas även till den kvinnliga partnern och barnafaderns förpliktelser samt förebyggande födelsekontroll behandlas.

#### *Sexualundervisning inom folkbildningsorganisationerna*

Inte minst som en följd av Riksförbundets för sexuell upplysning många initiativ har riksdagen för sexualhygienisk orientering från budgetåret 1946/47 beviljat folkbildningsorganisationerna ett årligt anslag, som för budgetåret 1951/52 belöpte sig till 45 000 kronor. Huvudparten av anslaget har givits till Arbetarnas bildningsförbund, som för dessa medel ordnat föreläsningar huvudsakligen inom till förbundet anslutna kvinno- och ungdomsorganisationer. Framförallt i de större städerna har de lokala arrangörerna kostnadsfritt ordnat enkel- eller dubbelföreläsningar eller serier på tio föreläsningar. Som föreläsare har fungerat av medicinalstyrelsen godkända personer, dels läkare, dels fru Elise Ottosen-Jensen och fil. dr J. Wintzell. I ABF:s regi har under de senaste åren hållits något över 500 föreläsningar årligen. Trots ökade rese- och traktamentskostnader, har under budgetåret 1951/52 antalet föreläsningar kunnat hållas på samma nivå.

Det totala anslaget som staten beviljat för sexualupplysning sänktes för budgetåret 1951/52 från 50 000 kronor med 5 000 kronor, emedan det föregående år inte helt utnyttjats, sannolikt beroende på en tillfällighet. De sexualhygieniska har nämligen hört till de mest talrikt besökta av ABF:s föreläsningar och samlade exempelvis 1951 mer än 37 000 åhörare. Under de år statsbidrag utgått har föreläsningar av detta slag i genomsnitt besökts av 30—40 000 personer.

*Utredningen vill således föreslå att statsbidraget i fortsättningen utgår med det tidigare beloppet på 50 000 kronor och ifrågasätter, om inte denna upplysningsverksamhet borde utökas genom att upplysningsfilmer, bildband och dylikt ställs till ABF:s och andra folkbildande föreningars förfogande.*

#### *Sexualupplysning genom film*

Medicinalstyrelsen lät 1945 spela in kortfilmen "Osynliga fiender" om följderna av vissa könssjukdomar. 1947 inspelades på initiativ av kommittén för social upplysning kortfilmen "Vi skall ha barn" om samhällets stöd vid havandeskap och barnsörd. Sedan dess har inte på statligt initiativ filmer i sexualupplysningens tjänst inspelats i Sverige men flera utländska långfilmer av delvis god konstnärlig kvalitet har visats, vilka gett sexualupplysning i inskränkt bemärkelse eller, mer eller mindre tendentiöst, belyst abortfrågan, liksom kommersiellt inspelade svenska filmer utan enbart upplysningssyfte. Det har visat sig, att ren upplysningsfilm når en ganska begränsad publik, medan kommersiellt inspelad film har större utsikter att nå en god konstnärlig nivå och verka opinionsbildande.

För bl. a. medicinska undervisningsändamål har särskilt i de anglosaxiska länderna goda korta färgfilmer spelats in, vilka distribueras till vederbörande undervisningsanstalter genom Societas medica scandinavica. Bland dessa filmer finns i Sverige inte någon tillgänglig som belyser sexualfrågan. En viss sensation väckte det, då 1952 i Uppsala visades en i Sverige inspelad, kort medicinsk undervisningsfilm i färg av framkallad abort med dött eller nära fullgånget foster, vilket skedde i samband med ett läkarföredrag i abortavskräckande syfte vid en offentlig diskussion.

Genom statens biografbyrå synes en centraliserad distribution av svensk och utländsk, lämplig sexualundervisande film kunna ske och kopior till nedsatt hyra ställas till folkbildningsorganisationernas disposition. En dylik centralisering synes ägnad dels att bereda folkbildningsorganisationerna önskvärda lättnader, dels att skapa garantier för att filmer avsedda för annat syfte än en brett lagd folkupplysning inte, på sätt som skedde i Uppsala, används i osakligt syfte.

#### *Utbildning för preventivmedelsrådgivning*

Av utredningens rundfråga till de läkare som handhar preventivmedelsrådgivningen har framgått att i den medicinska utbildningen tidigare inte ingått någon undervisning i förebyggande födelsekontroll. Från samtliga de medicinska läroanstalterna har utredningen inhämtat, att denna undervisning nu är tillfredsställande ordnad. Emellertid är den vid vissa universitet enbart teoretisk och vid andra får de blivande läkarna tillfälle att frivilligt delta i praktisk pessarutprovning om de så önskar. Fortfarande förekommer det således att blivande läkare endast inhämtat teoretisk kunskap om preventivteknik, även om detta kan väntas bli annorlunda när 1948 års läkarutbildningskommittés förslag vinner gehör att utprovning av preventivmedel skall praktiskt inläras under den förkortade gynekologiundervisningen (SOU 1953:7, s. 232). I detta sammanhang kan nämnas, att kommittén i sitt förslag om undervisning i socialmedicin, under vilket ämne abort- och steriliseringsfrågor faller, samt i psykiatri fäster ringa avseende vid undervisning i abortprofylax och särskilt vad psykiatriundervisningen beträffar lämnar den enskilde läraren en mycket vid marginal i valet av kursmoment, så

att de sexualhygieniska synpunkterna kan väntas få en mycket växlande utformning beroende på lärarnas personliga uppfattning om deras relativa vikt.

Utredningen har på s. 175 ff. i betänkandet berört de uppgifter som chefsgynekologen inom varje lasaretsområde tänkes få inom den förebyggande födelsekontrollen. Det förutsättes där, att han skall öva tillsyn över verksamheten i sitt område och vid behov ge praktiska råd och undervisning åt kolleger. Det synes dessutom önskvärt att vid fortbildningskurser för läkare preventivmedelsrådgivning och abortförebyggande rådgivning ingår som kursmoment. Detta är av så mycket större vikt som den senares omläggning kan ge upphov till nya erfarenheter och som andra graviditetsförebyggande medel än de nuvarande mekaniska preventiven kan väntas komma och erfarenheter om deras effektivitet etc. bör spridas.

Pessaret har hittills varit det för kvinnor mest tillförlitliga medlet, men utprovnigen är en tidsödande belastning för förut hårt anlitade läkare, exempelvis provinsialläkare i Norrland, där alla distrikt inte är besatta. Utredningen har vänt sig till byråbarnmorskan i medicinalstyrelsen och inhämtat, att barnmorskorna inte torde kunna avlasta läkare genom att ta hand om dessa uppgifter. I barnmorskornas utbildning ingår kontroll av att en kvinna, som fått pessar utprovat av läkare, kan handha det på rätt sätt. Blivande barnmorskor får varken lära sig att utföra själva utprovnigen eller kan anses skickade att påta sig detta ansvar. I sjuksköterskeutbildningen ingår inte preventivmedelsrådgivning.

I samband med graviditetsdiagnos utdelas, när graviditet fastställts, svenska socialvårdsförbundets skrift "Hur hjälper samhället mor och barn?", vilken innehåller uppgifter om mödra- och

barnvårdscentralerna samt bruksanvisning för pessar. Riksförbundet för sexuell upplysning har till landets tjänsteläkare distribuerat "Praktisk födelsekontroll", med underrubriken Lärobok för läkare, sköterskor och barnmorskor, vilken innehåller detaljerade beskrivningar av de preventivmedel som finns, hur de provas ut, används etc. För läkare finns en utmärkt broschyr av doktor Nils Nielsen, "Om födelsekontroll", som distribueras genom medicinalstyrelsen (Medicinalstyrelsens meddelande nr 96).

En ny broschyr om abortfrågan torde inte vara påkallad innan den abortförebyggande verksamheten fått en definitiv utformning.

*Sammanfattningsvis* önskar utredningen framhålla som sina önskemål, att undervisning i sexualkunskap göres obligatorisk i alla skolformer, att uppmärksamhet ägnas åt att blivande lärare får en sakligt fyllig utbildning och grundlig förtrogenhet med sexualfrågan ur pedagogisk synpunkt och sin uppmärksamhet fäst på vad som kan vinnas genom kontakt mellan läraren och hemmen för att bibringa barnen en sund och saklig syn på förhållandet mellan könen. Den mycket begränsade sexualkunskap, som meddelas värnpliktiga, bör breddas till att omfatta abortprofylaktiska synpunkter. Spridande av sexualkunskap genom folkbildningsorganisationerna bör ytterligare uppmuntras av staten. Preventivmedelsrådgivningen synes som hittills böra ligga i händerna på läkare och utredningen framlägger nedan å s. 175 ff. förslag för intensifiering av denna verksamhet.

#### **Preventivmedelsrådgivningen**

Redan befolkningsutredningen framhöll i sitt betänkande (SOU 1944:51) vikten av att preventivmedelsrådgiv-

ningen intog en framträdande plats bland de abortprofylaktiska åtgärderna. Departementschefen, som anslöt sig till denna tanke, anförde till statsrådsprotokollet:

Den allmänna sexualupplysningsverksamheten bör såsom befolkningsutredningen framhåller även ge kunskaper om förebyggande födelsekontroll. Emellertid finner utredningen av behovet påkallat att särskild individuell rådgivning i detta ämne anordnas för vuxna. Utredningen föreslår, att preventivrådgivningen för kvinnor anordnas som ett led i den förebyggande mödravården och således utan kostnad för den radsökande meddelas vid mödravårdscentraler och mödravårdsstationer. I motsats till ett antal remissinstanser är jag av den uppfattningen, att en ansvarsmedveten preventivrådgivning väl låter sig förenas med verksamheten i övrigt inom den förebyggande mödravården. Enligt min mening torde vidare de farhågor vara överdrivna, vilka i vissa yttranden uttalas för att en i fråga om födelsekontroll radsökande kvinna skulle avskräckas från att anlita en institution, avsedd i huvudsak för rådgivning åt blivande mödrar. Jag biträder sålunda utredningens förslag i denna del och ämnar, därest riksdagen icke framställer erinran häremot, förordna av förslaget betingad ändring av kungörelsen angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård. Erfarenheter av till mödravården förlagd rådgivningsverksamhet torde böra avvaktas, innan ställning toges till förslaget, att kostnadsfri preventivrådgivning för kvinnor skall meddelas även vid sjukhusens gynekologmottagningar och av tjänsteläkare. Vad härefter angår preventivrådgivningen för män torde denna kunna väsentligen meddelas i samband med en ansvarsstärkande, mera omfattande sexualupplysning bland försvarets rekryter och manskap. Den ytterligare rådgivning som kan visa sig erforderlig torde i enlighet med befolkningsutredningens förslag böra lämnas kostnadsfritt vid de manliga poliklinikerna för könssjukdomar. — Uppenbart är, att de personer som skola handhava ifrågavarande rådgivning själva måste äga tillräckliga insikter i ämnet. Det torde få ankomma på medicinalstyrelsen att vidtaga erforderliga åtgärder i denna del.

För att utröna hur preventivmedels-

rådgivningen fungerat på mödravårdscentralerna och -stationerna, särskilt i vilken omfattning den förekommit samt hur den bedrivits, har utredningen till dessa utsänt ett frågeformulär, som avsett tiden 1/1 1947—1/7 1950.

Sammanlagt utsändes 585 frågeformulär angående *preventivmedelsrådgivning till mödravårdscentraler och -stationer i samtliga landstingsområden*. Mödravårdscentralerna i de landstingsfria städerna har även tillskrivits och resultatet därav kommer att redovisas särskilt här nedan. De svar, som influitt på frågorna, har som regel avgivits av vederbörande läkare, som tjänstgör vid centralen eller stationen, men i några fall har även distriktssköterska eller barnmorska besvarat formuläret. Materialet har vid bearbetning visat sig vara synnerligen heterogent. I de flesta fall har frågeformulärets frågor besvarats synnerligen knapphändigt och många har nöjt sig med att endast avgiva en förklaring, att preventivmedelsrådgivning inte förekommer. I andra fall åter har endast vissa frågor besvarats. Det antal svar, som inkommit på ovannämnda frågeformulär, är 482, vilket innebär, att 82,4 % av samtliga de tillfrågade har svarat. Vid en undersökning hur svaren är fördelade på olika län visar det sig, att det lägsta antalet svar — procentuellt sett — utgör 70,8 % och härrör från Kristianstads län. Från samtliga övriga län har svar inkommit till ett procenttal, som ligger mellan denna siffra och 100 %. Av mödravårdscentralerna svarade 75 % och av mödravårdsstationerna 83 %.

Med anledning härav torde det insamlade materialet få anses vara representativt såväl för fördelningen geografiskt som på centraler och stationer.

Vid bearbetningen har i första hand de centraler och stationer utsorterats, där preventivmedelsrådgivning inte

äger rum. Därvid har ansetts att preventivmedelsrådgivning förekommit, även om endast en person begärt råd under den tid frågeformuläret avser, nämligen 1/1 1947—30/6 1950. Trots detta visar det sig att preventivmedelsrådgivning icke i någon form ägt rum på tre mödravårdscentraler av typ I, 28 av typ II samt 200 mödravårdsstationer. Detta motsvarar alltså vad beträffar de två sistnämnda kategorierna ungefär 50 % av antalet inkomna svar. Förmodligen ligger procenttalet betydligt högre i verkligheten, då man kan utgå från att intresset för preventivmedelsrådgivning hos de läkare, som underlåtit att svara på frågeformuläret, är ganska ringa. Vad beträffar de mödravårdscentraler av typ I, där preventivmedelsrådgivning ej äger rum, sker sådan i stället i två av fallen å vederbörande lasarets gynekologiska mottagning.

En fråga av intresse är givetvis att undersöka i vilken omfattning preventivmedelsrådgivning förekommer å centralerna och stationerna i olika delar av landet. Med anledning härav har *tabell 39* upprättats, som utvisar det antal mödravårdscentraler och mödravårdsstationer i de olika länen, där man med ledning av det insamlade materialet kan påvisa, att preventivmedelsrådgivning förekommer respektive icke förekommer.

Som framgår av tabellen visar i synnerhet Stockholms län ett förvånansvärt lågt antal mödravårdscentraler och mödravårdsstationer, där preventivmedelsrådgivning förekommer. Orsaken härtill är sannolikt närheten till Stockholm med dess möjligheter till preventivmedelsrådgivning på särskilda rådgivningsbyråer och gynekologavdelningar samt förekomsten av en rådgivningsbyrå för sexualfrågor inom länet i Solna. Liknande förhållanden har kunnat iakttagas även på andra håll.

Tabell 39. Preventivmedelsrådgivningens geografiska fördelning på mödravårdsorganen.

	Förekommer	Förekommer ej
Stockholms län . . . . .	8	21
Upsala län . . . . .	4	4
Södermanlands län . .	6	7
Östergötlands län . . .	6	15
Jönköpings län . . . . .	9	10
Kronobergs län . . . . .	7	8
Kalmar län . . . . .	13	7
Gotlands län . . . . .	4	3
Blekinge län . . . . .	5	7
Kristianstads län . . . .	9	8
Malmöhus län . . . . .	6	9
Hallands län . . . . .	13	2
Göteborgs o. Bohus län	8	10
Älvsborgs län . . . . .	10	24
Skaraborgs län . . . . .	9	13
Värmlands län . . . . .	12	17
Örebro län . . . . .	6	13
Västmanlands län . . .	12	6
Kopparbergs län . . . .	13	11
Gävleborgs län . . . . .	16	9
Västernorrlands län . .	18	10
Jämtlands län . . . . .	13	6
Västerbottens län . . . .	26	5
Norrbottens län . . . . .	18	6
Summa	251	231

Sålunda har fyra mödravårdsstationer i närheten av Lund och fem i närheten av Sundsvall uppgivit, att patienterna för preventivmedelsrådgivning söker sig till eller remitteras till gynekologavdelningen i Lund respektive den nyinrättade rådgivningsbyrån i Sundsvall. Inom landet i övrigt överväger antalet mödravårdscentraler och stationer, där preventivmedelsrådgivning förekommer — med undantag för Hallands och Kalmar län — i de nordligaste länen. Särskilt i Västerbottens län visar det sig, att preventivmedelsrådgivning är vanlig inom mödravårdens ram. Orsaken härtill är exempelvis de dåliga ekonomiska förhållandena och de stora barnkullar, som växer upp där. Detta framskymtar också i svaren, där en och annan norrländsk läkare framhåller, att det är en social plikt att in-

gripa i sådana fall. Sålunda skriver en provinsialläkare i Norrbotten: "För en provinsialläkare på landsbygden utgör preventivmedelsrådgivningen ej en 'verksamhet' utan ofta en tvingande nödvändighet i vissa ytterlighetsfall. Endast ett fåtal begär självmant preventivmedelsråd". I andra svar från Norrland anföres drastiska exempel på behovet av preventivmedelsrådgivning.

I många fall har anledningen till att rådgivning ej förekommit angivits vara bl. a. liten verksamhet inom mödravården eller alltför kort verksamhetstid för att rådgivningen skulle ha kunnat påbörjas. I det ojämförligt största antalet fall, där preventivmedelsrådgivning icke förekommer, har detta enligt svaren berott på att ingen har sökt råd. Detta har varit förhållandet i 64 fall, motsvarande 26,8 % av antalet centraler och stationer där rådgivning ej förekommer. I vissa fall har därjämte — så snart någon patient begärt preventivmedelsrådgivning — vederbörande hänvisats till gynekologavdelning, rådgivningsbyrå eller i några fall till Riksförbundet för sexuell upplysning eller också har föreståndaren för stationen eller centralen kunnat konstatera, att patienterna regelmässigt söker sig direkt till gynekologavdelning e. dyl. Andra orsaker till att preventivmedelsrådgivning ej äger rum är dålig utrustning och otillfredsställande lokaler samt att läkaren saknar utbildning. Två läkare har slutligen ej observerat sin författningens skyldighet att lämna preventivmedelsrådgivning.

I det utsända formuläret framställdes frågan om preventivmedelsrådgivningen är sammankopplad med mödravården eller icke. Det visar sig därvid, att rådgivning bedrivs å mödravårdsstation eller mödravårdscentral i 163 fall. I 134 fall handlägger läkaren däremot preventivmedelsrådgivningen på sin

privata mottagning. I 15 fall förekommer preventivmedelsrådgivning såväl å tjänstemottagning som i samband med mödravården. Vad angår frågan om lämpligheten av en sammankoppling av preventivmedelsrådgivningen med den förebyggande mödravården går meningarna starkt i sär. Sålunda har 209 läkare ansett, att sammankopplingen är olämplig, medan 85 ansett, att arrangementet är lämpligt. Något vägande skäl för en sammankoppling har icke anförts medan däremot sekretesskäl och bristande tid anförts som argument mot att preventivmedelsrådgivningen sker inom mödravårdens ram. I flera fall har således framhållits — detta gäller huvudsakligen mindre samhällen — att alla känner varandra och att kvinnorna av den anledningen icke vill uppsöka den speciella form av mottagning, som det här är fråga om. Likaså kan de inte undgå att i mindre samhällen utfrågas om anledningen till besöket av de kvinnor, som sitter i väntrummet.

Beträffande argumentet bristande tid får man genom svaren av de läkare, som åberopat detta, en inblick i provinssiällkarnas slitsamma liv, med överfulla väntrum, ständiga sjukresor och telefonpåringningar under nätterna. Den tid, som är anslagen åt den förebyggande mödra- och barnavården, kan i många fall icke överskridas. Då en pesarainprovning som regel tar mångdubbelt längre tid än en vanlig konsultation på mödravårdscentralen eller stationen, blir resultatet, om preventivmedelsrådgivningen förlägges dit, onödigt irritation och längre väntan för de kvinnor, som uppsöker lokalen i annat syfte.

I flera fall klagas det på de dåliga eller icke ändamålsenliga lokaler, som står läkaren till buds i samband med den förebyggande mödravården. En läkare i Mellansverige anför: "Möd-

ravårdsmottagningen äger rum i Beta-niakyrkan och där saknas och bör väl ej heller anordnas utrustning för pesarieanläggning." Några läkare anser, att miljön är synnerligen olämplig. Varken läkaren eller patienten får den ro, som är erforderlig för konsultationen och inprovningen, då de många gånger störs av barnskrik och signaler från väntande bilar.

Bland andra skäl, som åberopas mot en sammankoppling, kan nämnas blyghet hos de kvinnor, som söker för preventivmedelsrådgivning. De känner sig nämligen generade av att barnmorskan eller distriktssköterskan är närvarande under rådgivningen. Vidare anföres det rent psykologiskt oriktiga i att en kvinna, som önskar preventivmedelsrådgivning, i väntrummet sammanföres med kvinnor, som väntar eller nyligen har fött barn. Särskild mottagning för preventivmedelsrådgivning har — såvitt man kan utläsa av de inkomna svaren — hållits endast hos en läkare, vilken haft två mottagningar för preventivmedelsrådgivning i månaden. Varje mottagning har haft en längd av en timme och antalet patienter har varit 3—4 per gång.

Uppgifter har vidare infordrats på det antal patienter, som mottagits, varvid — därest exakta uppgifter icke skulle kunna lämnas — en uppskattning av antalet patienter skulle göras. Vid bearbetningen av det material, som inkommit, har en uppdelning av mödravårdscentraler i typ I och II samt mödravårdsstationer skett (*tabell 40*).

Antalet patienter, som sökt och icke erhållit preventivmedel, uppgår till 25. Av dessa har 17 avrättats på grund av patientens ålder, framfall eller dylikt. Ytterligare 8 har avrättats på grund av läkarens etiska eller religiösa inställning i det aktuella fallet.

De preventivmedelsmetoder, som har

Tabell 40. Preventivmedelsrådgivning vid mödravårdscentraler och -stationer 1947—30/6 1950

Antal patienter	Mödravårdscentral typ I	Mödravårdscentral typ II	Mödravårdsstation
1—5	6	29	324
6—10	1	12	46
11—20	3	3	24
över 20	3	10	17
Summa	13	54	411

tillrätts, har nästan uteslutande varit pessar och kondom.

Ett försök att klassificera klientelet efter ålder och civilstånd misslyckades, då de flesta läkarna icke fört anteckningar. En bearbetning av de svar, som lämnades på dessa frågor, gav endast till resultat, att det är övervägande gifta kvinnor, som söker upp mödravården för preventivmedelsrådgivning. — Några systematiska efterundersökningar rörande resultatet av rådgivningen har ej skett. Vissa patienter har dock trots erhållna råd blivit gravida. Orsaken härtill har varit att preventivmedlet icke använts vid samtliga samlag eller att kvinnan på grund av låg intelligens-ålder icke förstått dess användning.

Ett spørsmål av rent principiell betydelse har framskyttat i svaren, nämligen läkarens rätt att vägra preventivmedelsrådgivning. Några läkare har meddelat råd först efter det de prövat kvinnans sociala situation och en läkare uppger, att endast gifta kvinnor av honom tillrätts preventivmedel. En annan läkare meddelar icke rådgivning, när ändamålet med preventivet är "se-deslöst leverne".

I fyra fall har en klart negativ inställning hos vederbörande läkare att tillhandagå allmänheten med preventivmedelsupplysning försports. Sålunda anger en läkare i Sydsverige som moti-

vering till att han inte handlägger dylika fall att "lösaktigheten är stor nog utan statlig uppmuntran".

Av svaren har i många fall kunnat utläsas, att befolkningens inställning till preventivmedel och dess användning i vissa trakter har varit påfallande negativ.

Föreståndarna för mödravårdscentralerna och -stationerna har beretts tillfälle dels att ange särskilda synpunkter på preventivmedelsrådgivningen och dels att anföra särskilda önskemål. Beträffande de synpunkter som framförts märkes särskilt provinsialläkarens stora arbetsbörda och svårigheter att åta sig ytterligare uppgifter. En provinsialläkare uppger, att han "långa tider av året regelbundet arbetar med mottagning och sjukresor från omkring kl. 8 till 23; dessutom nattresor och ej en ledig söndag per år utom under semester". En annan framhåller att "det är orimligt, att en provinsialläkare skall kunna (verkligen kunna) allting och hinna allting". I nära samband härmed står det faktum, att inprovning av pesssar tar lång tid. En läkare framhåller exempelvis, att han har cirka 50 patienter på varje mödra- och barnavårds-mottagning och därför svårt att kunna ägna fallen tillräckligt noggrann behandling. Flera läkare har även konstaterat, att kvinnorna hellre söker upp läkaren privat på hans vanliga mottagning. Härigenom kan samtalet och den följande inprovningen ske i lugn och ro. Bland de särskilda önskemålen står i första hand specialutbildning för läkaren. Det har framförts förslag om att särskilda kurser skulle anordnas, att preventivmedelsrådgivning skulle upptagas på fortbildningskurser för läkare samt att föredrag måtte anordnas. Flera läkare önskar också, att preventivmedelsrådgivningen sker på gynekologavdelningar eller i varje fall på mödra-

vårdscentraler av typ I med tillgång till specialutbildad personal och god utrustning, där sekretessen rörande de preventivmedelssökande kvinnorna på ett bättre sätt kunde tillgodoses.

Vad beträffar *preventivmedelsrådgivningen i städerna utom landsting* har svar inkommit från mödravårdscentraler i Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping och Hälsingborg. Något detaljerat besvarande av frågeformuläret har inte kunnat ske i något fall, med undantag för Norrköping, där dock verksamheten endast bedrivits från den 1 juli 1950 och där 44 patienter mottagits under tiden fram till den 1 januari 1951. I svaren framhålles bl. a. att patienter endast undantagsvis uppsöker mödravårdsmottagningarna i preventivmedelssyfte. I Malmö är det t. ex. så sällsynt att det är knappt ett fall om året. Preventivmedelsrådgivningen handhaves i stället på kvinnoklinikernas öppna mottagningar eller hos vederbörande läkare. I Göteborg och Malmö sker även en betydande rådgivning hos Riksförbundet för sexuell upplysning. Ett visst samarbete existerar även mellan riksförbundet och kvinnokliniken i Göteborg, som hänvisar nästan alla sina preventivmedelssökande till riksförbundets byrå.

Lämpligheten att sammankoppla preventivmedelsrådgivning och mödravårdsmottagning har i ett par fall ifrågasatts. Sistnämnda mottagningar är många gånger så fulltecknade, att en rådgivningsverksamhet — även i blygsamma former — skulle spränga ramen för arbetsprogrammet. Vidare har framhållits det psykologiskt oriktiga i en sammankoppling, vilket även återspeglats i att patienterna spontant undviker mödravårdsmottagningarna.

Särskild mottagning för preventivmedelssökande finns endast anordnad i Norrköping och där från den 1 juli

Tabell 41. Antal patienter vid preventivmedelsrådgivningen inom mödravårdens ram

År	Antal patienter
1947	730
1948	920
1949	1 380
1950 (1/1—30/6)	1 280
Summa	4 310

1950. Mottagning äger där rum en gång i veckan med frekvens av 1—6 patienter. Väntetid förekommer ej då konsultationstid bestämes i förväg. Mottagningens längd är omkring en timme.

Det antal patienter, som mottagits, har som nyss framhållits varit synnerligen ringa. Ett undantag utgör dock Hälsingborg, där å barnbördshuset cirka 100 preventivmedelssökande mottagits per år.

En fråga, som slutligen inställer sig, är vilken omfattning preventivmedelsrådgivningen haft inom mödravårdens ram. Av tabell 40 kan erhållas en viss uppfattning om antalet *preventivmedelssökande inom hela riket* inom mödravården. Det tal, som härvid erhålles, bör då utgöra 82,4 % av hela antalet patienter. Efter uppmultiplicering till 100 % och med vederbörlig hänsyn tagen till städerna utom landsting har erhållits tabell 41 över antalet preventivmedelssökande.

Det bör observeras, att siffran för 1950 endast avser halva året. Det här uppskattade antalet patienter torde ligga betydligt i överkant, då förutsättningen varit att de centraler och stationer, som ej besvarat formuläret, haft samma frekvens som de övriga, vilket — som tidigare framhållits — säkert inte är fallet. Under den tid frågeformuläret avser torde cirka 4 300 patienter ha erhållit preventivmedelsrådgivning inom mödravårdens ram.



*Preventivmedelsrådgivning på rådgivningsbyråer* för abortsökande sker dessutom i relativt stor omfattning. Som exempel kan nämnas, att under 1950—52 å Stockholms stads rådgivningsbyrå upplysning meddelades åt 895 resp. 984 och 1 199 sökande. Rådgivning i förebyggande födelsekontroll bedrivs emellertid även under andra former.

Sedan många år tillbaka har *Riksförbundet för sexuell upplysning* (RFSU) drivit en omfattande upplysnings- och rådgivningsverksamhet dels i första hand genom sina egna rådgivningsbyråer, dels genom mottagningar på ett flertal platser. Den statistik över handlagda ärenden, som rör födelsekontroll, visar helt andra siffror än vad mödravårdsorganen kunnat uppvisa. På RFSU:s byrå i Stockholm mottogs t. ex. 1949 10 208 och 1950 13 229 preventivsökande. På byrån i Göteborg var motsvarande siffror 2 133 och 3 053. — Genom en särskild försäljningsorganisation tillhandahåller RFSU därjämte preventivmedel samt vissa kemiska preparat till relativt låga priser.

Genom de efterundersökningar, som utredningen låtit verkställa, har också vissa upplysningar vunnits om *preventivmedelsvanorna hos abortklientelet*.

Resultaten är emellertid ytterst otillförlitliga. Många gånger drar sig kvinnorna för att berätta, att de uraktlåtit vidta preventivåtgärder eller att de känner till modern preventivteknik. Ej sällan vill de säkerligen också ställa sig själva i bättre dager genom att ange, att den abortsituation de råkat i är resultatet av en "olyckshändelse". Man måste sålunda bedöma de svar, som erhållits, med största försiktighet. Av speciellt intresse är att undersöka, i vad mån kunskapen om preventivmedel är spridd bland abortklientelet. I befolkningsutredningens betänkande (SOU 1944: 51) föreligger en undersökning av

Inghe av ett illegalt abortklientel från 1930-talet, som vårdats på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm, varav framgår, att endast 25 % av kvinnorna hade hört talas om pessar. 80 % av kvinnorna uppgav, att de hade känt till coitus interruptus. 6 %, huvudsakligen ogifta, påstod, att de var helt okunniga om förekomsten av antikonceptionella metoder.

Jämför man dessa uppgifter med vad som framkommit genom särskilt Holmstedts undersökning (bilaga V) på ett storstadsklientel från de senaste åren, finner man att kännedomen om preventivmedel numera är betydligt mera utbredd. Nästan alla kvinnor i Holmstedts undersökningsmaterial har förklarat, att de använt preventiva åtgärder — kondom, pessar och coitus interruptus. Han gör gällande, att hos detta klientel okunnigheten om preventivmedel numera synes vara i det närmaste hävd.

Emellertid kan man inte undgå att förvånas över i hur ringa utsträckning preventivmedel kommer till användning hos abortklientelet (se bilaga VI).<sup>1</sup> Tillförlitligheten av Holmstedts uppgift behöver emellertid inte ifrågasättas, då det ju visat sig att oaktat upplysning de abortsökande kvinnorna visat obenägenhet eller oförmåga att använda skyddsmedel. Härtill kommer, att kännedomen om preventivteknik kanske är bättre spridd bland abortklientelet i Stockholm än på andra håll i landet.

En jämförelse mellan Inghes undersökning från 1930-talet och den här refererade undersökningen visar sålunda, att kännedomen om preventivmedel måhända ökat åtminstone i Stockholm men att det tydligen brister i tillämpningen av kunskaperna.

En stor del av de provocerade aborterna, såväl legala som illegala, utgör ett beklagligt alternativ till en effektiv,

<sup>1</sup> Jfr Ekblad Sv. Läkartidn. 1952:23.

förebyggande födelsekontroll. Då utredningen anser, att provocerad abort icke kan accepteras som ett födelsekontrollerande medel är det nödvändigt, att de bästa preventivmetoderna får en ökad användning, vilket möjliggör en rimlig och förnuftig barnbegränsning.

Resultatet av utredningens rundfråga till mödravårdsorganen tyder på, att preventivmedelsrådgivningen där icke utfallit gynnsamt. Avsevärda olägenheter synes vara förknippade med att driva rådgivningen enbart på mödravårdsmottagningarna och de kvinnor, som sökt råd, har varit fåtaliga. Nya vägar måste därför prövas. Utredningen har ansett sig böra anknyta till den tanke, som ursprungligen framfördes av befolkningskommissionen och senare även av befolkningsutredningen och som berördes i departementschefens ovan återgivna uttalande, nämligen att verksamheten också borde förläggas till tjänsteläkarnas mottagningar och sjukhusens öppna gynekologmottagningar.

För att preventivmedelsrådgivningen skall få största möjliga effekt, föreslår utredningen, att — förutom den verksamhet som för närvarande ställvis bedrivs inom den förebyggande mödravårdens ram — kostnadsfri preventivmedelsrådgivning även skall äga rum å stads-, distrikts-, köpings-, municipal- och provinsialläkares mottagningar samt å gynekologavdelningarnas öppna mottagningar och gynekologpoliklinikerna. Härigenom vinner man, att kvinnan tillförsäkras ett bättre anonymitetsskydd och undgår det personliga obehag, som ofta just i detta ärende kan vara förknippat med ett besök på ett av den förebyggande mödravårdens organ. Även ur läkarens synpunkt måste förändringen bli till det bättre. Verksamheten kan bedrivas utan störande moment i en mottagningslokal, som är lämpad för detta ändamål.

Genom denna anordning kommer de ovannämnda tjänsteläkarna var och en inom sitt distrikt att ansvara för verksamheten. För att undvika att en kvinna kan bli beroende av en viss läkare, som hon av olika skäl inte önskar konsultera, anser utredningen att något tvång att hänvända sig till den tjänsteläkare, inom vilkens distrikt hon bor, inte skall föreligga. En kvinna, som söker råd i och för förebyggande födelsekontroll, skall sålunda kunna hänvända sig till vilken som helst av ovannämnda tjänsteläkare. Likaså bör hon ha möjlighet att vända sig till sjukhusens öppna gynekologmottagningar eller om sådan inte finns inrättad i det sjukvårdsområde, där hon vistas, till den öppna kirurgiska mottagningen. Då de hittills gjorda erfarenheterna tyder på att det så gott som uteslutande är kvinnor, som kommer att begära upplysning, är för närvarande pessarinprovning läkarens viktigaste uppgift i detta sammanhang. När en tjänsteläkare misstänker medicinska kontraindikationer skall han i den mån han inte anser sig själv vara kompetent att bedöma dessa, ha skyldighet remittera den hjälpsökande till annan, specialutbildad läkare i tjänsteställning. Tjänsteläkare skall vidare vara skyldig att till den nedan omnämnde gynekologen i länet avge rapport om sådana förhållanden, som kan vara av intresse för rådgivningsverksamhetens fortsatta planläggning. Eftersom intet bostadsband skall förefinnas, bör ärendenas redovisning ordnas genom att särskild patientjournal föres. De närmare föreskrifterna härom bör utfärdas av medicinalstyrelsen. Inom varje sjukvårdsområde kommer — så snart erforderliga utbyggnader skett — att finnas minst en specialistkompetent gynekolog i överläkarställning.

Utredningen föreslår, att denne skall erhålla överinseendet över preventiv-

medelsrådgivningen inom sitt område och därvid övervaka och leda preventivmedelsrådgivningen, att han själv eller genom honom underställd läkare skall handlägga remissfall, som hänvisas till lasarettet samt att han skall lämna råd och anvisningar åt tjänsteläkarna inom sjukvårdsområdet. Då en sådan uppgift kan tänkas nödvändiggöra personlig kontakt med de ovan angivna läkarna bör han ha rätt att företa tjänsteresor inom sjukvårdsområdet. Utredningen, som föreslagit en decentralisering av prövningsförfarandet vid legal abort till lokala nämnder inom varje sjukvårdsområde, har avsett att ifrågasvara gynekolog som regel skall bli en av ledamöterna i nämnden. Därigenom har han möjlighet att kunna följa utvecklingen inom i stort sett hela den abortförebyggande verksamheten i sjukvårdsområdet. Då det gäller att ge kollegorna inom sjukvårdsområdet anvisningar och råd skall han i första hand bibringa de tjänsteläkare, som saknar utbildning i preventivrådgivning och preventivteknik, kunskaper i detta avseende samt i mån av behov orientera dem om vetenskapens senaste rön ifråga om preventivmetoder. Sådan undervisning bör lämpligen förläggas till några mottagningar vid gynekologiska specialavdelningen inom sjukvårdsområdet. Där specialistutbildad gynekolog i överläkarställning icke finns att tillgå, bör dennes åligganden i detta avseende åvila den för den kirurgiska verksamheten inom sjukvårdsområdet huvudansvarige läkaren, som i så fall bör inträda i gynekologens ställe i den planerade lokala prövningsnämnden.

Genom en sådan anordning sättes gynekologen i överläkarställning i centrum av hela den verksamhet inom sjukvårdsområdet som i så hög grad berör hans dagliga arbete.

Utredningen anser, att ett visst årligt

arvode skall utgå av statsmedel till den överläkare, som har överinseendet av preventivmedelsrådgivningen inom sjukvårdsområdet. Arvodet fastställs inom vissa gränser av medicinalstyrelsen, som även meddelar förordnande att gälla tills vidare. Ersättning för kostnadsfri preventivrådgivning utbetalas av statsmedel enligt gällande tjänsteläkartaxa till vederbörande läkare om rådgivningen bedrivs inom mödravårdens ram eller av tjänsteläkare på hans mottagning.

De remissfall, vilka handlägges av vederbörande överläkare, som har överinseendet över preventivmedelsrådgivningen inom sjukvårdsområdet, eller av honom underställd läkare, skall ersättas av statsmedel enligt fastställd taxa för beräkning av ersättning för läkarvård, meddelad vid mottagning för öppen sjukvård å lasarett.

Samma bestämmelser angående ersättning föreslås gälla, om den hjälpsökande vänder sig direkt till lasarettens öppna gynekologmottagningar.

Sker preventivupplysning å särskild sexualrådgivningsbyrå eller å gynekologpoliklinik, där vederbörande läkare åtnjuter arvode eller lön, utgår ingen ersättning av statsmedel.

Utredningen föreslår, att kontroll av verksamheten sker på följande sätt. De tjänsteläkare, som ombesörjer preventivmedelsrådgivningen, bör icke betungas med någon rapportskyldighet. Då ersättning för deras arbete kommer att utgå av statsmedel, kan uppgifterna om rådgivningsverksamheten utläsas av de utställda räkningarna. Dessa inges till den överläkare, som har överinseendet av preventivmedelsrådgivningen inom sjukvårdsområdet. Efter granskning göres en sammanställning som vidarebefordras till medicinalstyrelsen.

Resultatet av de undersökningar, som refererats här ovan visar, att den hit-

tillsvarande preventivmedelsrådgivningen varit synnerligen bristfällig. För att uppnå nödvändig effektivisering, har det syntts utredningen önskvärt, att även en central översyn av verksamheten genom särskild tjänsteman i medicinalstyrelsen är nödvändig. Förslag härom har utformats i kap. 7 s. 160.

#### Preventivmedlen

En given förutsättning för att en aldrig så fullgod preventivmedelsrådgivning skall få önskad effekt är givetvis, att goda preventivmedel finns lätt tillgängliga till rimliga priser. I alla dessa hänseenden brister för närvarande en hel del, och säkerligen är det icke endast bristande kunskap, som är orsaken till att antikonceptionella medel används i så ringa omfattning, som de verkställda efterundersökningarna på en del av abortklientelet ger vid handen. Givetvis måste man också räkna med att mycket ofta direkt motvilja mot användande av preventivmedel eller ren likgiltighet är orsakerna, men att bristande förtroende för preventivmedlens effektivitet liksom även prisfrågan och sättet för preventivmedlens tillhandahållande är bidragande faktorer till att dylika medel icke kommer till användning i önskvärd omfattning, synes uppenbart för utredningen.

Preventivmedelshandeln regleras författningsenligt genom KF den 9 september 1938 om handel med preventivmedel (ändrad i vissa delar genom KF den 4 mars 1949) jämte därtill ansluten kungörelse med vissa närmare föreskrifter ävensom KK den 18 oktober 1946 om tillhandahållande av preventivmedel å apoteksinrättning. Sistnämnda kungörelse tillkom på förslag av 1941 års befolkningsutredning (SOU 1944: 51). Till de uttalanden, som av befolkningsutredningen i samma betänkande gjordes angående preventivmedelshan-

deln, vill abortutredningen i första hand hänvisa (s. 153—156).

Icke minst på grund av befolkningsutredningens uttalande, att utredningen förutsatte, att statens priskontrollnämnd i fortsättningen skulle bevaka prisfrågans vidare utveckling, begärde abortutredningen hos priskontrollnämnden uppgift på åtgärder, som av nämnden vidtagits för reglering av priserna på preventivmedel. Nämnden meddelade den 4 oktober 1950, att nämnden, innan medicinalstyrelsen utfärdat föreskrifter angående kvalitetskontroll av preventivmedel, fann sig icke ha anledning att upptaga till prövning, huruvida särskilda prisreglerande åtgärder borde vidtagas rörande preventivmedel.

Sedermera har medicinalstyrelsen den 28 februari 1951 utfärdat kungörelse (MF nr 14) med särskilda föreskrifter med anledning av kung. den 18 oktober 1946 om tillhandahållande av preventivmedel å apoteksinrättning, vilken medicinalstyrelsekungörelse innehåller vissa föreskrifter beträffande kondomer samt slidpessarar. För kondomer har styrelsen vidare utfärdat generella föreskrifter, innefattade i styrelsens cirkulär den 28 februari 1951 angående förfaringssättet vid undersökning av visst preventivmedel, avsett att tillhandahållas på apotek. Kvalitetsfordringarna för pessarer fastställes däremot, bland annat på grund av variationerna i konstruktionen, från märke till märke. Medicinalstyrelsen avser att, då längre tids erfarenhet föreligger av nuvarande ordning, företaga en översyn av kvalitetsfordringarna. Beträffande de s. k. kemiskt verkande preventivmedlen har medicinalstyrelsen ännu inte funnit det möjligt att meddela andra föreskrifter än att styrelsen upprättat förteckningar över sådana medel, vilka styrelsen ansett sig kunna förorda, resp. betraktar som olämpliga.

Sedan medicinalstyrelsen sålunda utfärdat föreskrifter angående kvalitetskontroll för preventivmedel, torde förutsättningar föreligga för priskontrollnämnden att ingripa i priskontrollerande syfte. Med hänsyn till de ofta mycket oskäligen vinstmarginalerna för kondomer framstår en priskontroll som synnerligen angelägen. Givetvis måste medicinalstyrelsens kvalitetskontroll därvid omfatta även andra preventivmedel än sådana, som skall tillhandahållas på apotek.

Utredningen har sökt skaffa uppgifter angående antalet i landet försålda kondomer och pessarer. Kondomer tillverkas i Sverige endast av ett företag. Genom sjukvårdsberedskapsnämnden har inhämtats uppgift om tillverkningens storlek. Riksförbundet för sexuell upplysning är i Sverige ensam tillverkare av pessarer; produktionskapaciteten uppgår till cirka 80 000 st. om året och den inhemska försäljningen till cirka 25 000 st. Beträffande importen kan av tullstatistiken utläsas, att under år 1950 värdet av preventivmedelsimporten uppgick till 1 126 411 kronor, därvid huvuddelen av importen avsåg kondomer med en uppskattad kvantitet av 100 000 gross. Sjukvårdsberedskapsnämnden har dock framhållit, att 1950 års import torde varit större än normalt beroende på dels statliga lagringsköp och dels lagerökning hos importörerna samt att den normala importen av kondomer kan beräknas till cirka 60 000 gross per år. En beräkning av den årliga förbrukningen inom landet av kondomer är givetvis vanskelig, men med utgångspunkt från förut angivna importsiffror och den inhemska tillverkningen torde en siffra på omkring 80 000 gross (11,5 millioner) kunna godtagas. Kvantiteten sammanfaller helt med den beräkning av i landet försålda kondomer, som förekommer i yttrande av befolknings-

kommissionen (SOU 1936: 51) och måste betecknas som låg, särskilt mot bakgrunden av den upplysningsverksamhet, som bedrivits under senare år. Att årsförbrukningen av pessarer fortfarande är ringa, synes uppenbart. Beträffande fördelningen av de försålda varorna har sjukvårdsberedskapsnämnden uppskattat, att 60—70 % av preventivmedlen försäljes av enskilda firmor samt resten av apoteken och riksförbundet. Apotekens andel av försäljningen av kondomer har under 1950 beräknats uppgå till cirka 10 000 gross.

Att monopolisera preventivmedelshandeln åt apoteken skulle givetvis öka förutsättningarna för en skälig prissättning på preventivmedel, men härvid måste ihågkommas, att den sociala tabueringen av preventivmedlen, som tidigare påtalats, ingalunda har brutits, och säkerligen torde den ej heller komma att brytas genom ett apoteksmonopol. Ett dylikt skulle därför troligen snarare komma att verka i en enligt utredningens mening icke önskvärd riktning, dvs. en minskad användning av preventivmedel, därest icke illegal handel skulle förekomma i större omfattning. Särskilt bör uppmärksammas, att landsbygdens behov av preventivmedel för närvarande torde så gott som helt tillgodoses genom s. k. postorder och att jämväl i övrigt denna inköpsform endast med svårighet och på lång sikt kan utbytas mot direktförsäljning. Vid apoteksmonopol torde det även bli nödvändigt att upphäva de nuvarande begränsningarna i apotekens försäljningsplikt. En verkställd undersökning har visat, att förutsättningarna härför för närvarande inte föreligger.

Med beaktande av vad sålunda upp tagits har utredningen icke ansett sig kunna framlägga några direkta förslag beträffande handeln med och prissättningen av preventivmedel. Emellertid

bör här inte förbigås den automathandel med preventivmedel, som numera i viss omfattning prövas. Redan 1946 uttalade medicinalstyrelsen sin principiella avslutning till sådan handel och utredningen vill biträda detta uttalande. Av många skäl, som ligger så i öppen dag, att de knappast behöver redovisas här, måste man emellertid framgå med viss försiktighet och noga studera de erfarenheter, som kan vinnas. Utredningen förutsätter, att frågan noga följes av medicinalstyrelsen. Om 1938 års lagstiftning rörande handeln med preventivmedel skulle komma att lägga hinder i vägen för en önskvärd utveckling ifråga om automathandeln med preventivmedel, bör initiativ tagas till en ändring av denna lagstiftning.

Vad slutligen angår preventivmedlens kvalitet vill utredningen erinra om att utvecklingen här inte hållit jämna steg med den medicinska forskningen i övrigt. Gång efter annan redogörs visserligen i pressen för resultat av vissa, i regel utländska prov, men speciellt ifråga om kvinnans möjlighet att själv skydda sig mot konception har några nya medel icke — i allt fall inte i praktiskt sammanhang — framkommit på mycket länge. På grund härav har utredningen hos Statens medicinska forskningsråd gjort framställning, att rådet måtte ställa medel till förfogande för vetenskaplig forskning på ifrågavarande område. Rådet har även ådagalagt intresse för den sålunda väckta frågan.

## Kostnadsfrågor

Av utredningen framlagda förslag och uttalade önskemål rörande abortprofylaxens framtida utformning föranleder kostnader, som helt eller delvis måste bäras av statsverket. I vissa fall har kostnadsfrågan berörts i det föregående. Utredningen vill här till närmare granskning upptaga statsverkets kostnader, föranledda av utredningens förslag ifråga om *preventivmedelsrådgivningen, rådgivningsbyråernas organisation och prövningsförfarandet*.

Beträffande gällande statsbidragsbestämmelser m. m. vill utredningen hänvisa till följande.

*KK den 15 juni 1944 (nr 396)* angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård, ändrad genom kung. den 21 december 1945 (nr 862), den 30 juni 1947 (nr 433), den 14 maj 1948 (nr 252), den 9 december 1949 (nr 633), den 9 maj 1952 (nr 225) och den 5 juni 1953 (nr 461). Se jämväl MF nr 173/1944.

*KK den 21 december 1945 (nr 863)* angående statsbidrag till viss verksamhet för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte, ändrad genom kungörelser den 30 december 1946 (nr 907) och den 9 december 1949 (nr 636); se jämväl MF nr 154/1946 samt medicinalstyrelsens V.P.M. angående anslag till abortförebyggande åtgärder den 30 augusti 1948, den 31 augusti 1949, den 24 augusti 1950, den 25 augusti 1951 och den 27 augusti 1952, redovisade i statsverkspropositionen för resp. budgetår.

### Preventivmedelsrådgivningen

Utredningens förslag innebär i korthet, att den kostnadsfria preventivmedelsrådgivning, som för närvarande bedrivs inom den förebyggande mödravårdens ram samt på de statsunderstödda rådgivningsbyråerna, skall bibehållas. Därjämte skall kostnadsfri sådan rådgivning lämnas på alla stads-, distrikts-, köpings-, municipal- och provinsialläkares mottagningar samt på gynekologavdelningarnas (ev. kirurgavdelningarnas) öppna mottagningar på sjukhusen. Verksamheten övervakas inom varje sjukvårdsområde av en gynekolog (ev. kirurg) i överläkarställning.

Om rådgivningen bedrivs inom den förebyggande mödravårdens ram eller på tjänsteläkares mottagning, skall ersättning utgå av statsmedel efter gällande tjänsteläkartaxa. De remissfall, vilka handläggs av den överläkare, som har tillsynen över verksamheten inom sjukvårdsområdet, eller av honom underställd läkare, ersätts av statsmedel enligt fastställd taxa för beräkning av ersättning för läkarvård, meddelad vid mottagning för öppen vård å lasarett. Samma bestämmelser gäller, om sökanden vänder sig direkt till lasarettens gynekolog- eller kirurgmottagningar. Sker preventivmedelsrådgivning på statsunderstödd rådgivningsbyrå eller på gynekologopoliklinik, där vederbörande läkare åtnjuter lön eller arvode, utgår ingen särskild ersättning av statsmedel.

Till den överläkare, som har överinseendet över verksamheten inom sjukvårdsområdet, bör utgå fast årligt arvode av statsmedel.

Storleken av arvodet till överläkaren, som utövar den övervakande verksamheten, föreslår utredningen till lägst 750 kronor och högst 1 500 kronor per år, beroende på områdets befolkningstäthet. Det bör ankomma på medicinalstyrelsen att i samband med förordnandet verkställa inplacering i arvodesklass.

Det är uppenbarligen helt uteslutet att med någon grad av hållbarhet göra en beräkning av statsverkets kostnader för den utvidgade rådgivningsverksamheten, då dessa helt blir beroende av den omfattning, i vilken de nya möjligheterna till kostnadsfri rådgivning kommer att utnyttjas. Utredningen beräknar, att kostnaden för flertalet konsultationer kommer att stanna vid tio kronor per fall (grupp 3 a i provinsialläkartaxan) och frekvensen kommer säkerligen endast långsamt att stegras. Angående antalet preventivmedelssökande hos mödravårdsorganen, se s. 173.

Behovet av resor för den överläkare, som har övervakningen inom sjukvårdsområdet, låter sig icke på förhand beräkna, men uppenbarligen torde det komma att röra sig om tämligen obetydliga belopp.

Det torde böra ankomma på medicinalstyrelsen som övervakningsmyndighet, i första hand genom överinspektören för mödravården, att utarbeta detaljerade statsbidragsbestämmelser och övriga erforderliga föreskrifter för utbetalning, kontroll m. m. I kungörelsen nr 396/1944 angående statsbidrag till den förebyggande mödravården bör i 7 § intagas särskild bestämmelse rörande ersättningen för rådgivning beträffande förebyggande födelsekontroll.

#### Rådgivningsbyråernas organisation

Inom varje lokal prövningsnämnds verksamhetsområde skall vanligen finnas en rådgivningsbyrå. I mån av behov upprättas flera byråer eller anordnas filialmottagningar. Byrå förestås av en föreståndare, som även utför kuratorsarbete, varjämte på byrån skall finnas anställda kuratorer och administrativ personal i erforderlig omfattning. Till varje byrå knyts minst två läkare med specialistkompetens inom psykiatri och gynekologi.

För varje byrå skall finnas en av medicinalstyrelsen godkänd plan, upprättad av vederbörande huvudman. Medicinalstyrelsen skall godkänna personvalet, såvitt gäller byråföreståndaren och läkarna. Statsbidrag utgår till byråföreståndarens lön samt därjämte till det antal läkare och kuratorer, som medicinalstyrelsen bestämmer. Vidare måste statsbidrag utgå till erforderliga resor för kurator. Kallas kvinna till inställelse på rådgivningsbyrå, bör kostnaden bäras av statsmedel.

För närvarande ankommer det på vederbörande huvudman att själv bestämma, om rådgivningsbyrå skall inrättas eller icke. Utredningens förslag rörande prövningsförfarandet förutsätter, att rådgivningsbyrå måste finnas, vanligen på varje ort, där lokal prövningsnämnd är verksam. Redan detta bör, enligt utredningens mening, föranleda andra grunder för beräkning av statsbidraget för vissa fasta kostnader. Lämpligast synes vara, att för byråföreståndarens lön utgår statsbidrag med viss procent, förslagsvis 50. För övriga kuratorer bör statsbidraget beräknas efter samma grunder som för närvarande, dvs. per mottagning. Beträffande läkarna anser utredningen i likhet med vad medicinalstyrelsen redan 1948 förordnat, att bidrag bör utgå med visst belopp per timme av den tid, varunder läkarmottagning hålls.



Vad därefter angår de belopp, som sålunda skulle komma att åvila statsverket, har utredningen stannat för att föreslå, att som ersättning till byråföreståndare får godkännas en lön, som i regel skall motsvara grundlön för statlig tjänsteman med placering i lönegrad Ca 27 men efter medgivande av medicinalstyrelsen må bestämmas till lägst grundlönen i Ca 24. Statsbidrag utgår med belopp, motsvarande hälften av de kontanta löneförmåner, som för hela året skulle utgått till å vederbörande ort stationerad statlig tjänsteman i motsvarande löneställning med två intjänade ålderstillägg, dvs. lägst lönegrad Ca 24, löneklass 26 och högst lönegrad Ca 27, löneklass 29. För övriga kuratorer bör statsbidraget utgå med lägst 25 kronor per mottagning. Statsbidraget till läkarna föreslås till 20 kronor per mottagningstimme. För kuratorernas resor bör statsbidrag utgå efter samma grunder som för närvarande. Till frågan om de hjälpsökandes resor återkommer utredningen i det följande.

För rådgivningsbyrå, belägen inom ortsgrupp 3 och med en organisation, bestående av — förutom skrivbiträde och ev. annan erforderlig administrativ personal — en byråföreståndare, två läkare samt en kurator, skulle från förestående utgångspunkter statsbidragen belöpa sig till följande belopp. Beräkningen bygger på följande premisser.

Byråföreståndarens lön efter	
Ca 27: 29, 50 % därav . . . . .	9 456
Fyra mottagningar i veckan	
av kuratorn efter 25 kronor	
per mottagning . . . . .	5 200
Sex mottagningstimmar i veckan	
för läkarna tillhoppa efter	
20 kronor i timmen . . . . .	6 240
	<hr/>
Summa kr.	20 896

Byråföreståndaren hinner personligen ta två nya fall i veckan. Kuratorn tar

fyra nya fall i veckan. Årskapaciteten blir cirka 300 fall om året. Fyra av fallen är huvudsakligen psykiaterfall, som — efter socialutredning — kräver minst en timme per fall. Återstående två är övervägande somatiska.

För vissa byråer blir kostnaderna uppenbarligen väsentligt högre, beroende på ett större behov av kuratorer och läkarkonsulter, men å andra sidan blir statsbidraget till flera byråer icke obetydligt lägre än i det beräknade fallet. Om genomsnittskostnaden per byrå beräknas till 25 000 kronor, betyder det vid en utbyggnad till 25 byråer en statsbidragskostnad på 625 000 kronor. Härtill kommer kuratorernas resekostnader vid hembesök m. m., vilka kan uppskattas till 2 000 kronor per byrå, samt det till kuratorernas förfogande ställda särskilda anslaget för täckande av omedelbara hjälpbehov, beträffande vilket beräkning gjorts på annan plats i betänkandet (s. 158).

Utredningen har icke ansett sig böra uppgöra utkast till ändring av kungörelsen nr 863/1945 om statsbidrag till rådgivningsbyråernas verksamhet, när den slutliga utformningen av statsbidragsbestämmelserna, som bör verkställas genom överinspektörens för rådgivningsbyråerna försorg, blir beroende av en del faktorer, som icke låter sig för närvarande bedöma.

#### Prövningsförfarandet

Lokal prövningsnämnd skall enligt utredningens förslag bestå av två av medicinalstyrelsen utsedda läkare och en av Kungl. Maj:t utsedd socialt sakkunnig. Nämnd beräknas behöva sammanträda högst en gång i veckan, i regel på den ort, där rådgivningsbyrån för sjukvårdsområdet är belägen. Undantagsvis kan nämnden behöva sammanträda på annan ort inom området.

För nämndens ledamöter bör utgå

sammanträdesarvode och för ordföranden därjämte ett fast ordförandearvode.

Resekostnader kan uppkomma för nämndens ledamöter för beivrande av sammanträdena.

Samtliga nämndkostnader bör utgå av statsmedel. Utredningen förutsätter att rådgivningsbyråns administrativa resurser ställs till nämndens förfogande, så att några särskilda kostnader icke behöver beräknas för sammanträdeslokal, utskrift- och expeditionskostnader och dylikt.

De kvinnor, som söker rådgivningsbyrå, får där såväl socialutredning som erforderliga läkarundersökningar kostnadsfritt utförda. För socialutredning, som företages i kvinnans hemort, kommer icke heller att behöva utgå några kostnader, då den kommer att utföras av socialvårdstjänsteman som tjänsteåliggande eller av kommunal förtroendemän. Vill kvinnan i sin hemort eller eljest utom rådgivningsbyrån anskaffa läkarintyg, bör kostnaden härför bäras av henne själv. Utredningen förutsätter, som tidigare utförligt behandlats, personlig kontakt med utrednings- och/eller provningsorganen som huvudregel. Detta kan givetvis föranleda resekostnader, vilka enligt utredningens mening bör helt ersättas av statsmedel. Om kvinna, som insänt en på annan ort verkställd socialutredning, för komplettering av denna eller för fullständigande av insänt läkarintyg kallas till rådgivningsbyrån, kan vid samma tillfälle den personliga kontakten med prov-

ningsorganet ordnas. Detta är anledningen till att utredningen, som ovan angivits, föreslagit att sådan resa även bör bekostas av statsmedel. Undantagsvis kan resekostnad uppkomma för kvinna för inställelse hos socialpsykiatriska nämnden.

Som skäligt sammanträdesarvode för den lokala provningsnämndens ledamöter vill utredningen föreslå 5 kronor per protokollfört ärende, dock minst 25 kronor och högst 75 kronor per sammanträdesdag. Som skäligt ordförandearvode föreslås 1 200 kronor om året. Efter det att någon erfarenhet vunnits, blir måhända en differentiering av ordförandearvodet nödvändig. Om antalet fall, som kommer att prövas av nämnderna tillhoppa, beräknas till 10 000 per år, motsvarar detta efter 5 kronor per fall en årskostnad av 50 000 kronor. De föreslagna maximi- och minimispärrarna påverkar emellertid detta belopp, varför någon närmare beräkning av denna kostnad icke är möjlig. Ej heller kan någon tillförlitlig uppskattning göras av resekostnaderna. Detta gäller såväl nämndledamöternas resor som de hjälpsökandes. De flesta abortsökande torde emellertid komma att härröra från de orter, där rådgivningsbyrå inrättas, eller dessa orters nära grannskap, varför antalet resor, som medför högre kostnader, icke lär bli särdeles stort.

Angående kostnaderna för föreslagen omorganisation inom medicinalstyrelsen hänvisas till s. 160.

## Reservation

Av *Eva Lagerwall*

Utredningen föreslår på s. 130 ff. en för hela landet likartad organisation av abortbyråer och lokala nämnder, vilken av nedan redovisade skäl kan te sig diskutabel.

I betänkandet prisas på s. 150 den frihet som befolkningsutredningen gav huvudmännen när det gällde att inrätta abortbyråer. Denna frihet skall enligt förslag ett par sidor längre fram nu snöpas. Att abortrådgivning kan till alla parter tillfredsställelse drivas under ledning av lekmän med läkare, anställda som konsulter, har den danska mödrhjälpen visat. Det har där fallit sig naturligt att låta en väl inarbetad institution överta en viss och stor del av abortklientelet. Utgångsläget är ett annat i Sverige, där vi har en sedan länge enbart av läkare ledd abortrådgivning. Nästan undantagslöst är föreståndarskapet för chefen-läkaren en bissyssa. Att de största byråerna behöver en heltidsanställd föreståndare, vilken med nuvarande brist på specialister inom de aktuella facken inte i regel kan rekryteras bland läkare, talar starkt för majoritetens förslag. På nystartade och mindre byråer kan dock arbetet inte väntas ställa sådana krav, att inte en särskilt intresserad läkare kan gå i land med dem vid sidan om andra uppgifter.

Av största vikt för en god abortprofylax är att byråarbetet läggs upp effektivt från början, så att varje befattningshavare sköter de uppgifter han eller hon bäst passar för och under

lugna, avspända förhållanden. Inte minst kuratorsarbetet kräver ostörd arbetsro och ett maximum av disponibilitet för varje sökande. För att anvisa en gravid utvägar att föda barnet måste kuratorn inte bara ha god psykologisk inlevelse utan också ro och tid att göra utredningen så allsidig att hon uppdagar varje faktor som kan utnyttjas positivt. Kuratorn vinner genom förtrogenhet med kvinnans alla personliga och miljöomständigheter bättre förutsättningar att finna abortprofylaktiska utvägar än de läkare som handlägger fallet. Utredningen önskar tilldela kuratorn föreståndarskap för att särskilt betona vikten av hennes insatser, bl. a. genom att ge henne en god löneplacering. Mycket ofta torde också särskilda kvalifikationer för god kontakt med klientelet komma att förenas med administrativ duglighet och regeln att kurator eller jämställd kvinna skall vara byråföreståndare kan i dessa fall följas.

Det förefaller emellertid troligt att många kuratorer av den typ, som är ovärderlig för abortprofylaxen, inte har intresse eller fallenhet för organisation och chefskap och helt enkelt inte kommer att söka tjänster som kräver båda slagen av begåvning. Inte minst där en byrå redan länge varit verksam, kan en kurator veta att hon inte är skickad att fylla en föreståndares uppgifter lika väl som hennes chef gjort, och kan med skäl betvivla förutsättningarna för samarbete med denna läkare, om han skall

bli konsult. När en ny byrå skall inrättas, kan en kurator med särskilda förut-sättningar för abortförebyggande arbete underlåta att söka föreståndartjänst emedan hon vet, att en läkare lättare än hon kan skaffa sig gehör hos myndigheter och utan att dagligen leda arbetet kan skapa ett gott grupparbete, som i denna verksamhet spelar en mycket stor roll för klientelet. En stelbent organisation, som förmenar varje tjänsteman i en byrås arbetsgrupp att fylla de uppgifter han är mest skickad för, synes medföra onödiga risker. Att en med annat arbete överhopad läkare inte alltid lyckats tillgodose en byrås behov så att faran för slentrianmässig handläggning kan anses helt utesluten, är inte ett vägande skäl att föreslå en lika ensartad organisation av annan typ. Rimligt synes att ge huvudmannen valet mellan olika, av lokala och personella skäl betingade arbetsformer för byråerna.

Delvis samma argument gäller förslaget att alltid anförtro ordförandeskap i nämnd åt lekmanaledamoten. På de flesta orter kommer det endast att finnas en gynekolog resp. psykiater med de uppställda kvalifikationerna för säte i nämnden. Lekmanaledamoten torde tämligen undantagslöst bli en kvinna. De personer som kan komma i fråga blir väl kända liksom deras förutsättningar för samarbete. Man kan knappast förutsätta att nämnden alltid kommer att fungera mest effektivt om lekmannen, som måste börja med en begränsad erfarenhet i abortfrågan, regelmässigt skall vara ordförande. Eftersom nämnden kommer att vara beroende av en abortbyrå, kan även samarbetet med byrån underlättas när en läkare, som tjänstgör på det sjukhus där byrån är inrymd, blir ordförande.

Man kan också anlägga en annan synpunkt på utredningsmajoritetens förslag. Inom de läger, där man kritiserar den nuvarande tillämpningen av abortlagen, kommer man troligen att ana underförstådda och i betänkandet inte utsagda avsikter. Den föreslagna abortförebyggande verksamheten kan, genom att i organisationen kvinnor tilldelas chefsposter, få sken av att utredningen velat framhäva abortfrågan som en kvinnofråga. Det tycks finnas många som anser, att den nuvarande abortlagstiftningen tvingats fram av en kvinnoopinion, kanske särskilt företrädd inom en viss politisk grupp, vilken utan att krasst utsäga detta skulle mena att det är varje kvinnas ensak om hon vill föda barn. Samma personer torde anse att aborter beviljas av den, som mer eller mindre medvetet hemfallit åt en abortmentalitet, bakom vilken skulle stå kvinnor. Inte minst av bilaga V torde framgå, hur annorledes problemen ligger till ur en läkares synvinkel som med helt andra värdenormer, men ställd inför alla omständigheterna kring ett väntat barn, tvingas tillstyrka aborter i samma omfattning som är bruklig. Det är män av en typ som, liksom flertalet kvinnor, i en legal eller illegal abort ser ett samhällets nederlag, vilka bör aktivt engageras i abortprofylaxen och tvinga fram nödiga reformer. Genom större organisatorisk variation, i varje enskilt fall betingad av hänsyn till verksamhetens effektiva utformning, undviker man att aborter stämpas som en olycka enbart för en gravid kvinna.

Enligt min uppfattning kan det inte nog betonas, att icke önskade graviditeter är ett problem som rör familje- och barnafäder lika mycket som den kvinna vilken blivit havande, och männen i samhället lika mycket som kvinnorna.

Förslag till lag om ändrad lydelse av 1, 4, 7, 9 och 10 §§ i lagen den 17 juni 1938  
(nr 318) om avbrytande av havandeskap<sup>1</sup>

1 §.

Havandeskap må . . . svårt lyte av annat slag.

Avbrytande av . . . tjugonde vecka. Lokal nämnd, varom förmäles i 4 §, må dock . . . tjugofjärde veckan.

4 §.

För prövning av ansökan om avbrytande av havandeskap skola finnas lokala prövningsnämnder till det antal Konungen bestämmer.

Nämnd skall bestå av tre ledamöter, varav en, tillika ordförande, förordnas av Konungen för en tid av två år. Övriga ledamöter, vilka skola vara läkare i tjänstställning, utses av medicinalstyrelsen för samma tid. I enahanda ordning utses en suppleant för envar av nämndens ledamöter.

Havandeskap må ej avbrytas, med mindre den lokala prövningsnämnd, inom vars verksamhetsområde kvinnan är mantalsskriven eller mera varaktigt uppehåller sig, eller — i fall som avses i fjärde stycket och i 9 § — medicinalstyrelsen lämnat tillstånd därtill.

Avbrytande av havandeskap på den i 1 § 4. angivna grund må ske endast ef-

ter prövning av medicinalstyrelsen, där ej styrelsen åt lokal prövningsnämnd uppdrager beslutanderätten härutinnan.

7 §.

Kan, då fråga är om avbrytande av . . . i den ordning denna lag angiver, eller utförande . . . nämnda stadganden.

9 §.

Beslut, varigenom lokal prövningsnämnd avslagit ansökan om avbrytande av havandeskap, må av sökanden underställas medicinalstyrelsens prövning.

Enahanda rätt tillkommer nämndledamot, som icke biträtt av nämnden fattat beslut, vare sig detta innefattar bifall till eller avslag å dylik ansökan.

Över medicinalstyrelsens beslut i ärende angående avbrytande av havandeskap må klagan ej föras.

10 §.

Har någon efter prövning, som avses i 4, 7 eller 9 §§ avbrutit . . . strafflagen.

Denna lag träder i kraft den . . .

<sup>1</sup> Senaste lydelse av 1 och 4 §§ se SFS 1946:210 och 10 § se SFS 1942:392.

Förslag till kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen den 17 juni 1938  
om avbrytande av havandeskap

1 §.

Lokal nämnd för prövning av ansökningar om avbrytande av havandeskap skall finnas inrättad, en inom varje sjukvårdsområde. I Stockholms stad skola finnas två nämnder, vardera med det verksamhetsområde medicinalstyrelsen bestämmer.

Det ankommer på medicinalstyrelsen att efter landstingets hörande föreskriva på vilken ort nämnden skall ha sitt säte.

2 §.

Till ledamöter av lokal prövningsnämnd skall medicinalstyrelsen utse härför lämpade läkare i tjänsteställning, vilka — där detta är möjligt — skola företräda, den ena obstetrik och gynekologi och den andra psykiatri.

3 §.

Ansökan om tillstånd att avbryta havandeskap må, där fråga är om kvinna som har förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden, göras endast av kvinnan själv.

4 §.

Är fråga om kvinna som på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till avbrytande av havandeskapet, må ansökning om tillstånd till sådan åtgärd göras:

1. av kvinnan själv;
2. för underårig kvinna av den, som har vårdnaden om henne;
3. för omyndigförklarad kvinna av förmyndaren;

4. för kvinna, som är intagen på allmän anstalt, av anstaltens läkare eller föreståndare.

5 §.

Ansökan om tillstånd att avbryta havandeskap skall göras skriftligen hos vederbörande lokala prövningsnämnd och vara av sökanden egenhändigt undertecknad.

Vid ansökningen skola fogas åldersbetyg för kvinnan, utredning rörande kvinnans personliga och ekonomiska förhållanden (*socialutredning*), upprättad av härför lämplig person, samt av legitimerad läkare på heder och samvete avgivet intyg angående verkställd undersökning.

Nämnden må befria från skyldighet att ingiva socialutredning, där sådan uppenbarligen icke erfordras.

Ansökningen och övriga handlingar skola vara avfattade enligt fastställda formulär.

6 §.

Ansökan om tillstånd att avbryta havandeskap skall, så snart ske kan, av nämnden upptagas till behandling.

Finner nämnden därvid, att den saknar behörighet att pröva ansökningen, enär kvinnan varken är mantalsskriven inom nämndens område eller mera varaktigt uppehåller sig där, skola handlingarna ofördröjligen med besked här om återställas till sökanden.

Befinnas de skäl, som må föreligga

för att avbryta havandeskapet, huvudsakligen vara av sådan art, som avses i 1 § 4. lagen om avbrytande av havandeskap, skola handlingarna ofördröjligen översändas till medicinalstyrelsen samt sökanden underrättas härom.

Föreligger icke från dem, som enligt 5 § första stycket lagen om avbrytande av havandeskap böra beredas tillfälle till yttrande, skriftligt uttalande i ämnet, skall nämnden, när skäl därtill äro, lämna dem tillfälle att avgiva yttrande över ansökningen.

Erfordras eljest för prövningen ytterligare upplysningar och kan det felande ej lämpligen genom nämndens försorg anskaffas, skall nämnden förelägga sökanden viss tid att inkomma därmed.

Härefter skall ärendet, så snart ske kan, av nämnden avgöras.

#### 7 §.

Innan nämnden fattar slutligt beslut över hos nämnden gjord ansökan om tillstånd att avbryta havandeskap, skall kvinnan personligen ha sammanträffat med nämndens ledamöter, därest icke detta, såvitt föreliggande utredning giver vid handen, antingen uppenbarligen skulle sakna betydelse för ärendets bedömning eller med skäl kan antagas lända kvinnan till skada.

#### 8 §.

Nämnden är beslutför allenast då den är fulltalig. Som nämndens beslut gäller den mening, som omfattas av nämndens flertal.

Nämndens beslut skola avfattas skriftligen och förses med motivering till nämndens ståndpunkttagande. Beslutet skall för sökanden hållas tillgängligt sist å tredje dagen efter beslutets fattande.

#### 9 §.

Ledamot av nämnd, som icke biträtt av nämnden fattat beslut att bifalla

gjord ansökan om avbrytande av havandeskap och som vill underställa beslutet medicinalstyrelsens prövning, skall senast dagen efter den då beslutet hållits tillgängligt skriftligen göra anmälan därom till nämndens ordförande. Har sådan anmälan skett, må beslut om tillstånd att avbryta havandeskap ej verkställas, förrän medicinalstyrelsen meddelat besked i ärendet.

Har nämnd avslagit ansökan om avbrytande av havandeskap, skall den, som vill underställa beslutet medicinalstyrelsens prövning, skriftligen göra anmälan därom till nämndens ordförande.

Det åligger nämndens ordförande att, sedan anmälan enligt första eller andra stycket inkommit, ofördröjligen översända samtliga handlingar i ärendet till medicinalstyrelsen.

#### 10 §.

Finner medicinalstyrelsen vid prövning av ansökan om tillstånd att avbryta havandeskap ytterligare utredning erforderlig, må sådan infortras genom vederbörande lokala prövningsnämnd eller på annat lämpligt sätt. Där sådant för ärendets bedömande finnes uppenbarligen nödvändigt, må kvinnan kallas till personlig inställelse.

#### 11 §.

Det ankommer på medicinalstyrelsen att öva tillsyn över de lokala prövningsnämndernas verksamhet.

Nämnderna skola till medicinalstyrelsen insända redogörelse för verksamheten.

I denna kungörelse omförmälda formulär fastställas av medicinalstyrelsen, som jämväl har att meddela erforderliga anvisningar.

#### 12 §.

Läkare, som avbrutit havandeskap, skall på tid som medicinalstyrelsen bestämmer till styrelsen insända redogö-

relse därom. I fall, som avses i 7 § lag om avbrytande av havandeskap, skola därjämte samtliga handlingar i ärendet insändas.

Åsidosättes vad sålunda föreskrives, vare straffet dagsböter. Böterna tillfalla kronan.

Denna kungörelse träder i kraft den . . . . Genom densamma upphäves kungörelsen den 9 september 1938 (nr 571) med tillämpningsföreskrifter till lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap.



## Specialmotivering till ändringarna i abortlagen

Det av utredningen framlagda förslaget till ändringar i lagen den 17 juni 1938 (nr 318) om avbrytande av havandeskap föranledes uteslutande av förslaget till omgestaltning av prövning förfarandet vid legal abort. Beträffande motiveringen för dessa ändringar hänvisas i första hand till vad härom anförts i kap. 7. Att jämväl annan ändring i abortlagen enligt utredningens mening är önskvärd, framgår av vad utredningen anför i kap. 5. Utredningen saknar emellertid behörighet att i detta hänseende framlägga förslag.

### *Till § 1.*

Den prövning, som nu ankommer på medicinalstyrelsen för tillstånd till operation efter havandeskapets tjugonde vecka, bör ankomma på de lokala nämnderna, vilka otvivelaktigt kommer att besitta erforderlig sakkunskap.

### *Till § 4.*

Utöver vad den allmänna motiveringen härom innehåller vill utredningen framhålla följande. Utredningen har utgått från att såväl läkare som lekmän skall vara representerade i nämnden. De två av medicinalstyrelsen utsedda ledamöterna skall vara läkare. Den av Konungen utsedda ledamoten (ordföranden) bör alltså vara lekman. Att fastslå detta i författningstexten eller att föreskriva viss kompetens, synes icke erforderligt liksom ej heller att så-

väl män som kvinnor bör finnas i varje nämnd.

Tolkningen av uttrycket ”mera varaktigt uppehåller sig”, vilket för övrigt återfinnes i rättegångsbalkens forumbestämmelser, bör icke komma att erbjuda några större svårigheter. Vad utredningen främst velat förhindra är, att abortsökande kvinna, i syfte att få sitt ärende prövat av viss lokal prövning-nämnd, tillfälligt bosätter sig på ort inom nämndens verksamhetsområde.

### *Till § 7.*

Ändringen är av redaktionell natur.

### *Till § 9.*

Utöver den allmänna motiveringen i kap. 7 vill utredningen framhålla följande. Klagorätt bör finnas allenast över beslut, som innefattar prövning i sak av ansökan om avbrytande av havandeskap. Sålunda kan det inte komma ifråga att medge någon rätt att klaga över beslut, varigenom nämnden beslutat befria från socialutredning, dispensera från kravet på personlig inställelse av kvinnan, överlämna inkommen ansökan till medicinalstyrelsen, enär den bedömes grunda sig på arvsbiologisk indikation, eller annat dylikt beslut, som icke innefattar slutlig prövning av ansökan.

Tidsfrister och andra nödiga föreskrifter rörande fullföljdsförfarandet bör enligt utredningens mening inflyta i en tillämpningskungörelse.

Till § 10.

Ändringen är av redaktionell natur.

Utredningen förutsätter, att straffrättskommitténs förslag till ändringar i 12 och 13 §§ abortlagen genomförs. Om så sker, torde utredningens ändringsförslag i samma lag icke behöva föranleda några jämkningar i dessa lagrum. I motsatt fall måste en översyn äga rum.

Enligt utredningens mening torde de lokala prövningsnämnderna vara att hänföra till begreppet "myndighet" (13 §).

Beträffande ledamöterna i de lokala prövningsnämnderna torde dessa bli underkastade ämbetsansvar. Fel och försummelse från deras sida blir därför straffbara enligt den blivande brottsbalken.

## Specialmotivering till tillämpningskungörelsen

### Till § 1.

Det definitiva antalet nämnder är svårt att på förhand fastslå. Redan nu torde man emellertid kunna säga, att för Stockholm erfordras minst två nämnder. I övrigt låter sig icke i förväg bedöma, om uppdelning av något sjukvårdsområde i två nämndområden blir nödvändig. Icke allenast ärendenas antal bör därvid beaktas; stora avstånd och därav föranledda långa resor kan även vara skäl för uppdelning. Vid kungörelsens utfärdande bör — efter då av medicinalstyrelsen verkställd särskild undersökning — omprövas behovet av nämnder. Som utredningen förut påpekat, kan det under vissa förhållanden bli så, att en rådgivningsbyrå får handha uppgifterna för två angränsande sjukvårdsområden. Detta bör emellertid ej medföra, att endast *en* lokal nämnd inrättas.

Utredningen är angelägen understryka, att enligt utredningens uppfattning det decentraliserade prövningsförfarandet snarast bör genomföras i hela landet och icke allenast på försök i visst eller vissa sjukvårdsområden. Endast omöjlighet att anskaffa lämpliga ledamöter för prövningsnämnderna eller kuratorer för rådgivningsbyråerna bör få hindra genomförandet.

Det är viktigt, att den lokala nämnden förlägges till den ur alla synpunkter lämpligaste orten inom området. I första hand bör den ligga så, att för de läkare, som skall ingå i densamma, vål-

las så ringa avbräck som möjligt i den ordinarie verksamheten. Att den bör ligga på samma ort som en rådgivningsbyrå är önskvärt för att icke säga nödvändigt; denna bör å sin sida för att kunna göra största möjliga nytta vara förlagd dit, där de flesta ärendena inom området är att förvänta. En sammanjämkning av de olika synpunkterna, därvid även bör beaktas nedbringandet av resekostnaderna för klientelet, torde inte möta större svårigheter. Att undantagsbestämmelser under en övergångstid kan bli erforderliga framgår av vad ovan sagts om att en byrå kan vara gemensam för två sjukvårdsområden.

Det bör måhända direkt utsägas, att nämnden givetvis är oförhindrad att sammanträda var som helst inom sitt prövningsområde.

### Till § 2.

En av utredningen verkställd inventering ger vid handen, att läkare i tjänsteställning med psykiatrisk utbildning torde finnas inom de flesta sjukvårdsområden, även om dessa läkares mycket stora arbetsböroda kommer att i vissa fall försvåra att få den mest lämpade till ledamot av nämnden. Därest inom visst område icke skulle finnas gynekolog i tjänsteställning, kan i stället förordnas lasarettsläkare med specialitet kirurgi. Det är enligt utredningens mening önskvärt, att läkare, som tjänstgör på rådgivningsbyrån i den lokala prövningsnämndens stationsort, om

möjligt ingår som ledamöter i nämnden. Fördelarna är uppenbara, då i sådant fall i regel samma läkare, som får den första kontakten med kvinnan, även får deltaga i avgörandet. I åtskilliga fall torde samme läkare även bli operatör i händelse av bifall.

#### *Till § 3.*

Överensstämmer i sak med 1 § i nuvarande tillämpningskungörelse.

#### *Till § 4.*

Avvikelsen från nuvarande 2 § tillämpningskungörelsen är endast av redaktionell natur.

#### *Till § 5.*

Utredningen fäster den största vikt vid den s. k. socialutredningen, som är avsedd att avlösa de ännu tämligen talrika "släktintygen". Dylik socialutredning skall föreligga i alla fall, som skall prövas av nämnden, såvida icke nämnden undantagsvis, t. ex. i rent medicinska fall, ger avkall på detta krav. I bästa fall är dessa utredningar verkställda genom rådgivningsbyrån i den ort, där den lokala nämnden har sin verksamhet. Men de kan även verkställas i sökandens hemort, om denna är en annan och från byråns ort tämligen avlägsen plats. Även om där icke finnes specialutbildad personal, torde i regel finnas någon inom social- eller sjukvård verksam befattningshavare eller förtroendemän, som kan verkställa utredningen. Denna granskas för övrigt av byrån på nämndens verksamhetsort och kan sålunda göras till föremål för kompletteringar, i sista hand genom personlig undersökning i sökandens hemort genom någon kurator på rådgivningsbyrån. Utredningar av make, anförvanter och dylika skall icke vidare godtagas, men att i författningstext fixera kretsen av behöriga socialutredare är knappast

lämpligt. Måhända kan anvisningar här-om utfärdas av vederbörande överinspektör i medicinalstyrelsen.

#### *Till § 6.*

Att avvisa en ansökan av formella skäl torde behöva förekomma endast i undantagsfall, enär forumfrågan bör kunna bedömas redan under socialutredningens verkställande. Man kunde måhända överväga att föreskriva skyldighet för nämnd, som på grund av forumregeln avvisar ansökan, att översända handlingarna till rätt nämnd. Detta förutsätter emellertid, att den avvisande nämnden träffar ett avgörande, som binder den mottagande nämnden. För övrigt bör sökanden själv få avgöra, om hon vill vidhålla sin ansökan, även om den skall prövas av annan nämnd.

#### *Till § 7.*

Beträffande vikten av den personliga kontakten mellan sökanden och nämndens ledamöter hänvisas till den allmänna motiveringen. Läkarintyget och socialutredningen kan emellertid understundom klart utvisa, att personlig kontakt icke blott *kan* undvaras utan rent *av bör* undvikas. Utredningen förutsätter emellertid, att nämnderna kommer att ådagalägga stor återhållsamhet vid dispenserering från huvudregeln, som är personlig kontakt. Man torde kunna utgå från, att i fall, där personlig kontakt med hela nämnden icke påkallas, någon av nämndens läkare eller föredragande kurator träffat kvinnan.

#### *Till §§ 8 och 9.*

Enligt den av utredningen föreslagna nya lydelsen av abortlagens 9 § har sökanden klagorätt över av nämnd meddelat avslagsbeslut, varjämte överröstad nämndledamot har samma rätt beträffande varje slutligt beslut av nämnden. Vid klagan över ett avslagsbeslut behöver viss tid för talans fullföljande icke

föreskrivas, eftersom något verkställbart beslut icke föreligger. Annorlunda förhåller det sig, då nämnd med två röster mot en bifallit gjord ansökan. Mycket kort tid för fullföljd måste här föreskrivas, eftersom uppskov med operation kan lända kvinnan till skada. Man torde kunna utgå från att fullföljdsrätten kommer att av nämndledamot begagnas allenast i fall av principiell natur och aldrig under sådana omständigheter, att därigenom den i lagen angivna yttersta tidsfristen för operation kommer att överskridas. Den i 8 § angivna tidsfristen innebär givetvis icke hinder för nämnden att tidigare tillhandahålla sitt beslut.

Några föreskrifter om underrättelse-skyldighet för nämnden till sökanden har inte föreslagits, enär det måste ligga i sakens natur, att sökanden skyndsamt får del av nämndens beslut över hennes ansökan. Utan särskild begäran bör hon dock ej delges den i beslutet angivna indikationen. Avslagsbeslut bör givetvis delges sökanden ofördröjligen, sedan beslutet blivit tillgängligt. Likaså bör enhälliga bifallsbeslut genast delges sökanden. Däremot torde det vara lämpligt, att bifallsbeslut, som fattas med två röster mot en, icke delges sökanden, förrän det är fastslaget att den överröstade ledamoten icke begagnar sig av sin klagorätt. Det skulle nämligen utan tvivel innebära en alltför stark psykisk påfrestning för kvinnan, om hon först fick del av nämndens bifallsbeslut och någon tid därefter av ett ev. avslag från medicinalstyrelsen. För att möjliggöra för nämnden att så snart som möjligt underrätta sökanden har föreslagits skyldighet för ledamot som vill ha bifallsbeslut underställt medicinalstyrelsen, att inom mycket kort frist skriftligen anmäla detta till nämndens ordförande. I samma skrift bör utvecklas de synpunkter klaganden vill åberopa.

Fullföljes talan, måste medicinalstyrelsens beslut avvaktas.

Lokal prövningsnämnd torde icke behöva utrustas med särskilt kansli. Utredningen utgår från att vederbörande rådgivningsbyrås administrativa resurser ställs till nämndens och dess ordförandes förfogande.

#### *Till § 10.*

Utredningen utgår från att ärenden av ifrågavarande art fortfarande skall handläggas av den social-psykiatriska nämnden. Det synes uppenbart, icke minst med tanke på att nämnden har sitt säte i Stockholm, att stor varsamhet bör iakttas, då det gäller att kräva personlig inställelse av kvinnan, men fall kan givetvis förekomma, då nämnden finner personlig kontakt oundgängligen nödvändig för ett riktigt bedömande. Till den utredning, som kan behöva införskaffas, hör t. ex. intyg om det väntade barnets fader.

Som framgår av vad tidigare anförts, kommer medicinalstyrelsen att handlägga en del ärenden som första instans och dessutom tjänstgöra som andra instans.

#### *Till § 11.*

Som utredningen i annat sammanhang framhållit, fäster utredningen stor vikt vid den övervakande verksamhet, som medicinalstyrelsen förväntas komma att utöva beträffande den decentraliserade handläggningen av abortärendena. Alldeles särskilt viktig blir denna styrelsens övervakning under den första tiden, då den nya ordningen skall inarbetas. I övrigt vill utredningen hänvisa till vad som andragits i avsnittet angående medicinalstyrelsens organisation.

Anvisningar av skilda slag och detaljföreskrifter blir sannolikt nödvändiga. Det syns icke lämpligt att i en kungl. kungörelse intaga sådana bestämmelser.

BILAGOR

PLATE

BILAGA I

Socialstatistiska data rörande kvinnor, som hos medicinalstyrelsen ansökt om legal abort<sup>1</sup>

Översikt av antalet verkställda aborter enligt lagen om avbrytande av havandeskap

Antalet verkställda aborter har sedan år inkomna berättelserna och då dessa tillkomsten av i rubriken angivna lag i stort sett komma två månader efter varit följande, såvitt framgår av till operationen, är det klart, att full över- medicinalstyrelsen inkomna operations- ensstämmelse icke råder med de resp. berättelser. Talen ange de under resp. år faktiskt utförda operationerna.

År	Hela antalet	Därav på grund av		
		tillstånd av medicinalstyrelsen	tillstånd av två läkare	nödfall
1938	<sup>1</sup> 443	—	—	—
1939	439	84	323	32
1940	506	135	351	20
1941	496	172	313	11
1942	568	256	303	9
1943	703	287	400	16
1944	1 088	546	527	15
1945	1 623	917	697	9
1946	<sup>2</sup> 3 378	—	—	—
1947	3 534	<sup>2</sup> 442	<sup>2</sup> 1 081	<sup>2</sup> 11
1948	4 585	<sup>2</sup> 540	<sup>2</sup> 1 036	<sup>2</sup> 9
1949	5 503	4 555	943	5
1950	5 889	4 786	1 096	7
1951	6 328	5 324	997	7
1952	5 322	4 509	811	2

<sup>1</sup> Uppgift om aborternas fördelning efter tillståndsgivare saknas.

<sup>2</sup> Ungefärlig uppdelning.

Abort i nödfall har, som man härav finner, minskats under årens lopp, medan övriga aborter enligt lagen ökats kraftigt. På det hela taget föreligger en fjortondubbling av antalet mellan åren 1938 och 1951, då maximiantalet inträf-

fade. Aborter efter tillstånd av medicinalstyrelsen utgjorde 1939 19 % och 1952 85 % av totalantalet.

<sup>1</sup> Undersökning verkställd av medicinalstyrelsens statistiska avdelning.



## Till medicinalstyrelsen inkomna ansökningar om avbrytande av havandeskap

### I. Materialet

Vid ansökan om avbrytande av havandeskap användas tryckta blanketter, nämligen en för själva ansökan, en för intyg A med vissa uppgifter om kvinnan, lämnade av den, åt vilken hon velat anförtro uppgiften (anförvant, väninna, socialkurator) och för intyg C likaledes med uppgifter om kvinnan — speciellt hennes hälsotillstånd — lämnade av legitimerad läkare. Dessa handlingar, jämte åldersbetyg, äro obligatoriska för alla sökande. Om havandeskapet anses böra avbrytas på grund av arvsanlag från det väntade barnets fader, skola dessutom särskilda uppgifter om denne lämnas av "lämplig person" i intyg B.

De flesta uppgifter, som sålunda åtfölja abortansökan, lämpa sig mindre väl för statistisk bearbetning. Detta beror på att de flesta av de på blanketterna tryckta frågorna icke äro tillräckligt preciserade härför och framför allt på att de icke äro så uppställda, att svar framtvingas på varje fråga. Följden härav är, att man icke får jämförbara svar på en del frågor och icke genomgående besked beträffande vissa andra. Dessa anmärkningar gälla särskilt frågorna om sökandens hereditets- och miljöförhållanden.

Som exempel på otillräckligt preciserade frågor kunna nämnas uppmaningen att ange "Yrke eller samhällsställning". Svaren härpå bli i stort sett icke jämförbara med gängse yrkesgrupperingar. Huruvida kvinnan vid tiden för grossessen utövat yrket framgår icke, såvida förhållandet icke händelsevis belyses av svaret på andra frågor.

Sökandens ekonomiska villkor efterfrågas endast, om anledningen till ansökan är den, som anges i abortlagen 1 § 2, och därvid endast genom en allmän uppmaning, som ges i sammanhang med en fråga om arbetsbördan i och utom hemmet m. m. Följden är, att preciserade uppgifter om inkomst- och förmögenhetsförhållanden i regel saknas. I fråga om de medicinska uppgifterna i intyg C lämnas läkaren stor frihet att välja ut de upplysningar han vill lämna. Blanketterna inbjuda kort sagt ej vederbörande till att lämna svar på noggrant avgränsade frågor. I praktiken torde de enda uppgifter, som äro säkra, jämförbara och genomgående förekommande i hela materialet vara de som gälla sökandens civilstånd, födelseår och kyrkobokföringsort. Tämligen väl användbara torde också uppgifterna om vistelseorten, datum för sista menstruationen och antalet barn vara (det sista i varje fall för de gifta).

Dessa materialets ur statistisk synvinkel mindre lämpliga egenskaper förklaras helt naturligt av att blanketterna icke tillkommit i syfte att utgöra grundvalen för statistiska utredningar utan för bedömningen inom socialpsykiatriska nämnden. För denna bedömning torde handlingarna vara bättre lämpade i befintligt skick än om de omtalat enbart sådana fakta, som lämpa sig för statistisk bearbetning. Att lämna upplysningar om dylika fakta skulle dessutom varit ganska mödosamt. Exempelvis skulle de för en statistisk klassifikation så betydelsefulla uppgifterna om yrke och inkomst vålla mycket besvär, om de genomgående framtvingades, men

endast i en del fall vara av värde vid bedömningen av själva abortfrågan.

För här nedan redovisade statistiska bearbetning ha valts ansökningshandlingar från åren 1939, 1943, 1946 och 1949. Till följd av ansökningarnas stora antal sistnämnda år bearbetades i detta fall endast halva materialet, utvalt efter en slumpmetod.

Från handlingarna ha följande uppgifter noterats för bearbetning, nämligen sökandens ålder, civilstånd, yrke, hemvist (och hemort), barnantal, antal tidigare aborter, datum för sista menstruationen, förekomsten av suicidalhot och barnafaderns civilstånd och yrke. Beträffande 1949 års material noterades dessutom intygsskrivarnas ställning i förhållande till sökanden (även läkarens eventuella tjänstställning) och läkarens indikation (motiv för till- resp. avstyrkande av ansökningshandlingen). Från medicinalstyrelsens diarium kompletterades denna årgång med uppgift om socialpsykiatriska nämndens beslut och från vissa inom styrelsen befintliga sammanställningar med uppgift om nämndens indikation för tillstånd. Försök ha även gjorts att utnyttja ansökningshandlingarnas uppgifter om sinnessjukdom m. m. hos sökanden och hennes släkt men ha icke givit resultat, värt att redovisas.

I detta sammanhang må slutligen nämnas, att A-intygen i 1949 års ansökningar fördelade sig efter intygsskrivaren sålunda:

Anhörig (eller vän) till sökanden .....	37,8 %
Kurator .....	51,4 „
Sjuksköterska el. dyl. ....	6,7 „
Kommunal förtroendemann ....	2,7 „
Läkare .....	1,4 „
Summa	100,0 %

C-intygen i 1949 års ansökningar fördelade sig efter läkarens tjänsteförhållanden sålunda:

Provinsiälläkare (även stads-, köpings- eller municipalläkare) .....	13,3 %
Läkare vid sinnessjukhus (eller psykiatrisk klinik) ..	51,2 „
Läkare vid kroppssjukhus ....	10,0 „
Andra läkare med tjänst eller anställning (amanuenser vid universitetskliniker, järnvägläkare m. fl.) .....	10,6 „
Övriga läkare (läkare utan tjänst angiven i medicinalstyrelsens förteckning över svenska läkare) .....	14,9 „
Summa	100,0 %

Ett betydande antal intyg utfärdade av "Andra läkare med tjänst eller anställning" hade skrivits av amanuenser vid psykiatriska kliniker o. dyl.

## 2. Ansökningarnas antal

Antalet till medicinalstyrelsen inkomna ansökningar om abort under de år, som valts för denna utredning, var följande:

År	1939	1943	1946	1949
Antal	129	389	1 831	5 736

Som redan nämnts, bearbetades alla handlingarna för åren 1939—46 men endast hälften för år 1949 (noga räknat 2 715 fall, eller 47,3 %). För sistnämnda år meddelas därför i de flesta tabeller uppskrivna tal, så gjorda, att de observerade talen multiplicerats med kvoten mellan 5 736 och 2 715.

Som kontroll på att den bearbetade hälften av 1949 års material är representativt för hela massan lämnas följande jämförelse mellan medicinalstyrelsens indikationer för de bearbetade, beviljade fallen och verkställda operationer med tillstånd av medicinalstyrelsen enligt 4 555 år 1949 inkomna berättelser.

Det erinras om, att exakt överensstämmelse icke kan fordras mellan de

Procentuell fördelning år 1949

Indikation	Bearbetade, beviljade ansökningar	Verkställda operationer
Eugenisk: sinnessjukdom .....	5,7	5,6
Eugenisk: sinnesslöhet .....	6,6	6,7
Eugenisk: epilepsi, svår kroppslig sjukdom .....	2,4	2,1
Medicinsk och socialmedicinsk: rättskapabla .....	73,1	72,4
Medicinsk och socialmedicinsk: rättsin- kapabla .....	11,9	12,8
Humanitär .....	0,3	0,4
Summa	100,0	100,0

under ett visst år beviljade ansökningarna och verkställda operationerna enligt samma år inkomna berättelser, emedan icke varje fall i det ena materialet går igen i det andra (på grund av "överlappning" och felande berättelser).

Antalet avslagna ansökningar utgjorde 11,1 % av samtliga 5 736 enligt medicinalstyrelsens officiella beräkning avseende år 1949. I det bearbetade materialet utgjorde de avslagna 12,8 %. Skillnaden mellan dessa tal faller visserligen inom de statistiska slumpgränserna (eller inom tre gånger medelfelet), men är så stor, att anledning föreligger misstänka någon speciell orsak. Närmast till hands ligger förklaringen, att vid den här redovisade speciella bearbetningen ett och annat fall, för vilket anteckning

om medicinalstyrelsens indikation av någon anledning icke kunnat återfinnas, räknats som avslaget.

3. Sökandenas civilstånd

De abortsökande kvinnorna fördelade sig efter civilstånd på sätt som framgår av tablån nederst på denna sida.

Man finner här, att antalet gifta abortsökande ökats starkare än övriga grupper under den tid utredningen ospänner, så att denna kategori från att 1939 ha omfattat 45,7 % av samtliga, år 1949 omfattade 62,1 %. Inräknat de hemskilda utgjorde de gifta vid sistnämnda tillfälle 65,1 % av hela klientelet. Då samtidigt de förut gifta också ökats relativt starkt, ha de ogifta — trots mångdubbel ökning av det absoluta antalet — gått relativt tillbaka, eller från 51,9 till 26,4 % av samtliga. Det kan vara av intresse att jämföra civilståndsfördelningen i vårt material med befolkningsstatistikens senaste uppgifter (se upptill, nästa sida).

De gifta abortsökandena skulle sålunda år 1949 vara något över — och de ogifta betydligt underrepresenterade i förhållande till samtliga kvinnor i fertil ålder, men detta förklaras av avvikelser i åldersfördelningen (främst det ringa antalet abortsökande i åldersgruppen 15—20 år). I jämförelse med barnaföderskorna föreligger däremot en verklig skillnad, bestående i att gruppen ogifta var flerdubbelt större i abortklientelet. De förut gifta slutligen voro i båda jämförelseleden överrepresenterade

Civilstånd	Antal fall				Procentuell fördelning			
	1939	1943	1946	1949	1939	1943	1946	1949
Gifta .....	59	190	971	3 560	45,7	48,9	53,0	62,1
Hemskilda .....	—	4	64	173	—	1,0	3,5	3,0
Frånskilda .....	1	11	118	355	0,8	2,8	6,5	6,2
Änkor .....	2	4	46	131	1,6	1,0	2,5	2,3
Ogifta .....	67	180	632	1 517	51,9	46,3	34,5	26,4
Summa	129	389	1 831	5 736	100,0	100,0	100,0	100,0

Civilstånd	De abortsökande år 1949	Befolkningsstatistikens uppgifter	
		Samtliga kvinnor i åldern 15—45 år vid slutet av år 1948	Barnaföderskor 1949
Gifta (inkl. hemskilda) .....	65,1	61,0	90,5
Frånskilda .....	6,2	} 2,4	0,6
Änkor .....	2,3		
Ogifta .....	26,4	36,6	8,9
Summa	100,0	100,0	100,0

rade bland de abortsökande. (Jfr vidare nedan under punkt 5.)

I detta sammanhang tillfogas tablån nedan med vissa uppgifter om fadern till det väntade barnet.

#### 4. Sökandenas geografiska fördelning

Talen i tab. 42 grunda sig på uppgifterna om sökandens hemvist. Detta har i de allra flesta fall varit detsamma som hemorten, ett omdöme, som gäller även dem, som vistats i Stockholm.

Tabellen lämnar, förutom den absoluta och relativa fördelningen, uppgift om antalet sökande satt i relation till 100 barnaföderskor. Helst skulle man i stället för sistnämnda uttryck haft uppgift om antalet abortsökande per 100 gravida kvinnor (dvs. antalet barnaföderskor, kvinnor med spontan abort, abort enligt lagen och illegal abort). Sådana tal skulle ha visat, hur många kvinnor i viss situation, som begärt legal abort. Det är för att man icke har uppgift om alla dessa kategorier, som

de abortsökande satts i relation till barnaföderskorna. Att metoden icke är fullt tillfredsställande inses, om man besinnar, att de abortsökande i viss — kanske betydande — omfattning rekryteras bland dem som eljest skulle fött sina barn. Skillnaderna i de framräknade relationstalen mellan olika län och tidpunkter överdrives sålunda, beroende på att antalet abortsökande påverkar båda täljaren och nämnaren i det bråk, som relationstalet utgör. Särskilt vad angår de ogifta på en ort som Stockholm, där de abortsökandes antal förhåller sig till deras, som fött barn, som 6:10, är förhållandet värt att beakta.

Det framgår, att Göteborgs stad hade större antal abortansökningar år 1939 än någon annan ort. Ännu 1943 höll staden sin plats i täten, när det gällde ansökningar från gifta kvinnor, men den hade då passerats av Stockholm, vad angår de ogifta (och förut gifta). Relativt till antalet barnaföderskor hade Göteborg likväl de högsta talen för båda

Den abortsökande kvinnans civilstånd	Barnafaderns civilstånd, procentuell fördelning år 1949				Summa
	Gift med sökanden (även under hemskillnad)	Gift med annan	Ogift (även frånskild och änklings)	Okänt (eller icke angivet)	
Gift (inkl. hemskild) ..	90,8	2,6	5,1	1,5	100,0
Förut gift .....	13,5	16,9	67,4	12,2	100,0
Ogift .....	—	17,0	69,2	13,8	100,0
Samtliga	59,2	7,6	27,5	5,7	100,0

<sup>1</sup> Fadern till det väntade barnet avliden.

civilståndet t. o. m. år 1946. Ordnade efter frekvensen ansökningar i förhållande till 100 barnaföderskor intogo orterna år 1949 följande rangordning:

*Gifta (inkl. hemskilda)*

Stockholms stad	9,4
Uppsala län	7,4
Förorter till Stockholm (i länet)	6,2
Malmö stad	4,5
Göteborgs stad	4,3
Stockholms län (exkl. förorter)	4,3
Jönköpings län	4,1
Gotlands län	3,7
Västernorrlands län	3,6
Västmanlands län	3,0
Göteborgs o. Bohus län (exkl. Göteborg)	2,9
Gävleborgs län	2,9
Östergötlands län	2,8
Skaraborgs län	2,5
Kopparbergs län	2,5
Hallands län	2,3
Södermanlands län	2,2
Norrbottnens län	2,2
Jämtlands län	2,0
Värmlands län	1,9
Malmöhus län (exkl. Malmö)	1,8
Kalmar län	1,7
Kristianstads län	1,7
Älvsborgs län	1,4
Örebro län	1,2
Blekinge län	0,9
Kronobergs län	0,8
Västerbottens län	0,5

*Ogifta, änkor och frånskilda*

Stockholms stad	59,2
Jönköpings län	44,7
Uppsala län	35,3
Förorter till Stockholm (i länet)	30,7
Göteborgs stad	21,3
Malmö stad	21,3
Stockholms län (exkl. förorter)	16,1
Södermanlands län	13,4
Hallands län	12,8
Skaraborgs län	12,5

Östergötlands län	11,7
Göteborgs o. Bohus län (exkl. Göteborg)	11,2
Kristianstads län	11,2
Västmanlands län	10,6
Värmlands län	10,6
Gotlands län	10,4
Kopparbergs län	9,4
Malmöhus län (exkl. Malmö)	9,2
Älvsborgs län	9,0
Gävleborgs län	7,3
Västernorrlands län	6,7
Kronobergs län	6,3
Norrbottnens län	5,3
Blekinge län	4,8
Örebro län	4,6
Kalmar län	4,3
Jämtlands län	3,3
Västerbottens län	0,5

Attorstäderna intaga en ställning i täteten är tydligt. En gruppering av rikets städer efter storlek i flera grupper skulle sannolikt visa en genomgående tendens med högre tal för de större städerna. Anmärkningsvärt är att Uppsala län ligger så högt på listan. Malmöhus län, som — förutom många tätorter — liksom Uppsala län hyser ett universitet, har däremot relativt låga tal. Intill varandra liggande län som Älvsborgs och Skaraborgs ha helt olika frekvens, varvid Skaraborgs med långt mindre tätortsbefolkning och industrialisering har de högsta talen. Örebro och Västmanlands län med tämligen likartad allmän struktur, ha starkt avvikande frekvenstal för abortansökningar. Liknande gäller Jönköpings och Kronobergs län.

Som underlag för en analys av materialet i syfte att nå en uppfattning om orsakerna till de lokala variationerna i ansökningsfrekvensen ha ansökningarna från Göteborgs stad, Uppsala, Jönköpings, Gotlands och Norrbottens län underkastats specialbearbetning. I fråga om fördelningen på civilstånd och åld-

Civilstånd och år	Antal abort- sökande	Därav i % i åldern							Genomsnitts- ålder	
		under 20 år	20—24 år	25—29 år	30—34 år	35—39 år	40—44 år	45 år och där- över	Hela mate- rialet	Därav Stock- holm
Giftna (inkl. hem- skilda)										
År 1939 .....	59	..	..	..	..	..	..	..	..	..
1943 .....	194	..	8,2	23,7	29,4	25,8	10,3	2,6	32,7	32,6
1946 .....	1 035	0,3	10,6	23,7	28,9	24,3	11,2	1,0	32,2	32,0
1949 .....	13 733	0,5	11,0	27,0	26,7	23,2	10,5	1,1	31,9	31,2
Förut giftna										
År 1939 .....	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..
1943 .....	15	—	—	—	—	—	—	—	34,7	..
1946 .....	164	0,6	4,9	23,8	32,3	25,0	11,6	1,8	32,9	..
1949 .....	1486	—	7,8	23,5	32,1	24,9	11,3	0,4	32,5	..
Ogiftna										
År 1939 .....	67	..	..	..	..	..	..	..	..	..
1943 .....	180	14,4	33,9	18,9	16,1	12,8	3,9	—	26,5	25,7
1946 .....	632	18,8	35,5	23,7	10,8	7,4	3,8	—	25,2	25,7
1949 .....	11 517	22,8	37,1	24,8	7,4	5,7	2,1	0,1	24,1	24,7

<sup>1</sup> Uppskrivet tal.

rar framkommo inga signifikativa skillnader jämfört med de sökande från hela riket, men Uppsala län visade beträffande de ogiftna tendens till relativt stort antal sökande under 30 år. — De indikationer, efter vilka ansökningarna från ovan nämnda områden bifallits, avveko heller icke tydligt från genomsnittet. — Beträffande de intygsskrivande läkarna, fann man, att i flera av de särskilt undersökta områdena avtecknade sig någon läkare framför de andra genom många intyg. Mest utpräglat gällde detta för Jönköpings län, där 65 % av alla intygen härrörde från en person. — Yrkesfördelningen av de abortsökande har också undersökts men gav heller icke någon förklaring. Visserligen fann man vissa avvikelser mellan riksmedel-talet och de utvalda områdena, såsom relativt många sjukhusanställda i Jönköpings län, industriarbeterskor sammanstades liksom i Göteborgs stad och hemmafruor på Gotland och i Norrboten. En del av denna variation skylles dock på geografiska olikheter i yrkes-

verksamheten, och i övrigt var den icke av den storleksordning, att det finns anledning tala om någon anmärkningsvärd tendens.

I detta avsnitt må slutligen nämnas, att antalet abortsökande med utlandet som hemort, eller som betecknats som flyktingar, var:

1939	1943	1946	1949
0	3	75	258

År 1949 utgjorde utlänningarna alltså 258 (uppskrivet tal), vilket gör 4,5 % av hela antalet abortsökande. Omkring hälften av dem bodde i Stockholm och dess förorter.

##### 5. Sökandenas åldersfördelning

Ovanstående tablå ger en översikt av sökandenas åldersfördelning. Uppgifter om kvinnornas ålder i kombination med civilstånd och medicinalstyrelsens indikation för aborten resp. uppgift om avslag på ansökan finnes för år 1949 i tab. 43.

Av tablå förefaller, som om en viss,

Civilstånd och år	Antal abortsökande per 10 000 barnaföderskor i åldern							
	under 20 år	20—24 år	25—29 år	30—34 år	35—39 år	40—44 år	45 år och däröver	Samtliga åldrar
<b>Gifta<sup>1</sup></b>								
År 1939 .....	—	—	—	—	—	—	—	7
1943 .....	—	6	14	19	29	36	119	17
1946 .....	8	41	66	103	140	197	221	85
1949 .....	42	163	284	402	556	742	1 010	337
<b>Ogifta, änkor, från- skilda<sup>1</sup></b>								
År 1939 .....	28	39	101	105	170	—	—	57
1943 .....	93	130	197	342	485	250	—	174
1946 .....	338	472	904	1 081	1 433	1 748	—	634
1949 .....	898	1 395	2 734	3 288	3 816	4 286	—	1 736

<sup>1</sup> Uppgifterna om barnaföderskor, som hämtats ur publikationen Befolkningsrörelsen (Sveriges off. stat.), avse formellt icke "gifta" och "ogifta" utan kvinnor med barn inom resp. utom äkten-skap, men denna olikhet mot abortmaterialet har ringa praktisk betydelse.

icke särskilt stark förskjutning mot lägre åldrar hade ägt rum från 1943 till 1946 och 1949. Detta gäller också Stockholm (med förorter), då denna ort tages för sig, vilket framgår av kolumnen längst till höger i tablån, som införts med anledning av de geografiska förskjutningarna i materialet under den omhandlade perioden. Visserligen äro skillnaderna i talen för genomsnitts-åldern icke så stora, att de i allmänhet falla utanför slumpgränserna, om dessa sättas till tre gånger medel-felet på differensen, men i de flesta fall äro de större än två gånger medel-felet. Detta gäller även talen för Stockholm. Det är alltså såtillvida en viss, icke obe-tydlig sannolikhet för att åldersförskjut-ningarna enligt tablån icke bero på slumpen. Andra statistiska tests, som ut-förts, styrka detta. Då härtill lägges, att någon ökning av kvinnornas antal i åld-rarna 15—30 år icke ägt rum under 1940-talet, utan att tvärt om en minsk-ning inträtt, medan däremot åldrarna över 30 år ökats, synes slutsatsen, att det skett en verklig förskjutning mot lägre åldrar berättigad.

(Jfr även tablån i slutet av denna av-delning.)

I ovanstående tablå anges antalet

abortsökande i förhållande till 10 000 barnaföderskor i olika åldrar.

Svagheten i metoden att sätta antalet abortsökande i relation till barnaföderskorna, som påpekats ovan under punkt 4, gäller naturligtvis även här. Emellertid antyder sammanställningen utan tvivel, att ansökningsfrekvensen stiger med kvinnornas ålder och att den är flera gånger större bland ogifta än bland gifta. Den starka ökningen under perioden framträder också, ehuru i överdriven grad till följd av be-räkningsmetoden. Ökningen mellan 1946 och 1949 har enligt tablån skett för t. ex. de ogifta från 634 till 1 736 per 10 000 barnaföderskor. Den senare frekvensen är 2,7 gånger större än den förstnämnda. Läger man samman de abortsö-kande och barnaföderskorna för att därefter beräkna de förra i procent av summan, får man för år 1946 talet 6,0 och för år 1949 14,8 %. Det senare talet är 2,5 gånger större än det förra. Med den reservation, som dessa förhållanden mana till, meddelas på följande sida en tablå, som visar, hur många gånger flera abortansökningarna per 10 000 barnaföderskor voro 1949 än 1946 i olika åldersklasser.

Den förskjutning nedåt av den abort-

(Se texten föregående spalt)	Under 20 år	20—24 år	25—29 år	30—34 år	35—39 år	40—44 år	45 år och däröver
Abortsökande gifta .....	—	4,0	4,3	3,9	4,0	3,8	—
Abortsökande ogifta, änkor, frånskilda .....	2,6	3,0	3,0	3,0	2,7	2,4	—

sökandes ålder, som ovan berörts, framträder här också, men endast för de gifta och är dessutom föga uttalad. Bidragande till att tendensen dämpats, är att även barnaföderskornas ålder i någon mån förskjutits nedåt, om också i tämligen olika mån för skilda åldersgrupper och civilstånd. Speciellt gäller, att de allra yngsta ogifta barnaföderskorna ökats mellan 1946 och 1949. Dessa förhållanden belysas av nedanstående tabell över barnaföderskornas åldersfördelning (i %) (enl. off. stat.).

#### 6. Sökandenas barnantal och tidigare aborter

De uppgifter om barnantal, som här lämnas, gälla barn, som levde vid ansökningstillfället.

Uppgifterna om tidigare aborter kunna väntas ligga i underkant. Huruvida detsamma gäller barnantalet är ovisst, enär sökanden visserligen å ena sidan kan tänkas vilja undanhålla upplysningar om ev. barn utom äktenskap men å andra sidan i många fall säkert önskar stödja sin ansökan genom att framhålla, att familjen är stor.

Uppgifter om sökandenas procentuella fördelning efter civilstånd och barnantal i kombination med medicinalstyrelsens abortindikation lämnas för år 1949 i tab. 44. Man finner där, att bland de gifta hade 3,7 % intet barn,

medan 55,3 % hade 3 barn eller mera. Relativt barnfattiga voro dels de, för vilka indikationen varit eugenisk på grund av sinnessjukdom (vilket icke framgår av tabellen, emedan samtliga eugeniska indikationer där sammanslagits), dels de rättsinkapabla med medicinsk eller social-medicinsk indikation. Relativt barnrik var däremot den stora gruppen av rättskapabla, som fått medicinsk eller social-medicinsk indikation och de sinnesslöa med eugenisk indikation. Tendenserna vid olika indikationer voro desamma för gruppen "förut gifta", ehuru barnantalet här överlag var lägre. De barnlösa voro sålunda här 11,3 % och de med 3 eller flera barn 30,0 %. Självklart hade de ogifta det lägsta barnantalet. Här utgjorde de, som uppgivit intet barn 76,8 % av samtliga, och av de övriga hade de allra flesta endast ett barn. Även beträffande de ogifta gäller, att de sinnesslöa hade relativt många barn, men också de sinnessjuka i denna grupp visade tendens i samma riktning.

De gifta abortsökandena torde överlag vara barnrikare än genomsnittsbefolkningen, vilket framgår av tab. 45. Eftersom de abortsökande i relativt stor utsträckning höra hemma i städerna, har för totala antalet samboende äkta makar i denna tabell medtagits separata

Civilstånd och år	Under 20 år	20—24 år	25—29 år	30—34 år	35—39 år	40—44 år	45—50 år
Gifta barnaföderskor, 1946 .....	3,2	22,3	30,5	24,0	14,8	4,8	0,4
Gifta barnaföderskor, 1949 .....	3,6	22,7	32,1	22,3	14,1	4,8	0,4
Ogifta barnaföderskor, 1946 .....	28,3	39,1	16,6	8,9	4,9	2,0	0,2
Ogifta barnaföderskor, 1949 .....	33,4	37,3	15,5	7,1	4,7	1,8	0,2



Civilstånd	Antal abortsökande kvinnor år 1949 (bearbetade fall)	Därav i % med nedanstående antal tidigare aborter			
		Ingen abort	1 legal abort	1 eller flera andra aborter	Både legal och annan abort
Gifta (inkl. hemschilda)	1 767	74,1	4,1	20,0	1,8
Förut gifta .....	230	71,7	6,1	20,0	2,2
Ogifta .....	718	93,0	2,9	4,1	—

uppgifter för städer och landsbygd. Man ser, att de abortsökande i alla åldersgrupper, som jämförelsen omfattar, skilja sig starkt från totalbefolkningen. Endast ett fåtal procent av de sökande äro helt utan barn, medan de barnlösa i totalbefolkningen utgöra 15—40 % av samtliga. I totalbefolkningens tal ingå visserligen icke barn, som äro 18 år eller mera, men i de åldersgrupper, som i vår tabell försetts med procenttal, spelar denna inskränkning ingen nämnvärd roll. Även om man reducerar antalet av totalbefolkningens nollbarnsfamiljer med de ofrivilligt sterila (ca 10 %<sup>1</sup>) och besinnar, att antalet barn per familj (särskilt i yngre familjer) möjligen kan ha ökats mellan 1945 och 1949, kvarstår sannolikt en betydande skillnad. Tre eller flera barn, återigen, hade 27,3 % av de abortsökande redan i åldersgruppen 20—24 år (19,5 + 7,8 %) och 42,6 % i gruppen 25—29 år, medan motsvarande tal i totalbefolkningen voro endast 1,9 % i städerna och 4,0 % på landsbygden för den första åldersgruppen och 5,8 resp. 13,2 % för den andra.

Vad angår de osäkra uppgifterna om tidigare aborter, lämnas en sammanställning upptill på denna sida.

### 7. Sökandenas yrke

Under punkt 1 ovan ha redan vissa svagheter hos uppgifterna om yrket berörts. Här skall endast tillfogas, att uppgifterna i mycket begränsad omfattning gå att använda för jämförelse med den

officiella statistikens bästa indelningar. De sistnämnda röra sig i första hand med begreppet näringsgren (jordbruk, industri, handel, samfärdsel etc.). En indelning av abortmaterialet efter sådan grund låter sig icke göra, därför att näringsgrenen i allmänhet icke redovisas i ansökningshandlingarna. Där anges yrket med uttryck som "kontorist", "städerska", "butiksbiträde", "biträde" (enbart), "sjuksköterska" och annat dylikt, som i den officiella statistiken benämnes individualyrken. Vissa av dessa (i exemplet ovan butiksbiträdet och sjuksköterskan) gå att klassificera efter näringsgren, andra icke. Inom näringsgrenarna redovisar den officiella statistiken vanligen socialgrupperna företagare, förvaltningspersonal och arbetarpersonal. Företagarna i abortmaterialet gå ofta icke att särskilja från övriga, men om ett yrke hör till förvaltnings- eller arbetarpersonal kan i allmänhet fastställas något så när tillförlitligt.

Den officiella statistiken innehåller emellertid få uppgifter om individualyrken senare än från 1940 års folkräkning. (I Statistiska Centralbyrån finnes visserligen en manuskripttabell med uppgifter om vissa individualyrken enligt 1945 års folkräkning, men utan uppdelning på åldrar, vilket gör den oanvändbar för här föreliggande syften.) Under dessa omständigheter erbjuder sig den bästa jämförbarheten mellan abortmaterialet och den hårt kritiserade

<sup>1</sup> Se bil. till SOU 1936: 59, Betänkande i sexualfrågan.

Antalet förvärvsarbetande resp. icke förvärvsarbetande i % av hela antalet kvinnor bland abortsökande och i hela befolkningen

Civilstånd och förvärvsarbete	Abortsökande år 1949	Kvinnor i åldern 15—45 år enligt 1945 års folkräkning		
		Samtliga	D:o exkl. jordbruks- befolkningen	D:o d:o stan- dardräknat för ålders- fördelningen
Gifta kvinnor				
Förvärvsarbetande .....	16,8	13,0	16,3	16,5
Icke förvärvsarbetande .....	78,2	87,0	83,7	83,5
Uppgift saknas .....	5,0	—	—	—
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0
Förut gifta kvinnor				
Förvärvsarbetande .....	78,2	69,4	71,3	74,2
Icke förvärvsarbetande .....	15,2	30,6	28,7	25,8
Uppgift saknas .....	6,6	—	—	—
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0
Ogifta kvinnor				
Förvärvsarbetande .....	86,9	65,0	79,7	82,3
Icke förvärvsarbetande .....	12,1	35,0	20,3	17,7
Uppgift saknas .....	1,0	—	—	—
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0

yrkes- och socialindelningen i valstatistiken och icke heller denna jämförbarhet är god (se ovan).

Innan en sådan jämförelse anställs, meddelas tablån här ovan utvisande frekvensen *förvärvsarbetande* inom olika civilstånd.

Uppgifterna från folkräkningen ha hämtats från sammanställningar över yrken efter näringsgrenar. Materialet stannar i detta fall från mantalsuppgifterna, vilka möjligen — på grund av sin sammankoppling med skattesystemet — redovisa de yrkesverksamma i underkant. I abortmaterialet torde däremot yrkesverksamhet gärna framhåvas, då den kan vara ett argument till förmån för ansökningen. Sålunda torde även deltidsarbete stundom ha upptagits som den sökandes yrke (jfr punkt 1 ovan). Av abortmaterialet har här endast årgången 1949 medtagits, vilket beror på att fall, där uppgift om förvärvsarbete saknats, voro alltför många år 1946. Att avståndet i tiden mellan folkräknings-

året (1945) och år 1949 kan ha betydelse för jämförbarheten, bör för den skull icke glömmas.

Det är svårt att på föreliggande uppgifter bilda sig en uppfattning i frågan, om de abortsökande äro mer eller mindre förvärvsarbetande än kvinnor i gemen. Så som talen i de två kolumnerna längst till vänster stå i tablån ovan, förefaller det, som om antalet förvärvsarbetande bland de abortsökande vore relativt stort. Som orsak härtill kan — förutom det som nyss sades om materialets beskaffenhet — anföras, att de abortsökande i relativt stor utsträckning höra hemma i tätorterna, där frekvensen förvärvsarbetande är relativt stor, och att vissa olikheter föreligga i åldersfördelningen. De sistnämnda två omständigheternas betydelse framgår i någon mån, om man jämför de abortsökandes tal med folkräkningens, sedan jordbruksbefolkningen eliminerats resp. sedan även en standardräkning med hänsyn till åldersfördelningen inom

Förvärvsarbetande i % av samtliga abortsökande med olika barnantal

	0 barn	1 barn	2 barn	3 barn	4 och flera barn
Gifta <sup>1)</sup> .....	57,6	35,3	17,4	11,7	6,0
Förut gifta .....	96,4	87,4	80,6	65,9	50,8
Ogifta .....	84,5	93,1	100,0	100,0	100,0

1949 års abortklientel ägt rum. (Tyvärr medger icke materialet, att jordbruksbefolkningen elimineras också från de abortsökande, vilket skulle ha förbättrat jämförbarheten.)

Av tablån på denna sida ser man, att relativa antalet förvärvsarbetande gifta abortsökande sjunker, då antalet av kvinnans barn ökas, men att det under samma omständigheter stiger bland de ogifta. De förut gifta visa samma tendens som de gifta, ehuru procenttalen ligga högre och sänkningen vid stigande barnantal är svagare.

Att de ogifta barnlösa hade lägre procentandel förvärvsarbetande än de förut gifta, beror delvis på att de ogifta inkludera en tämligen stor grupp tonåringar och bland dem icke mindre än 106 studerande. Sammanfattar man det som här visats om frekvensen förvärvsarbetande och det som tidigare anförts om barnantalet per abortsökande, torde kunna sägas, att i varje fall de gifta abortsökande karakteriseras av ett med hänsyn till barnantalet tämligen livligt deltagande i förvärvsarbetet.

Ser man därefter på de olika i tab. 46 angivna yrkena, finner man, att de kontorsanställda utgöra den största gruppen, följd av arbeterskor (i de flesta fall inom industrin — endast en jordbruksarbeterska förekom) och gruppen husligt arbete. Till kontorspersonalen ha i detta fall räknats även telefonister och till gruppen husligt arbete även anställda i t. ex. restaurangkök och sjukhuskök och alla, som uppgivit städning som verksamhet. Även de sparsamt förekommande innehavarna av firmor

ha räknats med i grupperna kontors- eller butiksanställda. Till arbeterskorna ha förts de, för vilka "sömmerska" uppgivits som yrke, vilket nog kan vara diskutabelt. Bland lärarinnorna finnas småskollärarinnor, handarbetslärarinnor m. fl. I gruppen sjuksköterskor ingå även tandsköterskor och ett par tandtekniker och i gruppen "Sjukvårdspersonal, annan" förutom sjukvårdsbiträden, även barnsköterskor. I gruppen "övrige yrken" ingå spårvägskonduktörer och tidningsbud. Tyvärr finnes ju ingen motsvarande uppställning av individualyrken inom den officiella yrkes- och socialgruppsstatistiken senare än 1940 års folkräkning, varför någon jämförelse med denna statistik icke kan verkställas.

I stället har materialet grupperats på sätt som framgår av tab. 47, där såvitt möjligt motsvarande tal från valstatistiken för 1948 också upptagits. Det behöver, efter vad ovan sagts, knappast strykas under, att alla uppgifterna i denna tabell äro ytterst osäkra. Detta gäller även indelningen i socialgrupper. Dessutom gälla följande principiella olikheter mellan materialen.

Bland de abortsökande ingå även personer, som sakna rösträtt (utlänningar och personer under 22 års ålder), däremot icke åldringar och yrkeslösa, vilka äro med i valstatistiken. Tabellen upptager bl. a. en kolumn "gifta kvinnor" och en kolumn för de gifta kvinnornas män. Den förra omfattar endast de yrkesverksamma, medan den andra omfattar männen, såväl till dessa kvinnor som till hemmafruvar-

Sammandrag av socialgrupperingen enligt tabell 47

Socialgrupp	Kvinnor (gifta och ogifta)		Män	
	Förvärvs- arbetande abortsökande år 1949	Röstberättigade år 1948	Gifta med abortsökande år 1949	Röstberättigade år 1948
Antal fall .....	11 143	87 353	11 599	230 960
Därav i % tillhörande:				
<i>Socialgrupp I</i> .....	1,9	2,9	5,4	5,5
<i>Socialgrupp II</i> .....	45,3	44,3	31,0	37,7
Därav företagare .....	0,4	9,3	12,3	24,7
butiks-, kontorspersonal, tjänstemän (utom lärare)	38,1	22,2	14,4	8,7
övriga .....	6,8	12,8	4,3	4,3
<i>Socialgrupp III</i> .....	52,8	52,8	63,6	56,8
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0

<sup>1</sup> Observerat antal (ej uppskrivet att avse hela antalet).

na, i den mån dessa män dels varit fäder till de väntade barnen, dels haft yrkesuppgift. De fall ha alltså uteslutits, där annan än den äkta mannen varit barnets fader, och detta beror på att dessa i regel sakna yrkesuppgift för den äkta mannen i ansökningshandlingarna. Ett sammandrag och en procentberäkning, som grundar sig på tabellen, återges upptill på denna sida.

Innan man drager några slutsatser i denna del av ämnet, synes det vara fog uppställa en annan tablå, där jordbruksbefolkningen dragits ifrån — detta eme-

dan de abortsökande i så ringa utsträckning rekryteras från denna näringsgren. Bland de abortsökandes män utgjorde nämligen jordbrukarna och jordbruksarbetarna endast 10,4 % av samtliga mot 28,0 % bland de röstberättigade männen. Bland de abortsökande själva fanns endast en jordbruksarbetare, vilket redan nämnts.

Båda tablåerna ge samma huvudintryck, nämligen att de abortsökande (och deras familjer) fördela sig på socialgrupper ungefär som genomsnittsbefolkningen. Socialgrupp I skulle möj-

Sammandrag av socialgrupperingen exklusive jordbrukarna (och lantarbetarna)

Socialgrupp	Kvinnor (gifta och ogifta)		Män	
	Förvärvs- arbetande abortsökande år 1949	Röstberättigade år 1948	Gifta med abortsökande år 1949	Röstberättigade år 1948
<i>Socialgrupp I</i> .....	1,9	3,1	6,0	7,7
<i>Socialgrupp II</i> .....	45,3	43,4	29,2	28,8
därav företagare .....	0,4	6,5	8,3	10,8
butiks-, kontorspersonal, tjänstemän (utom lärare)	38,1	23,4	16,0	15,7
övriga .....	6,8	13,5	4,9	2,3
<i>Socialgrupp III</i> .....	52,8	53,5	64,8	63,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0

	1939	1943	1946	1949
Antal fall, då suicidalrisk anförts i C-intyget .....	8	43	452	783 (uppskrivet tal)
I % av samtliga fall .....	6,2	11,0	24,7	13,6

ligen kunna tyckas underrepresenterad, men med tanke på osäkerheten i uppdelningen gör man bäst i att icke fästa avseende vid tablåernas utslag i denna riktning. Däremot är det sannolikt riktigt, att de kvinnliga företagarna äro starkt underrepresenterade, men gruppen butiks-, kontors- etc. -personal starkt överrepresenterad i abortmaterialet. Visserligen kan det tänkas, att skillnaderna enligt tablåerna överdrivas av att de abortsökande i stort sett äro yngre än de röstberättigade, men denna olikhet torde icke förklara hela skillnaden. Räkna man bort kvinnor under 22 år från abortmaterialet, har man åstadkommit en något bättre jämförbarhet med valstatistiken. Av de 926 kvinnor, som kvarstå, tillhöra 2,4 % socialgrupp I, 43,9 % socialgrupp II (varibland 0,5 % företagare och 35,5 % butiks-, kontors- etc. -personal) och 53,7 % socialgrupp III. Med undantag av att socialgrupp I ökades betydligt, uppstod alltså ingen större förändring.

Icke heller tillvaron av utlänningarna i abortmaterialet påverkar social- och yrkesgrupperingen i högre grad. Antalet utlänningar, som ingår, framgår av nedersta raden av tab. 47. Extraherar man ytterligare de 80 utländskor, som angivas i de två kolumnerna för abortsökande kvinnor, bli procentalen för socialgrupp I 2,5, II 45,1 och III 52,4. Företagarnas i grupp II procental blir 0,6 och butiks-, kontors- etc. -gruppens 36,9. Att företagarna blivit något underrepresenterade till följd av svårigheten att särskilja dem i abortmaterialet, bör också beaktas.

### 8. Abortindikationen

Uppgifterna om abortindikationen ha bearbetats endast för år 1949. Tab 48 visar en konfrontation mellan den intygsskrivande läkarens indikation och medicinalstyrelsens (socialpsykiatriska nämndens). Dessa tal äro icke "uppskrivna" och avse alltså icke fullt halva materialet.

Det framgår av tabellens nedersta rader, att indikation helt utelämnats eller icke klart angivits av den intygsskrivande läkaren i 69 fall, eller 2,5 % av samtliga 2 715. Det framgår vidare, att läkaren avstyrkt ansökan i 168 fall (6,2 % av samtliga) och att medicinalstyrelsen likväl beviljat 22 av dessa. Å andra sidan har medicinalstyrelsen avslagit 347 ansökningar, eller 12,8 %, av vilka 132 (347 — 146 — 53 — 16) tillstyrkts av läkaren.

Jämför man därefter läkarnas och medicinalstyrelsens indikationer, skall man finna, att dessa i de flesta fall icke strida mot varandra. Läkaren anför av naturliga skäl flera indikationer än medicinalstyrelsen, då han icke kan vara säker på, vilken som kan vara avgörande i det särskilda fallet. Blandade indikationer bli därför ganska vanliga på C-intygen. Tolkar man tabellen, så att överensstämmelse anses föreligga, då medicinalstyrelsen beviljat ansökan på indikation, som även förekommer på C-intyget, finner man, att indikationen överensstämt i omkring 90 % och missstämt i omkring 10 % av fallen (2 056 resp. 201 fall). Härvid ha icke de fall, som avstyrkts av endera instansen, medräknats. Till dem som icke överens-

Suicidalrisk, %

	Sökandens ålder			Samtliga sökande
	Under 20 år	20—29 år	30 år och däröver	
År 1946				
Gifta (inkl. hemsilda) .....	—	21,7	17,9	19,1
Förut gifta .....	—	25,5	32,8	30,5
Ogifta .....	20,2	35,0	35,3	32,3
År 1949				
Gifta (inkl. hemsilda) .....	..	9,6	6,8	8,0
Förut gifta .....	—	20,4	19,8	20,0
Ogifta .....	17,0	29,0	24,9	25,6

stämt ha t. ex. räknats alla på tabellens första rad upptagna fall (utom de avslagna), dvs. de i vilka läkaren anfört enbart sociala skäl.

Hur läkarnas omdömen procentuellt fördela sig på olika indikationer, framgår av tab. 49, där fallen dessutom fördelats på olika kategorier av läkare. Skillnaderna mellan läkarnas val av indikation förefalla tämligen stora, men det är svårt att avgöra, om de äro typiska för kategorierna eller bero på individuella olikheter hos läkarna eller på skiljaktigt klientel. Så som talen stå, ser det ut, som om provinsial-, stads- etc.-läkarna oftare angäve social (eller medicinsk-social eller eugenisk-social) indikation än övriga, särskilt i förhållande till läkarna vid sinnessjukhus. Läkarna vid kroppssjukhus ha vidare i relativt stor utsträckning uttryckt tveksamhet om det motiverade i ansökan eller hänskjutit hela frågan till medicinalstyrelsens prövning. Gruppen "övriga tjänsteläkare" synes i relativt stor utsträckning ha avstyrkt ansökningarna.

Av nedersta raden i tabellen framgår frekvensen av de fall, då uppgift om suicidalrisk ingått som en del av indikationen, och man finner, att sinnessjukläkarna oftare än övriga formulerat sådan indikation (6,3 % av fallen mot ett genomsnitt av 4,2 %). Emellertid an-

föres ofta suicidalrisk i intyg C om sökandens psykiska tillstånd utan att tagas med som indikation. Räknar man med även dessa fall, stiger antalet ansökningar med suicidalrisk betydligt, eller från nyssnämnda genomsnitt av 4,2 % till 13,6 % av samtliga. Se vidare tablån s. 210.

Inom olika civilstånd och åldersgrupper ingingo antalet fall, då suicidalrisk nämnts i C-intyget, med frekvenstal (% av samtliga sökande i resp. grupp), som framgå av tablån ovan.

Nedgången mellan 1946 och 1949 gäller uppenbarligen alla de angivna åldersgrupperna och civilstånden.

Antalet ansökningar år 1949, i vilka hot om suicidium nämnts i C-intyget var, som redan angivits, 783. Av dessa avslagos 19 av medicinalstyrelsen. Av de beviljade aborterna med suicidalrisk kommo 29 icke till utförande, såvitt framgår av inkomna rapporter, vilket uppenbarligen icke är detsamma som att vederbörande fött sina barn. Alla dessa tal äro uppskrivna.

Antalet fall, då enligt ansökningshandlingarna försök till självmord begåtts (alltså före ansökningens ingivande), har särskilt framräknats, och befunnits vara för 1939 3 fall, år 1943 11 fall, år 1946 28 fall och år 1949 69 fall (uppskrivet tal). Mer än hälften av

Avslagna ansökningar år 1949, %

Civilstånd	Sökandens ålder				Samtliga sökande
	Under 20 år	20—24 år	25—29 år	30 år och däröver	
Gifta (inkl. hemschilda)	..	20,4	12,1	7,6	10,3
Förut gifta .....	—	16,4		10,7	12,6
Ogifta .....	25,1	21,9	15,7	8,2	19,0
Samtliga	25,1	21,3	13,2	8,0	12,8

dem, som gjort självmordsförsök sist-nämnda år, voro ogifta.

Beträffande den geografiska fördelningen av de fall, där hot om suicidium anförts i C-intyget, gäller, att Stockholm med förorter — i varje fall år 1949 — var överrepresenterat, i det 51 % av sökandena med suicidalhot då hade sitt hemvist där (mot 37 % av samtliga sökande).

Det har redan nämnts, att de avslagna ansökningarna år 1949 (733 stycken, uppskrivet tal) voro 12,8 % av samtliga. Detta tal återfinnes även i ovanstående sammanställning, som visar procentuella antalet avslagna ansökningar i olika civilstånd och åldersgrupper år 1949.

Sammanställningen visar tydligt, att avslagsprocenten sjunker vid högre ålder hos sökanden. Däremot bör man icke fästa sig vid de högre procenttalen för de ogifta jämfört med övriga civilstånd, då skillnaderna icke äro statistiskt säkerställda.

Även vid stigande barnantal sjunker avslagsprocenten, vilket visas av tablån nedtill på denna sida.

I tablån upptill på nästa sida, som grundar sig på tab. 43 och 44, redovisas de bifallna ansökningarna procentuellt

fördelade efter medicinalstyrelsens indikationer samt sökandens civilstånd, ålder och barnantal.

Man ser, att medicinska och socialmedicinska indikationer dominera och att den största gruppen i tabellen är "Övriga rättskapabla" med sådan indikation. Särskilt bland de gifta är denna grupp av stor betydelse (75,6 %). Den ökar dessutom vid stigande ålder och barnantal. Det omvända gäller de rättsinkapabla, vilka karakteriseras av sådan depression eller psykos, att de av den intygsskrivande läkaren och (eller) medicinalstyrelsen icke ansetts kapabla att själva bedöma sin situation. Indikationen 1 § 2) abortlagen sjunker med stigande ålder och barnantal och är lägre bland de gifta än bland de ogifta. Möjligen kunde detta förklaras av att den *förutsedda svaghet*, vilken åsyftas i nämnda lagrum, vid högre åldrar och barnantal icke behöver åberopas, då svagheten redan är förhanden vid ansökningstillfället. Den eugeniska indikationen betyder mest bland de ogifta och minst bland de gifta, vilket förefaller förklarligt, då de gifta på det hela taget utgöra ett positivt urval i de flesta avseenden.

	Abortsökande med					Samtliga
	0 barn	1 barn	2 barn	3 barn	4 och flera barn	
Procentuellt antal avslagna ansökningar år 1949 .....	18,7	17,3	12,6	10,4	4,5	12,8

De abortsökandes civilstånd, ålder och barnantal	Eugenisk indikation	Medicinsk och socialmedicinsk indikation			Humanitär indikation	Summa
		1 § 2, rättskapabla	Övriga rättskapabla	Rättsinkapabla		
Gifta .....	11,4	4,3	75,6	8,7	—	100,0
Förut gifta .....	19,0	5,9	64,7	10,4	—	100,0
Ogifta .....	22,4	6,8	48,5	21,2	1,1	100,0
Samtliga	14,7	5,1	68,0	11,9	0,3	100,0
Därav						
i åldern under 20 år .....	9,3	12,6	53,7	20,3	4,1	100,0
20—29 år .....	16,5	6,0	62,9	14,6	—	100,0
30 år och däröver .....	13,9	3,6	73,5	8,9	0,1	100,0
med 0 barn .....	16,7	6,4	52,4	23,3	1,2	100,0
1 barn .....	21,6	5,9	58,4	14,1	—	100,0
2 barn .....	14,5	5,0	68,9	11,6	—	100,0
3 barn .....	11,6	4,8	74,4	9,2	—	100,0
4 eller flera barn .....	10,5	3,5	84,0	2,0	—	100,0

Det må utöver tablåns uppgifter meddelas, att i gruppen "Övriga rättskapabla" dominerar diagnosen "svaghet". Av de 68,0 %, som gruppen omfattar enligt tablån, kunna icke mindre än 52,5 hänföras till "svaghet", medan 8,1 utgöres av "depression" och återstående 7,4 enheter fördela sig på en rad diagnoser, såsom neuros, psykos, tuberkulos, hjärtsvaghet och andra rent medicinska omständigheter. (Fördelningen på diagnoser grundar sig på publ. "Allmän hälso- och sjukvård", årg. 1949.)

### 9. Intervallet mellan konceptionen och abortoperationen.

Tab. 50 innehåller uppgifter om intervallet mellan konception (egentligen sista menstruationen före konstaterandet av graviditeten) och operation i

kombination med civilstånd och abortindikationen enligt 1949 års material. I 287 fall (1 020—733), där operation vederligen utförts, har intervallet icke kunnat beräknas enär ettdera datum (menstruations- eller operationsdatum — i de allra flesta fall det förra) fattats. De som erhållit tillstånd till abort men ändå icke låtit operera sig på sjukvårdsanstalt av föreskrivet slag, utgjorde 116. Huruvida dessa haft spontan abort, kriminell abort eller fött sina barn, är icke utrett. De fördelade sig med 80 på de gifta, 11 på de förut gifta och 25 på de ogifta. (Alla dessa tal äro uppskrivna.) Medtagas de icke opererade i kalkylen, kan man göra följande sammanställning över den procentuella fördelningen av de sökande, som erhållit aborttillstånd, efter intervallens längd.

Intervall	Gifta	Förut gifta	Ogifta	Samtliga
Under 2 månader .....	0,8	—	—	0,5
2—3 månader .....	23,9	16,7	17,2	21,6
3—4 månader .....	41,8	41,1	38,4	40,9
4—5 månader .....	29,7	35,1	38,2	32,3
5 månader eller mera .....	1,3	4,3	4,0	2,2
Icke opererade på sjukv.-anstalt .....	2,5	2,8	2,2	2,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0



Tabell 42. Hos medicinalstyrelsen abortsökande åren 1939, 1943, 1946 och 1949 fördelade efter hemvist

Hemvist	Giftna (inkl. hemsbildna)								Ogiftna (inkl. förut giftna)										
	Antal abortsökande kvinnor				Abortsökandenas procentuella fördelning				Antal abortsökande kvinnor				Abortsökandenas procentuella fördelning						
	1939	1943	1946 <sup>1</sup>	1949	1939	1943	1946	1949	1939	1943	1946 <sup>1</sup>	1949	1939	1943	1946	1949			
Stockholms stad	7	34	289	1 050	17,5	27,9	28,1	0,3	2,3	9,4	814	27,7	30,5	40,6	1,1	4,5	15,5	59,2	
Sihlms förorter <sup>2</sup> (lännet)	2	9	65	171	4,6	6,3	4,6	0,3	1,5	6,2	93	4,1	2,5	4,7	..	..	7,3	{30,7	
Stockholms län i övrigt	1	8	30	127	4,1	2,9	3,4	..	4,3	..	50	3,6	2,6	2,5	..	..	..	{16,1	
Uppsala län	—	7	58	186	3,6	5,6	5,0	..	2,1	7,4	102	2,6	6,2	5,1	..	..	17,4	{35,3	
Södermanlands län	3	3	10	76	1,6	1,0	2,0	..	0,3	2,2	4	2,0	0,8	2,0	..	..	2,0	{13,4	
Östergötlands län	—	1	27	156	0,5	2,6	4,2	..	0,4	2,8	2	0,5	2,1	3,2	..	..	3,0	11,7	
Jönköpings län	4	3	24	186	1,5	2,3	5,0	..	0,5	4,1	3	1,5	4,5	4,9	..	..	11,6	44,7	
Kronobergs län	—	1	1	19	0,5	0,1	0,5	..	..	0,8	2	0,5	0,3	0,5	..	..	..	1,0	6,3
Kalmar län	1	1	10	61	0,5	1,0	1,6	..	0,2	1,7	4	2,0	0,6	0,6	..	..	1,5	4,3	
Gotlands län	—	—	3	36	—	0,3	1,0	..	..	3,7	—	0,5	0,5	0,6	..	..	3,3	10,4	
Blekinge län	—	—	8	21	—	0,8	0,6	..	..	0,9	2	0,5	0,9	0,5	..	..	2,6	4,8	
Kristianstads län	1	3	11	68	1,6	1,1	1,8	..	0,2	1,7	—	1,0	0,5	2,0	..	..	1,0	11,2	
Malmö stad	1	8	76	130	4,1	7,3	3,5	..	2,4	4,5	3	1,5	4,0	3,4	..	..	12,6	21,3	
Malmöhus län i övrigt	2	9	30	102	4,6	2,9	2,7	..	0,5	1,8	5	6,7	4,3	3,0	..	2,0	4,7	9,2	
Hallands län	2	—	10	61	—	1,0	1,6	..	0,4	2,3	4	2,6	2,1	1,1	..	..	9,0	12,8	
Göteborgs stad	22	53	171	239	27,3	16,5	6,4	1,0	3,0	4,3	13	15,4	15,2	5,7	2,4	5,3	22,0	21,3	
Göteborgs o. Bohus l i övrigt	—	6	17	93	3,1	1,6	2,5	..	0,5	2,9	1	3,6	3,7	1,1	..	..	14,3	11,2	
Älvsborgs län	1	6	44	76	3,1	4,2	2,0	..	0,8	1,4	2	3,1	3,4	1,8	..	..	6,7	9,0	
Skaraborgs län	4	3	8	97	1,6	0,8	2,6	..	..	2,5	1	3,1	1,5	2,0	..	..	3,4	12,5	
Värmlands län	1	3	23	76	1,6	2,2	2,0	..	0,5	1,9	3	2,6	3,6	2,4	..	..	5,3	10,6	
Örebro län	1	1	11	44	0,5	1,1	1,2	..	0,3	1,2	—	1,5	0,6	0,9	..	..	1,1	4,6	
Västmanlands län	—	4	23	102	2,1	2,2	2,7	..	0,6	3,0	1	1,5	1,6	1,9	..	..	3,5	10,6	
Kopparbergs län	—	6	17	102	3,1	1,6	2,7	..	0,4	2,5	1	3,1	1,4	2,5	..	..	2,1	9,4	
Gävleborgs län	—	6	23	121	3,1	2,2	3,3	..	0,5	2,9	2	2,1	0,9	2,8	..	..	0,9	7,3	
Västernorrlands län	3	9	23	156	4,6	2,2	4,2	..	0,5	3,6	3	2,1	1,4	2,2	..	..	1,4	6,7	
Jämtlands län	—	3	5	44	1,6	0,5	1,2	..	..	2,0	2	1,0	0,8	0,8	..	..	1,1	3,3	
Västerbottens	1	3	9	21	1,5	0,9	0,6	..	..	0,5	2	2,6	0,6	0,1	..	..	1,1	0,5	
Norrbottnens län	2	4	9	112	2,1	0,9	3,0	..	..	2,2	2	1,0	0,9	1,1	..	..	1,7	5,3	
Hela riket	59	194	1 035	3 733	100,0	100,0	100,0	0,1	0,2	0,9	3,4	2 003	100,0	100,0	100,0	0,6	1,7	6,3	17,4
Dårav städer med över 100 000 inv.	32	104	601	1 590	54,2	53,6	58,1	0,1	0,3	1,5	7,2	30	48,7	54,3	54,4	1,1	3,2	11,4	{44,7
övriga städer	12	42	245	1 108	20,4	21,6	23,6	..	..	..	..	18	25,7	25,6	29,3	28,6	..	..	..
landsbygden	15	48	189	1 035	25,4	24,8	18,3	0,1	0,3	..	..	22	31,4	25,7	16,4	17,0	0,3	0,8	2,0

<sup>1</sup> Uppskrivna tal. <sup>2</sup> Lidingsö, Djursholm, Stocksund, Danderyd, Solna, Sundbyberg, Sollentuna, Nacka, Saltsjöbaden, Huddinge och — före 1949 — Spånga.

Tabell 43. Abortsökande hos medicinalstyrelsen år 1949 fördelade efter civiltstånd, ålder och medicinalstyrelsens indikation (Uppskrivna tal)

Civilstånd och ålder	Eugenisk indikation						Medicinsk o. social- medicinsk indikation				Humi- mani- fär- indi- kation	Av- slag	Öv- riga utan indi- kation (åter- kal- lade etc.)	Sum- ma							
	sinnessjukdom hos			sinnesslöhet hos			svår kropp- sjukdom eller epilepsi hos		sum- ma	I § 2, övriga rätts- kapab- la <sup>1</sup>					övriga rätts- in- kapab- la						
	kv		m		kv		m			kv					m		kv		m		
	kv	m	kv	m	kv	m	kv	m		kv					m	kv	m	kv	m	kv	m
<b>Giffta (inkl. hemskilda) . . . . .</b>	95	46	9	129	2	10	53	17	19	380	144	2 520	290	—	—	3 733					
Därav i åldern under 20 år . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
20—24 ” . . . . .	8	2	5	9	—	2	2	2	2	32	28	223	38	—	—	17					
25—29 ” . . . . .	30	15	—	36	—	—	17	—	6	104	55	632	95	—	—	410					
30—34 ” . . . . .	25	17	4	42	—	4	11	4	—	107	32	693	72	—	—	1 010					
35—39 ” . . . . .	17	12	—	36	2	4	15	7	11	104	25	623	55	—	—	995					
40—44 ” . . . . .	13	—	—	6	—	—	6	4	—	29	4	305	23	—	—	866					
45— ” . . . . .	2	—	—	—	—	—	2	—	—	4	—	31	7	—	—	393					
46— ” . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42					
<b>Förut giffta (frånskilda, änkor)</b>	26	11	4	30	—	2	6	2	—	81	25	275	44	—	—	486					
Därav i åldern under 20 år . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
20—24 ” . . . . .	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	22	—	—	—	8					
25—29 ” . . . . .	7	5	2	2	—	—	—	—	—	16	—	70	11	—	—	114					
30—34 ” . . . . .	11	4	2	11	—	2	2	2	—	34	9	75	21	—	—	156					
35—39 ” . . . . .	4	2	—	13	—	—	4	—	—	23	6	67	8	—	—	121					
40—44 ” . . . . .	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	6	41	4	—	—	55					
45— ” . . . . .	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2					
<b>Ogiffta . . . . .</b>	61	30	4	139	4	13	15	8	—	274	84	594	260	—	—	1 517					
Därav i åldern under 20 år . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
20—24 ” . . . . .	27	17	2	51	—	5	9	—	—	111	34	132	55	—	—	346					
25—29 ” . . . . .	19	4	—	40	—	4	2	8	—	77	15	166	59	—	—	376					
30—34 ” . . . . .	11	—	—	13	—	2	—	—	—	26	8	40	27	—	—	112					
35—39 ” . . . . .	2	—	—	23	—	—	—	—	—	29	4	33	15	—	—	87					
40—44 ” . . . . .	2	—	—	—	—	2	—	—	—	4	—	22	2	—	—	32					
45— ” . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2					
<b>Samtliga . . . . .</b>	182	87	17	298	6	25	74	27	19	735	253	3 389	594	—	—	5 736					
Därav i åldern under 20 år . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
20—24 ” . . . . .	39	19	7	60	—	7	11	2	2	147	34	145	55	—	—	363					
25—29 ” . . . . .	56	24	2	78	—	4	19	8	6	197	55	446	140	—	—	1 010					
30—34 ” . . . . .	47	21	6	66	—	8	13	6	—	167	70	868	165	—	—	1 500					
35—39 ” . . . . .	23	16	—	72	2	4	21	7	11	156	49	808	120	—	—	1 263					
40—44 ” . . . . .	15	—	—	8	—	2	6	4	—	35	10	723	78	—	—	1 074					
45— ” . . . . .	2	—	—	2	—	—	2	4	—	35	10	368	29	—	—	480					
46— ” . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	31	7	—	—	46					

<sup>1</sup> "Förutsedd svaghet".

Tabell 44. Abortsökande hos medicinalstyrelsen år 1949 fördelade efter barnantal, civilstånd och medicinalstyrelsens indikation. (Uppskrivna tal)

Civilstånd och barnantal	Eugenisk indikation beroende på egenskap hos				Medicinsk och socialmedicinsk indikation			Humanitär indikation	Avslag	Övriga utan indikation (återkallade etc.)	Summa
	kvinnan	mannen	båda	Summa	I § 2, rättskapabla <sup>1</sup>	Övriga rättskapabla	Rättsin-kapabla				
<i>Gifta (inkl. hemskilda)</i>	277	65	38	380	144	2 520	290	—	384	15	3 733
Därav i % med											
0 barn .....	7,6	—	—	5,5	1,4	2,5	6,5	—	8,9	—	3,7
1 barn .....	16,2	35,4	26,3	20,5	18,0	12,3	22,1	—	27,3	26,7	15,7
2 barn .....	23,8	32,3	29,0	25,8	26,4	23,3	35,9	—	29,7	13,3	25,3
3 barn .....	24,6	12,3	28,9	22,9	29,2	24,8	27,6	—	23,7	13,3	24,8
4 och flera barn ..	27,8	20,0	15,8	25,3	25,0	37,1	7,9	—	10,4	46,7	30,5
<i>Förut gifta</i> .....	62	13	6	81	25	275	44	—	61	—	486
Därav i % med											
0 barn .....	3,2	15,4	—	4,9	8,0	10,9	25,0	—	13,1	—	11,3
1 barn .....	32,3	53,8	33,3	35,8	24,0	29,8	47,7	—	21,3	—	31,1
2 barn .....	17,7	30,8	—	18,5	44,0	31,6	18,2	—	21,3	—	27,6
3 barn .....	16,1	—	66,7	17,3	8,0	18,6	9,1	—	23,0	—	17,5
4 och flera barn ..	30,7	—	—	23,5	16,0	9,1	—	—	21,3	—	12,5
<i>Ogifta</i> .....	215	42	17	274	84	594	260	13	288	4	1 517
Därav i % med											
0 barn .....	54,9	71,4	64,7	58,0	79,8	81,5	86,9	100,0	73,6	100,0	76,8
1 barn .....	28,4	19,1	23,5	26,7	20,2	16,0	12,3	—	19,8	—	18,0
2 barn .....	11,1	9,5	11,8	10,9	—	0,7	0,8	—	5,2	—	3,4
3 barn .....	2,8	—	—	2,2	—	1,2	—	—	0,7	—	1,0
4 och flera barn ..	2,8	—	—	2,2	—	0,6	—	—	0,7	—	0,8
<i>Samtliga</i> .....	554	120	61	735	253	3 389	594	13	733	19	5 736
Därav i % med											
0 barn .....	25,5	26,7	18,0	25,0	28,0	17,0	43,1	100,0	34,6	21,1	23,7
1 barn .....	22,7	31,6	26,2	24,5	19,4	14,3	19,7	—	23,9	21,1	17,6
2 barn .....	18,2	24,2	21,3	19,4	19,4	20,0	19,2	—	19,4	10,5	19,7
3 barn .....	15,2	6,7	24,6	14,6	17,4	20,2	14,1	—	14,6	10,5	17,9
4 och flera barn ..	18,4	10,8	9,9	16,5	15,8	28,5	3,9	—	7,5	36,8	21,1

<sup>1</sup> "Förutsedd svaghet".

Tabell 45. Giftna abortsökande (inkl. hemskilda) hos medicinalstyrelsen år 1949 fördelade efter ålder och antalet (levande) barn jämte motsvarande tal för hela befolkningen 1945

Antal barn m. m.	Kvinnans ålder							Summa
	Under 20 år	20—24 år	25—29 år	30—34 år	35—39 år	40—44 år	45 år —	
<i>Abortsökande giftna kvinnor år 1949</i> (uppskrivna tal) .....	17	410	1 010	995	866	393	42	3 733
Därav med 0 barn .....	—	19	46	40	13	17	4	139
1 barn .....	6	135	199	118	82	40	4	584
2 barn .....	11	144	334	226	165	57	9	946
3 barn .....	—	80	256	307	209	74	2	928
4 eller flera barn .....	—	32	175	304	397	205	23	1 136
D:o, procentuell fördelning .....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 barn .....	..	4,7	4,6	4,0	1,5	4,3	..	3,7
1 barn .....	..	32,9	19,7	11,9	9,5	10,2	..	15,7
2 barn .....	..	35,1	33,1	22,7	19,1	14,5	..	25,3
3 barn .....	..	19,5	25,3	30,9	24,1	18,8	..	24,8
4 eller flera barn .....	..	7,8	17,3	30,5	45,8	52,2	..	30,5
<i>Samboende äkta makar i hela riket</i> <i>år 1945<sup>1</sup></i>								
Städerna, hela antalet .....	212	3 252	6 921	7 976	7 551	..	..	..
Därav i % med 0 barn <sup>2</sup> .....	35,6	39,2	31,0	21,9	23,0	..	..	..
1—2 barn <sup>2</sup> .....	64,0	58,9	63,2	65,8	60,5	..	..	..
3 eller flera barn <sup>2</sup> .....	0,4	1,9	5,8	12,3	16,5	..	..	..
Landsbygden, hela antalet .....	318	3 630	7 221	8 637	9 055	..	..	..
Därav i % med 0 barn <sup>2</sup> .....	25,1	28,0	19,7	15,1	14,7	..	..	..
1—2 barn <sup>2</sup> .....	74,3	68,0	67,1	61,8	56,1	..	..	..
3 eller flera barn <sup>2</sup> .....	0,6	4,0	13,2	23,1	29,2	..	..	..

<sup>1</sup> Uppgifterna äro hämtade från den s. k. tolfdelssamlingen i 1945 års folkräkning. Verkliga antalet är ca 12 gånger här angivna.

<sup>2</sup> Under 18 år.

Tabell 46. Abortsökande hos medicinalstyrelsen år 1949 fördelade efter civilstånd, barnantal och individualyrke (sysse/sättning). (Uppskrivna tal)

Individualyrke	Gifta, med nedanstående antal barn						Förut gifta, med nedanstående antal barn						Ogifta, med nedanstående antal barn						Summa abort-sökande						
	0		1		2		3		4 e. flera		Summa		0		1		2		3		4 e. flera		Summa		
																								absoluta	%
Förovararbetande	80	207	164	108	68	627	53	132	108	56	31	380	985	255	51	15	12	1 318	2 325	40,5					
Kontorsanställda (även innehavare)	38	74	44	15	7	178	21	38	30	6	2	97	306	42	2	—	—	350	625	10,9					
Butiksanställda (även innehavare)	15	21	17	9	4	66	9	26	13	10	2	60	133	36	—	2	—	171	297	5,2					
Lärarinnor	—	2	4	4	6	16	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—	23	39	0,7					
Konstnärlig och litterär verksamhet	—	6	—	2	—	8	2	2	—	—	—	4	8	2	—	—	—	10	22	0,4					
Sjuksköterskor o. d.	4	4	4	—	—	12	2	—	—	—	—	2	49	2	—	—	—	51	65	1,1					
Sjukvårdspersonal, annan	9	9	19	8	11	56	2	4	2	2	—	10	70	13	6	—	—	89	155	2,7					
Härfrikskor o. d.	4	6	—	4	2	16	—	4	4	—	—	8	30	4	—	—	—	34	58	1,0					
Husligt arbete (även i storköket)	2	13	34	11	19	79	7	21	25	13	13	79	144	49	21	11	8	233	391	6,8					
Serveringspersonal	2	15	6	2	2	27	6	13	9	11	4	43	53	42	13	—	—	108	178	3,1					
Arbeterskor (industri m. m.)	6	57	32	47	13	155	2	9	23	6	8	48	167	65	9	2	4	247	450	7,8					
Övriga yrken	—	—	4	6	4	14	2	15	2	8	2	29	2	—	—	—	—	2	45	0,8					
Icke förvärsarbetande	53	351	716	775	1 023	2 918	2	6	17	21	28	74	167	17	—	—	—	184	3 176	55,4					
Studera	—	2	2	2	—	6	2	—	—	—	—	2	106	—	—	—	—	106	114	2,0					
Hemmafru eller -döttrar	53	349	714	773	1 023	2 912	—	6	17	21	28	72	61	17	—	—	—	78	3 062	53,4					
Uppgift saknas	6	28	63	44	47	188	—	13	9	8	2	32	13	2	—	—	—	15	235	4,1					
Summa	139	586	943	927	1 138	3 733	55	151	134	85	61	486	1 165	274	51	15	12	1 517	5 736	100,0					

Tabell 47. Abortsökande hos medicinalstyrelsen år 1949 fördelade på socialgrupp och individualyrke jämte motsvarande tal för hela befolkningen enligt 1948 års valstatistik. (Observerade tal)

	Abortsökande 1949			Röstberättigade befolkningen 1948 <sup>1</sup>	
	Förvärvs- arbetande gifta kvinnor	De gifta abortsö- kandenas män	Förvärvs- arbetande ogifta och förut gifta	Kvinnor <sup>2</sup>	Män
<i>Socialgrupp I</i> .....	9	86	13	2 552	12 766
Godsägare, industriidkare, direktörer m. fl. ....	—	12	—	153	3 020
Högre förvaltningspersonal i enskild tjänst .....	—	19	—	257	3 068
Högre förvaltningspersonal i allmän tjänst .....	—	39	2	845	4 334
Fria yrken tillhörande grupp I .....	7	8	1	609	1 424
Övriga tillhörande grupp I .....	2	8	10	688	920
<i>Socialgrupp II</i> .....	132	496	386	38 682	86 964
Lantbrukare .....	—	78	—	2 676	39 019
Hantverkare (företagare) .....	—	39	—	2 730	9 488
Handlande (mindre) (företagare) ...	—	63	1	1 915	6 483
Övriga näringsidkare .....	2	17	2	773	1 987
Sjökapten, skeppare, styrmän .....	—	9	—	6	860
Handelsbiträden o. d. ....	29	40	106	6 410	3 782
Verkmästare och förmän i industrin .	—	26	—	114	5 885
Kontorspersonal .....	83	94	212	8 639	12 298
Tjänstemän tillhörande grupp II ....	5	96			
Folkskollärare m. fl. ....	1	4	5	2 982	1 324
Fria yrken tillhörande grupp II .....	4	17	12	789	1 204
Övriga tillhörande grupp II .....	8	13	48	7 314	581
<i>Socialgrupp III</i> .....	159	1 017	444	46 119	131 230
Rättare m. fl. ....	—	13	—	37	1 838
Torpare, lägenhetsägare m. fl. ....	—	5	—	1 101	3 286
Jordbruks- och skogsarbetare .....	1	70	1	600	20 572
Sjömän och fiskare .....	—	9	—	43	2 906
Arbetare, andra än ovan nämnda ...	121	875	279	18 070	92 457
Tjänstemän tillhörande grupp III ....	—	45	22	2 061	9 055
Lägre huslig tjänst .....	37	—	142	13 151	45
Övriga tillhörande grupp III .....	—	—	—	11 056	1 071
Summa	300	1 599	843	87 353	230 960
Därav utlänningar	19	41	61	—	—

<sup>1</sup> Avser 1/10 av befolkningen.

<sup>2</sup> Inkluderar alla förvärvsarbetande kvinnor jämte övriga, som icke räknats som familjemedlemmar.

Tabell 48. Jämförande översikt av den intygsskrivande läkarens och medicinalstyrelsens bedömning av de abortsökande år 1949. (Observerade tal)

Medicinalstyrelsens indikation (till höger)	Eugenisk indikation	Medicinsk och socialmedicinsk indikation			Humanitär indikation	Avslag	Övriga utan indikation (återkallade etc.)	Summa
		I § 2 <sup>1</sup> , rättskapabla	Övriga rättskapabla	Rättsin-kapabla				
Sociala förhållanden .....	6	11	94	2	—	12	—	125
Medicinsk indikation .....	25	14	742	207	—	38	4	1 030
Eugenisk indikation .....	157	2	17	2	—	14	1	193
Humanitär indikation .....	—	—	—	—	4	—	—	4
Blandad eugenisk och medicinsk indikation .....	81	2	43	4	1	7	—	138
Blandad medicinsk och social indikation (inkl. "förutsedd svaghet") .....	24	64	606	60	1	57	3	815
Blandad eugenisk och social indikation .....	30	4	11	1	—	2	1	49
Blandad medicinsk, social och eugenisk indikation .....	10	3	8	—	—	2	—	23
Avstyrkande .....	1	5	15	1	—	146	—	168
Tveksamhet, hänskjutes till medicinalstyrelsen för prövning .....	8	8	31	1	—	53	—	101
Indikation oklar eller saknas .....	6	7	37	3	—	16	—	69
Summa	348	120	1 604	281	6	347	9	2 715

<sup>1</sup> "Förutsedd svaghet".

Tabell 49. De intygsskrivande läkarnas abortindikationer enligt 1949 års material

Den intygsskrivande läkarens indikation	Provincial-, stads- etc. läkare	Läkare vid sinner-sjukhus	Läkare vid kroppssjukhus	Övriga tjänste-läkare	Privat-praktiserande <sup>1</sup>	Summa
Antal fall (uppskrivna tal) .....	766	2 935	572	608	855	5 736
Därav i % med:						
Sociala förhållanden .....	13,8	1,4	8,1	3,1	5,9	4,6
Medicinsk indikation .....	23,1	46,2	24,7	40,3	30,1	37,9
Eugenisk indikation .....	10,7	4,8	9,2	10,4	8,2	7,1
Humanitär indikation .....	—	0,1	0,4	—	0,2	0,1
Blandad eugenisk och medicinsk indikation .....	2,2	6,0	4,4	1,7	7,7	5,1
Blandad medicinsk och social indikation (inkl. "förutsedd svaghet") .....	32,5	28,4	31,0	29,2	33,3	30,0
Blandad eugenisk och social indikation .....	3,9	1,6	0,8	1,1	1,7	1,8
Blandad medicinsk, social och eugenisk indikation .....	0,6	1,1	1,1	—	0,8	0,9
Avstyrkande .....	4,4	6,5	2,2	10,4	6,4	6,2
Tveksamhet, tillstyrkt eller hänskjuten till medicinalstyrelsen för prövning .....	3,3	2,4	14,0	0,3	4,0	3,7
Oklar eller icke angiven indikation .....	5,5	1,5	4,1	3,5	1,7	2,6
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Därav i % med suicidalrisk angiven i indikationen .....	1,1	6,3	3,0	2,4	1,7	4,2

<sup>1</sup> Utan angiven tjänst i den av medicinalstyrelsen utgivna "Förteckning över svenska läkare och tandläkare".

Tutell 50. Abortsökande hos medicinalstyrelsen år 1949 fördelade efter tidsintervall mellan menstruation och abortoperation samt civilstånd och medicinalstyrelsens indikation. (Uppskrivna tal)

Civilstånd och intervall	Sinnessjukdom hos						Eugenisk indikation						Medicinsk och socialmedicinsk indikation				Övriga utan indikation (återkallade)	Summa
	kv		m		båda		Sinnesslöhet hos		Svår kroppssjukdom, epilepsi		Summa	I § 2, rättskapabla <sup>1</sup>	Övriga rättskapabla	Rättsin- kapabla	Hu- mani- indi- kation	Avslag		
	kv	m	kv	m	kv	m	kv	m	kv	m								
	95	46	9	129	2	10	53	17	19	380	2520	144	290	—	—	384		
<i>Gifta (inkl. hemskilda) . . . . .</i>	2	13	2	13	—	4	17	6	6	78	566	23	—	—	—	—	—	25
Därav med intervall —2 mån.	17	46	3	40	—	6	21	9	9	151	1025	89	—	—	—	—	—	756
2—3 mån.	46	17	12	55	2	—	15	—	4	107	697	87	—	—	—	—	—	1322
3—4 mån.	17	12	2	—	—	—	—	—	—	8	4	23	6	—	—	—	—	938
4—5 mån.	41	—	—	—	—	—	—	—	—	24	4	23	6	—	—	—	—	41
5— mån.	9	4	2	9	—	—	—	—	—	10	15	129	4	—	—	—	—	571
utan uppgift om intervall. . . . .	4	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	57	13	—	—	—	—	80
icke opererade på sjukv.-anst.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Förut gifta (frånskilda, änkor)</i>	26	11	4	30	—	2	6	2	—	81	275	44	—	—	—	—	—	486
Därav med intervall —2 mån.	7	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2—3 mån.	9	4	2	13	—	—	2	2	—	13	42	11	—	—	—	—	—	66
3—4 mån.	4	7	2	9	—	2	—	—	—	28	95	23	—	—	—	—	—	163
4—5 mån.	4	—	—	—	—	—	—	—	—	26	99	8	—	—	—	—	—	139
5— mån.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	13	2	—	—	—	—	—	17
utan uppgift om intervall. . . . .	4	—	—	4	—	—	2	—	—	6	2	21	—	—	—	—	—	90
icke opererade på sjukv.-anst.	—	—	—	2	—	—	—	—	—	6	—	5	—	—	—	—	—	11
<i>Ogifta . . . . .</i>	61	30	4	139	4	13	15	8	—	274	594	260	—	—	—	—	—	1517
Därav med intervall —2 mån.	8	2	—	9	2	—	6	2	—	29	11	51	—	—	—	—	—	199
2—3 mån.	17	19	2	57	2	2	—	6	—	103	40	207	91	4	—	—	—	445
3—4 mån.	17	9	2	59	2	11	7	—	—	107	23	213	95	5	—	—	—	443
4—5 mån.	13	—	—	6	—	—	2	—	—	21	2	13	10	—	—	—	—	46
5— mån.	6	—	—	8	—	—	—	—	—	14	6	36	9	2	—	—	—	359
utan uppgift om intervall. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	19	4	—	—	—	—	25
icke opererade på sjukv.-anst.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Samtliga . . . . .</i>	182	87	17	298	6	25	74	27	19	735	253	3389	594	13	—	—	—	5736
Därav med intervall —2 mån.	32	15	2	24	2	4	25	10	6	120	34	714	151	2	—	—	—	25
2—3 mån.	72	40	7	110	—	8	21	15	9	282	112	1327	205	4	—	—	—	1021
3—4 mån.	38	28	6	123	4	13	24	—	4	240	76	1009	190	5	—	—	—	1930
4—5 mån.	15	—	—	12	—	—	2	2	—	31	6	49	18	—	—	—	—	1520
5— mån.	15	4	2	21	—	—	2	—	—	44	23	186	13	2	—	—	—	104
utan uppgift om intervall. . . . .	8	—	—	8	—	—	2	—	—	16	2	81	17	—	—	—	—	1020
icke opererade på sjukv.-anst.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	116

<sup>1</sup> "Förutsedd svaghet."



## Om de illegala aborternas antal och geografiska fördelning

Av jur. kand. Ture Aldén

Ett flertal försök har under årens lopp gjorts för att uppskatta de illegala aborternas antal i Sverige. Den första stora undersökning, som genomförts, ägde rum år 1930. Medicinalstyrelsen utsände då frågeformulär till landets samtliga lasarett, sjukhus, sjukstugor, barnbördshus och förlossningsanstalter liksom till landets alla läkare och barnmorskor med begäran om uppgift å antalet vårdade aborter bl. a. år 1930. De insamlade uppgifterna bearbetades därefter statistiskt av byråchef K. A. Edin. — Totalt redovisades 10 445 aborter, varav 10 200 var spontana eller kriminella. Vid uppskattningen av hela antalet kriminella aborter antog Edin, att deras antal var åtskilligt större än 10 000. Hur stort antalet var kunde inte bestämmas, men antagligen översteg det inte 20 000.

En annan undersökning har verkställt av 1934 års abortkommitté, som avlät en rundskrivelse till Sveriges praktiserande läkare med förfrågan om det antal framställningar om abort, som de erhållit under en viss månad. På grundval härav beräknades antalet abortsökande kvinnor, som vänt sig till läkare under ett år, till 8 784.

För att få svar bl. a. på frågan om de kvinnor, som vänt sig till läkare, fullföljt havandeskapet eller vidhållit sin abortönskan har med. dr W. Gårdlund, Stockholm, verkställt en undersökning å sitt klientel och dessutom har två andra efterundersökningar verkställt i

Lund och Stockholm. Av de resultat, som därvid erhållits, har 1941 års befolkningsutredning dragit den slutsatsen, att ca 5 000 kvinnor årligen går från läkaren till abortören. Därtill kommer det stora antal kvinnor, som direkt låter utföra den illegala aborten.

Av dessa undersökningar framgår, att något exakt mått på antalet illegala aborter icke kunnat erhållas. Försök har också gjorts att få en uppfattning om de förskjutningar, som ägt rum i abortfrekvensen från tid till annan. Härför är givetvis förutsättningarna gynnsammare än för en uppskattning av hela antalet, då jämförelse kan ske mellan antalet abortfall, som vårdats å sjukhus år från år. Edin verkstälde även en sådan undersökning, då Medicinalstyrelsens ovannämnda frågeformulär för sjukvårdsanstalternas vidkommande också avsåg år 1922. Enligt Edins beräkningar hade mellan åren 1922 och 1930 antalet aborter i förhållande till antalet barnaföderskor ökat med ca 60 %.

De senast publicerade mest kända undersökningarna avseende den relativa abortfrekvensen har utförts av professor Per Wetterdal ("Några synpunkter på abortproblemet"; Nordisk Medicin 1947 s. 1221) och docent Axel Ingelman-Sundberg ("Abortlagens verkningar i Stockholmsdistriktet 1940—49"; Svenska Läkartidningen 1951: 17). Wetterdal har därvid jämfört antalet på sjukhus i Stockholm vårdade abort-

fall med bl. a. antalet kvinnor i fertil ålder och antalet barnföderskor och Ingelman-Sundberg har undersökt förhållandet mellan graviditeter samt missfall och legala aborter inom Stockholms stad och län sådant det kommit till uttryck i sjukhusstatistiken. Härvid har vissa förskjutningar kunnat konstateras och Ingelman-Sundberg kommer till den slutsatsen, att antalet förlösningar minskat medan icke blott de legala aborterna utan även missfallen ökat i antal. Beträffande de sistnämnda har dessa i det undersökta materialet ökat från 2017 år 1947 till 2407 år 1949, motsvarande en procentuell ökning av 1,87 % av graviditeterna. Då de spontana står i viss konstant relation till antalet graviditeter, skulle ökningen bestå i kriminella aborter.

Svårigheten med genomförandet av undersökningar avseende en uppskattning av de illegala aborternas antal eller förskjutningar i abortfrekvensen ligger givetvis i att man icke har någon uppfattning om antalet aborter, som icke vårdats på sjukhus, eller uttryckt på annat sätt, att man icke har något mått på hospitaliseringsfrekvensen, dvs. i vilken omfattning abortpatienter vårdas på sjukhus. Om man ett ögonblick stannar inför exempelvis Ingelman-Sundbergs undersökning, finner man, att den beträffande missfallen realiter endast utsäger, att antalet sådana, som vårdats på sjukhus under åren 1947—49, ökats. Den första slutsats, som man är benägen att dra härav, är givetvis att antalet missfall över huvud taget ökat. En förutsättning härför är dock, att hospitaliseringsfrekvensen icke undergått några förändringar under åren 1947—49 eller också att den visat sjunkande tendens. Skulle den däremot ha ökat, föreligger ju möjligheten att totala antalet missfall varit detsamma eller kanske till och med minskat.

Tabell 51. Vårdade 1940—49

Årtal	Intagna å lasarett och sjukstuga	Per 100 invånare	Relativ förändring i förhållande till föregående år
1940	413 231	6,49	—
1941	443 151	6,92	+ 6,6
1942	490 189	7,59	+ 9,7
1943	546 708	8,38	+ 10,4
1944	573 604	8,69	+ 3,7
1945	572 791	8,58	— 1,3
1946	592 598	8,76	+ 2,1
1947	597 311	8,73	— 0,3
1948	615 272	8,88	+ 1,7
1949	648 485	9,28	+ 4,5

Åtskilliga tecken tyder emellertid på att en ökning av hospitaliseringsfrekvensen i allmänhet ägt rum under de sista tio åren. Orsakerna härtill torde bl. a. vara att söka i det ökade antalet vårdplatser vid sjukvårdsanstalterna, den fortsatta flykten från landsbygden och de förbättrade behandlingsmetoderna. I tabell 51 lämnas en översikt av antalet intagna patienter å lasarett och sjukstugor under åren 1940—49. Då landets befolkning under samma tidsrymd ökat med 614 749, har därjämte för varje år angivits antalet intagna patienter per 100 invånare.

Av tabellen framgår, att en absolut ökning med 0,55 % och en relativ med omkring 6,3 % ägt rum under åren 1947—49. En förutsättning härför är dock att sjukligheten varit relativt konstant. Redan detta gör, att riktigheten av de resultat, som undersökningar, grundade på enbart sjukhusstatistik, givit, måste dragas i tvivelsmål. När man härefter, som det sedan skall visa sig, har anledning antaga, att den särskilda hospitaliseringsfrekvensen för kvinnor, som vårdats för missfall under sagda tid, visar en än brantare stegring, måste man ifrågasätta riktigheten av i varje fall Ingelman-Sundbergs slutsatser.

Tabell 52. Polismaterialet

Orsaken till polisingripande	Antal fall, som därigenom uppdagats
1. Person, gripen av misstag som efterspanad för stöld, innehar abortverktyg och patientförtäckning .....	62
2. Person, misstänkt för tjuvnadsbrott, erkänner vid förhör fosterfördrivning (3 abortörer) ..	18
3. För brott misstänkt uppger vad han vet ("tjall") .....	3
4. Polisens egen spaning .....	24
5. Till polisen meddelad misstanke, att viss kvinna låtit behandla sig i fosterfördrivande syfte .....	58
6. Angivelse mot viss kvinna ..	35
7. Angivelse mot viss abortör ..	13
8. Aborterad kvinna anger sig själv .....	7
9. Fosterfördrivning uppenbarad i samband med annan utredning om fosterfördrivning .....	99
10. Fosterfördrivning uppenbarad i samband med annan utredning om brott .....	4
11. Död aborterad kvinna funnen på enskilt område (4 kvinnor)	6
12. Kvinna avliden på sjukhus eller på väg dit (2 kvinnor) .....	4
13. Läkare anmäler aborter i samband med att kvinna intages på sjukhus (3 kvinnor, därav en för nervöst sammanbrott på grund av misstanke om stöld)	4
14. Uppgift saknas .....	15
	352

En annan felkälla, som uppenbarligen icke beaktats, är frågan om de hotande missfallen. Dessa brukar i stor utsträckning i journalerna registreras som abortfall. Dessas antal har säkerligen ökats de sista åren beroende på såväl de större möjligheterna att förebygga missfall som allmänhetens kännedom härom. Det är icke ovanligt, att en kvinna, som fått tidigare graviditeter avbrutna genom spontanaborter, vid förnyad graviditet låter lägga in sig på sjukhus vid tidpunkten för varje beräk-

nad menstruationsperiod till dess barnet är fött. Hur stor denna frekvens är, kan omöjligt avgöras, då den varierar från sjukhus till sjukhus. Emellertid torde man vid beräkningar av här avsett slag vara tvungen att ta hänsyn härtill.

#### Metodik

För att få ett tillförlitligare mått på antalet illegala aborter än som kunnat erhållas genom de ovan refererade undersökningarna skall här göras ett försök att bestämma hospitaliseringsprocenten hos de kvinnor, som spontan- eller illegalaborterat. Materialet har anskaffats på följande sätt. Från landets domstolar har — på sätt angivits i bilagan om de illegalt aborterade kvinnornas sociala förhållanden — erhållits uppgift å 321 kvinnor, vilka verkställt 352 illegala aborter. Genom det tillhandahållna aktmaterialet har direkt upplysning erhållits, hur många av dessa abortfall, som vårdats på sjukhus. De 352 aborterna fördelar sig på åren 1938—49.

Av betydelse är givetvis på vad sätt uppgifter om aborterna kommit till myndigheternas kännedom. Det ligger nära till hands att tro, att sjukhusfallen är överrepresenterade i polismaterialet. Så är emellertid ej fallet. Tabell 52 ger en upplysning på vad sätt polisen fått kontakt med de olika fallen.

Av denna tabell framgår, att endast 14 av de 352 fallen uppdagats genom dödsfall eller läkaranmälan, vilket alltså innebär, att sjukhusfallen endast i ringa mån påverkat resultatet. Tabellen upptar i övrigt en provkarta över de olika sätt myndigheterna erhåller kännedom om begångna illegala aborter.

Ytterligare material har anskaffats från rådgivningsbyråerna för abortsökande i Stockholm, Göteborg, Malmö och Solna. Från dessa har upplysning erhållits om sammanlagt 600 kvinnor,

som ansökt om legal abort. Dessa har därefter antingen fått avslag å sin ansökan av medicinalstyrelsen eller har deras ansökan icke vidarebefordrats av rådgivningsbyrån. Enligt vad läkare och kuratorer erfarit har dessa kvinnor sedermera icke fött barn. I ett antal fall hade rådgivningsbyrån tappat kontakten med kvinnan och dessa fall har varit osäkra beträffande utgången. Sistnämnda kvinnor har därför underkastats kontroll hos folkbokföringsmyndigheterna för utrönande, huruvida de fött barn eller ej. Det visade sig härvid, att 11 kvinnor fött barn. Därefter har en undersökning skett huru många av de återstående kvinnorna som under de närmaste 9 månaderna varit intagna på sjukhus i samband med eller omedelbart efter en abort. Vid genomgång av det sålunda erhållna materialet visade det sig, att ytterligare 9 kvinnor icke aborterat utan i stället genomgått normal förlossning i anslutning till graviditeten. Sedan även dessa frånräknats, utgjorde återstoden 580 kvinnor. På grund av den relativt korta tid som rådgivningsbyråerna varit i verksamhet fördelar sig dessa kvinnor på åren 1947—50. Sammanlagt rör sig hela materialet om 932 abortfall. Med ledning av de erhållna uppgifterna har tabell 53 upprättats.

De kvinnor, som tabellen avser, här rör alltså från två material. I domstolsmaterialet torde man kunna utgå från att så gott som alla kvinnor illegalaborterat, medan i materialet från rådgivningsbyråerna förekommer såväl illegal- som spontanaborter. Anledningen till att de båda materialen slagits ihop är att de var för sig var för små för att tillåta några bestämda slutsatser. Frekvensen av kvinnor, som inlagts på sjukhus, visade endast smärre differenser i de båda materialen.

Vid en granskning av tabellen fin-

Tabell 53. Hospitaliseringsfrekvensen

År	Antal	Vårdade	Vårdade i %
1938—43	36	10	} 26,1 ± 3,3
1944	36	9	
1945	46	11	
1946	58	16	
1947	143	50	35,0 ± 4,0
1948	228	87	38,2 ± 3,2
1949	160	70	43,8 ± 3,9
1950	225	112	49,8 ± 3,3

ner man, att procenttalet för å sjukhusvårdade kvinnor undergått en betydande stegring under de sista åren. Tabell 53 visar således en i stort sett överensstämmande utveckling som tabell 51, med undantag av att den procentuella stegringen är betydligt kraftigare.

De olika frekvenstalen har försetts med medelfel beräknade enligt Ritalas tabeller. Som synes är den procentuella stegringen från ett år till ett annat icke statistiskt säkerställd eller sannolik. Då procenttalen emellertid ger uttryck för en förskjutning i hospitaliseringsfrekvensen, har heterogeniteten i serien undersökts genom  $\chi^2$ -analys.<sup>1</sup> Härvid visar det sig att sannolikheten för att slumpen skulle ha spelat in är mindre än 0,001 och ökningen av hospitaliseringsfrekvensen får därför anses säkerställd.

Förklaringen till denna ökning upp till i det närmaste 50 % ligger antagligen i följande förhållanden. Den 1 juli 1946 genomfördes en lagändring, enligt vilken bl. a. statsåklagare har att pröva, huruvida en kvinna, som fördrivit sitt foster, skall ställas under åtal eller ej. Finner han skäl till åtal, skall frågan underställas riksåklagarens prövning. Detta har i praktiken medfört, att straffrihet för illegalt aborterande kvinnor i det närmaste införts. Kunskapen

<sup>1</sup>  $\chi^2$ , som är 25,81, har beräknats enligt formeln  $\frac{S(n_1p) - n_1p}{pp - (1-p)}$  (Se Bonnier—Tedin "Biologisk variationsanalys" s. 221.)

hårom har förmodligen spritts och medfört att illegalt aborterande kvinnor i större utsträckning vågar söka sig till sjukhusen. En annan faktor av betydelse är möjligheten att bli behandlad med penicillin, som särskilt de sista åren kommit till allmänare användning å sjukhusen, samt de förbättrade behandlingsmetoder i allmänhet, som står till buds å desamma.

Det bör redan här anmärkas, att undersökningen hur många av rådgivningsbyråernas kvinnor, som varit intagna på sjukhus, icke kunnat utsträckas att omfatta hela landet utan av praktiska hänsyn begränsats till sjukhusen i rådgivningsbyråernas omedelbara närhet. De angivna procentsatserna synas med hänsyn härtill snarare vara för låga än för höga.

Ett visst urval föreligger måhända däri, att rådgivningsbyråernas kvinnor är bosatta i eller i närheten av storstäder. Detta återverkar givetvis så att procentsatsen kvinnor, som vårdats på sjukhus, kanske blivit något för hög, då de kvinnor, som bor på landsbygden eller i mindre samhällen, icke har samma möjligheter att låta lägga in sig på sjukhus. — Huruvida någon skillnad i hospitaliseringsfrekvensen föreligger mellan spontan- och illegalaborterna är givetvis omöjligt att säga. Man skulle kunna tro, att den vore lägre för de spontanaborterande, då en spontanabort många gånger inte skiljer sig väsentligt från en vanlig menstruationsblödning. Å andra sidan saknas här den återhållande faktorn, rädslan för polisen, som avhåller en del av de kriminellt aborterade kvinnorna att uppsöka sjukhusen. Härtill kommer, att yrkesabortörerna — enligt vad som framkommit vid en granskning av domstolsmaterialet — i vissa fall ordinerat sulfa och penicillin, varvid sjukhusvård undvikits. Med hänsyn härtill och svå-

righeten att skilja de provocerade och spontana aborterna kommer i fortsättningen att arbetas med en gemensam hospitaliseringsprocent.

#### **De illegala aborternas antal**

De procenttal, som erhållits i tabell 53, kan nu användas för beräkningar av de illegala aborternas antal olika år. En förutsättning härför är dock att man känner antalet abortfall, som vårdats å landets sjukhus vid ifrågavarande tidpunkter. Den officiella statistiken redovisade för exempelvis år 1949 sammanlagt 9 716 spontana eller illegala aborter, som vårdats å sjukvårdsanstalter. I vad mån denna siffra, som hämtats ur "Allmän hälso- och sjukvård år 1949" är riktigt, undandraget sig bedömande. Den har av medicinalstyrelsens statistiska avdelning sammanställts av årsredogörelserna från förlossningsanstalter och förlossningsavdelningar samt andra anstalter, där abortfall vårdats. Som en jämförelse kan nämnas, att enligt dessa årsredogörelser hade antalet legala aborter utgjort 4 890 medan de i själva verket var 5 503 enligt vad till medicinalstyrelsen under året inkomna särskilda rapporter utvisade. Antalet missfall kan därför antagas vara högre än 9 716. I anledning härav har frågeformulär utsänts till samtliga lasarett och sjukvårdsinrättningar i Sverige utom Stockholms stad med hemställan om uppgifter över förlossningar, missfall och legala aborter. Svar på frågeformuläret har ingått från något över 90 % från såväl lasarett som sjukstugor. I den mån svar ej erhållits har kompletterande uppgifter införskaffats från de årsberättelser, som vederbörande sjukhus insänt till medicinalstyrelsen.

En gemensam uppgift för Stockholms stad och län beträffande förlossningar, missfall och legala aborter finns som tidigare nämnts i Axel Ingelman-Sund-

bergs uppsats om abortlagens verkningar i Stockholmsdistriktet 1940—49. När motsvarande siffror har beräknats för Stockholms stad har Ingelman-Sundbergs resultat tagits till utgångspunkt och från hans siffror har dragits de uppgifter, som erhållits från sjukhus i Stockholms län.

Vid en granskning av materialet finner man, att de uppgifter, som influvit, avsevärt skiljer sig från vad sjukhusen meddelat medicinalstyrelsen i sina årsberättelser. Antalet till utredningen inrapporterade missfall, som vårdats på sjukhusen, uppgick till sammanlagt 11 248, medan till medicinalstyrelsen ju endast lämnats uppgift om 9 716. Det antal legala aborter, som inrapporterats till utredningen, utgjorde 5 384. Enligt till medicinalstyrelsen ingivna årsredogörelser hade som ovan nämnts verkställts 4 890, medan det verkliga antalet legala aborter, som utfördes i Sverige år 1949, uppgick till 5 503. Med utgångspunkt härifrån torde man kunna anse, att de uppgifter, som influvit till utredningen, är betydligt mera tillförlitliga än vad den officiella statistiken utvisar. Emellertid torde även dessa ligga en aning i underkant som jämförelsen med antalet legala aborter utvisar. Emellertid måste hänsyn tagas till följande felkälla. I många fall kan dubbelföring av abortfall äga rum genom att en kvinna intages på en kirurg- eller gynekologavdelning och registreras där, varefter hon överföres för vård t. ex. till en medicinsk avdelning, där hon likaledes registreras. En annan faktor att taga hänsyn till utgör de hotande missfallen.

Då den för år 1949 erhållna siffran 11 248 avseende vårdade missfall, som nyss sagts, säkerligen är något i underkant, har de nämnda felkällorna ansetts utjämnade genom att den till utredningen inrapporterade siffran lägges till grund för beräkningarna. Dessa skall i

första hand avse en bestämning av antalet illegala aborter år 1949.

Med utgångspunkt från den funna hospitaliseringsprocenten 43,8 kan totala antalet aborter år 1949 beräknas till 25 680. Då man i regel brukar beräkna antalet spontana aborter till en tiondel av antalet graviditeter, kan spontanaborterna, då förlossningarna år 1949 uppgick till 122 494 och de legala aborterna till 5 503 beräknas på följande sätt:

$$\frac{1}{10} (122\,494 + 5\,503 + 25\,680) = 15\,368.$$

Antalet kriminella aborter bör då utgöra skillnaden mellan 25 680 och 15 368 eller *ca* 10 000. Självfallet ligger det i sakens natur, att denna siffra ej kan vara ett exakt uttryck för antalet kriminella aborter, då hospitaliseringsfrekvensen redan i sig själv är osäker och dessutom smärre variationer medför betydande förändringar i slutsiffrorna.

Med den angivna beräkningsgrunden skulle av dessa 10 000 illegala aborter *ca* 4 300 ha vårdats på sjukhusen. Som jämförelse kan nämnas, att enligt sjukhusens till Medicinalstyrelsen lämnade rapporter hade under år 1949 vårdats *ca* 630 infekterade abortfall å landets sjukhus. Emellertid torde det böra framhållas, att denna sistnämnda siffra är mycket osäker med hänsyn till i första hand olika läkares sätt att definiera begreppet "infekterat missfall". En del läkare anser, att infektion föreligger redan vid en temperatur av 37,5°, medan andra har ställt större krav. Då därjämte insamlandet av dessa uppgifter nyligen påbörjats, har desamma blivit bristfälliga och någon tabell i detta hänseende har icke kunnat uppgöras av Medicinalstyrelsen. Slutligen bör även framhållas, att infektion icke följer å alla kriminella aborter samt att — som ovan nämnts — vissa yrkesabortörer använ-

der moderna antibiotica. För att ytterligare belysa frågan om antalet vårdade provocerade aborter kan nämnas, att i en undersökning, som verkställdes av Westman och Leisner (Sv. Läkartidn. 1932 s. 389) på ett äldre abortmaterial, medgav drygt 60 % av de inlagda patienterna, att de utsatts för provokation. I Inghes undersökning medgav 37 % av de tillfrågade kvinnorna, att de varit med om ett ingrepp.

#### Tillämpning av den använda metoden

För att belysa värdet av den använda metoden skall den här prövas på det material, som insamlades genom Medicinalstyrelsen år 1930. Svårigheten ligger givetvis i att få en tillförlitlig siffra på hospitaliseringsfrekvensen beträffande de kvinnor, som då sökte vård för missfall. Om man på samma sätt som i tabell 51 för år 1930 beräknar antalet på lasarett och sjukstugor intagna per 100 invånare, kommer man till 4,3. Den allmänna hospitaliseringsfrekvensen var således vid detta tillfälle betydligt lägre än under 1940-talet. Den i detta fall gällande hospitaliseringsfrekvensen för aborterande kvinnor bör i anslutning härtill ligga lägre än det i tabell 53 funna lägsta procenttalet eller 26,1. Frågan är endast, hur lågt.

Ett samlat abortmaterial från åren 1932—34, vilken tidsperiod ligger i tiden nära år 1930, har man i den år 1935 dömde storabortören Rudolf Olofssons klientel. Detta material, som omfattar 149 kvinnor, har bearbetats med avseende å hur många, som varit intagna för vård å sjukhus. Det visade sig därvid, att endast 6 kvinnor intagits för vård efter ingreppet. Härav var kausaliteten mellan ingreppet och sjukhusvistelsen osäker i ett fall, en kvinna förnekade abort och en kvinna, som var sängliggande å Olofssons "klinik", när denne blev gripen och anhållen,

överfördes genom polisens försorg till sjukhus. Hospitaliseringsfrekvensen låg alltså i detta material mellan 2—4 %. Emellertid kan detta abortklientel inte anses representativt, då Olofssons behandlingsmetoder var synnerligen kvalificerade. Han företog sålunda regelmässigt s. k. skrapning efter ingreppen och därest någon patient fick feber eller blödningar, uppsökte han dem eller tog på nytt in dem för att genom ny skrapning utskaffa abortresterna. Genom detta förfaringsätt undanröjdes i många fall den förutsättning för intagande på sjukhus, som eljest skulle ha förefunnits och som är utmärkande för abortklientelet i övrigt. Detta material kan således ej läggas till grund för en undersökning av här avsett slag.

En annan möjlighet skulle vara att uppskatta hospitaliseringsfrekvensen vid illegal abort 1930 genom att utgå från hospitaliseringsfrekvensen 1947, vilket är det tidigaste år, för vilket en sådan frekvens kunnat erhållas. Om man antar, att hospitaliseringsfrekvensen för abortfallen under åren 1930—47 visat samma stegring, som intagning av andra sjukdomsfall på sjukhus under dessa år, är det lätt att få fram en frekvenssiffra för 1930. År 1947 intogs 8,73 personer av 100 på sjukhus, 1930 däremot 4,31. Förhållandet mellan dessa båda tal är 0,49. Hospitaliseringsfrekvensen för illegala abortfall är enligt tabell 53 35,0. Efter multiplikation med 0,49 blir då hospitaliseringsfrekvensen för 1930 = 17,3.

Det är klart, att denna siffra är högst osäker. Det är dock knappast något som tyder på att den är för hög. Hospitaliseringsfrekvensen för abortfallen har ju hela tiden stigit mycket starkt och såtillvida skulle man ha skäl att misstänka, att den hade lägre värde 1930. I och för sig är det också ganska rimligt att förmoda, att kvinnorna, som då

Tabell 54. Abortfrekvensen i riket 1947—49

År	Procenttal enligt tabell 53	Förlossningar	Legala aborter	Vårdade missfall	Beräknade totala antalet missfall	Beräknade totala antalet graviditeter	Beräknade antalet spontana aborter	Beräknade antalet krim. aborter (avrundade tal)	Totala antalet provocerade aborter (avrundade tal)	Antal krim. aborter i % av antal graviditeter	Antal provocerade aborter i % av antal graviditeter
1947	35,0	128 189	3 534	9 974	28 497	160 210	16 021	12 500	16 000	7,80	10,01
1948	38,2	127 622	4 585	10 660	27 906	160 113	16 011	11 900	16 500	7,44	10,31
1949	43,8	122 494	5 503	11 248	25 680	153 677	15 368	10 300	15 800	6,80	10,38

aborterade illegalt, i stor utsträckning drog sig för att söka sig till sjukhus. Frekvenstalet för 1930 bör ju också rätt betydligt understiga genomsnittssiffran för 1938—46, som enligt tabell 53 är 26,1.

Antas 17,3 vara ett någorlunda rimligt värde på hospitaliseringsfrekvensen, får man med ovan angivna metod fram att antalet illegala aborter skulle ha uppgått till 24 500. På sjukhus skulle ha vårdats 4 200 fall.

Det må erinras om att enligt Edins beräkningar antalet provocerade aborter skulle vara ca 10 000, men att han själv ansåg, att de säkerligen var betydligt flera, varpå han på vissa grunder bestämde maximisiffran till 20 000. Den här erhållna siffran ligger alltså något högre än den av Edin angivna maximumgränsen. Som bekant har det emellertid många gånger gjorts gällande, att Edin varit för försiktig i sina beräkningar och att det verkliga antalet illegala aborter legat inte oväsentligt högre än han angivit. Naturligtvis är den nu framräknade siffran synnerligen osäker. Den verkliga siffran kan ligga betydligt högre eller lägre. Att den snarare ligger över än under de av Edin som maximum angivna 20 000 fallen synes dock troligast.

Av de 6 560 abortfallen, som vårdats på sjukhus år 1930, hade såsom säkert kriminella angivits 231, som febrande 1 533 och som icke febrande 4 796. Med

utgångspunkt från ett par undersökningar, verkställda 1922 och 1932, hade 1934 års abortkommitté sökt beräkna antalet å sjukhus vårdade kriminella aborter, varvid man räknade med att 90 % av de febrande och 50 % av de icke febrande var kriminella. Härvid erhöles en minimisiffra av 4 000. Detta resultat stämmer alltså med den här utförda beräkningen.

Den utförda kontrollundersökningen utvisar således, att den använda metoden med en för varje tidsperiod beräknad hospitaliseringsfrekvens synes ge rätt rimliga resultat.

#### Förändringar i abortfrekvensen

Av särskilt intresse är de förskjutningar, som kan ha ägt rum i antalet kriminella aborter från år till år. Som framgår av ovanstående måste en sådan beräkning vara oerhört vanskelig att utföra med hänsyn till alla de variabla faktorer, som påverkar resultaten, såsom förskjutningarna i hospitaliseringsfrekvensen, problemet med de hotande missfallen, tillförlitligheten i registrering av abortfall osv. Med hänsyn till svårigheten att dels erhålla en exakt hospitaliseringsprocent, dels exakta uppgifter i övrigt har beräkningen för hela riket begränsats till en jämförelse mellan åren 1947—49.

Till grund för dessa beräkningar har lagts de uppgifter om missfall som in-



Tabell 55. Abortfrekvensen i Stockholmsdistriktet 1947—49

År	Vårdade missfall inom Stockholmsdistriktet enl. Ingelman—Sundberg	Beräknade			Kriminella aborter uttryckt i procent av antalet graviditeter	Antal provocerade aborter i procent av antalet graviditeter
		totala antalet missfall	spontanaborter	kriminella aborter		
1947	2 017	5 769	2 768	3 001	10,84	14,38
1948	2 287	5 993	2 810	3 183	11,32	16,97
1949	2 407	5 501	2 645	2 856	10,79	17,96

samlats på sjukhusen. Dessa visade sig utgöra för år 1947 9 974 och för år 1948 10 660. År 1949 vårdades som nyss nämnts 11 248 missfall. Då man därjämte för de ifrågasatta åren känner antalet förlösningar och legala aborter, har tabell 54 kunnat uppgöras, som samtidigt visar uträkningens gång.

Som synes har — oaktat att antalet vårdade missfall undergått stegring — antalet beräknade kriminella aborter visat tendens till minskning.

Det framgår vidare, att totala antalet provocerade aborter, legala och illegala, hållit sig på i stort sett samma nivå för alla tre åren.

Det ligger i sakens natur, att man med hänsyn till de många felkällorna och det synnerligen approximativa beräkningssättet icke kan draga den slutsatsen, att antalet illegala aborter sjunkit från år 1947 till 1949. Emellertid talar vissa omständigheter för att så verkligen är fallet. I de olika anstalternas till medicinalstyrelsen inkomna årsredogörelser skall också finnas anteckning om hur många av de vårdade abortfallen, som varit infekterade. Med ledning härav har det procentuella antalet infekterade aborter av samtliga missfall beräknats av Medicinalstyrelsen. År 1948 utgjorde de 9,4 % och 1949 6,5 %.

Det kan i detta sammanhang vara av intresse att med utgångspunkt från de här vunna resultaten taga upp Ingel-

man-Sundbergs undersökning av Stockholmsdistriktet till granskning.

Om man tar hänsyn till de ovan omtalade förändringarna i hospitaliseringsfrekvensen, föreligger anledning att antaga, att resultatet i viss utsträckning kommer att bli ett annat.

Med användande av den ovan i tabell 53 funna hospitaliseringsprocenten — någon särskild sådan för Stockholm har icke kunnat erhållas, och det kan därför tänkas, att den här nedan använda inte ger ett för Stockholm riktigt resultat — för åren 1947—49 har därför med ledning av Ingelman-Sundbergs resultat tabell 55 upprättats.

Av tabellen framgår, att under ovan angivna förhållanden för Stockholmsdistriktet antalet kriminella aborter i stort sett är oförändrade.<sup>1</sup>

Frågan huruvida Ingelman-Sundbergs eller mitt resultat bäst motsvarar verkligheten är emellertid svårt att säga och beroende på om hospitaliseringsfrekvensen för aborterade kvinnor verkligen ökat. Att så skett är emellertid ganska tydligt, och i så fall borde det här förda resonemanget komma närmast verkligheten.

En annan fråga, som tidigare berörts,

<sup>1</sup> Ett liknande resultat kommer man till vid beräkning av antalet kriminella aborter i Malmö å ett material, som hopsamlats av dr Yngve Mauléon ("Legal aborter i Malmö 1939—1950" Sv. Läkartidn. 1952:3). De kriminella aborterna, uttryckta i procent av graviditeterna skulle för åren 1947—1950 bli 17,0, 16,3, 15,9 och 13,9.

är i vad mån de hotande missfallen påverkat Ingelman-Sundbergs siffror. Otvivelaktigt har det under just de här aktuella åren blivit modernt att under en graviditet lägga in sig en eller flera gånger på sjukhus för att undvika missfall, om dispositioner därför finnes.

#### De illegala aborternas geografiska fördelning

Vid ett försök till uppskattning av de illegala aborternas geografiska fördelning föreligger ännu större möjligheter till missvisande resultat än vid en beräkning av deras antal. Orsakerna härtill är i första hand de många variabla faktorer, som är lokalt betingade. Det må här endast nämnas de olika möjligheterna att kunna erhålla sjukhusvård till följd av de geografiska förhållandena, det religiösa inflytandet i vissa delar av landet, befolkningens sammansättning, möjligheten att få legal abort osv.

De enda faktiska siffror, som man kan lägga till grund för en uppskattning av den geografiska fördelningen är det antal missfall, som har vårdats å de olika sjukhusen inom varje län. En sådan undersökning har skett på grundval av det från landets sjukhus insamlade materialet om antalet förlossningar, missfall och legala aborter. Vid bearbetningen av materialet har en uppdelning av sjukhusen skett länsvis med undantag för de tre största städerna. Den metod, som tillämpats vid beräkningen av den geografiska fördelningen, är densamma, som använts vid uppskattningen av de illegala aborternas antal i hela landet. Med utgångspunkt från en hospitaliseringsprocent av 43,8 har det totala antalet aborter beräknats inom varje län på grundval av antalet vårdade missfall. Därefter har sammanlagda antalet graviditeter inom varje län beräknats. Som utgångspunkt har därvid tagits förlossnings-

Tabell 56. Agglomerering

	Antal aborter	Därav inlagda på sjukhus	Procent-tal
Städer med över 100 000 inv. . .	157	41	26,1 ± 3,47
Övriga städer och landsbygd . . .	195	61	31,3 ± 3,32

siffrorna ur tabell 34 i "Allmän hälso- och sjukvård år 1949", då där även redovisats förlossningar utom anstalt.

En fråga av särskilt intresse är, huruvida någon skillnad föreligger i hospitaliseringsfrekvensen inom olika delar av landet. Det enda tillgängliga materialet, som omfattar hela landet, är polis-materialet med 352 illegala aborter. En bearbetning av hospitaliseringsfrekvensen ger därvid det resultat, som framgår av tabell 56.

Att de erhållna procenttalen ligger avsevärt under 43,8 % sammanhänger med att detta material omfattar en 10-årsperiod med avsevärt lägre hospitaliseringsprocent än 1949.

Som framgår av tabellen föreligger, som man kunde förvänta med hänsyn till det ringa antalet fall, ingen statistiskt säkerställd skillnad. Med ledning härav har hospitaliseringsfrekvensen antagits vara densamma för hela landet.

Ett försök att beräkna hospitaliseringsfrekvensen för Stockholm, Göteborg och Malmö gav för år 1949 talet  $43,1 \pm 3,9$ , vilken ligger inom gränserna för den för hela landet gemensamma siffran  $43,8 \pm 3,9$ .

Tabell 57, som även redovisar antalet vårdade missfall och legala aborter, har beräknats på grundval av de resultat, som uppgjorts, sedan graviditeternas och de kriminella aborternas antal fastställts. Med hänsyn till de ovan omnämnda felkällorna måste den emellertid bedömas med största försiktighet.

Tabell 57. Aborternas geografiska fördelning

	Antal vårdade missfall	Antal graviditeter, uttryckt i procent, som slutat med			Antal abort- sökande per 100 barna- föderskor år 1949	Antal redovisade aborter på 100 barna- föderskor 1930 enl. medicinal- styrelsens utredning	Antal abort- sökande kvinnor 1934 i % av antalet levande födda 1933 enl. abort- kommitté- ns läkar- enkät
		krimi- nell abort	legal abort	krimi- nell eller legal abort			
Stockholms stad .....	2 044	14,4	8,7	23,1	12,6	} 25,8	35,5
Stockholms län .....	363	1,7	3,2	4,9	11,8		
Uppsala län .....	299	6,0	9,6	15,6	11,0	12,9	5,5
Södermanlands län .....	323	6,3	2,6	8,9	3,1	10,7	9,6
Östergötlands län .....	467	4,4	2,6	7,0	3,6	8,6	9,1
Jönköpings län .....	419	5,8	4,3	10,1	5,9	6,4	4,8
Kronobergs län .....	127	0,0	1,1	1,1	1,1	5,5	3,4
Kalmar län .....	356	7,7	1,4	9,1	1,6	} 7,1	4,2
Gotlands län .....	71	1,2	3,0	4,2	4,2		
Blekinge län .....	196	5,3	1,0	6,3	1,3	7,3	10,9
Kristianstads län .....	324	4,7	2,0	6,7	2,4	7,2	9,3
Malmö stad .....	372	10,1	3,7	13,8	6,2	} 11,4	11,6
Malmöhus län f. ö. ....	540	5,3	2,6	7,9	2,5		
Hallands län .....	227	4,7	2,3	7,0	3,0	7,3	7,0
Göteborgs stad .....	754	10,2	4,4	14,6	5,8	} 12,6	11,3
Göteborgs och Bohus län	316	8,5	2,4	10,9	3,5		
Älvsborgs län .....	554	7,6	1,9	9,5	1,9	7,0	7,2
Skaraborgs län .....	294	4,0	2,1	6,1	3,3	8,3	2,2
Värmlands län .....	398	6,9	2,1	9,0	2,9	7,9	14,3
Örebro län .....	302	4,5	1,5	6,0	1,6	10,7	10,3
Västmanlands län .....	277	4,0	2,6	6,6	3,7	11,2	7,7
Kopparbergs län .....	371	5,4	1,6	7,0	3,4	3,4	5,4
Gävleborgs län .....	391	4,9	2,8	7,7	3,5	3,5	5,8
Västernorrlands län ....	504	8,1	3,1	11,2	4,0	10,6	8,7
Jämtlands län .....	155	1,3	5,5	6,8	2,3	8,7	6,5
Västerbottens län .....	392	6,3	0,4	6,7	0,5	7,8	2,6
Norrhottens län .....	412	4,1	1,6	5,7	2,5	2,5	2,7

Det erhållna resultatet 0 % kriminella aborter för Kronobergs län sammanhänger antagligen med att den hospitaliseringsfrekvens, som genomgående använts, nämligen 43,8 säkerligen ligger något i överkant för detta län. Det må erinras om att länet har ringa agglomerering och att 1949 över 20 % av förlossningarna skedde utom anstalt, en siffra som endast överträffades av Gotlands och Jämtlands län. En hospitaliseringsfrekvens av 40 %, som ligger inom gränsen för medelfelet ger sålunda 0,9 % kriminella aborter.

I anslutning till tabellen må först anmärkas, att den legala abortfrekvensen överstigit den illegala i 5 län, nämligen Stockholms, Uppsala, Jämtlands, Kronobergs- och Gotlands län. I övrigt intar de tre största städerna tätplatsen.

För jämförelse med tidigare undersökningar har i tabellen intagits uppgifter från 1934 års abortkommitté, nämligen redovisade aborter 1930 enligt en av medicinalstyrelsen gjord utredning och resultatet av en enkät till landets läkare.

Uppgifterna om antalet aborter 1930

Tabell 58. Aborter i Norrköping och Borås

	Förlossningar	Missfall	Druvbörd m. m.	Legala aborter	Summa havandeskap	Beräkade antalet kriminella aborter	Totala antalet provocerade aborter
Norrköping .....	1 826	156	20	111	2 113	125	236
Borås .....	1 968	250	25	36	2 279	311	347

bör därvid närmast jämföras med antalet kriminella och legala aborter 1949. Det framgår av tabellen att bortsett från Stockholm samt Stockholms län, Göteborgs och Bohus län och Malmöhus län var antalet abortfall 1930 genomgående högst i Svealand med undantag av Värmlands län samt de tre norrlandsläna Gävleborgs län, Västerbottens län och Jämtlands län. Lägst låg frekvensen i åtta län i Götaland nämligen Hallands, Blekinge, Kristianstads, Kalmar, Gotlands, Älvsborgs, Jönköpings och Kronobergs län.

1949 var antalet kriminella och legala aborter alltså högst i storstäderna men nu med Uppsala län i jämnbredd. För övrigt tycks dock ha skett en viss omkastning. Svealandsläna visar nu en rätt låg abortfrekvens med undantag just för Värmlands län (alltså motsatsen mot 1930). Av norrlandsläna är det numera blott Västernorrlands län, som kommer högt på listan, götalandsläna har ryckt upp, i synnerhet Jönköpings län, Kalmar län och Älvsborgs län.

Det må framhållas, att dylika jämförelser är oerhört vanskliga att genomföra, då det gäller landsdelar, som inbördes är olika och kanske förändrat karaktär under de 20 år, som ligger mellan undersökningarna.

Ett betydligt mera givande resultat skulle erhållas, om man hade möjlighet att jämföra landsdelar eller orter, som till sin sociala struktur vore likartade. Med anledning därav har en undersök-

ning gjorts av två fabriksstäder, nämligen Norrköping och Borås. Båda är till storleksordningen relativt lika med övervägande textilindustri.

Tabell 58 är sammanställd av uppgifter för år 1949, som erhållits från läsa-  
sareten i Norrköping och Borås.

Som framgår av tabellen, är födelse-  
talen i stort sett lika så när som på ett  
100-tal mer på Borås. Däremot har i  
Borås vårdats ca 100 missfall mer än i  
Norrköping, medan antalet legala aborter  
är fler i Norrköping än i Borås.

Om man med användande av den  
metod som här angivits, söker beräkna  
antalet illegala aborter i de båda stä-  
derna, finner man att för Norrköpings  
del hela antalet aborter kan beräknas  
till 356, varefter — sedan de spontana  
frådragits — de kriminella skulle upp-  
gå till 125. Motsvarande siffror för Bo-  
rås skulle bli 571 och 311.

Antalet i Norrköping och Borås å  
sjukhus vårdade kriminella fall skulle  
därjämte enligt dessa beräkningar ut-  
göra 55 respektive 126. För Norrköpings  
del har viss jämförelse kunnat äga rum  
på grund av en särskild bearbetning av  
missfallen, vilken verkställdes av dr L.  
Simon. År 1949 vårdades på Norrkö-  
pings kvinnoklinik 25 infekterade  
aborter, fördelade på 14, som hade fe-  
ber vid intagningen och 11, som fått  
feber därefter. Härvid har ansetts, att  
ett abortfall var infekterat, om patien-  
ten vid intagningen hade en temperatur  
av minst 38,5° eller efter intagningen  
av minst 38,5° vid en eller över 38° vid

två mätningar. Det bör anmärkas, att i de 25 fallen ingår även ett par fall av icke genitalinfektion. — Om man jämför den beräknade siffran kriminella aborter, som intagits för vård, 55, med antalet infekterade abortfall, som de facto konstaterats, synes den beräknade siffran rimlig, särskilt med hänsyn till de stränga krav som uppställts för att ett fall skall anses infekterat. Därjämte är väl så gott som samtliga infekterade missfall kriminella och härtil kommer dessutom ett antal icke infekterade.

För Borås del har endast 9 av de registrerade 250 missfallen betecknats som infekterade, motsvarande 3,6 %. Hur denna siffra bestämts, har icke angivits. Emellertid har den högsta årliga siffran för infekterade missfall under tioårsperioden 1940—49, som redovisats, uppgått till 10,2 % av missfallen. Från år 1944, då antalet infekterade var 10,0 procent, har detta antal sjunkit successivt ned till 3,6 % år 1949. Det är tänkbart, att den tidigare omnämnda felkällan avseende hotande missfall här spelat in i viss utsträckning. Den illegala aborttekniken är måhända ej heller densamma i Borås som i Norrköping.

Redan av det vårdade antalet missfall framgår, att Borås förmodligen har en högre illegal abortfrekvens än Norrköping. Genom beräkning med den här

använda metoden får man dessutom fram, att antalet illegala aborter är över dubbelt så stort som i Norrköping eller ca 200 fall mer. Detta förhållande är ägnat att förvåna, då antalet förlossningar ju visar i stort sett samma siffra i båda städerna. Förklaringen ligger antagligen däri, att i Borås uppenbarligen drivits en snävare legal abortpolitik än i Norrköping (34 legala aborter mot 111), och att i den sistnämnda staden det illegala abortklientelet därför i större utsträckning fångats upp av socialorganen.

### Sammanfattning

De utförda beräkningarna, som är behäftade med flera felkällor och även i övrigt är approximativa, synes ge vid handen, att antalet illegala aborter sedan 1930-talet troligen undergått en minskning. Från att år 1930 ha uppgått till ca 24 000 utgjorde de år 1949 ca 10 000. En undersökning av de förändringar, som antalet illegala aborter har undergått 1947—49 visar, att antalet synes vara i sjunkande i hela landet medan det är stationärt i Stockholm.

Några säkra slutsatser angående de illegala aborternas fördelning torde ej heller kunna dragas, med undantag av att de synes förekomma i större utsträckning i storstäderna än i landet i övrigt.

## Illegalt aborterade kvinnor

Av jur. kand. Ture Aldén

### Material och metodik

Oaktat det stora intresse, som abortfrågan tilldragit sig i Sverige under de sista åren, har få undersökningar om de illegalt aborterade kvinnornas sociala förhållanden ägt rum. Orsaken härtill är bl. a. att en sådan undersökning stöter på speciella svårigheter. Då fosterfördrivning i svensk lag principiellt är straffbelagd, är de kvinnor, som verkställt en illegal abort, givetvis ovilliga att medge ingreppet eller behandlingen och uppgifter om illegala aborter kommer därför i mycket få fall till myndigheternas kännedom. Vid insamlande av material för en dylik sociologisk undersökning synes därför endast ett fåtal vägar vara framkomliga.

De undersökningar, som hittills ägt rum, har huvudsakligen grundats på material, som erhållits genom sjukhusen. Ett mycket stort antal kvinnor söker nämligen sjukhusvård efter ett illegalt ingrepp. Det kan nämnas, att den sista undersökning, som ägt rum på detta område, nämligen den som verkställdes av nuvarande socialläkaren Gunnar Inghe och barnpsykiatern Gustav Jonsson (SOU 1944:51), har skett på detta sätt. Där har uppgifter inhämtats på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm, dels genom studium av 4 042 fall ur sjukjournaler från åren 1930—34, dels genom samtal med 787 patienter under tiden oktober 1935—maj 1937.

Uppgifter om illegala aborter kan vidare erhållas genom polis- och åkla-

garmyndigheter samt domstolar och avser sådana fall, som kommit till polisens kännedom och där blivit föremål för utredning. Det stora antal ansökningar om legal abort, som ingivits till Kungl. Medicinalstyrelsen, har öppnat ytterligare en möjlighet att studera de illegala abortfallen. Genom sammanställande av uppgifter om de kvinnor, som fått avslag å sin ansökan, med folkbokföringens uppgifter, huruvida de fött barn eller ej, kan abortfallen utsorteras. Slutligen finns en grupp kvinnor, som å rådfrågningsbyråer för abortsökande eller hos socialkuratorer begärt abort och som därefter — enligt vad rådgivningsbyråernas efterundersökningar visar — aborterat.

Givetvis föreligger betydande brister beträffande undersökningsmaterialet i samtliga nu nämnda fall. Utan att göra anspråk på något slag av fullständighet kan här endast nämnas följande. Den största svårigheten vid sjukhusundersökningarna är att avgöra, vilka aborter, som är illegala eller ej. Som regel brukar kvinnorna bestrida provokation och undersökaren är då hänvisad till enbart den kliniska bilden. Även om man kan utgå från att så gott som samtliga febrila abortfall kan betraktas som illegala, finns det dock bland dem spontanaborter, liksom det bland de icke febrila kan finnas provocerade aborter. Ett visst urval föreligger även genom att det endast rör kvinnor, som vårdats å sjukhus samt att en un-

dersökning av detta slag i stor utsträckning måste bli geografiskt begränsad till städerna. — Polismaterialet är likaledes ett urvalsmaterial, då det endast är fråga om fall, som kommit i kontakt med polisen. Därjämte inverkar även åtskilliga andra omständigheter så att detta material inte kan betraktas som slumpvis utvalt. Sålunda är i första hand materialets omfattning beroende på de olika polismyndigheternas effektivitet. Med hänsyn till att de aborterade kvinnorna huvudsakligen upptäckts i samband med avslöjandet av yrkesabortörer, blir de kvinnor, som ensamma verkställt ingrepp säkerligen underrepresenterade.

De övriga möjligheterna att erhålla upplysning om illegalt aborterade kvinnor ger om möjligt ett ännu mindre representativt material och härtill kommer svårigheten att avgöra, om sponnan eller illegal abort förelegat.

När i detta fall polismaterialet lägges till grund för undersökningen beror det på att man härigenom får ett material, som omfattar hela landet. Vidare kan man utgå från att — som nedan framhålls — de erhållna uppgifterna på grund av kontroll i stor utsträckning är objektivt riktiga.

Den här föreliggande undersökningen grundar sig på domstols- och förundersökningsprotokoll. Den avser mål angående illegala aborter, vilka avdömts av underdomstol under tiden 1 juli 1947—31 december 1949. Med hänsyn till gällande åtalsregler har några upplysningar icke kunnat erhållas ur den offentliga rättsstatistiken, då ju endast ett mycket ringa antal av de illegalt aborterade kvinnorna åtalas vid domstol. Uppgifterna har i stället insamlats på följande sätt. Från statistiska centralbyrån har erhållits straffregistrets akt nummer på personer, som under ovannämnda tid ådömts straff för fos-

terfördrivning, varefter från straffregistret rekvirerats fullständigt utdrag upptagande vederbörandes personalia, bestraffning och den domstol, som dömt i målet. Från denna har sedan aktmaterialet införskaffats.

Vid granskning av det föreliggande materialet finner man, att det i viss mån är ojämnt beroende på de olika polismyndigheternas praxis, när det gäller att verkställa utredningar. Då därjämte brottet för kvinnan själv i vissa fall vid tidpunkten för utredningen varit preskriberat, har uppgifterna i dessa fall om uppväxtförhållanden, skolutbildning samt sociala förhållanden bortfallit. Även övriga uppgifter är under sådana förhållanden knapphändiga. Å andra sidan har mycket utförliga socialutredningar verkställts beträffande kvinnorna, när åtalsprövning skett genom statsåklagare.

Då, som ovan framhållits, domstolen i endast få fall direkt prövat, huruvida kvinnorna själva gjort sig skyldiga till fosterfördrivning, har de fall icke medtagits vid bearbetningen, där kvinnan nekar till gärningen eller graviditet icke med säkerhet förelegat. Vid samtliga övriga fall har kontroll verkställts genom jämförelse av polisutredningens uppgifter med straffregisterutdragen över dömda abortörer. Härvid har tillsetts, att ingen kvinna medtagits i materialet utan att någon person blivit fälld för fosterfördrivning eller delaktighet däri beträffande henne. Detta har tekniskt skett genom en granskning av tidpunkterna för ingreppen och antalet brott, som vederbörande abortör dömts för.

Beträffande de förekommande uppgifterna kan följande nämnas. I samband med utredningar om brott brukar vissa uppgifter regelmässigt kontrolleras av polismyndigheten. Detta gäller i första hand de misstänkta ålder, civil-

stånd, bostad och yrkesanställning. Man kan sålunda utgå från att samtliga dessa uppgifter är korrekta i materialet. Vad övriga uppgifter beträffar kan man räkna med att dessa i stor utsträckning blivit kontrollerade. Främst gäller detta omständigheterna kring den brottsliga gärningen, såsom tidpunkt, plats och utförande, men även barnafaderns personalia, kvinnans uppväxtförhållanden och graviditet brukar underkastas kontroll. I den omfattning det varit möjligt har uppgifterna vid bearbetningen hämtats ur de officiella handlingar, som ingått i aktmaterialet. Uppgifter om tidpunkten för kvinnans graviditet har sålunda i möjligaste mån inhämtats från journalutdrag i de fall, då kvinnorna vårdats på sjukhus, eller från läkarintyg, som ingivits i målet till styrkande av att hon varit gravid.

Övriga uppgifter grundar sig på vad kvinnorna själva uppgivit eller vad som eljest varit ostridigt. Någon anledning att anta, att felaktiga uppgifter skulle ha lämnats, torde knappast finnas, då kvinnorna efter erkännandet av gärningen icke kan ha anledning att undanhålla eller förvanska omständigheterna kring densamma. Enda undantaget härifrån kan möjligen vara uppgifterna om de motiv, som drivit kvinnorna till den illegala aborten. Här finnes givetvis risken av tendentiösa svar, då en viss benägenhet att framhålla mildrande omständigheter kan tänkas. Därjämte har vissa kvinnor vägrat att lämna uppgift om barnafadern, antagligen beroende på att de endast känt honom helt flyktigt eller att de icke önskat, att han skulle bli indragen i utredningen.

Genom den noggrannhet, som kännetecknar polisutredningar i samband med misstänkta dödsfall, har fullständiga uppgifter om de kvinnor, som avlidit till följd av illegal abort, kunnat noteras.

Tabell 59. Geografisk fördelning

	Abso- luta tal	Pro- cent	Rikets folkmängd i procent 1948
Städer med över 100 000 inv. ....	157	44,6	21,4
Övriga städer ....	74	21,0	23,6
Landsbygd .....	121	34,4	55,0
	352	100,0	100,0

Det föreliggande materialet, som med hänsyn till att det omfattar vissa kvinnor, som underkastat sig illegal abort vid mer än ett tillfälle, här redovisas i antal fall, avser 352 aborter å 321 kvinnor och fördelar sig geografiskt på sätt som framgår av tabell 59, där även befolkningens procentuella fördelning medtagits.

Som synes är storstadsfallen över-representerade i materialet i jämförelse med genomsnittsbefolkningen, medan det motsatta förhållandet gäller landsbygdfallen och i viss mån "övriga städer".

Det har tidigare angivits, att undersökningen avser mål, som avdömts av underdomstolarna under tiden 1 juli 1947—31 december 1949. Härav följer, att aborterna icke inträffat enbart under denna tidsperiod utan många ligger längre tillbaka i tiden. Samtliga fall från och med år 1938 har bearbetats. Fallens fördelning på olika år framgår av tabell 60:

Tabell 60. Fallens spridning

	1938—43	1944	1945	1946	1947	1948	1949
Antal fall	36	36	46	58	80	84	12

Det kan synas, som om de äldsta fallen är alltför få och ligger för långt tillbaka i tiden för att vara av betydelse för undersökningens resultat. Att de medtagits, beror på att undersökningen därigenom blir representativ för hela den tid lagen den 17 juni 1938 om av-



brytande av havandeskap varit gällande, varjämte ett ytterligare urval har undvikits.

#### Om abortprovokationen

De kvinnor, som underkastat sig illegal abort i detta material, har i de flesta fall genomgått en lång serie behandlingar. Direkta ingrepp har icke alltid inlett provokationen utan i många fall har kvinnorna till att börja med försökt att återfå sin menstruation genom andra medel. I den mån uppgifter här om har förekommit, har de registrerats och givit till resultat att intagandet av patentmediciner och hormonpreparat varit dominerande (67 %). De allmänast förekommande bland dessa medel har varit kinakapslar och blodrenande droppar. Sprit, företrädesvis konjak, har därefter kommit till användning. I övrigt har varma bad, gymnastik m. m. begagnats. Av de kvinnor, som företagit abort i Stockholm, har 10 st. eller 7 % hos läkare underkastat sig injektion av hormonpreparat vid ett eller flera tillfällen före abortingreppet för att på så sätt framkalla missfall. Ingen av dessa metoder har dock lett till resultat.

När i det följande talas om olika abortmetoder, som kommit till användning, avses därmed den behandling, som ledde till havandeskapets avbrytande eller, därest detta icke lyckades, den sista behandling kvinnan underkastade sig. Av metoderna kan man urskilja fyra huvudtyper, nämligen ingrepp med sond och med livmoderspruta, skrapning och massage. Till den första gruppen har hänförts icke bara ingrepp med fabriksgjord sond utan även de fall, då andra verktyg kommit till likartad användning samt till den andra gruppen ingrepp med lavemangkanna, vars slang försetts med pip för att kunna användas vid livmodersköljning. I tabell 61 ges en översikt av de olika ingreppens följder i fråga om dödsfall och sjukhusvård. Dödsfallen har här upptagits till 6, vartill kommer ett tveksamt fall, där obducenten på grund av den för långt framskridna förruttnelsen hos liket icke med säkerhet kunnat fastställa dödsorsaken. Själv-mord kunde eventuellt också tänkas föreligga.

Beträffande dödsaborterna avled två kvinnor, sedan de förts till sjukhus. Av ingreppen i övrigt stannade 9 vid för-

Tabell 61. Provokationsmetoder

	Dödsfall	Inlagda på sjukhus	Utan direkta komplikationer	Summa
<i>Sond</i>				
Fabriksgjord .....	1	67	138	206
Hemmagjord .....		9	8	17
Livmoderspruta använd som sond .....			2	2
Strumpsticka .....		2	2	4
Övriga .....	1		2	3
<i>Sprutmetod</i>				
Livmoderspruta .....	3	21	79	103
Lavemangkanna med pip .....	1		2	3
<i>Skrapning</i>				
Kyrette .....			3	3
Massage .....		1	10	11
	6	100	246	352

Tabell 62. Havandeskapsmånad, då ingreppet skett

	Summa	Procentuell fördelning						
		1:a mån.	2:a mån.	3:e mån.	4:e mån.	5:e mån.	6:e mån.	7:e mån.
Gifta .....	119	12,6	45,4	30,3	5,9	4,2	0,8	0,8
icke gifta .....	228	5,3	36,8	43,4	11,0	1,8	0,4	1,3
	347	7,8	39,4	39,4	9,0	2,6	0,6	1,2

sök i strafflagens mening. Av dessa blev 2 fall inlagda på sjukhus.

Under begreppet hemmagjord sond har hänförs 2 fall, där järntråd överdragen med ventilgummi, och 1 fall, där gummislang, armerad med en träpinne, kommit till användning. I de övriga fallen har den hemmagjorda sonden utgjorts av specialbehandlad elektrisk ledningstråd. I de 3 fall, som i tabellen betecknats som "övriga", har abortredskapet utgjorts av cykeleker, vidjekvist och metallrör. Att det sistnämnda kommit till användning hade sin grund i att abortören hört berättas "att det skulle luft till för att avbryta ett havandeskap". Av den anledningen hade han under behandlingen blåst i röret med resultat, att den behandlade kvinnan dog i luftemboli.

Som ett tecken på intensiteten i kvinnans abortönskan kan man måhända ta det förhållandet, att — som tidigare framhållits — oaktat första ingreppet i flera fall misslyckats hon underkastat sig ytterligare behandlingar. Av de 352 undersökta fallen har 271 stannat med en behandling, i 41 fall har det skett två, i 20 fall tre och i 9 fall flera än tre behandlingar. Det bör här anmärkas, att en behandling kunnat omfatta flera ingrepp. Härtill kommer 11 fall, som behandlats av en abortör, vilken medelst en speciell massage klämt ihjäl fostren. Det genomsnittliga antal behandlingar, som var och en av dessa sistnämnda 11 kvinnor underkastade sig — beräknat enligt de approximativa

uppgifter, som de själva lämnat — torde icke ha understigit 12 gånger.

Fem kvinnor har därjämte tvingats underkasta sig samlag med abortören för att få ingreppet utfört. De har förklarat, att de i sin förtvivlade situation icke hade något val. De två abortörer det gäller har å sin sida förklarat, att samlaget var ett led i behandlingen, den ene på grund av att han eljest inte kunde få in livmoderspegeln, den andre för att "det skulle gå lättare att få tag i livmoderöppningen".

Av de undersökta 352 aborterna har 306 behandlingar skett av yrkesabortör, 42 av annan person och 4 ingrepp har företagits av kvinnan själv. Vid bedömmande av, huruvida en person vore att anse som yrkesabortör eller ej, har domstolens avgörande, huruvida abortörerna vanemässigt eller i vinnings-syfte gjort sig skyldiga till fosterfördrivning, tjänat till efter rättelse. Av de 42 ingrepp, som verkställdes av annan abortör, har kvinnans äkta man i 2 fall gjort ingreppet, hennes fästman eller sexualpartner i 5 fall och vän eller väninna i 11 fall.

En undersökning i vilken havandeskapsmånad ingreppet skett ger till resultat tabell 62 (uppgift saknas om 5 kvinnor).

Av denna tabell framgår, att de flesta ingreppen skett i andra och tredje graviditetsmånaderna. Vid en jämförelse mellan de gifta och icke gifta kvinnorna visar det sig, att havandeskapet avbrytes tidigare hos de gifta kvinnor-

Tabell 63. Åldersfördelning och civilstånd

	Antal fall	I procent därav					
		—20 år	21—25 år	26—30 år	31—35 år	36—40 år	41 år—
Gifta (inkl. hemskilda) .....	123	2,4	30,8	35,8	22,8	4,9	3,3
Ogifta .....	197	24,6	36,0	23,8	10,7	2,6	0,5
Förut gifta .....	32	—	12,5	31,3	31,3	18,7	6,2
	352	15,6	32,1	28,7	16,8	4,8	2,0

na, där en procentuell övervikt finnes inom första och andra månaderna, medan de icke gifta gör ingreppen senare, företrädesvis i tredje månaden, då nära hälften av dem verkställt ingreppet. Av särskilt intresse är att endast 13,4 % av ingreppen skett i fjärde månaden eller senare. Detta synes tyda på, att de illegalt aborterande kvinnorna är angelägna om att få ingreppen utförda så snart som möjligt.

De sex dödsfallen i materialet har inträffat med ett i andra månaden, två i tredje månaden, ett i fjärde månaden och två i femte månaden, medan de ingrepp, som skett i sjätte och sjunde månaden haft en för kvinnan lycklig utgång.

#### Åldersfördelning och civilstånd

Åldersfördelning och civilstånd bland de undersökta fallen framgår av tabell 63. Av denna kan utläsas, att över 60 % av de ogifta kvinnorna har verkställt ingreppet före 25 års ålder och ej mindre än en fjärdedel av dem före 21 års ålder. För de gifta har naturligtvis en förskjutning till högre åldersklasser ägt rum och de flesta ingreppen har där skett i åldern 21—30 år. För de

förut gifta föreligger givetvis en ytterligare förskjutning mot högre åldersklasser.


Vid en jämförelse mellan antalet gifta och ogifta visar det sig, att de ogifta i materialet är betydligt flera än de gifta. Vid en jämförelse med till exempel Inghes undersökning framgår att i hans material finnas ungefär lika många gifta som ogifta. Man kan med anledning därav fråga sig, huruvida det skett någon förskjutning i civilståndsfördelningen sedan Inghes undersökning gjordes. Med anledning därav har tabell 64 uppgjorts.

Av denna tabell framgår, att de gifta från att ha haft ungefär lika stor andel i materialet som de ogifta under åren 1938—44 undergått en markant nedgång från och med år 1945, då deras antal sjunkit till varierande mellan en tredjedel och en fjärdedel i materialet. En  $\chi^2$ -test ger resultatet 12,7617, vilket innebär att sannolikheten för att slumpen skulle ha åstadkommit detta värde är mindre 0,05 (enstjärnig signifikans). Den förklaring, som man kan lämna härtill, är antingen att abortfrekvensen bland de gifta sjunkit i förhållande till de ogifta eller att de gifta kvinnorna

Tabell 64. Civilståndens förskjutning

Civilstånd	1938-43	1944	1945	1946	1947	1948	1949
Gifta .....	44,4	55,6	26,1	37,9	26,2	34,5	25,0
Ogifta .....	44,4	41,7	63,0	51,7	65,0	57,1	68,3
Förut gifta .....	11,2	2,7	10,9	10,4	8,8	8,4	15,7

Tabell 65. Förhållande till barnafadern

Civilstånd	Tillfällig förbindelse	Fast sällskap	Förlovad	Gift	Övriga	Uppgift saknas
Gift 	7	14	—	102	—	—
Ogift	45	118	27	—	2	5
Tidigare gift	11	15	4	—	2	—
Procentuell fördelning	17,9	41,7	8,8	29,0	1,2	1,4

numera verkställer aborterna på legal väg.

Antalet utländska kvinnor, som förekommer i materialet, uppgår till 14 stycken motsvarande 4 %. De kommer samtliga från de nordiska grannländerna och Estland.

Vid undersökningen av kvinnornas förhållande till kontrahenten har hänsyn tagits icke enbart till deras civilstånd. Detta skulle säkerligen icke ge en riktig bild av de förhållanden, som kvinnorna levat under. I stället har en uppdelning skett på tillfälliga förbindelser, fast sällskap, förlovad och gift. Vid avgörandet, huruvida en förbindelse har varit tillfällig eller icke, har hänsyn tagits till förbindelsens längd och bindningen till motparten. Med ledning därav har tabell 65 uppgjorts.

Av denna tabell framgår, att tillfälliga förbindelser förekommit i relativt liten utsträckning när det gäller gifta kvinnor (5,7 %), medan de bland de icke gifta uppgår till minst 22,8 %. Emellertid utgör de tillfälliga förbindelserna, som framgår av tabellen, endast en mindre part i materialet, då de som haft fast sällskap, varit förlovade eller gifta uppgår till i det närmaste 80 %.

Det kan synas egendomligt, att en kvinna kan vara gift och samtidigt ha fast sällskap. En närmare undersökning av de 14 kvinnor, det här rör sig om, visar, att 10 av dem var hemskilda, 2 levde under söndring i äktenskapet och i ett fall var det fråga om en estländsk kvinna, vars man blivit de-

porterad och som hon hade tappat kontakten med sedan flera år. Beträffande de gifta, som haft tillfälliga förbindelser, hade en kvinna erhållit hemskilnad.

Ett speciellt intresse erbjuder de icke giftas tillfälliga förbindelser. En närmare undersökning av dem ger till resultat, att endast en kvinna levat i promiskuitet och under konceptionstiden haft samlag med flera män. Elva kvinnor visste ej vem kontrahenten var och i denna siffra är givetvis inräknade sådana fall, då kvinnan endast känt vederbörandes förnamn, t. ex. "Lennart", "en flottist, som hette Sven". Fem kvinnor har vägrat att uppgiva kontrahentens namn. Av de tidigare gifta kvinnorna visste tre ej vem barnafadern var och fyra vägrade att uppges barnafadern.

Under "tillfällig förbindelse" i tabellen har vidare inplacerats 2 kvinnor, varav en varit förlovad och en haft fast sällskap men där tveksamhet rått, huruvida hennes fästman varit den blivande barnafadern eller en annan man, som hon haft i en tillfällig förbindelse.

I tabellen har vidare upptagits en kolumn "övriga". Det rör sig om brottsligt hävdande, i detta fall 3 våldtäkter (av vilka ingen dock blivit polisanmäld) och 1 blodskamsbrott. Det kan i detta sammanhang nämnas, att brottsligt hävdande förekommit i, förutom dessa 4 fall, ytterligare ett, där kvinnan varit under 15 år, men detta fall har i tabellen redovisats som fast sällskap.

Tabell 66. Kontrahentens ålder

	Antal fall	—20 år	21—25 år	26—30 år	31—35 år	36—40 år	41—45 år	46—50 år	50 år—
Gift .....	86	—	13,9	36,1	25,0	11,1	9,7	2,8	1,4
Ogift .....	72	12,8	38,4	24,4	12,8	2,3	7,0	2,3	—
	158	7,0	27,2	29,7	18,4	6,3	8,2	2,5	0,7

En undersökning av kontrahenternas ålder har — i den mån uppgifter föreläggat — också verkställt och resultatet därav framgår av tabell 66. Som synes, är den procentuella fördelningen ungefär densamma som för kvinnorna med en något större spridning och förskjutning åt högre åldrar.

En undersökning av kontrahenternas civilstånd visar, att 37 av dem, vilket motsvarar 14,8 % av samtliga, beträffande vilka civilståndet var känt, varit gifta med annan kvinna än den som väntade barn. Det framgick emellertid, att dessa äktenskap varit betydligt mera stabila än hos de gifta kvinnor, som hade fast sällskap, då endast 6 av dessa män var hemskilda. De övriga var icke villiga att upplösa sina äktenskap i anledning av abortsituationen, vilket också framkommer nedan i motiven för kvinnans abortönskan. Det kan noteras att 27 av de gifta männen hade haft förhållande med ogift kvinna och att han i 3 fall var hennes arbetsgivare.

I 20 fall eller 5,7 % var kontrahenten utländsk medborgare. Bland utlänningarna har därvid medräknats även sådana fall, där kvinnan endast slutit sig till vederbörandes nationalitet, såsom "holändsk sjöman", "en norrman" och dy-

likt. Utlänningarna fördelar sig med bl. a. 9 från de nordiska länderna och 4 från Balticum. Bland övriga nationaliteter märks 2 japaner.

#### Barnantal

En undersökning av barnantalet framgår av tabell 67 här nedan. Som synes är det jämförelsevis få av de gifta kvinnorna, som levat i barnlösa äktenskap. För de gifta och förut gifta uppgår de till endast 12 %. Påfallande stort är antalet ogifta kvinnor, som har barn (20,3 % av samtliga ogifta). Detta förhållande avspeglas på ett särskilt sätt i fråga om dessa kvinnors motiv för den verkställda aborten.

De 16 gifta kvinnor, som icke hade barn, men ändå gjort illegal abort, har särskilt undersökts. Av dessa hade två haft en tillfällig förbindelse vid sidan av äktenskapet, två låg under hemskillnad och två var flyktingar, som på grund av den ovissa situationen inte ville sätta barn till världen. I övriga fall dikterades abortönskan av ekonomiska svårigheter, sjukdom (båda makarna tbc-patienter), misshälligheter i äktenskapet eller bostadssvårigheter (makarna bebodde möblerat rum). Vid förnyad graviditet har för övrigt en av

Tabell 67. Antal barn

Civilstånd	Inget barn	Ett barn	Två barn	Tre barn	Fyra barn eller flera	Uppgift saknas
Gifta .....	16	36	35	14	13	9
Ogifta .....	155	41	1	—	—	—
Förut gifta .....	2	12	7	8	2	1

dessa kvinnor fått legal abort. Endast i ett fall kan bekvämlighetssynpunkten sägas ha dominerat ("ville ha det skapligt ekonomiskt ställt, innan vi skaffade barn").

Endast 5 av kvinnorna i materialet har före eller efter det illegala ingreppet genomgått legal abort under den tid undersökningen avser. De fördelar sig på 2 gifta, 1 ogift, och 2 förut gifta.

Som tidigare framhållits, avser undersökningen 352 illegala aborter, fördelade på 321 kvinnor. Några av dessa har dock uppgivit, att de underkastat sig ytterligare illegala aborter, som här icke blivit föremål för utredning. Det rör sig om sådana aborter, som antingen skett före år 1938, eller som vederbörande kvinna ådömts straff för i samband med annan polisutredning eller varom upplysning erhållits på annat sätt. Om man tar hänsyn även till dessa aborter fördelar de sig på materialets 321 kvinnor på följande sätt: 288 kvinnor har genomgått en illegal abort, 26 kvinnor två och 8 kvinnor tre eller flera.

Vid studium av sistnämnda 8 kvinnors förhållanden framgår, att de, som samtliga var gifta, uppenbarligen icke ägt kunskap om antikonceptionella medel utan begagnat aborten i barnbe-gränsningssyfte. Det kan här nämnas, att den kvinna, som gjort de flesta illegala aborterna eller nio, hade fött icke mindre än 7 barn. Ingreppen, som i flera fall skett av hennes man, hade verkställts till att börja med för att sprida förlösningarna och därefter för att undvika nya.

#### Yrke

Uppgift om kvinnornas yrke eller sysselsättning vid abortingreppet har kunnat erhållas beträffande nästan samtliga fall eller 337. Av dessa var

Tabell 68. Yrke

Yrke	Procenttal
Kontorister .....	21,3
Arbeterskor .....	19,0
Servitriser .....	15,9
Affärsanställda .....	14,4
Husligt arbete .....	13,6
Sjukvårdspersonal .....	6,6
Köksbiträden .....	4,3
Telefonister .....	2,3
Hårfrisörskor .....	1,6
Övriga .....	1,6
	100,0

79 icke yrkesverksamma, fördelade på 78, som skötte hemmet och en studerande. De fall i materialet, där kvinnan hade yrkesarbete, uppgick således till 258.

För att redovisa hur yrkena är representerade har tabell 68 uppgjorts, där yrkena ordnats efter sin procentuella fördelning.

Till gruppen kontorister har hänförs även skrivbiträden i statlig eller kommunal tjänst. Till arbeterskor har förts, förutom fabriksarbeterskorna, även sömmerskor och tvättbiträden, till husligt arbete hembiträden, städerskor och barnflickor samt till affärsanställda två egna rörelseidkare. Under beteckningen sjukvårdspersonal har sammanfattats sjukvårdsbiträden, tandsköterskor och barnsköterskor, laboratoriebiträden och hemsystrar.

Tabell 69. Förvärvsarbetande och icke förvärvsarbetande, fördelade på civilstånd

Civilstånd	Förvärvs- arbetande	Icke förvärvs- arbetande
Gifta .....	43	75
Ogifta .....	188	2
Förut gifta .....	27	2
	258	79

Tabell 70. Kontrahentens yrke

Yrke	Gift med kvinnan i %	icke gift med kvinnan i %
Allmän tjänst och fria yrken .....	2,6	2,5
Affärsbiträden, handelsresande .....	2,6	7,9
Egen företagare .....	5,2	3,0
Kontors- och förvaltningspersonal .....	—	9,3
Ingenjörer, tekniker, ritare	7,8	4,4
Arbetare i hantverk .....	22,1	17,7
Arbetare i industri .....	26,0	12,3
Grovarbetare, transportarbetare .....	11,7	16,8
Chaufförer .....	7,8	5,4
Lägre tjänstemän .....	6,4	3,4
Studerande .....	1,3	4,4
Konstnärlig verksamhet ..	3,9	0,5
Officerare, sjöbefäl .....	—	3,0
Hotell och restaurationspersonal .....	1,3	6,0
Övriga .....	1,3	3,4
	100,0	100,0

Av intresse kan i detta sammanhang vara de förvärvsarbetande och icke förvärvsarbetande kvinnornas fördelning på civilstånd (tabell 69).

De gifta kvinnor, som man i detta avseende kunnat erhålla uppgift om, hade alltså yrkesarbete till närmare 40 % och bland de övriga båda grupperna dominerade de förvärvsarbetande helt. Det kan anmärkas, att de gifta kvinnor, som endast haft tillfälliga arbeten, redovisats som icke förvärvsarbetande.

En motsvarande undersökning av kontrahentens yrke omfattande 77 män, gifta med kvinnan, och 203 män, som icke varit gifta med henne, framgår av tabell 70.

Denna tabell visar, att bland de män, som varit gifta med kvinnorna, grupperna arbetare i hantverk och industri samt grovarbetare utgör ej mindre än 59,8 %. En jämförelse av proportionen mellan yrkena hos de män, som ej varit gifta med kvinnorna, ger ett likartat resultat, men förhållandevis många har

dock varit kontors-, affärs- och restauranganställda. Det rör sig i dessa fall om motsvarande yrken, som bland kvinnorna hade den högsta abortfrekvensen.

Ett försök att utreda inkomstförhållandena hos klientelet gick ej att genomföra på grund av att endast en tredjedel av kvinnorna lämnat uppgifter härom, varjämte uppgiftslämnarna ej heller var representativa för yrkesfördelningen i materialet och ej heller för den geografiska fördelningen. Därjämte förekom naturaförmåner, som var svåra att uppskatta eller jämföra. Det kan dock här anmärkas, att en fränskild kvinna och en familj helt levde på socialhjälp.

#### Barndomsmiljö

För att undersöka, från vilka samhällsskikt de illegalt aborterande kvinnorna kommit och under vilket inflytande de stått från föräldrahemmets sida, har uppgifter om målsmans yrke, "broken home", skolförhållanden och bostadsförhållanden bearbetats. Uppgiften om målsmans yrke har kunnat erhållas beträffande 238 kvinnor. Yrkena har därefter fördelats på socialgrupper på sätt, som framgår av tabell 71. Enligt denna syns kvinnorna huvudsakligen komma från socialgrupp III.

Vid bearbetningen av hur många kvinnor, som var födda inom eller utom äktenskap samt i vilken utsträckning de bestående äktenskapen blivit upplösta, framgick, att av de 255 fall, där uppgift härom förefunnits, 23 kvinnor var födda utom äktenskap och 232 inom äktenskap. Av dessa sistnämnda hade emellertid hemmen upplösts till följd av faderns eller moderns död eller äktenskapsskillnad i 18 fall. Sistnämnda siffra är säkerligen något för låg med hänsyn till att fullständiga uppgifter icke influtit i samtliga polis-

rapporter. De kvinnor, som kommer från s. k. "broken homes", uppgår således till sammanlagt 41 i materialet, motsvarande 16,1 %.

Kvinnornas skolförhållanden utvisar, att av 198 kvinnor 1 varit intagen på sinnesslöanstalt, 174 hade genomgått folkskola och 23 avlagt realexamen. I sistnämnda siffra har inräknats sådana, som hade genomgått kommunal flickskola samt 3, som genomgått utländsk skola med — såvitt man kan bedöma — motsvarande kunskapsfordringar.

Uppgift om första arbetsanställning har kunnat erhållas beträffande 181 kvinnor. Härtill kommer 15, som aldrig varit yrkesverksamma, utan efter avslutad skolgång vistats i hemmet, till dess de ingått äktenskap. Endast en ogift s. k. hemmadotter är med i denna grupp. För de kvinnor, som innehaft anställning, har medianåldern för första anställningen beräknats, varvid den visat sig uppgå till 15,6 år. Någon skillnad mellan gifta och ogifta kvinnor, när det gäller tidpunkten för första anställning, har icke kunnat påvisas.

Av 90 ogifta kvinnor, som lämnat uppgift om sina bostadsförhållanden, motsvarande 45 % av samtliga ogifta i materialet, har 28 varit inneboende hos föräldrarna vid tiden för aborten, medan 62 ha haft egen bostad.

#### Social status

Ytterst få av de 321 kvinnorna har varit föremål för ingripande från myndigheternas sida. Endast 3 har varit bestraffade tidigare, varav 1 erhållit villkorlig dom för fosterfördrivning (14 kap. 26 § strafflagen), 1 för delaktighet däri samt 1 kvinna såväl villkorlig dom som frihetsstraff för stöld. En kvinna har därjämte varit omhändertagen av barnavårdsnämnden för tillgreppsbrott.

Tabell 71. Målsmans yrke, fördelat å socialgrupper

Socialgrupp	Procenttal
Socialgrupp I .....	5,9
Socialgrupp II .....	34,5
Socialgrupp III .....	59,6

Som tidigare framkommit under undersökningen har 2 kvinnor erhållit socialhjälp och 1 varit sinnesslö. I endast 2 fall har av polisutredningarna framgått, att kvinnorna varit hemfallna åt asocialt levnadssätt.

En undersökning, i vilken omfattning kvinnorna växlat anställning under de två sista åren före aborten, torde visa på en stabil livsföring hos klientelet. Av 159 kvinnor, som lämnat uppgift härom, har 85 haft en anställning, 33 2 anställningar och 38 3 eller flera anställningar. Av dessa 38 utgjorde dock 14 restauranganställda och 6 hembiträden, vilket möjligen kan förklara den högre frekvensen av anställningsbyte.

#### Motiven till den illegala aborten

En undersökning av motiven till den verkställda aborten stöter på speciella svårigheter, i synnerhet när den sker genom bearbetning av uppgifter, som upptagits av en mängd olika personer. Härvid kan givetvis sådana faktorer inverka på resultatet som frågeställarens personliga uppfattning av kvinnans situation och det sätt, som frågorna framställts på. Ett ytterligare problem är att kvinnorna sällan åberopat ett motiv utan som regel flera. Att därvid kunna peka på det mest vägande torde icke kunna ske med hänsyn till de nyssnämnda förhållandena vid uppgifternas upptagande. Ett sätt vore att redovisa de olika kombinationerna av motiv, men med hänsyn till deras antal skulle överskådligheten gå helt förlo-



Tabell 72. Abortmotiv (gifta kvinnor)

Uppgivet motiv	Antal
<i>Ekonomiska förhållanden</i>	
1. Dålig ekonomi .....	45
2. Mannen arbetslös, arbetsoförmögen eller har osäker plats .....	3
3. Frukten att förlora anställning eller lida avbräck i yrkesutövning	3
<i>Sjukdom m. m.</i>	
1. Kvinnan sjuk eller "nervös" ...	26
2. Mannen sjuk eller "nervös" ....	9
3. Anser sig för gammal .....	3
4. Orkar inte flera barnsängar ....	9
5. Önskar sprida förlossningarna ..	5
<i>Personliga förhållanden</i>	
1. Misshälligheter i äktenskapet ...	12
2. Mannen slarvig, supig eller otrogen .....	10
3. Ville ej föda barnet på grund av förestående skilsmässa .....	2
4. Barnafadern annan eller möjligen annan än den äkta mannen ....	10
<i>Sociala förhållanden</i>	
1. Dålig bostad .....	7
<i>Övriga motiv</i>	
1. Har redan barn och önskar ej flera .....	15
2. Rädsla för förlossningen .....	10
3. Tidigare barn sjuka eller efterblivna .....	2
5. Ville företaga utlandsresa .....	1

rad. En annan svårighet är att alla faktorer, som påverkat kvinnan att göra den illegala aborten, icke kommer till uttryck vid en inventering av motiven. Det kan här nämnas, att kvinnorna många gånger utsatts för påtryckning att verkställa en illegal abort och att det är denna omständighet, som i förening med något av de nedan angivna motiven utlöst handlingen. Då det framkom, att för 3 ogifta kvinnor påtryckningen att utföra abort från kontrahentens sida varit så stark, att detta blev enda motivet till aborten, undersöktes hur många kvinnor i materialet, som varit utsatta för påtryckningar och av vilka det skett. Härvid medtogs icke så-

dana fall, där "samtycke" från kontrahentens sida förelagt utan endast fall av direkt påverkan. Sådan förekom i inte mindre än 43 fall. Den som sökt övertala kvinnan att utföra aborten var i 33 fall kontrahenten, i 7 fall någon av kvinnans föräldrar, i 2 fall väninna och i 1 fall kvinnans arbetsgivare. Någon som helst upplysning vilken betydelse detta haft i de 40 fall, där påtryckningarna icke åberopats som motiv för aborten, har icke stått att vinna.

Med hänsyn till de ovan nämnda omständigheterna har den utvägen valts, att varje motiv redovisas för sig och med den frekvens det haft. Några säkra statistiska resultat torde väl ändå icke kunna dragas ut av denna del av undersökningen.

Vid bearbetningen har en uppdelning skett på så sätt, att de gifta kvinnorna undersökts för sig och samtliga ensamstående kvinnor, omfattande ogifta, förut gifta och hemskilda sammanförts i en grupp. Anledningen härtill är att de sistnämnda visade sig i stor utsträckning ha likartade problem. Det kan här nämnas, att 6 gifta och 7 ogifta kvinnor icke angivit något skäl för aborten. De gifta kvinnornas motiv framgå av tabell 72 och de ogiftas av tabell 73.

Som synes kan de olika motiven uppdelas i vissa grupper. Otvivelaktigt griper motiven in i varandra inom varje grupp och är i viss mån avhängiga av varandra utan att därför identitet föreligger. De vanligaste motiven är, som man kan vänta, dålig ekonomi och sjukdom eller nervositet hos kvinnan. En bearbetning av de fall, som åberopat dålig ekonomi, gav inget resultat, som kunde tjäna som utgångspunkt för ett bedömande, om det här rörde sig om en viss avgränsad grupp bland de gifta kvinnorna eller om någon förskjutning ägt rum under den tid undersökningen avser. Till belysande av vad som an-

förts som dålig ekonomi kan anföras följande exempel.<sup>1</sup>

1. Härfrisörska, 26 år, har tidigare en dotter utom äktenskap, som hon försörjer. Mannen, som är tekniker till yrket förbrukar alla sina inkomster på restaurangbesök. Själv arbetar hon och tjänar därvid 80 kronor i veckan, varigenom hon kan hålla ihop hemmet. Hon anser sig icke kunna försörja ett barn till.

2. Hemmafru, 24 år, har ett barn, vid tillfället ett år gammalt. Hon har ingått äktenskap med sin man, som är akademiker, under dennes studietid på grund av att hon väntade första barnet. Mannens studieskuld är 7 000 kronor och efter avdrag på lönen, uppgående till 690 kronor per månad, för skatt, amorteringar och räntor leva de under existensminimum.

De 26 fall, där kvinnan varit sjuk eller "nervös" fördelar sig på 10 rent somatiska sjukdomar, 10 fall av psykisk depression och 6 fall, där allmän klenhet åberopats. De somatiska fallen innefattar bl. a. 2 fall av astma, 2 fall av tbc, kroniskt hjärtfel och njursjukdomar.

Som exempel på vad som här angivits som nervositet kan anföras:

3. Fabriksarbeterska, 31 år, har nyligen genomgått en graviditet, som slutat med missfall i femte månaden. En månad efter missfallet är hon åter gravid. Hennes man är arbetslös och makarna lever på hennes inkomst, 300 kronor i månaden. Hon känner sig "nervös", och "orkar" ej med ytterligare en graviditet.

4. Hemmafru, 29 år, har tvillingar, 3 år gamla. Vid den tidigare graviditeten hade hon svällt upp onormalt i kroppen och deras ekonomi tillåter ej flera barn. Hon känner sig "nere"; enligt makens uppfattning var hon "paralyserad av skräck inför havandeskapet".

5. Hemmafru, 31 år, har två barn i

åldern 6 och 3 år. Båda förlossningarna har varit svåra. Hennes nerver är nu "totalt slut".

Då mannens sjukdom åberopats som motiv för aborten har det i samtliga fall rört sig om somatiska sjukdomar, bl. a. tbc i 3 fall och könssjukdom i 1 fall.

De kvinnor, som ansett sig för gamla för att föda barn, har varit i åldern 39—42 år.

Någon närmare beskrivning, vari misshälligheterna i äktenskapet skulle ha bestått, när detta åberopats som abortmotiv, har som regel inte lämnats. I ett par fall klagar kvinnorna över brutelitet och misshandel från mannens sida.

Slutligen skall här lämnas två exempel på dåliga bostadsförhållanden, som åberopats, det ena hämtat från Stockholm och det andra från landsbygden i västra Sverige:

6. Makarna förhyra tillsammans med nio andra personer en möblerad sexrumsvåning i Stockholm. I denna våning disponerar de ett rum och tillgång till kök.

7. Makarna har två barn i åldern 5 och 2 år samt har vårdnaden om en 10-årig brorsdotter till hustrun. Bostaden består av en stuga, som utdömts av hälsovårdsnämnden, om ett rum och kök. Golvytan är 27 kvadratmeter och köket fryser vintertid.

De motiv, som de ogifta förebringat, visar en något rikare differentiering. En sammanställning av dem ger följande resultat.

Som synes spelar den dåliga ekonomin en dominerande roll även bland de ogifta. Det rör sig här huvudsakligen om kvinnor, vilka delvis avlönas

<sup>1</sup> Den 25/11 1949 medgav Kungl. Maj:t, att förf. för viss kriminologisk undersökning fick taga del av straffregistret m. m. under förutsättning, att offentliggörande icke skedde på sådant sätt, att vederbörande med ledning därav kunde identifieras. Identifikationsdata har därför retuscherats. Ang. återgivande av kasuistik se not å sid 11.

Tabell 73. Abortmotiv (ogifta kvinnor)

Uppgivet motiv	Antal
<i>Ekonomiska förhållanden</i>	
1. Dålig ekonomi .....	60
2. Frukta att förlora anställning ..	9
3. Frukta att arbetsmöjlighet eller yrkesutbildning skulle försvåras .....	5
4. Kunde ej påräkna ekonomiskt stöd av barnafadern .....	15
<i>Sjukdom m. m.</i>	
1. Sjukdom och nervositet .....	25
2. Kontrahenten sjuk .....	3
<i>Förhållande till föräldrahemmet</i>	
1. Rädsla för föräldrarna .....	46
2. Kunde ej påräkna bistånd från föräldrarna .....	3
3. Ville ej ligga föräldrarna till last	6
<i>Förhållande till kontrahenten</i>	
1. Övergiven av kontrahenten ....	40
2. Kontrahenten redan gift .....	28
3. Likgiltighet eller motvilja mot kontrahenten eller äktenskapet ..	28
4. Visste ej vem som var far till det väntade barnet .....	5
5. Tillfällig förbindelse .....	9
6. Kontrahenten asocial .....	7
7. Bruten förlovning .....	2
8. Fästmannen avliden .....	1
9. Kontrahenten utlämning .....	2
<i>Konventionella hänsyn</i>	
1. Skammen att bli ogift mor .....	9
2. Enklare konventionella skäl ...	9
3. Låg under hemskillnad .....	12
<i>Kunde ej ingå äktenskap .....</i>	30
<i>Ett utomäktenskapligt barn tidigare ..</i>	28
<i>Andra motiv</i>	
-1. Ansåg sig eller kontrahenten för ung .....	17
-2. Otrogen mot fästmannen .....	3
3. Rädsla för arvsanlag .....	7
-4. Bostadsfrågan .....	15
5. Direkt påverkan av kontrahenten	3
6. Abort bekvämt .....	2
7. Övriga .....	9
-8. Brottsligt hävdande .....	5

med naturaförmåner och vars kontantlön därför är ringa. Följande exempel kan anföras:

8. Köksbiträde, 20 år, har i avlöning fritt vivre och 110 kronor kontant per månad. Kontrahenten, som hon haft i tillfällig förbindelse, känner hon endast

till förnamnet, varför hon ej kan få underhållsbidrag.

9. Hembiträde, 27 år, har i avlöning fri bostad och 150 kronor kontant per månad. Hon försörjer delvis åldrig moder.

10. Kallskänka, 20 år, har i avlöning fri kost och 100 kronor kontant per månad. Kontrahenten har tidigare två barn utom äktenskap, varför möjligheten att få underhållsbidrag synes liten.

I de övriga fallen har trots en förhållandevis god inkomst ekonomin underminerats genom försörjningsplikt mot föräldrar eller ett tidigare barn utom äktenskap samt skuldsättning.

De 9 kvinnor, som hyst rädsla att förlora sin anställning, har utgjorts av ett hembiträde samt återstoden servitriser och andra restauranganställda.

En ekonomisk faktor av betydelse är också i vad mån kvinnan kunnat påräkna ekonomiskt stöd av barnafadern även om äktenskap ej varit aktuellt. I ett par fall har denne förklarat, att han kommer att vägra att betala, i andra fall åter har det framgått av omständigheterna, att han på grund av tidigare underhållsbidrag icke har möjlighet att prestera mera.

11. Fabriksarbeterska, 20 år, har tidigare ett barn utom äktenskap. Hon är på nytt gravid, nu med gift man. När hon, som tänkt föda barnet, omtalade sin situation för kontrahenten, förklarade denne, att hon fick välja mellan abort, som han bekostade, eller att han i framtiden icke skulle betala något för barnet.

12. Kallskänka, 26 år, är gravid med ogift tjänsteman. När hon omtalade sin situation, förklarade kontrahenten, att hans "ekonomiska ställning inte var sådan, att han kunde gifta sig". Han drog sig därefter undan. När hon sedan erfor, att han hade en tvåårig son utom äktenskap, för vilken han icke lämnade

underhållsbidrag, fastän han ådömts detta, beslöt hon sig för abort.

Sjukdom som grund för aborten bland de ogifta kvinnorna visar ungefär samma proportion mellan somatiska och psykiska åkommor som hos de gifta. De förstnämnda uppgår här till 10, varav märkes 4 fall av tbc och 4 av könssjukdom.

Hos de kvinnor, som åberopat nervositet eller psykisk depression, understrykes allvaret i sjukdomsbilden genom att två kvinnor tidigare gjort suicidalförsök i annat sammanhang och ytterligare fem har uttalat hotelse därom på grund av graviditeten.

Stor betydelse har kvinnans förhållande till föräldrarna och hemmet. Den dominerande faktorn är här rädslan för att omtala graviditeten. Utan att de kvinnor, som åberopat detta skäl, närmare utfrågats på denna punkt, har 20 % av dem uppgivit, att endera eller båda av föräldrarna varit religiösa och att det är på den grunden, som de ej vågat anförtro sig åt dem. Situationen kompliceras givetvis när kvinnan därjämte är beroende av föräldrahemmet för bostad eller dylikt. Att denna rädsla verkligen är en realitet att räkna med framgår av flera kvinnors redogörelser. En kvinna uppger till exempel, att när en syster till henne väntade barn utom äktenskap, blev hon utstött ur hemmet. En annan kvinna hade gjort synnerligen bittra erfarenheter av föräldrarnas reaktion, när hon kom hem med sitt första utomäktenskapliga barn.

Mannens uppträdande spelar givetvis en betydande roll när en kvinna upptäcker att hon är gravid. Det måste vara oerhört påfrestande, att i en sådan situation bli lämnad ensam eller få erfara, att mannen redan är gift. Sistnämnda omständighet har i och för sig av många kvinnor betraktats som motiv för aborten. — I 7 fall har man-

nen därjämte visat klart asociala tendenser. En var vid abortens utförande intagen på fångvårdsanstalt och i de övriga fallen var mannen alkoholiserad och med oordnad livsföring.

Märkligt nog är vanäremotivet av mycket ringa betydelse. Om man bortser från hemskillnadsfallen, som utgör en klart avgränsad grupp och där icke bara vanäran utan även andra synpunkter spelar roll såsom försämrad ställning i en eventuellt kommande process om äktenskapsskillnad, är det ett fåtal kvinnor, som åberopa sig å konventionella motiv. Endast 9 kvinnor har ansett, att det är en skam eller skandal att föda barnet utom äktenskap och 9 andra kvinnor har därjämte föreburit liknande motiv men av mindre styrka. Som exempel på vad som avses i de sistnämnda fallen kan anföras, att en kvinna "inte kunde tänka sig att ingå äktenskap, därest hon var gravid dessförinnan". En relativt nybliven änka ansåg det vara skandal "att få barn så snart efter makens död". De övriga kvinnorna inom denna grupp har funnit sin situation "genant" eller "förarglig".

Vid bearbetningen konstaterades, att ett flertal kvinnor med säkerhet skulle ha fött sina barn, om de haft möjlighet att ingå äktenskap. Dessa kvinnor sammanfördes i en grupp, omfattande 32 fall, vilka särskilt undersöktes med avseende å orsaken till det uteblivna äktenskapet. De fördelar sig på följande sätt:

Dåliga inkomster och studieskulder hos mannen 12 fall, svårigheter att skaffa bostad 10 fall. I 4 fall har formella äktenskapshinder omöjliggjort giftermål beroende på att kvinnan icke varit tillräckligt gammal eller att äktenskapshinder av annan art förelegat, såsom smittosam könssjukdom. I 2 fall har från mannens sida försörjningsplikt förelegat mot föräldrar och i 3

fall har han saknat anställning. I 1 fall finnes ingen orsak angiven.

En grupp, som erbjuder särskilda problem, är de kvinnor, som redan har barn utom äktenskap och nu väntar ytterligare ett. Att uppfostra och försörja ett barn har de gått i land med med att utöver ett yrkesarbete ta vård om flera, anser de vara en omöjlighet.

Ett par exempel skall belysa denna situation.

13. Affärsbiträde, 30 år, har ett barn, 7 år gammalt, som hon har vårdnaden om. Fadern till det väntade barnet är gift. Hon anser sig inte kunna ha förvärvsarbete, sköta två barn och bidra till sin moders uppehälle.

14. Servitris, 24 år, har ett barn, 1 år gammalt. Fadern till det väntade barnet är statsanställd med låg lön. Hennes egen inkomst uppgår till 72 kronor i veckan. Hon anser sig ej kunna försörja ytterligare ett barn på denna inkomst.

I många fall har kvinnans föräldrar tagit hand om det första barnet och när det andra är på väg uppstår frågan, om föräldrarna kan ta vård även om det. En kvinna uppger, att hon "helt enkelt inte kunde komma hem med ytterligare ett barn till sina fattiga föräldrar". Denna tankegång går igen hos nästan samtliga av dessa kvinnor, ibland i den formen, att de inte vill ligga sina föräldrar till last.

Slutligen skall här nämnas några ord om bostadsfrågan, som haft betydelse för 15 kvinnor. De har så gott som samtliga varit inneboende i möblerade rum eller delat möblerat rum med väninna. De har insett omöjligheten att kunna uppfostra barnet i denna bostad. En speciell svårighet har en av kvinnorna haft, som varit inneboende i en stiftelse för ogifta kvinnor och som till följd av barnsörden skulle ha nödgats flytta och bli utan bostad.

I detta sammanhang skall vidare om-

nämnas, att 5 gifta och 14 icke gifta kvinnor har uppgivit, att de haft för avsikt att beröva sig livet i samband med den icke önskade graviditeten. I materialet förekommer också ett självmord, där en gift kvinna, som väntade barn med en på annat håll gift man, efter ett misslyckat illegalt abortingrepp tog sig av daga. Härtill kommer det tidigare omnämnda tveksamma fallet, där det ej kunde utrönas, om självmord eller dödsabort förelegat.

#### Sociala hjälpåtgärder

För att utröna i vilken omfattning kvinnorna har känt till möjligheterna för legal abort och samhällets sociala hjälpåtgärder överhuvudtaget har noterats de fall, där kvinnorna vid polisutredningen direkt tillfrågats härom. De utgör sammanlagt 136 stycken. Av dessa fall kände 36 kvinnor varken till legal abort eller övriga hjälpåtgärder. Man skulle kunna tro, att dessa 36 fall med hänsyn till den tid, som undersökningen avser, huvudsakligen skulle avse äldre fall, men de fördela sig på följande sätt:

1 fall 1943

3 „ 1944

2 „ 1945

30 „ från och med 1946.

Återstående 100 kände emellertid till i varje fall möjligheten att få legal abort. Med anledning därav undersöktes, varför de icke begagnat sig av denna möjlighet i stället för att gå till kvacksalvare. 41 stycken hade lämnat uppgift härom och den illegala aborten berodde på, i 3 fall avslag på legal abortansökan från medicinalstyrelsen och i 19 fall att fallet prövats av läkare eller kurator, som ej ansett förutsättningar föreligga. Vidare hade 12 kvinnor själva ej ansett, att det var lönt att ansöka om legal abort, 4 ansågo, att utredningsförfarandet var obe-

hagligt och 2 tyckte, att det tog för lång tid. Slutligen var det en kvinna, som ej vågade göra ansökan om legal abort, då hon led av syfilis i smittosamt skede och hade haft samlag under denna tid, varför hon var rädd för straffpåföljd. Av de 19 fall, där läkare eller kurator prövat ansökan och denna ej insänts till medicinalstyrelsen, var orsaken i ett fall att graviditeten var för långt framskriden. Vidare hade 2 fall varit inlagda på psykiatrisk klinik för

observation. Endast i ett fall hade — enligt kvinnans egen uppgift — hon avfärdats av läkaren utan närmare undersökning, i detta fall med motiveringen "det finns ju barnbidrag".

I de 12 fall, då kvinnorna själva ej ansett det vara lönt att söka legal abort berodde det uppenbarligen i flera fall på bristande kunskap om möjligheten att få legal abort. 4 kvinnor har förklarat, att legal abort får man "endast om man är sjuk eller så".

## Operationsriskerna vid legal abort

Av med. lic. Erik Klintskog

Den operationsrisk, som en legal abort medför har bedömts mycket olika av olika läkare. Innan de ryska gynekologerna meddelade sina erfarenheter av abortprovokationer på friska kvinnor under 1920- och 1930-talet, hade riskerna vid legal abort endast kunnat bedömas efter ingrepp på kvinnor lidande av oftast allvarliga kroppsliga sjukdomar såsom hjärtfel, lungtuberkulos, njursjukdomar, graviditetstoxikoser och liknande. I åtskilliga fall var den sjuklighet eller dödlighet som åtföljde ingreppen direkt orsakade av den grundsjukdom, som utgjorde indikation för abortprovokationen. Det är därför naturligt att man i ett dylikt material finner höga risksiffror. Uppgifter angående det ryska abortmaterialet är de första, som ger en viss möjlighet till bedömning av de egentliga operationsriskerna, alltså de risker som ingreppet i och för sig medför, enär i detta abortmaterial ingreppen huvudsakligast har utförts på social indikation, dvs. på kroppsligt friska kvinnor. Erfarenheterna från Ryssland är emellertid ej utan vidare jämförbara med andra länders av flera orsaker; dels ingår i flera ryska statistiker såväl kriminella som lagliga som spontana aborter, dels medgav den ryska abortlagen ej legal abort efter tredje graviditetsmånaden annat än på medicinsk indikation (enligt lagbestämmelse 3/11 1924), dels på grund av den korta vårdtiden, i allmänhet utskrevs kvinnorna ett par dagar efter

det aborten utförts (*Karlin*, 1933). — För Sveriges vidkommande blev det egentligen först i och med att eugenisk abortindikation tillkom 1939 möjligt att undersöka riskerna vid legal abort på kroppsligt friska kvinnor. Denna möjlighet har sedermera ökat, sedan i Sverige abort i stort antal kommit att utföras på indikationen depression, ofta utlöst av sociala orsaker och personliga svårigheter. Ytterligare har antalet kroppsligt friska kvinnor ökat i det svenska abortmaterialet, sedan indikationen förutsedd svaghet tillkom.

De tidigare uppfattningarna om riskerna vid legal abort är sålunda — utanför Ryssland — baserade på operationer utförda på i allmänhet kroppsligt sjuka kvinnor, vilket i och för sig medför en högre risk, dessutom kan de höga risksiffrorna i äldre material ha sin orsak i att olämpliga operationsmetoder har använts.

På grund av olika material beträffande indikationer och operationsmetodik har skilda läkare kommit till varierande uppfattningar om riskerna vid legal abort. De meddelade åsikterna och resultaten är grundade antingen på stor personlig erfarenhet av abortprovokationer eller på bearbetningar av större abortmaterial.

Sålunda ansåg sig *Kisch* (1922) kunna konstatera att legal abort ej vore farligare än en normal förlossning. *Dannreuther* (1946) ansåg risken vara lika med noll — med undantag för kirurgi-

ska olyckshändelser — om ingreppet utfördes kirurgiskt av en erfaren gynekolog i en modern operationssal.

De flesta erfarna gynekologer har dock meddelat som sin erfarenhet, att legal abort ingalunda är ett ofarligt ingrepp. *Strassman* (1922) framhöll, att abortingrepp är en farlig operation även om den utföres av specialist. *Bumm* (1923) vände sig mot den uppfattning som ofta framfördes i början på 1920-talet att legal abort vore ett ofarligt ingrepp, "motsatsen är riktig". *Karlin* (1924) konstaterade på grund av sin erfarenhet av det ryska abortmaterialet att legal abort även i händerna på den skickligaste gynekolog förorsakar en viss procent sjuklighet och dödlighet. *Kjelland-Mördre* (1929) ansåg en lege artis framkallad abort medföra en viss risk. Även *Holland* (1931) påpekade att operationen har en risk, som ehuru liten, gynekologen men icke den hänvisande läkaren har att taga ansvar för. *Whitehouse* (1932) framhöll det vara gynekologens plikt att informera de icke medicinskt orienterade om de möjliga riskerna vid legal abort, icke endast döds- utan även sjuklighetsriskerna för kvinnan, samt underströk att ingreppet icke alltid är riskfritt ens om det utföres av erfaren operatör under bästa betingelser. *Kirillow* (1933) ansåg sig på grund av erfarenheter av det stora abortmaterialet i Ryssland kunna fastslå att det ej finns någon annan operation, som i sig själv medför så många faror för organismen som legal abort, beroende på att härvid ett fysiologiskt tillstånd tillfälligt överföres i ett patologiskt; detta patologiska tillstånd kan liksom varje sjukdom kvarlämna spår oavhängigt av kirurgens konst. Till en liknande uppfattning kom *Laptew* (1933), vilken liksom *Kirillow* grundade sin åsikt på ryskt abortmaterial. *Schmid* (1933)

meddelade att legal abort icke är ett likgiltigt ingrepp, vilket han ofta fann vara uppfattningen icke endast hos läkare. Infektionsrisken betecknades som farligast. Även *Anderes* (1935) framhöll att riskerna vid legal abort underskattades starkt samt yrkade på att det slutliga ställningstagandet till en legal abort måste tillfalla operatören, på vilken vilar det fulla ansvaret för det operativa ingreppet. *Anderes* förmodade att många indikationsintyg ej skulle skrivits om vederbörande läkare känt till de faror som hotar patienten vid operationen. På grund av komplikationsriskerna ansåg *Hesseltine och medarbetare* (1940) att legal abort endast borde utföras av kompetent operatör samt så sparsamt som möjligt efter fjärde graviditetsmånaden. *Greenhill* (1944) och *De Lee & Greenhill* (1948) betecknade legal abortprovokation som en av de farligaste operationerna i obstetiken. *Olow* (1946) angav att sjukligheten orsakad av legal abort icke är alldeles betydelselös och att det icke ens saknas en viss dödsrisk samt framhöll, att detta alltid varit gynekologerna bekant; undersökningar i detta ämne förväntades kunna bidra till en ändring av den vanliga lekmanuppfattningen, att en abortprovokation om den bara utföres av en sakkunnig hand vore ett ofarligt ingrepp. Denna lekmanuppfattning syntes delad även av läkare utanför gynekologers och kirurgers krets. *Siegel & Kohn* (1946) angav på ett material av 80 fall av legal abort 35,5 % morbiditet vid vaginala operationer och 27,5 % vid abdominella operationer. *Lork* (1947), vilken var den förste efter de ryska författarna på 1920- och 1930-talet, som meddelade erfarenheter av ett större material legala aborter på kroppsligt friska kvinnor, ansåg, att kändedomen om de faror och



allvarliga följder, som legal abort kunde medföra, skulle vara såväl läkaren som patienterna till hälsosam varning. *Feniger & Wetterdal* (1947) anförde att legal abort icke alltid är ett ofarligt ingrepp för kvinnan. *Svanberg* (1948) drog slutsatsen av en undersökning rörande 709 fall av legal abort och 504 fall av legal abort + sterilisering, att de omedelbara komplikationerna vid dessa operationer även om de utföras under gynnsamma betingelser dock är förenade med icke så små risker. *Holtz* (1949) ansåg att förekomsten av komplikationer vid tidigare använda metoder berodde på att man eftersträvat att få i gång värkarbete, och när uterus med denna metod tömde sig först efter flera dagars förlopp utvecklade sig infektioner. *Holtz* övergick därför till att tömma uterus i en seance även vid avancerade graviditeter medelst vaginalt kejsarsnitt och sammanfattade sina erfarenheter av 405 fall av legal abort utförda med dilatation + utrymning i en seance eller med vaginalt kejsarsnitt + utrymning i slutsatsen: dessa ingrepp är visserligen icke fullkomligt riskfria men frekvensen av komplikationer är mycket låg, endast 4,4 %; allvarliga komplikationer är mycket sällsynta. *Bisch* (1950) angav sjukligheten efter ingreppet till 15,6 % i ett material av 1563 legala aborter; i detta material hade i en del fall komplikationer uppträtt först sedan patienterna lämnat sjukhuset. Den verkliga komplikationsfrekvensen i hela materialet ansågs ligga väsentligt högre när samtliga opererade patienter efter hemkomsten ej blivit undersökta. — Den höga sjukligheten förklarade *Bisch* med att metreurys använts som operationsmetod i en senare del av materialet, där denna metodik övergivits, sjönk sjuklighetssiffran till 7,4 %. *Holtz* (1951) meddelade 3,8 % komplikationer på 500 fall av le-

gal abort och att mera anmärkningsvärda komplikationer endast inträffade i 2 %; komplikationsfrekvensen var ej högre vid vaginalt kejsarsnitt än vid dilatation med Hegar och utrymning i en seance, varför *Holtz* drog slutsatsen att det ej vore större risk att utföra legal abort i de senare graviditetsmånaderna. *Oram* (1951) meddelade 68 % med temperaturstegring upp till 39° i ett material av 436 fall av legal abort utförda medels partiell utrymning (en metodik som praktiskt taget ej användes i Sverige), men ansåg denna feber icke vara av reell betydelse och att abortens förlopp i sådana fall borde betraktas som normalt.

Vid utrönande av komplikationer vid legal abort är frågan om den med ingreppet förenade dödsrisken (mortaliteten) helt naturligt den viktigaste. På grund härav skall huvudsakligen mortaliteten behandlas i den följande framställningen.

#### Tidigare undersökningar angående mortaliteten vid legal abort

I äldre undersökningar över komplikationerna vid legal abort är mortalitetssiffrorna höga, delvis beroende på själva ingreppen, men sannolikt mest på grund av att operationerna utförts på somatiskt sjuka kvinnor samt att i materialet ofta ingår fall med abort och samtidig sterilisering. Det är först fr. o. m. 1930-talets tidigare hälft som erfarenheter angående dödlighetsrisken vid legal abort börjar framläggas, baserande sig på större material. Från denna tid stamma följande uppgifter. *Kjelland-Mördre* sammanställde resultaten från 21 norska sjukhus för åren 1920—29, mortaliteten vid enbart abort (utskrapning eller bougieinläggning) var 2‰ (1 dödsfall i infektion vid 494 aborter) och vid abort + sterilisering 9‰ (2 dödsfall i bukhinneinflammation).

tion vid 221 operationer). *Russa* angav 50‰ mortalitet vid 281 fall av legal abort på indikationerna tbc., graviditetstoxicos, nephrit etc. *Maurizio* erhöll 17‰ mortalitet på 240 fall av legal abort, vilka i 47 fall dessutom var kombinerade med samtidig sterilisering. *Benthin* hade 8‰ mortalitet på 244 fall, *Fuchs* 4‰ mortalitet på 223 fall, *Franqué* 23‰ mortalitet på 129 fall, *Bucura* 20‰ mortalitet och *Spitzer* 18‰ mortalitet på 162 fall.

Från Sverige meddelade *Næslund* (1933) en totalmortalitet av 53‰ vid 359 fall, i 14 av dessa hade samtidigt utförts sterilisering. *Schmid* (1933) hade 6,5‰ mortalitet vid 154 fall. *Anderes* (1935) angav en mortalitet av 3‰—30‰ samt att vid tyska kvinnokliniker mortalitetssiffran var 11‰.

Ryska läkare meddelade 1933 anmärkningsvärt låga mortalitetssiffror. sålunda redovisade *Karlin* två dödsfall i sepsis på ett material av 7167 aborter utförda på social indikation = 0,3‰ mortalitet. *Areschew* hade ett dödsfall på 527 sociala aborter = 1,9‰ mortalitet.

Anglosachsiska läkare publicerade under 1940-talet höga mortalitetssiffror på små material. *Cosgrove och medarbetare* angav 55‰ mortalitet, *Kuder & Finn* 7‰ mortalitet på 280 fall, *Siegel*

& *Kohn* 50‰ på 80 fall, *Perlmutter* 5‰ på 199 fall. — *Tietze* meddelade 1950 för tiden 1943—47 3 592 fall av legal abort i New York City. Den operativt betingade mortaliteten uppgick till 2‰ (7 dödsfall) och den totala mortaliteten uppgick till 3,3‰ (12 dödsfall).

Från Tyskland meddelade *Bisch* (1950) 1563 fall av legal abort, i ett mindre antal kombinerade med sterilisering; 1 298 fall opererades med instrumentell utrymning i en seance, i denna grupp inträffade det enda dödsfallet = 0,8‰ mortalitet.

*Skajaa* har nyligen meddelat uppgifter om mortaliteten vid legal abort i Norge, det redovisade materialet är hämtat från åren 1920—49. Av 5 900 aborter var  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  kombinerade med sterilisering. 11 dödsfall orsakades av ingreppet, 7 av dessa inträffade vid abort + sterilisering. Den operativt betingade mortaliteten är i detta material ca 1‰ vid abort och ca 3,5‰ vid abort + sterilisering.

År 1949 utfördes på samtliga norska sjukhus 2 009 aborter, hur många av dessa som kombinerats med sterilisering är ej känt. 2 dödsfall inträffade (total mortalitet 1‰), det ena (efter abort + sterilisering) orsakades av tarmvred, vid det andra (enbart abort)

Tabell 74

Total mortalitet vid abortprovokation		
	Total mortalitet ‰	Antal fall
Jerlov, 1943 (Göteborg 1930—41) .....	0	(0/489)
Brosset, 1946 (Allm. barnbördshuset, Sthlm. 1938—45) .....	0	(0/161)
Feniger & Wetterdal, 1947 (Sabbatsberg, Sthlm. 1936—45) .....	6,6	(1/151)
Furuhjelm, 1947 (Karolinska sjukhuset, Sthlm.) .....	0	(0/102)
Bengtsson & Sjöstedt, 1948 (Lund 1939—47) .....	0	(0/214)
Svanberg, 1948 (Göteborg 1942—47) .....	1,4	(1/709)
Holtz, 1951 (Södersjukhuset, Sthlm. 1946—49) .....	0	(0/500)
Mauléon, 1952 (Malmö 1939—50) .....	1,8	(1/549)

Tabell 75

Total mortalitet vid abortprovokation + samtidig sterilisering		
	Total mortalitet ‰	Antal fall
Jerlov, 1943 (Göteborg 1930—41) . . . . .	10	(3/298)
Brosset, 1946 (Allm. barnbördshuset, Sthlm 1938—45) . . . . .	7,3	(1/137)
Feniger & Wetterdal, 1947, (Sabbatsberg, Stockholm 1936—45) . . . . .	0	(0/81)
Furuhjelm, 1947 (Karolinska sjukhuset, Sthlm) . . . . .	0	(0/40)
Bengtsson & Sjöstedt, 1948 (Lund 1939—47) . . . . .	8	(1/132)
Svanberg, 1948 (Göteborg 1942—47) . . . . .	6	(3/504)
Mauléon, 1952 (Malmö 1939—50) . . . . .	2,2	(1/454)

var dödsorsaken ej fullt klarlagd men infektion var bidragande.

Svenska gynekologer har under senaste decenniet publicerat mortalitets-siffror från resp. specialkliniker, som sammanfattas i tabell 74 och 75.

Av de nu angivna mortalitets-siffrorna kan oftast endast den totala mortaliteten vid ingreppen avläsas. Det hittills publicerade svenska materialet är ofullständigt, det innehåller endast uppgifter från en del av de gynekologiska special-klinikerna. Ungefär halva antalet aborter utföres dock på icke gynekologiska avdelningar. Det är av stor betydelse att fastställa den operativt betingade mortaliteten vid de legala aborterna i Sverige särskilt med hänsyn till de författare, vilka i sina meddelanden ej ha något dödsfall. För att nå fram till en djupare kunskap om detta förhållande fordras tillgång till betydligt större och allsidigare material än som hittills publicerats. Av redovisade uppgifter framgår att mortaliteten vid abortprovokation sjunkit under senare år.

Tidigare har påpekats att de låga mortalitets-siffrorna i det ryska materialet av skilda orsaker icke är jämförbara med andra länders. I övriga utländska material — med undantag för de norska och danska — ligger mortalitets-siffrorna i allmänhet något högre

än de svenska, vilket måste bero på skillnaden i operationsmetoder och indikationer.

**Undersökningar rörande mortaliteten i medicinalstyrelsens material av legala aborter utförda i Sverige 1935—51**

De i medicinalstyrelsens arkiv förvarade handlingarna angående utförda legala aborter i Sverige utgör det största samlade abortmaterialet i världen. Det medger därför ett ingående studium av hithörande problem. Tidigare svenska undersökningar har givit erfarenheterna från några gynekologiska kliniker. En studie av det samlade abortmaterialet är av intresse på grund av dess storlek, varigenom av slumpen beroende variationer kan elimineras — i stor utsträckning även i detaljfrågor — samt därför att materialet är representativt för hela landet.

Medicinalstyrelsens material av legalt utförda aborter under perioden 1/7 1935—31/12 1951 uppgår till över 35 000 fall, av vilka ca 10 300 samtidigt även undergått sterilisering.

Operationerna har oftast utförts vaginalt, antingen med utrymning efter vidgning av livmoderhalsen med Hegarstift (mera sällan har laminariastift använts), eller med vaginalt kejsarsnitt. Vid abort + samtidig sterilisering har

Tabell 76

Operativt betingad mortalitet vid de vanligaste operationsmetoderna 1939—48	
Vaginal utrymning efter dilatation i en seance .....	6 dödsfall vid 3 793 op. = 1,58 ± 0,65 ‰
Vaginalt kejsarsnitt .....	5 dödsfall vid 3 176 op. = 1,57 ± 0,70 ‰
Abdominellt kejsarsnitt .....	5 dödsfall vid 1 417 op. = 3,52 ± 1,58 ‰
Abdominellt kejsarsnitt + sterilisering ...	22 dödsfall vid 4 313 op. = 5,10 ± 1,08 ‰

så gott som alltid utförts abdominellt kejsarsnitt med åtföljande resektion eller helt avlägsnande av äggledarna, amputation av livmodern har förekommit i ett relativt mindre antal fall.

Genom operationen uppkomna komplikationstillstånd av mer eller mindre allvarlig art utan att dock leda till döden är ej sällsynta i detta material. En närmare redogörelse för dessa komplikationer skulle ställa allt för stora krav på utrymmet i denna översikt. Utan att förringa betydelsen av dem, inskränker jag mig därför i detta sammanhang till att endast omnämna, att feber är den vanligaste komplikationen — oftast orsakad av infektion i livmodern efter ingreppet, att äggledar-äggstocksinfektion och andra infektiösa processer i bäckenet ingalunda är ovanliga, att sepsis (blodförgiftning) även förekommer trots modern behandling med antibiotika, att i samband med vaginala operationer perforerande skador å livmodern eventuellt kombinerade med sekundära, allvarliga tarmskador har inträffat även för vana operatörer, att blodpropp i lungan, tarmvred och bukhinneinflammation hos patienter med legal abort huvudsakligast uppträder efter abdominellt kejsarsnitt med eller utan samtidig sterilisering.

Av de i materialet ingående ca 35 000 legalt aborterade kvinnorna har ett 100-tal avlidit i samband med operationen, av dessa har mer än hälften dött på grund av komplikationer enbart uppkomna genom det operativa ingreppet

(bukhinneinflammation, sepsis, tarmvred, blodpropp i lungan, förblödning, kollaps, narkosdöd etc.).

Helt naturligt är mortaliteten högst under de första åren samt lägre under de sista, då indikationerna med kroppslig sjukdom går relativt tillbaka i förhållande till indikationerna svaghet och psykisk depression som nu dominerar. Dessutom har även förbättrade operations- och behandlingsmetoder (bl. a. införande av penicillinbehandling vid infektiösa komplikationstillstånd) inverkat.

Ur risksynpunkt har man att göra med två skilda slags aborter, enbart abort och abort + sterilisering. Mortaliteten är avsevärt högre i de fall där abortprovokationen kombineras med ett steriliserande ingrepp (tabell 76). Vid den kombinerade operationen har operatören så gott som undantagslöst valt att utföra de bägge ingreppen samtidigt medels ett abdominellt kejsarsnitt jämte anslutande steriliseringsoperation.

Under perioden 1939—48 har inga signifikanta differenser kunnat påvisas för mortaliteten i tidigare och senare graviditetsmånader, dvs. dödsrisken är ej större för legal abort vid avancerad

Tabell 77

Total mortalitet vid legal abort 1946—51	
År 1946—48 ....	27 döda = 2,5 ‰
År 1949—51 ....	19 döda = 1,1 ‰
År 1946—51 ....	46 döda = 1,6 ‰

Tabell 78

Total mortalitet vid enbart abort 1946—51	
År 1946—48 .....	12 döda av 7 425 = 1,6 ‰ mortalitet
År 1949—51 .....	7 döda av 13 240 = 0,6 ‰ mortalitet
År 1946—51 .....	19 döda av 20 665 = 0,9 ‰ mortalitet

graviditet. — Å de gynekologiska avdelningarna är den operativt betingade mortaliteten något lägre än å de icke gynekologiska avdelningarna. Legal abort utföres vanligast i 4:e och 5:e graviditetsmånaderna.

Abortmaterialet för åren 1946—51 är av speciellt intresse på grund av att den nu gällande abortlagen trädde i kraft förstnämnda år.

Under dessa år inkom till medicinalstyrelsen rapporter om 28 447 aborterade kvinnor, varav 46 avlidit (tabell 77). — I det följande redogöres endast för total mortalitet.

En uppdelning av 1946—51 års material på fall med enbart abort och abort + sterilisering ger vid handen, att den tidigare visade ökade mortaliteten vid det kombinerade ingreppet alltså kvarstår (tabell 78 och 79).

Indikationerna för utförande av legal abort i de 46 fall, som ledde till döden under perioden 1946—51, återges i tabell 80.

Av de 16 dödsfallen vid somatisk sjukdom var emellertid endast 7 betingade av grundsjukdomen, nämligen av lungtuberkulos: 3, av njurinflammation: 2, av akut gul levertrofi och av kräfta vardera 1 fall. — 39 dödsfall orsakades av operationskomplikationer:

sepsis eller bukhinneinflammation: 14, tarmvred: 12, kollaps, chock, narkosdöd 5, blodpropp: 4, urinförgiftning: 1, intraabdominell förblödning: 1, lunginflammation: 1, akut hjärnblödning: 1.

*Perioden 1949—51*

Under perioden 1949—51 har 19 kvinnor avlidit. Dessa dödsfall har speciellt intresse på grund av att de inträffat under de allra sista åren, varför man här kunnat tillämpa den medicinska vetenskapens senaste rön för att söka förhindra den fatala utgången. En översikt av väsentliga medicinska data i dessa fall ges i tabell 81 (s. 260—261). Fallen fördelar sig tämligen jämnt på de tre åren. 14 har avlidit efter Medicinalstyrelsens medgivande till abort, 4 har avlidit efter utlåtande av två läkare och 1 har avlidit vid s. k. nödfall. Som framgår av tabell 81 (s. 260—261) har obduktion visat, att i några fall sjukdom förefunnits, ehuru aborten beviljats på indikationen förutsedd svaghet eller svaghet.

7 dödsfall har inträffat på gynekologiska samt 12 på icke gynekologiska avdelningar.

Man kan nu med skäl fråga: Hur många av dessa kvinnor skulle ha avlidit i samband med graviditeten, även

Tabell 79

Total mortalitet vid abort + sterilisering 1946—51	
År 1946—48 .....	15 döda av 3 302 = 4,5 ‰ mortalitet
År 1949—51 .....	12 döda av 4 480 = 2,7 ‰ mortalitet
År 1946—51 .....	27 döda av 7 782 = 3,5 ‰ mortalitet

om intet abortingrepp företagits? Frågan är ytterst svår att besvara. Mortaliteten i 1949—51 års material utgör vid enbart abort 0,6 ‰ och vid abort + sterilisering 2,7 ‰ (tabell 78 och 79). Mortaliteten vid förlossning var 0,6 ‰ år 1950 (71 dödsfall på 115 957 förlossningar). Det kan ifrågasättas det berättigade i att jämföra så vitt skilda storlekstal, som aborterna och förlossningarna med resp. dödsfall uppgår till under motsvarande period. Gör man en sådan jämförelse förefaller det som om dödsrisken vid enbart abort och vid förlossning vore densamma. Av 7 dödsfall efter enbart abort berodde dock 4 på sepsis. Vill man nu fortsätta samma resonemang skulle man komma fram till att ungefär hälften av alla kvinnor som dör i samband med förlossning, skulle dö i sepsis. I verkligheten förekommer sepsis som dödsorsak vid förlossning endast i några få procent av samtliga dödsfall. Redan härav inses vanskligheten att dra slutsatser av de likstora risktalen vid enbart abort och förlossning.

De legala abortingreppen är behäftade med en viss mortalitet, som vid

Tabell 80

Indikationer vid dödsfall i samband med legal abort 1946—51	
I. Kroppslig sjukdom <sup>1</sup> .....	16
II. Svaghet, depression etc. ....	15
III. Förutsedd svaghet .....	3
IV. Sinnessjukdom, psykopati epilepsi, imbecillitet hos kvinnan .....	11
V. Psykopati hos mannen .....	1
Summa	46

<sup>1</sup> Lungtuberkulos: 5, hjärtfel: 3, njurinflammation: 2, graviditetskräkningar: 2, ryggradsdeformation: 1, bröstörtelkräfta: 1, astma: 1, akut gul leveratrofi: 1.

kombinerad abort- och steriliseringsoperation ligger högre än vid förlossning, en omständighet av särskild betydelse, då sterilisering ställes som villkor för legal abort. Av tabell 81 (s. 260—261) framgår, att dödsorsaken i samtliga abort-steriliseringsfall ej haft påvisbart samband med indikationerna för ingreppen. En möjlighet att minska denna risk ligger i — om det ej anses lämpligast att kvinnan föder barnet och därefter steriliseras — att sterilisera henne 1 à 2 veckor efter en vaginalt utförd abort.

Tabell 81. Dödsfallen i samband med legal abort enligt

Fall nr	Aborter	Förlossn.	Indikation	Tillstånd av	Ålder	Op.-metod
1	0	5	Förutsedd svaghet	II	34	Hysterotomia abd. + sterilisatio
2	0	1	Sinnessjukd. (depression)	I	36	D:o
3	0	0	Svaghet	I	49	D:o
4	1	5	D:o	I	38	D:o
5	0	3	Förutsedd svaghet	I	32	Enkel utrymning i en seance
6	0	4	Depression	I	35	Hysterotomia abd.
7	0	0	Sinnesslöhet	I	40	Hysterotomia abd. + sterilisatio
8	1	1	Lungtbc.	II	27	Laminaria + senare utrymn.
9	0	2	Svaghet	I	42	Hysterotomia abd. + sterilisatio
10	0	12	Lung- och tarmtbc. (Rtg: obetydl. tbc. förändr. i ileocaecalreg.)	II	37	D:o
11	0	1	Sinnesslöhet	I	34	D:o
12	0	4	Svaghet	I	44	D:o
13	3	0	Psykopati	I	31	D:o
14	0	2	Svaghet	I	21	Hinnspr.
15	0	1	Njurinsuff.	III	22	Hysterotomia vaginalis
16	0	4	V. o. c.	II	42	Hysterotomia abd.
17	1	4	Svaghet	I	40	Hysterotomia abd. + sterilisatio
18	0	3	Sinnesslöhet	I	38	D:o
19	0	3	Depression	I	32	Hysterotomia abd.

I = medicinalstyrelsens socialpsykiatriska nämnd.  
 II = två läkare.  
 III = en läkare (vid nödfall).

till medicinalstyrelsen 1949—1951 inkomna rapporter

Omedelbar kompl.	Efterförloppskompl.	Dödsorsak	Anmärkning
Död på op.-bordet		Degeneratio cordis	Obduktion: fetthjärta
	Kräkningar, hög feber	Troligen sepsis	Död efter 9 dagar. Obduktion: akut endometrit
	Hemiplegia	Haemorrhagia cerebri	Mola. Död efter 13 dagar. Obduktion: gåsäggsstor blödning i högra hemisfären
Uterusperf.	Aktivering av gammal njurinsufficiens	Uremia	Död efter 9 dagar. Grav sekundär anemi
	Peritonitbild	Ileus paralyticus	Död efter 5 dagar. Ej obduktion
	Ileus	D:o	Relap.: paralyt. ileus, tarmfistel. Död efter 9 dagar. Obduktion: op.-området u. a., paralyt. ileus
	Intraabdominell blödning	Intraabdominell förblödning	Död efter 1 dag. Obduktion: blödningen kom från op.-området
	Sepsis, akut njurinsufficiens	Sepsis	Död efter 7 dagar. Obduktion: akut endo- och myometrit
	Embolia pulm.	Embolia pulm.	Död efter 9 dagar. Obduktion: embolin utgick från bäcken-trombos
	Ileus	Ileus	Relap.: mekan. ileus, sammanlödningar till op.-området, tarmresektion, inga tecken på tbc. Död efter 12 dagar. Ej obduktion
	Feber, septiskt utseende	Troligen sepsis	Död efter 4 dagar. Obduktion: njurförändringar av nekrostyp, lätt rodnade meteoristiska tarmar, varig urin i ena njurbäckenet
	Ileus	Ileus paralyticus	Död efter 7 dagar. Obduktion: utpräglad paralytisk ileus
	D:o	D:o	Död efter 6 dagar. Obduktion: tarmdilatation
	Sepsis	Sepsis	Död efter 4 dagar. Obduktion: akut sepsis
Riklig blödning	Uremi, anemi	Glomerulonephritis subchron	Död efter 2 dagar. Obduktion: utbredd subkronisk glomerulonefrit
	Angina tonsillar., peritonit	Sepsis	Död efter 11 dagar. Ej obduktion
	Njurinsuff., pneumoni	Pelveoperitonit	Död efter 20 dagar. Obduktion: mer än knytnävstor Douglasabscess. Njurar: ödem och blödningar i parenkymet
	Embolia pulm.	Embolia pulm.	Död efter 7 dagar. Obduktion: embolin utgick från bäcken-trombos
Död på op.-bordet		Insuff. cordis	Obduktion: akut lungödem



## Psykiatriska synpunkter på abortsituationen

Erfarenheter från Stockholms stads rådgivningsbyrå för sexualfrågor

Av med. lic. Yngve Holmstedt

Stockholms stads rådgivningsbyrå för sexualfrågor öppnades under provisoriska former år 1942. Bland annat i anslutning till att ändringar i lagen om avbrytande av havandeskap trädde i kraft år 1946 vidgades verksamheten och 1949 erhöll byrån sina nuvarande lokaler, Döbelnsgatan 59, och sin nuvarande organisation. Föreståndaren är gynekolog. Kvinnor, som söker vid rådgivningsbyrån för att få möjligheten till abort bedömd eller söker hjälp i samband med oönskad graviditet, omhändertages först av någon av byråns kuratorer och genomgår sedan gynekologisk undersökning. Om psykiatrisk undersökning anses behövlig, och detta gäller huvudparten av detta klientel, hänvisas kvinnan till någon av de vid byrån arbetande psykiatriska konsulterna, vilka utför sina undersökningar antingen på byråns lokaler eller vid sina privata mottagningar.

Sedan 1946 har jag tjänstgjort som psykiater vid byrån och har undersökt över tusen abortsökande.

Materialet till den här publicerade undersökningen har erhållits på följande sätt. Varje abortsökande eller hjälpsökande i samband med graviditet registreras med löpande nummer vid anmälan på byrån. Var femte av dessa kvinnor har under tiden april—juli 1951 hänvisats till mig — oberoende av om de sökt för psykiska eller

kroppsliga besvär — med undantag av 11 patienter, vilka utretts av annan psykiater.<sup>1</sup> Ytterligare 20 kvinnor har av följande anledningar uteslutits ur "den fortlöpande raden av vart femte fall". För att tillfredsställa kraven på likformig noggrannhet vid bedömningen av fallen ur psykiatrisk synpunkt har endast fall medtagits, vilka föranlett ansökningsförfarande, inklusive utförligt läkarutlåtande ("Intyg C"), till medicinalstyrelsen. 14 kvinnor (av dessa 20) övertalades att föda barnet, 3 erhöll spontanabort och 3 avbröt undersökningen av olika anledningar innan ansökningshandlingar utfärdats och fullständig utredning sålunda verkställdes. Av sammanlagt 131 kvinnor, utgörande en fortlöpande rad av vart femte fall av registrerade abortsökande kvinnor vid byrån, har här 100 närmare analyserats.

*Detta material kan alltså anses vara ur statistisk synpunkt representativt för byråns abortsökande, vilkas belägenhet varit sådan att abortindikationer har kunnat tas under diskussion och ansökningshandlingar om abort insänts till medicinalstyrelsen.*

Den psykiatriska undersökningen har skett sedan kuratorsutredning och gy-

<sup>1</sup> Några av dessa 11 patienter har utretts av psykiater, som tidigare behandlat sökanden i fråga, andra åter har genom förbiseende av vederbörande kurator remitterats till annan psykiater.

Tabell 82. Slutlig utgång av materialets 100 graviditeter

Resultat	Antal
Föder barnet .....	30
Legal abort .....	68 (därav abort + sterilisering i 12 fall)
Illegal abort efter avslag ...	2
Summa	100

nekologisk undersökning verkställdt och har omfattat minst två undersökningar om sammanlagt cirka två timmar. Oftast har också det väntade barnets fader eller (och) annan närstående kallats till samtal. Endast i några få fall har barnafadern av olika skäl icke kunnat kontaktas.

Byråns kuratorer har haft kontakt med patienterna efter utredningens avslutande, på något enda undantag när. Utredningsresultaten, jämförda med medicinalstyrelsens beslut, rapporter från sjukhusen och kuratorerna — och i vissa fall egen fortsatt kontakt med patienterna — ligger till grund för nedanstående tabellariskt redovisade resultat av materialets 100 graviditeter.

De ovannämnda 131 fallen, utgörande en fortlöpande rad av vart femte fall bland byråns abortsökande klientel, redovisas här beträffande den slutliga

Tabell 83. Slutlig utgång av materialet om 131 graviditeter

Resultat	Antal
Föder barnet ..	47 = 35,9 % (sterilisering efter förlossning i 2 fall)
Legal abort ....	76 = 58,0 % (abort + sterilisering i 16 fall)
Illegal abort efter avslag .....	2 = 1,5 %
Spontan abort ..	3 = 2,3 %
Avbruten utredning .....	3 = 2,3 %
Summa	131 = 100,0 %

Tabell 84. Jämförelse med byråns totalmaterial år 1950 (ur årsrapporten)

Byråns klientel år 1950	131 graviditeter år 1951
Antal .....	2 407
Föder barnet ..	820 = 34,1 %
Legal abort ..	1 306 = 54,3 %
Sterilisering ..	248 = 10,3 %
	131
	47 = 35,9 %
	76 = 58,0 %
	18 = 13,7 %

utgången av graviditeterna. Vidare meddelas nedan en tabellarisk jämförelse mellan detta material och hela byråklientelet år 1950.

**Tabellarisk översikt av materialets sammansättning med hänsyn till ålder, civilstånd, födelseort, antal barn och aborter**

Då undersökningens huvudsyfte är knutet till den psykiatriska bedömningen och materialet är för litet för ingående socialstatistisk bearbetning har en fullständig socialanamnestisk analys ej verkställdt. Några tabeller, be-

Tabell 85. Åldersfördelning

Ålder	Antal fall
—19	10
20—24	19
25—29	24
30—34	24
35—39	13
40—44	9
45—49	1
Summa	100

Tabell 86. Civilstånd och inflyttningsfrekvens

Civilstånd	Född i Sthlm	Inflyttad till Sthlm	S:a
Gifta .....	15	37 (4 f. utrikes) <sup>1</sup>	52
Ogifta .....	6	25 (5 f. utrikes)	31
Hemskilda ..	—	7 (2 f. utrikes)	7
Frånskilda ..	1	6 (1 f. utrikes)	7
Änkor .....	—	3 (1 f. utrikes)	3
Summa	22	78 (13 f. utrikes)	100

<sup>1</sup>(Av utrikes födda var 6 svenska medborgare.)

Tabell 87. Antal barn<sup>1</sup>

Civilstånd	Barnlösa	1 barn	2 barn	3 barn	4 barn
Gifta .....	5	19	22	17	6
Ogifta (inkl. hemskilda) .....	22	6	3	--	—
	27	25	25	17	6

<sup>1</sup> Av de gifta hade 3 fått legal abort tidigare, av de ogifta 1. Uppgifter om illegala aborter och spontanaborter visade sig alltför osäkra och opålitliga.

lysande vissa data om materialets art och sammansättning ur denna synpunkt må dock meddelas.

**Allmänna synpunkter på psykiatrisk bedömning av abortsökande**

Läkarens uppgift vid bedömningen av fallen är på intet sätt begränsad till att rätt och slätt "ställa diagnos". Enbart symtombilden i inskränkt bemärkelse ger aldrig tillräckliga hållpunkter för fallens bedömning. Tvärtom måste läkaren försöka bilda sig en så fyllig och nyanserad uppfattning som möjligt om sökandens totalsituation.

Här må framhållas betydelsen av att läkaren har tillgång till en socialutredning, utförd av specialutbildad socialkurator. Ett önskemål är att vid varje fall av abortbedömning en "abortkurator" inkopplas. Vid byrån i Stockholm handlägges fallen av gynekolog och psykiater (eller i förekommande fall av annan specialist) på grundval av den ovannämnda socialutredningen. Tillfälle att gemensamt kunna diskutera mera komplicerade fall, bland annat vid de konferenser, vilka ordnas för läkare och kuratorer varje vecka, har visat sig vara en oskattbar förmån.

Beträffande den psykiatriska bedömningen är det framför allt ur fyra synpunkter, som varje fall måste skärskådas.

För det första: *vilken personlighetstyp tillhör patienten, vilka speciella reaktionstendenser har hon, hur ser*

*hennes behovs- och värderingssystem ut?* Det gäller att genom noggranna undersökningar försöka få fram faktorer, som erfarenhetsmässigt spelar roll för eller karakteriserar personlighetsutveckling: hereditära förhållanden, uppväxtmiljö och speciellt relationer till föräldrar och syskon, hur den psykosexuella utvecklingen gestaltat sig med tonvikt på mognadsgradering efter principen "grad av integrering av sexualiteten i totalpersonligheten", hur vederbörande reagerat inför livets påfrestningar, hur hon bemästrat konflikter, huruvida psykopatiska stigmata eller neurotiska mekanismer brukar komma till uttryck, om hon har vad man kallar låg insufficiensströskel. På så vis söker man bilda sig en uppfattning om hur inre och yttre faktorer format hennes habitualattityd och — helst också — hennes habitualväsen. Redan nu kan sägas att denna analys är svår och omständlig, inte minst med hänsyn till att den aktuella jämviktsrubningen hos patienten ansenligt influerar på hennes syn på sig själv och hennes miljö.

För det andra: *hur ter sig sökandens emotionella relation till det väntade barnets fader?* Innebär förhållandet personlighetsgemenskap eller är förbindelsen mer eller mindre tillfällig — känner hon tillit och trygghet till hans villighet att stödja henne, eller motsatsen?

För det tredje: *vilken är sökandens aktuella miljö för övrigt, vilka ekono-*

Tabell 88. Översikt över materialet med hänsyn till författarens indikationer

Civilstånd	Författarens indikationer <sup>1</sup>								Därav abort +sterilisering
	00	0	?	1	2	3	4	5	
Gifta .....	9	7	1	7	18	9		1	9
Hemskilda .....	1	—	—	1	3	2	—	—	—
Ogifta .....	6	8	2	4	7	4	—	—	—
Frånskilda .....	—	—	—	—	6	1	—	—	1
Änkor .....	1	—	—	—	1	1	—	—	2
	17	15	3	12	35	17	—	1	12

*miska, sociala och bostadsvillkor lever hon under, vilka påfrestningar utsätts hon nu för och vilka kan antagas vänta henne?*

För det fjärde: *hur har hon reagerat på den oönskade grossessen, vilken diagnos kan ställas på den aktuella symtombilden?* Frågeställningen innesluter också en analys av hennes attityd inför undersökningssituationen, av hennes reaktion på diskussion av alternativ till abort, "övertalningsförsök" etc.

Sedan patienten utretts ur dessa synpunkter åligger det läkaren att på grundval av dessa premisser genom prognostiska överväganden med hänsyn till hennes speciella resurser och speciella miljökonstellation söka nå fram till en slutbedömning.

I flera fall finnes dubbel indikation.

Så fanns ett fall av våldtäkt "med polisutredning", ytterligare ett "utan polisutredning", vidare tre fall med också eugenisk indikation. I dessa fall förelåg också annan indikation och enbart denna har införts i tabellen. I sex fall hade till indikationen "svaghet" fogats också "företsedd svaghet", enär i dessa fall speciellt påtaglig försämringsrisk förelåg, och dessa presenteras i tabellerna som "svaghetsfall".

Diskrepanserna mellan författarens och medicinalstyrelsens ställningstagande är icke betydande och berör i samtliga fall patienter, vilka enligt min mening var gränsfall, vilkas klassificering kunde diskuteras.

69 patienter erhöll alltså tillstånd till abort. En av dessa avböjde dock operation. Såsom av tabell 82 framgår fort-

Tabell 89. Medicinalstyrelsens ställningstagande<sup>1</sup>

Civilstånd	0	1	2	3	4	5	Därav abort och sterilise- ring
Gifta .....	16	6	22	6	—	2	9
Hemskilda .....	1	1	3	2	—	—	—
Ogifta .....	13	5	7	6	—	—	—
Frånskilda .....	—	1	6	—	—	—	1
Änkor .....	1	—	1	1	—	—	2
Summa	31	13	39	15	—	2	12

<sup>1</sup> Indikationsbeteckningar.  
 00 = indikation saknas  
 0 = otillräcklig indikation  
 ? = "tveksamt" eller "överlämnas till bedömning av medicinalstyrelsen"

1 = "sjukdom"  
 2 = "svaghet"  
 3 = "företsedd svaghet"  
 4 = humanitär indikation  
 5 = eugenisk indikation

sätter graviditeten hos 30 patienter, medan 2 aborterat illegalt efter avslag.

Ämneringsvärt är att indikationen i samtliga fall var psykiatrisk. I 6 fall förelåg emellertid också somatisk sjukdom, vilken dock i intet fall enligt min mening indicerade abort i och för sig.

Tydligt står psykiska besvär i förgrunden för det alldeles övervägande flertalet av de abortsökande. I materialets samtliga fall förelåg en *psykisk jämviktsrubbing* av lättare eller svårare slag, från den invalidiserande insufficiensen till en måttlig olust eller nedstämdhet. Enligt tabell 88 hade 12 fall kommit under rubriken "sjukdom". Samtliga företedde en invalidiserande psykisk insufficiens. Gränserna mellan indikationsgrupperna "sjukdom", "svaghet" och "förutsedd svaghet" måste givetvis enligt sakens natur vara flytande. Vad den ene läkaren t. ex. ser som en aktuell "svaghetsbild" kan en annan ur sin synvinkel obestriddligen ha rättighet att nominera som "förutsedd svaghet", om nämligen renodlat prognostiska synpunkter ter sig mera relevanta för den senare än den förre. Svårigheterna att få en objektiv norm för gradering av psykiska jämviktsrubbingar är så pass stora, att diskrepanser vid bedömningen olika läkare emellan måste uppstå, liksom mellan den intygsskrivande läkaren och medicinalstyrelsen.

#### **Läkarens dilemma såsom bedömare av abort-situationer**

Ödesdigrare än ovan relaterade bristande överensstämmelse i en ren nomenklaturfråga ter sig bedömningsdiskrepanser i sakfrågan: skall denna kvinna anses ha resurser nog att bemästra väntade svårigheter? — vad skulle ett barn kunna komma att betyda för henne i positiv mening? — i vad mån är hennes aktuella abortönskan att anse mera som utslag av fysiologiskt rubbat jäm-

viktsläge under en önskad grossess än som ett adekvat uttryck för en ohållbar situation under hänsynstagande till personliga resurser och miljö? — alltså: bör hon fortsätta graviditeten eller ej?

Svårigheterna att uppnå och tillämpa fasta normer för bedömning av abortsökande är betydande och av principiellt olika innebörd.

#### *Sökandens attityd till undersökningen*

Läkaren ställs vid bedömning av abortsökande inför en situation, tämligen avvikande från den vanliga läkarverksamheten. En patient med kroppsliga besvär, t. ex. blindtarmsinflammation, överlämnar i allmänhet åt läkaren att bedöma diagnos och behandling i trygg förvisning om att dennes sakkunskap skall förhjälpa henne till hälsa. En ordinär patient med psykiska besvär tror sig visserligen ofta vara på det klara med orsaken till det onda, men hon har vanligen härvidlag ingen deciderad uppfattning och hoppas förtroendefullt att läkaren nog skall finna rätta behandlingen för henne.

Den abortsökande däremot tror sig i allmänhet exakt veta vad som bör göras för att återställa den rubbade balansen. Hon vill ha abort och ingenting annat. Hon uppfattar diskussion om andra alternativ att lösa situationen, kanske övertalningsförsök, ofta som snarast kränkande, meningslösa eller grymma. Patienten värjer sig oftast intensivt mot att låta sig påverkas i sådan riktning att abort skulle framstå som kanske undgänglig. Övervägande antalet abortsökande skaffar sig veritabla skyggglappar mot alla argument, som innebär risker att hon själv skulle börja tveka inför bästa sättet att få svårigheterna bemästrade. Alla torde uppleva höggradig olust i och med sin situation — delvis orsakad av att alltid stridiga emotionella krafter driver sitt spel: en mer eller

mindre latent, men icke desto mindre verksam modersdrift kontra den olust och ångest, som totalsituationen inger sökanden — en olust, som hon i någon mån kan minska genom att fatta deciderad ståndpunkt. Denna ståndpunkt, "jag skall ha abort... jag måste ha abort... jag har rätt till abort..." fasthålls sedan vanligen benhårt, uppenbarligen bland annat syftande till att hindra ytterligare en ångestkälla att uppstå, nämligen rådvillheten.

Patienten kommer därför ofta att betrakta kurator och läkare som tänkbara hinder för henne att omsätta sin trängtan efter abort i verklighet. Samtalen blir därför ur övertalningssynpunkt tämligen ofta verkningslösa.

Läkaren-bedömaren utsättes av patienten, ofta nog också av anhöriga, för en stark press. Han har svårt att argumentvis övertyga vederbörande om att också andra utvägar än abort kanske kan tänkas. Han kan få beskyllningar för hårdhet, omänsklighet och grymhet om han inte låter "beveka sig"; om han däremot säger "ja" i stället, en tacksamhet, som inte vet några gränser.

Bedömningen blir därför affektivt påfrestande. Faran, att läkarens medlidande med en olycklig människa — kanske rationaliserad i en lättillgänglig psykiatrisk diagnos som skydd mot olusten att känna sig utpekad som hjärtlös och hård, kommer att inverka menligt på en "objektiv bedömning", finnes alltid.

Det allra mest svårbemästrade problemet för bedömaren ligger däri, att han eller hon inte är någon slags "objektivt registrerande robot", vilket kanske vore idealet. Tvärtom — bedömaren påverkas intensivt av patients och anhörigas starka affektutstrålningar. Speciellt spelar just den senare påtalade "infantila regressionen" hos patienterna stor roll för aktivering också av bedömarens infantila komplex. Hur bedöma-

ren själv kommit till rätta med dessa återspeglas dels i bedömarens allmänna syn på abortfrågan, dels — tyvärr — också på hans bedömande av det enskilda fallet.

Möjligheten att psykoterapeutiskt influera patienten är av antydde skäl tämligen liten. De starka emotionella krafter, som alltid — kanske sedan decennier tillbaka — varit och är i verksamhet bakom en abortsituation, låter sig relativt sällan bemästras med psykoterapi. I fall där indikationen synes obefintlig eller för svag och patienten icke låter sig övertalas att föda barnet är det ofta lämpligt att låta medicinalstyrelsen fälla utslaget.

#### *Diagnostisk-prognostiska svårigheter*

Sedan länge har det framhållits av läkare, som sysslat med hithörande ting, att det på intet sätt är tillfyllest med en medicinsk diagnos. Sökandens totalsituation måste beaktas. Varje sökande utgör på visst sätt i hög grad sin egen "typ" som man svårigen kan klassificera och etikettera annat än ur ytliga och lättillgängliga synpunkter. Det dynamiskt centrala hos patienten, hennes behovs- och värderingsskala, låter sig för närvarande knappast terminologiseras, än mindre uttryckas i en formel, som skulle underlätta katalogisering, statistisk bearbetning och utarbetande av indikationsnormer. Det rent individuella är viktigare än det allmängiltiga och principiella. Vår benägenhet att tvingas gruppera människor i mer eller mindre välavgränsade kategorier innebär ur bedömningssynpunkt en stor risk. Stora krav måste ställas på bedömaren vad utbildning, erfarenhet, intresse och omdöme beträffar.

Då dessutom prognostiska överväganden är centrala vid bedömningen, och härvidlag kanske helt ovissa framtidsutsikter av ekonomisk och social natur

kan spela in försvåras bedömningen ytterligare.

Av praktiska skäl är också den tid bedömaren kan ägna varje fall alltför beskuren med hänsyn till uppgiftens ömtålighet och svårighetsgrad och de ofta oöverskådliga konsekvenser, som ställningstagandet för med sig.

Ytterligare en vansklighet är att läkaren ställs inför tvenne alternativ, av vilka han tvingas välja det ena. Vid närmare hälften av fallen skulle man i stället vilja "avvakta och se hur det går". Den sena tidpunkt, vid vilken de sökande i allmänhet kommer till bedömning, gör detta ogörligt.

En ändå större vansklighet än den i inskränkt mening psykiatriska bedömningen av patienten är dock *den instabila grund, varpå hela abortfrågan vilar*. Onekligen beträder man osäker mark, ett veritabelt gungfly, då man konfronteras med frågeställningen: abort eller icke abort? Livsåskådningsfrågor, uppfattning om moral, sakrosankta principer om "livets helgd", religiösa tänkesätt eller en radikal inställning med bland annat hög värdering av den enskildes självbestämmanderätt spelar här roll. Det torde inte finnas två människor, som i dessa ting har samma detaljinställning.

Vår lagstiftning ser i den samhälleliga bedömningen av abortsituationer en medicinsk fråga och hänvisar därför bedömning och indikationsställande till läkare. Det berättigade i att bedömningen gjorts till en medicinsk angelägenhet förstås kanske rent teoretiskt av den stora allmänheten. Men av folks betende att döma tycks denna lagens innebörd ej alls ha accepterats. Premisserna för bedömning ter sig synbarligen allom lättillgängliga och vardagliga. En gravid kvinna och hennes miljö tillhör allmänmänskligt erfarenhetsgods och tillåter till synes "sunda förnuftet"

att dra slutsatser om hur hennes situation bör lösas. För att anknyta till analogien abortsituation — blindtarmsinflammation: ingen förnuftig människa gör väl anspråk på att ge läkaren direktiv om hur hennes sjuka blindtarm skall behandlas. Att de abortsökande själva vill föreskriva "behandlingen" av sitt tillstånd har berörts tidigare. Men *alla* "upplysta" människor tvingas tydligen att ta ställning till abortfrågan. Denna tränger sig på oss därför att den berör minst två starkt laddade känslkomplex hos oss med rötter i barndomen: "du skall icke döda" respektive "du skall icke synda" (i sexuell mening). Frågan inrymmer därför för alla och envar moraliska synpunkter och livsåskådningsaspekter av sådan vikt att ingen kan undgå att fatta position.

I debatter, rent teoretiskt, erkänner man kanske att medicinsk bedömning av varje fall måste fälla avgörandet. Man nöjer sig alltså officiellt med att principiellt ta ställning till problemet i vilken utsträckning legal abort över huvud taget skall få äga rum. Erfarenheten visar dock att anspråken på att "förstå och ta ställning" sträcker sig betydligt längre. Då det gäller individuella fall, släktingar eller bekanta, är tvärsäkerheten beträffande vilken behandling, som bör sättas in — då nästan alltid i form av abort — påfallande. Gång efter annan gör man den erfarenheten, att "principiella motståndare till abort" beträffande just deras dotter, hustru, anförvant eller hembiträde, intensivt pläderar för abort "just i detta enda, ömmande fall". Detta gäller — med förlov sagt — även läkare.

Och ändå är medicinsk bedömning av abortsituation betydligt svårare och mera komplicerad än ställningstagande till en appendicit, därom har ens erfarenhet givit smärtsamt och eftertryckligt besked.

Inte minst påverkar den affektladdade atmosfär, som alltjämt står i tjocka moln kring abortfrågan och då och då manifesterar sig i praktfulla urladdningar i offentlig debatt, i fack- och tidningspress, bedömarna — i allmänhet psykiater — själva. Hos varje specialutbildad person med viss av samhället anförtrodd yrkesutövning kräver självkänslan att hon skall "begripa och förstå" företeelser inom sitt specialfack.

En psykiater tvingas därför att skaffa sig en bestämd uppfattning om abortfrågan. Han måste söka lotsa sig förbi alla blindskär fram till målet: en deciderad inställning till abortfrågan i sin helhet och någorlunda distinkta medicinska bedömningskriterier för den enskilda abortsituationen. Att hans uppfattning — liksom varje annan människas inställning i denna fråga — måste bli av personligt präglad kompromissnatur, där inte minst hans egen livsåskådning spelar in, är tydligt. Det torde nämligen vara möjligt att beträffande abortfrågan kläda varje känslobetingad inställning i anständiga argumentdräkter — och allas inställningar är härvidlag starkt känslburna. Man har mycket att välja mellan: från det i katolska länder deciderade avståndstagandet från abortingrepp under alla förhållanden, över den i Sverige allmänt accepterade åsikten, att abort är tillåten, då kvinnans liv är i fara, vidare över den i lagen utformade normen, att indikation föreligger, då kvinnans hälsa äventyras, till en inställning, som vill medge abort, då kvinnan lever under trycket av sociala missförhållanden, ända till en ytterlighetsinställning, som vill låta kvinnan själv bestämma, om hon skall ha abort eller ej. För motiveringen till den egna ståndpunkten tas olika principer i anspråk, "livets helgd", "livets mening", "läkarens plikt är att rädda liv, icke att ta liv", "lutt-

ring genom prövning", "man skall icke rubba naturens ordning", "man skall undanröja orsaker till mänsklig nöd och ångest", "kvinnor skall inte behöva lida för att samhället inte bereder dem trygghet, försörjning och bostad", "man skall inte ställa sig som förmyndare över andra", osv. Slutligen finns en rent nihilistisk inställning, "vi vet alldeles för litet om dessa svåröverskådliga sammanhang och kommer aldrig att få veta tillräckligt — grundproblemen är av irrationell art", med konsekvensen: ingen som helst handlingslinje eller vilken handlingslinje av kompromissnatur som helst. Mångas inställning präglas av starkt personligt engagemang, där argumentering för den egna åsikten utmärkes mera av känslans styrka än av saklighet och där motiveringen för den egna uppfattningen gärna glider över i beskyllningar mot olik-tänkande.

Den svenska lagstiftningen kan alltså betraktas som en kompromiss, ett försök att komma fram till ett lagreglerat handlingsmönster i en för samhället och den enskilde mycket betydelsefull fråga. Bakgrunden till lagstiftningen finns i den verkliga nödsituation, som rådde och ännu råder, i det att många tusen kvinnor årligen kommer i abortsituation och i mycket stor utsträckning känner sig tvingade till abort, legal eller illegal.

Såsom antytts är den uppgift, som lagen anvisar läkarna såsom abortbedömare, mycket grannlaga och vansklig. Kanske måste man medge att den i viss mening fordrar för mycket med hänsyn till mänsklig kunskaps- och omdömesbegränsning, nämligen om man fått klart för sig abortfrågans ovedersägligen helt irrationella bakgrund. Såsom denna undersökning vill visa föreligger dock i många fall av abortsituation indikation till abort i lagens mening och min över-



tygelse är att för närvarande ingen bättre temporär kompromisslösning av dagens abortfråga existerar än en samvetsgrann tillämpning av lagen. (Jag är visserligen medveten om att ingen skulle kunna arbeta med denna uppgift om han hade en annan inställning, att "bejakandet av lagen" möjligen kan vara påverkad av — kanske rent av också ett försvar för — ens verksamhet. Jag hoppas dock att min inställning väsentligen bottenar i min erfarenhet som psykiater att för närvarande ett utbrett behov av legala aborter finnes.)

#### **Allmänna synpunkter på den psykiska utvecklingen hos kvinnor i önskad grossess fram till abortsituationen**

"Abortsituation" kan definieras som önskad graviditet medförande så stark olust (ångestmanifestationer i olika former) att kvinnan känner sig tvingad till abort.

Icke planerade graviditeter överstiger de planerade betydligt i antal. Men mestadels övervinnes den olust, som alla kvinnor känner inför en önskad grossess — delvis accentuerad genom störande hormonell influens på den psykiska jämvikten — hon resignerar och accepterar faktum. Men i ett alltför stort antal fall sker aldrig acceptans utan abortsituation inträder.

Ett centralt affektivt och psykodynamiskt fenomen hos patienten är ångesten. Abortsituationen innebär alltid ett utpräglat konfliktladdat affektspel, som inrymmer olika varandra bekämpande känslornas impulser och handlingstendenser. Vanligen utkristalliseras efter den första tidens villrådighet med olika attityder inom skalan desperata "abortprovokationsförsök" med diverse mer eller mindre — mest det senare — ägnade metoder (mediciner, gymnastiska övningar, bad, tafatta ingrepp lokalt på genitalia) över avskärningsförsök ef-

ter mönstret "det får inte vara en grossess, alltså kan det inte vara det", till en handlingsförlamande bidan av apatisk typ, under loppet av ett par månader en alltmer imperativ abortönskan, innebärande beslutsamma handlingstendenser "jag måste ha abort". Genom inställningen "jag har bestämt mig för att skaffa bort det" vinner patienten viss befrielse. Villrådighetsångesten avlägsnas. Under abortsituationen känner sig kvinnan som fången i en mörk grotta, där en liten ljusöppning i fjärran så småningom avtecknar sig allt klarare, markerande vägen till befrielsen ur ångestens gastkramning. Det gäller alltså att till varje pris snarast nå den där öppningen, aborten. Att bakom gluggen kanske ett stup eller annan fara hotar, bekymrar henne inte. Rättare sagt, ångesten är redan så dominerande, att hon ofta inte är tillgänglig för argumentering om vad som eventuellt kan finnas bakom öppningen; hon måste ut och det snart. En abortsökande har därför praktiskt taget alltid ångestskapade skygg-lappar mot alla saksäl, som skulle kunna inge henne betänkligheter mot abort. Hon anar — riktigt nog — att om något argument mot abort skulle vinna resonans hos henne, skulle ångesten — visserligen kanske objektivt sett endast temporärt — ytterligare stegras.

Hon söker alltså med all sin kraft att avvärja alla hinder i vägen fram till aborten, befrielsen ur ett existenshotande fångsel. Två stigar leder fram till den hägrande ljusöppningen, en laglig och en olaglig. Den olagliga förefaller många gånger bekvämare och kortare, men samtidigt farligare; den lagliga mindre riskfull, men samtidigt längre, mödosammare och dessutom inte säkert förande till målet. Samhället föreskriver att speciella bedömare skall stoppa upp dessa ångestjagade kvinnor, skärskåda dem och fälla domen: ge passersedel

eller söka anvisa andra framkomstvägar. Vad praktiskt taget alla abortsökande vill ha är abort och intet annat. De måste därför ur denna synpunkt betrakta kuratorer och läkare som tänkbara hinder att övervinna, inte i första hand utan vidare som hjälpare och rådgivare. Lika stor som "tacksamheten och förtroendet" efter tillstyrkan brukar vara, lika stor är ofta "bitterheten och hätskheten", med olika grad av dominerande depressiv eller aggressiv betoning, efter avstyrkande. Många accepterar dock ett avslag och synas just i och med detta "ställas om" psykiskt i positiv mening eventuellt i anslutning till psykoterapeutisk eller social hjälp.

#### Psykiskt tillstånd vid undersökningen

Den psykiska bilden vid undersökningen är synnerligen variabel från fall till fall. Att försöka skapa några bestämda kategorier och sedan plocka in materialet i av kategorikriterierna bestämda fallor, har visat sig ogörligt, speciellt med hänsyn till materialets begränsade omfattning.

I stället skall en allmän beskrivning av tillståndets art lämnas med antydningar om i vilka riktningar tillståndsbilden varierar. Talmässiga frekvenstabeller skulle härvidlag ge ett sken av enkelhet och fakticitet åt en i själva verket mycket komplicerad och siffermässigt knappast gripbar mångfald.

Alla patienterna har sin psykiska jämvikt rubbad. Man ser lätta och måttliga psykiska symtom ända fram till den svåra, invalidiserande insufficiensen. Som tidigare påpekats står ångesten i de allra flesta fall i centrum. En dysforisk-depressiv bild, ofta med inslag av trötthet och initiativlöshet ända till apati, är den vanligaste symtomkonstellationen.

Såsom av indikationstabellen framgår hade i 12 fall indikationen bedömts

som "sjukdom". I samtliga av dessa fall var den psykiska rubbningen av sådan svårighetsgrad att anledning fanns till sjukhusvård, oberoende av abortindikationen. I ytterligare ett 20-tal fall fanns relativ indikation till sjukhusvård, likaledes oberoende av abortindikationen.

I det enskilda fallet modifieras symtombilden alltefter personlighetstypen med hänsyn till karaktär, temperament och intelligens, med graden av emotionell mognad och självkänsla, livserfarenhet och självtillit. Symtombilden som sådan har i själva verket tämligen begränsat intresse, den måste ses mot bakgrunden av vederbörandes personlighetstyp å ena sidan, av den speciella miljökonstellationen å den andra. Speciellt stor affektutlevelseförmåga, väl utvecklad hos vissa emotionellt omogna, hysteroida och psykoinfantila, vilken tydligt står i centrum för vissa lek-mäns föreställning om bakgrunden till bedömning av abortsökande, "den som kan gråta och skrika mest får abort", har som isolerat symtom ett mycket relativt värde.

I stor utsträckning är attityden inför bedömarens "en reaktion på en psykogen reaktion" i så måtto, att de psykoinfantilas hjälplöshet accentueras, de mognas och differentierades ångest maskeras. I mycket stor utsträckning sker nämligen en "infantil regression" i den meningen att barnsliga beteendemönster återupptages. Orsaken ligger väl framför allt däri, att som förut antytts, ytterst ömtåliga infantila komplex aktiveras, av typen "du skall icke döda" och "du skall icke synda". Tidigare spänningsförhållanden till föräldrarna i anslutning till dessa komplex återupplivas. Känslor och attityder, ursprungligen sammankopplade med far eller mor, projiceras nu på kurator och läkare, och den utpräglad psykoinfantila

attityd, som man så ofta finner hos de abortsökande, får härigenom sin förklaring. Dock torde — såsom senare skall visas — ”habitueellt psykoinfantila” kvinnor vara överrepresenterade i materialet.

Lättast begriplig ter sig denna ”infantila regression” hos yngre, ogifta kvinnor, men även hos äldre, gifta kvinnor kan man finna den antydd. Hos dessa senare upplevs samvetskomponenten i olusten kanske mindre i anslutning till associationer av typen ”brott mot anständighet och livets lagar” utan mera ”man borde väl som vuxen människa med ansvar ha vetat att skydda sig”.

Beroende på hur det infantila mönstret för föräldrarelationen utformats i det enskilda fallet finner man alltså trotsig hätskhet, passiva, hjälplösa vädjanden, stursk själtillräcklighet och desperata, hotfulla krav etc.

Tendens till denna infantila regression, som nästan undantagslöst torde finnas, upplevs hos mogna, mera differentierade kvinnor med viss stolthet och självkänsla, som ytterligt förödmjukande. De gör då allt för att bemästra dessa förhatliga yttringar, går för långt i sina kompensationssträvanden och ter sig överlägsna, kalla, lugna, sakliga. De vill till varje pris inte verka hjälpsökande.

De flesta abortsökande är psykiskt spända. Dock finnas fall, där ett apatiskt inslag tagit överhanden. Omdömet lider alltefter insufficiensens grad, liksom förmågan av uppmärksamhet, av koncentration etc.

Helt allmänt kan sägas att den psykiska bilden färgas eller snarare får det mesta av sin prägel av den enskildes personlighetstyp och emotionella mog-  
nadsgrad.

Så till exempel dramatisera de hysteroida oftast sin situation och deras för-

måga av rollskapande känsloutlevelse varierar från den nyanserade patetikans fängslande framställning av ”martyrskap med höguret huvud” till hennes torftigare systers mera odisciplinerade ”affekt- och andningsmuskelengagemang”. Den psykasteniska kvinnan präglas av stark ångest och ”trötthet intill döden”. Förmåga av kontakt, suggestibilitet etc. varierar likaledes alltefter vederbörandes personlighetstyp.

Såsom tidigare framhållits, fasthålls ofta kravet på abort. Abortönskan är imperativ och patienterna är oemottagliga för argument. Ofta tillgripes hot om illegal abort eller självmord. Omkring hälften antyder hot om illegal abort, medan av de 100 fallen 16 stycken kunde bedömas som säkert kapabla att omsätta hotet i handling. Risk för illegal abort torde ha förelagat för ytterligare 20. 14 stycken hotade ta livet av sig, om de icke fick abort. Dessa siffror har ett mycket begränsat värde, enär i många fall situationen varit sådan (de svåraste fallen), att mera ingående diskussion om alternativ till abort icke kunde anses stämma överens med medicinska och humanitära krav. Risken för självmord är i själva verket ytterligt liten.

I 10 fall var diagnosen psykos av väsentligen reaktiv typ motiverad och i dessa fall hade intagning på sinnessjukhus eller annan psykiatrisk avdelning varit indicerad, om de icke hade omhändertagits för utförande av abortprovokation. Skulle icke i flera andra fall abortprovokation ha utförts, måste man räkna med att de senare varit tvungna att anlita sinnessjukvård.

Hos samtliga 10 psykotiska kvinnor förelåg ett betydande psykogent-reaktivt inslag. I tre fall dominerade paranoida reaktionssätt, i två fall schizofreniforma, i två psykastenisk-anankastiska och i tre fall hysteroida.

### Tidigare psykiska jämviktsrubbningsar

Denna fråga sammanhänger intimt med svaga punkter i personlighetsstrukturen, varom talas på annat ställe. Av de 100 patienterna var inte mindre än 44 ur psykisk balans vid tiden för konceptionen, alltså oberoende av graviditeten. 16 av dessa jämviktsrubbningsar var av så pass svår beskaffenhet, att man torde kunna rubricera dem såsom psykisk insufficiens, väsentligt inkräktande på vederbörandes arbetsförmåga. I 6 fall kunde kroppslig orsak anges som väsentlig för rubbningen. Dessa 44 fall hade nästan alla också tidigare haft en eller flera episoder av störd jämvikt, många medförande behov av sjukskrivning och sjukhusvård. Förutom de 44, som alltså var ur psykisk balans vid konceptionstiden, fanns 8 stycken, som tidigare hade drabbats av ett eller flera insufficienstillstånd.

Dessa siffror är givetvis relativa. Jag har gjort försök att gradera insufficienstillstånden, men har kommit till resultatet att en sådan gradering bleve ofullständig utan tillgång till noggranna journaluppgifter från tidigare behandlande läkare.

Hos 7 stycken fanns en utpräglat låg "insuffienströskel", dvs. vederbörande hade ofta råkat in i psykisk insufficiens även under inverkan av måttliga påfrestningar. Några balanserade konstant på tröskeln. I dessa fall utfördes också sterilisering.

Resultatet talar möjligen eller troligen för att klientelet i större utsträckning än "normalbefolkningen" är utsatt för risken av psykisk insufficiens, att de abortsökande i Stockholm, hos vilka situationen varit sådan, att abortindikation kunnat övervägas, alltså icke kan komma över svårigheter lika lätt som andra, inte lika väl positivt bearbeta uppkomna konflikter — eller att de realiter genomsnittligt utsätts för

Tabell 90. "Dominerande negativa personlighetsdrag"<sup>1</sup>

	Antal
Psykoinfantila .....	25
Hysteroida .....	16 (därav "martyristiska" 2, "benägna för somatiska konversions-symtom" 3)
Psykasteniska .....	11 (därav 4 anankastiskt färgade)
Passiva, självosäkra .....	10
Oligofrena: debila (IK enl. CVB 75—87) .....	5
torftiga .....	14
Sensitiva .....	8
Paranoida .....	3
Ixoida .....	3
Depressiva .....	2
Schizoida .....	2

<sup>1</sup> 6 fall präglades av psykisk reaktion på kroppslig sjukdom. 7 fall hade — som tidigare angivits — utpräglat låg insuffienströskel.

större påfrestningar än "normalbefolkningen". Ovedersägliga bevis i den ena eller andra riktningen torde även med tillgång till jämförelsematerial vara svåra att prestera.

### Personlighetstyper

Enligt min mening är den viktigaste uppgiften för psykiatern att som första led i bedömningsförfarandet söka klarlägga den sökandes personlighetstyp.

Först sedan man enligt tidigare angivna metoder har fått en uppfattning om denna finns förutsättning för prognostisk överläggning om hur just denna patient kommer att reagera med hänsynstagande till hennes speciella livsvillkor inför de båda alternativen "föda barnet" och "abort".

Eftersom det i flertalet fall icke rör sig om mera deciderat patologiska personlighetstyper, ställer uppgiften stora krav på psykiaterns kunnighet, erfaren-

het och omdöme. Att klassificera människor med hänsyn till olika personlighetsdrag är ett ur många synpunkter vanskligt företag.

För det första har intresset för positiva drag i personlighetsstrukturen behandlats mycket styvmoderligt av forskningen, delvis beroende på att psykologiskt intresserade läkare enligt sakens natur kommit att väsentligen syssla med psykets svagheter och brister, med missanpassningsfenomen och psykiska sjukdomstillstånd. Läkartekniskt användbara kriterier för taxering av "positiva personlighetsaspekter" står knappast, annat än inom mycket begränsade områden, t. ex. "intelligensten", till buds och därför måste här dessa aspekter — som säkerligen i själva verket är lika betydelsefulla för bedömningen och givetvis "intuitivt" verksamt influerar på läkarens bedömning — lämnas åsido såsom icke tillräckligt analyserbara.

För det andra innebär gängse klassificeringssystem med hänsyn till olika personlighetsdrag en nästan sekteristiskt dogmatroomfattad schematisk uppfattning — just bräckligheten av det empiriska och kunskapsteoretiska underlaget tjänar uppenbarligen som egelse till "tro" i en omfattning, som är indirekt proportionell till systempremissernas oantastlighet.

För det tredje är de flesta människor inga "typer" utan har ett visst drag i olika schatteringar. Man gör våld på det faktiska tillståndet om man söker pressa in dem i ett schema, i mer eller mindre välavgränsade fällor.

För det fjärde har de flesta system icke enbart attitydbeskrivande karaktär utan gör också anspråk på att etiologiskt söka inordna olika beteendesätt alltefter uppkomstmekanismer. En del skolor lägger därvidlag tonvikten på det konstitutionellt-hereditära, andra ser olika miljöfaktorer såsom väsentliga

reglerande krafter i den enskildes psykodynamik. Andra ser i människors beteende och attityder mest ett uttryck för vederbörandes neurotiska reaktioner, kanske ett försvar mot inneboende, hatade tendenser ävensom "reaktioner mot reaktioner", m. m.

Att söka indela materialet i enlighet med sedvanliga psykopatikategorier, att försöka sig på en uppskattning av "normala", "avvikande" och "patologiska" eller att taxera frekvensen av neurotiker, har alltså — med hänsyn till frågeställningens kaotiska läge — förefallit mig tämligen ofruktbart.

Jag har valt att helt enkelt söka beskriva vissa anamnesticke och i den aktuella situationen framkomna särdrag i attityden, vilka kan sägas motsvara svaga punkter i patientens personlighetsstruktur, drag, som kan bli ödesdigra för patientens psykiska balans inför trycket av påfrestningar, respektive direkt ge upphov till konfliktsituationer. Ingen som helst etiologisk syn har alltså lagts på dessa begrepp.

Vid genomgången av materialet har ett eller flera "dominerande negativa personlighetsdrag" antecknats för varje patient. Samma patient kan alltså återfinnas under två eller högst tre rubriker. De flesta har dock åsatts endast en term. 15 patienter hade intet "negativt karaktistikum" och har alltså ej plats i tabellen.

Ytterligare måste understrykas, att de attitydkategorier, som tillämpats, på intet sätt avser att täcka "mänsklig negativ attitydvariation". Man kunde ha utökat termerna efter behag, "aggressiva", "dysforiska", "hypertyma", etc. Men någon gräns måste uppsättas. Även om också rubricerandet av den ena eller andra patienten kan diskuteras i vissa fall, har dock försök gjorts att ta med endast "typiska" fall. Tabellen tjänar endast det syftet att ge en översikt av i

vilken riktning klienteletts personlighetsstruktur går.

Siffrorna ger endast en ungefärlig uppskattning och kan t. ex. inte tjäna som strikta jämförelsetal gentemot den s. k. normalbefolkningen. Vissa slutsatser torde dock kunna dragas. Att de psykoinfantila (psykoinfantila här enligt göteborgspsykiatern Lindberg) så pass påtagligt finnes representerade får icke ses mot bakgrunden av att de abortsökande i stor utsträckning reagerar infantilt rent situationsbetingat. Denna höga frekvens psykoinfantila har kunnat verifieras också ur anamnestiska övertväganden genom samtal även med anhöriga. Det är möjligt eller sannolikt att bland abortsökande i allmänhet en överrepresentation av psykoinfantila och hysteroida personlighetsstrukturer föreligger. Utan eget jämförelsematerial kan dock givetvis intet bevisas.

Bland de 11 psykasteniska fallen var karakteristiskt nog endast 2 icke gifta, väl avspeglade den alldagliga erfarenheten, att bland de utpräglat psykasteniska, för vilka graviditeter och kanske framför allt "många barn" utgör svåra belastningsprov, oönskade graviditeter hos ogifta sällan förekommer. Psykastener vågar inte ge sig in på "osäkra" sexualförbindelser. Bland gifta abortsökande föreligger å andra sidan dels troligen överrepresentation av psykastener, dels finner man bland dessa enligt sakens natur relativt sett mycket svåra insufficienstillstånd, indicierande abort och ofta sterilisering — om kvinnans ålder och äktenskapets bristande hållfasthet icke kontraindicerar.

#### Förhållandet till partnern

Att bedöma arten av ett par människors relation till varandra är i och för sig en vansklighet. Svårare ter sig uppgiften då det gäller förhållandet mellan en man och en kvinna under

Tabell 91. Relation till partnern. Giftna

Förbindelsens art	Antal	%
Mogen gemenskapsförbindelse .....	15	29
Acceptabel relation .....	17	33
Dålig relation .....	20	38
Summa	52	100

sådana omständigheter, att kvinnan befinner sig i abortsituation. Det gäller bland annat att försöka bortse från den så att säga adekvata misstämning mellan parterna, som alltid måste inställa sig vid en oönskad grossess medförande abortönskan. I och för sig innebär ju denna situation risk för allvarlig rubbning i kontrahenternas gemenskapsliv. Ibland kan redan situationen som sådan betraktas som tecken på en dylik rubbning.

Det har visat sig svårt eller omöjligt att med någon anseelig grad av säkerhet värdera kontrahenternas uppgifter om i vad mån enbart graviditeten som sådan eller denna helt ovidkommande störningsfaktorer, eventuellt redan befintliga före inträdd konception, spelat största rollen för missanpassningen

Tabell 92. Ytterligare uppgifter om äktenskapets art

	Antal
Skilsmässa planerad .....	7
Konciiperad genom annan än maken .....	6 (därav 2 med skilsmässa planerad)
Medgivit graviditet vid äktenskapets ingående .....	31 (59 %)
Medgivit "tvångsäktenskap" enbart för att legalisera barnet .....	14 (30 %)
Relationen mellan makarna betydligt försämrade genom graviditeten .....	10
Relationen något försämrade genom graviditeten .....	17

Tabell 93. Förbindelsens art hos icke gifta (inkl. hemskilda)

Förbindelsens art	Antal	%
Samboende .....	7	48
"Förlovade" .....	5	
"Fast sällskap" .....	11	23
"Lösligt sällskap" .....	11	
Tillfällig förbindelse .....	13	29
"Våldtäkt" .....	1	
Summa	48	100

mellan dem. Oftast föreligger givetvis ett samspel mellan olika slags konfliktanledningar, vilka accentueras under trycket av den oönskade grossessen. Bedömningen av kontrahentrelationen medelst attributen "mogen", "acceptabel" och "dålig" hänför sig emellertid till tiden kring konceptionen. Det måste framhållas att givetvis ej heller här uppgifterna angående relationen, "sämre genom graviditeten", etc. nedtecknats som resultat av någon slags direkt utfrågning. Värderingarna har gjorts på grundval av totalundersökningen med analys av såväl sökandens som i de allra flesta fallen — partners attityd och uppgifter.

Med "mogen gemenskapsrelation" betecknas sådana förbindelser, där i princip monogam-sexuell inställning råder, där förhållandet har karaktären av kompanjonskap, i vilket båda samarbetar utan undertryckande av endera parten, och där den emotionella bind-

Tabell 94. Relation till partnern. Icke gifta (inkl. hemskilda)<sup>1</sup>

	Antal
Mogen gemenskapsförbindelse	4
Acceptabel relation .....	11
Dålig relation .....	8
Summa	23

<sup>1</sup> Vid löslig och tillfällig förbindelse är relationen givetvis "dålig".

ningen mellan kontrahenterna är tillfredsställande. Beteckningen utesluter givetvis icke sådana fall, där endera eller båda parterna uppvisar vissa psykopatologiska drag eller missanpassningssymtom med temporära konflikter eventuellt också av otrohetstyp, men bindningen trots detta är så fast, att konfliktanledningarna därigenom överbryggas. Med "acceptabel relation" avses sådana fall, som leva dragligt tillsammans, men där alternativ till samlevnad med partnern i fråga ofta ställs och där alltför ofta förbindelsen har karaktär av surrogatförbindelse. Rädsla för ensamheten, ekonomiska aspekter, bekvämlighet eller passivitet, hänsyn till barnen, kan i dylika fall stå i vägen för en av endera eller båda parterna efterlängtd förändring. Konfliktanledningarna är tämligen många och motsättningarna stora. Med "dålig relation" slutligen avses de förbindelser, där ovan berörda motsättningar skärpts, där konflikter av svårare art ständigt utgör ett hot mot förbindelsens fortsättande. En oönskad grossess kan t. ex. här vara direkt utlösande moment för mer eller mindre konstanta separeringstendenser.

Beträffande de icke gifta har det visat sig lämpligt att inskjuta en grupp "lösligt sällskap" mellan grupperna "fast sällskap" och "tillfällig förbindelse". Med denna beteckning avses förhållanden, där vederbörande icke har något som helst avtal om trohet med varandra och otrohet mer eller mindre likgiltigt accepteras. Man träffas ibland, "har trevligt och har samlag då och då". Förhållandet är resultatet av en mer eller mindre tillfällig sexuell dragning eller kan ses som surrogat för längtan efter ömhet och kärlek. Frågan om legalisering eller ens "fast sällskap" har icke varit på tal i allvarligt sammanhang. En del har typen "praktiskt inställda förhållanden för avlastning av

sexualdriften" utan emotionell gemenskap. Dessa "lösliga förhållanden" har samt och synnerligen icke visat sig hållfasta under en önskad graviditets påfrestningar. För fullständighetens skull må anföras att förhållandet givetvis icke betecknats som "lösligt" på grundval av den aktuella schismen. Beteckningen hänför sig till parternas relation vid konceptionstiden.

Siffrorna får enligt sakens natur icke uppfattas såsom uttryck för ett med hundraprocentig säkerhet återgivet faktiskt tillstånd. Felkällorna är tämligen stora. Analysen av fallen har dock inneburet också ansenliga bemödanden att hålla dessa felkällors inverkan inom trängsta möjliga ram. Speciellt finns risk för förvanskning i negativ riktning, dels på grund av att en situationsbetingad försämring av relationen kan medföra en allmän svartmålning av förhållandet hos parterna, dels beroende på en opportun förvanskning, i det att många har den åsikten att en deciderat ogynnsam parrelation borde vara ett verksamt stöd för abortindikation. Tabelluppgifterna är dock på grund av patientundersökningens art och omfattning, inklusive "kontrollmöjligheterna" genom långvariga samtal med partner och ibland anhöriga eller bekanta, att betrakta som relativt tillförlitliga.

#### Gifta

Enligt tabellerna 91 och 92 levde alltså bland de gifta 29 % i helt tillfredsställande relation till maken. 38 % levde i helt ogynnsamt emotionellt förhållande till maken och resten, 33 %, i acceptabelt förhållande. 59 % av de gifta kvinnorna medgav att de gift sig som gravida, medan 30 % medgav att rent "tvångsäktenskap", "enbart för att legalisera barnet", förelåg. Skilsmässa hade planerats i 7 fall, de fall givetvis oräknade, där skilsmässa mer eller

Tabell 95. Ytterligare uppgifter om förhållandets art hos icke gifta

	Fast förb.	Lösl. förb.
Förh:s långvarighet (genomsnitt) . . . . .	1 år 3 mån.	5 mån.
Förh. betraktas som brutet . . . . .	14 fall	11 fall
Ej deciderat sämre genom grav. . . . .	9 fall	0 fall

mindre ofta kom på tal. Förhållandet mellan parterna hade försämrats genom den aktuella graviditeten i ungefär hälften av fallen. I 6 fall slutligen uppgavs grossessen uppkommen genom otrohetskonception och i dessa äktenskap var skilsmässa överenskommen i 2 fall.

#### Icke gifta (inklusive hemskilda)

23 stycken av de icke gifta levde i fast förbindelse, motsvarande 48 % av totalantalet ogifta. Endast 1 på 12 av de icke gifta levde i "moget gemenskapsförhållande". I något mer än hälften av fallen (52 %) var graviditeten resultatet av en mer eller mindre löslig förbindelse, av vilka 14 (29 % av antalet ogifta) var av rent tillfällig natur (inklusive ett fall av våldtäkt). Genom den inträdda graviditeten hade förhållandet icke allvarligt försämrats i endast 9 fall, medan förhållandet vid undersökningstiden betraktades som brutet i övriga 39 fall. Att en del av dessa sistnämnda kvinnor skulle komma att återupptaga förbindelsen med samme

Tabell 96. Relation till partnern.  
Hela materialet

	Gifta	Icke gifta
Mogen gemenskapsförbindelse . . . . .	15	4
Acceptabel förbindelse	17	11
Dålig förbindelse . . . . .	20	33
Summa	52	48



partner kan man dock ta för givet, i så fall kanske ur synpunkten personlig-hetsgemenskap "på samma slappa sätt" som tidigare.

*Sammanfattningsvis kan om hela materialet framhållas, att endast 19 % före den aktuella graviditetens inträde kunde karakteriseras som emotionellt mogna förbindelser, att 46 % av förbindelserna vid ansökningstiden betraktades som brutna samt att tillfälliga och lösliga förbindelser bland de icke gifta var något vanligare än fasta.*

Som jämförelse med dessa resultat kan återges en tabell från en undersökning av dr G. Jonsson i Abortbetänkandet år 1944, utvisande procentuell fördelning av förbindelsens art hos 787 kvinnor, som tillfrågats därom, sedan de på Stockholms sjukhus behandlats för sjukdomstillstånd i anslutning till — mestadels illegal — abort.

Äktenskap .....	44 %
Samboende .....	6 %
Annan stadigvarande förbindelse	37 %
Tillfällig förbindelse .....	7 %
Ingen eller osäker uppgift .....	6 %
Summa	100 %

#### Sexualorganisation och preventivteknik

Patienternas uppgifter om deras sexualliv måste bedömas med kanske större försiktighet än andra anamnestiska data. Dels är området i och för sig ömtåligt, dels är det under förhållanden omständigheter olustpräglad. Visserligen önskar många öppet diskutera sina sexuella problem i samband med besvikelser och misslyckanden inom denna livssfär, men några anser i stället att deras sexualliv knappast kan ha något intresse för utredningen. Dessa senare — dock ett mindre antal — vill komma från ämnet och svarar så kort och undvikande eller så kort och bestämt som möjligt och tillåter sålunda

Tabell 97. Sexualorganisation

Rubbning	Antal
Totalfrigida .....	13
Orgasmfrigida .....	8
"Sällan orgasm" eller "enbart plikt" .....	13
Summa	34

icke säker inblick i hur deras sexualliv i verkligheten gestaltar sig. Svårigheten att värdera uppgifterna är alltså betydande. Man kan tänka sig felaktiga svar i både "positiv och negativ riktning". En del vill inte medge vad de anser vara defekter hos dem, andra kanske överdriver ett missförhållande under trycket av aggressioner riktade mot partnern etc. Uppgifterna har givetvis — liksom för övrigt — korrelerats med partnerens.

13 abortsökande uppgav sig vara fullständigt frigida, dvs. de känner aldrig lust till sexuellt umgänge och de har aldrig haft orgasm med undantag för 4 fall, som blivit totalfrigida efter förlösning. Några fall, som blivit frigida efter partus under de sista 3 åren, har icke räknats hit. Partiellt frigida såtillvida att de aldrig upplevt orgasm uppger sig ytterligare 8 kvinnor vara. 13 av de övriga uppger sig "mycket sällan" ha orgasm. De flesta av dessa är helt kallsinniga inför det sexuella samlivet, "gör fullständigt detsamma", går med på samlag "bara av plikt", "för att han inte ska gå ifrån mej", och är långa perioder totalfrigida. Flera har uppmanat den äktenskaplige partnern att gå till andra och finner en lättnad i hans "otrohet".

3 av de abortsökande medgav också dragning till kvinnor och två av dem hade tydligen också haft ömhetsförhållanden med sexuell intimitet till kvinnor. 6 patienter medgav promiskuitet åtminstone under någon period av sitt

liv. Av dessa tillhörde 4 den typ av kvinnor, som är mycket lätt uppeggad men aldrig når fram till orgasm. Ett par av dessa hade ett utpräglat, aldrig tillfredsställt ömhetsbehov.

Hos sammanlagt 34 patienter kunde alltså konstateras tämligen allvarliga sexuella rubbningar. Detta är väl att märka en minimisiffra. Det mycket viktigare problemet om sexualitetens mer eller mindre harmoniska integrering i personlighetslivet får sin belysning i avsnittet om "relationen till partnern".

Lättare rubbningar, "sällan orgasm", missnöje med partners sexualbeteende av olika anledningar, inte minst otrohetstendenser och alkoholmissbruk ("bara då han är full vill han ha samlag"), mer eller mindre långvariga tillstånd av sexuell kallsinnighet hos patienterna i samband med skräck för att bli gravida, trötthet eller nedsatt allmäntillstånd, var dessutom vanliga.

En säker positiv korrelation fanns mellan utpräglat lyckliga förhållanden och god sexuell överensstämmelse, möjligen mindre tydande på att god sexuell överensstämmelse ger utsikt till lyckligt äktenskap utan mera på den omständigheten att då sexuallivet har förutsättningar att inordnas i en harmonisk personlighetsgemenskap, det sexuella samlivet också ofta blir tillfredsställande. I några fall uppgavs det sexuella samlivet vara "bra", "det enda som håller oss samman". Dessa kvinnor var emotionellt omogna med bland annat psyko-infantila drag.

Försök att sammanställa uppgifter om de abortsökandes uppgivna antal sexualförbindelser med olika män har måst uppgivas, när svaren uppenbart varit opålitliga i alltför stor utsträckning. Många anser sig icke böra medge otrohet eller tidigare förbindelser av förställiga skäl, bland annat rädsla att det skulle komma till partners kändedom.

Mycket ofta framfördes klagomål över hur rädslan för konception utgjorde hinder för fullständig avkoppling och hängivelse och alltså för fullgott utbyte i sexuellt avseende.

Att ange några siffror på hur sökanterna försökt undvika oönskade graviditeter förefaller meningslöst, när de allra flesta skäms för att de inte kunnat skydda sig och därför i mycket stor utsträckning använder undanflykter och förvrängningar i avsikt att framstå som mindre ansvarlösa. Nästan alla säger sig använda preventivteknik, kondom, pessar eller coitus interruptus. De flesta uppger att kondom eller pessar kommer till användning men ofta med inskränkande kommentar, kondom "ibland" eller "oftast", pessar "ibland eller oftast". Endast rent undantagsvis medges det att ingen som helst preventiv åtgärd använts, och då vanligen vid "ett enda tillfälle", det åsyftade konceptionstillfället. Många skyller på att det måste ha varit fel på condomen eller pessaret och medger inte att de slarvat en enda gång. Inom parentes sagt brukar många just framhålla sin skrupulösa noggrannhet med att alltid använda preventivmedel som ett viktigt argument för abort.

Okunnighet angående olika slags preventivmedel synes numera vara i det närmaste hävd hos detta klientel. Men steget från denna kunskap till realisering av betryggande preventivteknik är tydligen mycket långt, därom ger frekvensen av abortsituationer skrämmande vittnesbörd.

#### **Uppväxtförhållande och relation till föräldrarna**

Det kan numera anses fastslaget att uppväxtförhållandena och speciellt arten av den emotionella relationen till föräldrarna eller deras ersättare spelar mycket stor roll för en individs personlighetsutveckling.

Tabell 98. Splittrade barndomshem

	Antal
Född u. ä. ....	11
Fadern död .....	7
Modern död .....	6
Föräldrarna skilda .....	11
Annan anledning .....	4
Summa	39

39 patienter hade uppfostrats i "splittrade hem". 11 hade fötts utom äktenskapet (föräldrarna hade sedan icke sammanbott), 11 kom från skilsmässosohem, i 7 fall hade fadern dött, i 6 fall modern och i ytterligare 4 fall hade hemmet splittrats av annan anledning (långvarig sjukdom, ena föräldrarnas avvikit). Förändringen i barndomshemmet skall ha inträtt innan patienten fyllt 16 år för att här beteckningen splittrat hem kommit till användning. Denna frekvenssiffra, 39 %, på splittrade hem överstiger kanske men ej säkert genomsnittsfrekvensen.

Såsom tidigare påvisats är det vanligt att infantila beteendemönster återupptages under grossess medförande abortönskan, ävensom att — såsom bland annat anamnestiska överväganden ger vid handen — troligen psyko-infantila strukturer är överrepresenterade bland de abortsökande. Delvis sammanhängande med denna "infantila regression" respektive "psykoinfantilism" är också iakttagelsen att spända, ambivalenta reaktionssätt till föräldrarna mycket ofta framträder hos de abortsökande, oberoende av om föräldrarna finns i livet eller icke.

Hos inte mindre än 40 patienter kunde dylika patologiska föräldrarelationer — bedömda som "neurotiska" — uppdagas. Arten av denna emotionella spänning i upplevandet av föräldrarna varierar åtskilligt från fall till fall. Vi finner patologisk bundenhet och "un-

derkastelse", eller trots och aggression till den ena eller andra föräldrarnas part med eller utan motsatt inställning till den andra. Sedda ur synpunkten "identifiering med någon av föräldrarna" har dessa subjektiva föräldrarelationer sitt stora intresse. Ofta återspeglas tvivelsutan en identifiering med den som identifikationsobjekt i det speciella fallet olämpliga modern å ena sidan eller en identifiering med fadern å den andra i kvinnans livsinställning, behovsskala och målsättningar, kanske speciellt i sistnämnda fall med ödesdiger nedvärdering av de kvinnliga sexualfunktionerna respektive ambivalens eller olust till "barn". De problemställningar, som rymmes inom denna ämnessfär, torde ha central betydelse för hela abortfrågan, men de är förvisso av så komplicerad och svåranalyserad natur, att tidpunkten ännu icke är inne för strikt vetenskaplig behandling. Man vet exempelvis mycket litet om vilken roll hereditära komponenter spelar för uppkomsten av dylika missanpassningssymtom, liksom tämligen litet om vilken roll föräldrarna respektive hon själv kan ha spelat för detta kvinnans sätt att uppleva föräldrarna. Dessutom medför också undersökningssituationen att dylika — kanske i vanliga fall mera latent förhållningssätt — kommer i dagen. I åtminstone 10 fall kunde emellertid en tydlig fadersidentifikation med därav betingad eller åtminstone samordnad livsstil konstateras, vilken också inrymde för acceptansen av moderskap och barn deletära behovskomponenter. I ungefär dubbla antalet kunde en dylik livsutveckling, fastän med mindre drastisk pregnans, registreras.

Bland de patienter, som visade uttalad föräldraambivalens kom hälften, alltså 20 stycken, från splittrade hem. Siffrorna är givetvis för små för att

någon slutsats om splittrade hems betydelse för uppkomsten av patologiska föräldrarelationer skall kunna dragas.

Såsom av tab. 86 framgår hade 78 patienter inflyttat till Stockholm. 13 var av utländsk börd. 2 hade tagit sin tillflykt till Stockholm under graviditeten i förhoppning om att här lättare kunna få abort, respektive på grund av olustkänsla inför "avslöjande i hemorten".

#### Subjektiva abortmotiv (abortmotiven)

Man brukar skilja mellan "subjektiva" och "objektiva" abortmotiv. De förra är de av kvinnan uppgivna orsakerna till varför hon söker abort. De senare skulle vara de — kanske — mera djupliggande och för sökanden själv delvis dolda motivkomplex, som skulle motsvara de verkliga orsakerna till hennes abortönskan. Vad dessa objektiva motiv beträffar, kan tyngdpunkten läggas vid samhällets sociala struktur, vid kulturutvecklingen, vid "allmänna i tiden verksamma tendenser", vid kvinnans personlighetsstruktur och reaktionstendenser ända fram till ett försök till syntes i form av en kartläggning av hennes behovs- och driftsutveckling alltsedan barndomen under hänsynstagande till inre och yttre krafters spel. Dessa s. k. objektiva motiv måste därför också de bli i högsta grad subjektiva, eftersom de ändock måste vara subjektiva tolkningar av sökandens behovs- och värderingssystem. "Tolken" går därvidlag efter sina egna behovs- och värderingsnormer — några allmän-giltiga sådana gives sannerligen icke — och därför måste också uppfattningen om dessa "objektiva" motiv i hög grad variera efter olika bedömares personlighetsstruktur, livsåskådning, utbildning och framför allt vederbörandes speciella uppfattning om olika tänkbara faktorerers betydelse för mänsklig psykodynamik.

"De subjektiva abortmotiven" hos en kvinna är inte heller entydiga. Man kan direkt fråga patienten om vilka motiv hon anser viktigast. Dessa enquet-svar har dock mycket begränsat värde av många skäl. Å ena sidan ställer ett dylikt förfaringsätt ofta alltför stora krav på patientens introspektion, förmåga av abstrakt tänkande och formuleringskonst. Hon skulle då ofta uppge motiv, som kanske inte är så centrala, respektive glömma andra, helt bortsett alltså från opportuna, medvetna eller omedvetna förvanskningar. Å andra sidan befinner sig varje abortsökande i en så svår behovskonflikt, att alla — utom sällsynta undantagsfall — står under så starkt känslotryck att omdömesförmågan av den anledningen påverkas. Olustspänningen söker avlastning bland annat genom sådana rationaliseringar av tillståndet att motiveringen till hennes abortsökning för henne själv och andra skall te sig så övertygande som möjligt. Självkänslans krav innebär en censur, som hindrar alltför plågsamma sammanhang (inom sfären skam, skuld, ansvar, livsmisslyckande) att komma till sin rätt i sökandens attityd eller ens bli medvetna för henne. Den lurande faran för ångestökning genom villrådighet angående bästa sättet att lösa situationen skapar effektiva skygglappar mot argument, som talar emot abort. Allt detta innebär risk för misstag angående abortmotiveringen hos kvinnan själv — och hos bedömare. Bedömningssvårigheten ökas slutligen också av de rent medvetna förvanskningarna av situationen i syfte att framställa den i så behjärtansvärd dager som möjligt.

Principiellt har jag tagit fasta på sådana motiv, som under undersökningens gång framstått som säkerställt centrala för patienten själv. Något som helst försök till "ytterligare tolkning" av motiven har alltså icke gjorts.

Tabell 99. Subjektiva abortmotiv

	Antal
Komplikationer med partner . . . . .	50
Nervösa besvär . . . . .	44
Vanära . . . . .	27
Ekonomi . . . . .	14
Nyligen fött barn . . . . .	12
För ung . . . . .	11
Klenhet . . . . .	11
Planeringsrubbning, standard-sänkning . . . . .	11
Bostad . . . . .	10
Kroppslig sjukdom . . . . .	9
Motvilja mot moderskap, mot barn	7
Vill ha förvärvsarbete . . . . .	8
Kan inte skiljas annars . . . . .	6
För gammal . . . . .	4
Otrohet . . . . .	4
För många barn . . . . .	4
För stor arbetsbörda . . . . .	4
Äktenskapet splittras eljest . . . . .	3
"Våldtäkt" . . . . .	2

Ännu en omständighet som komplicerar redovisningen av de uppgivna abortmotiven må påtalas. Till slut är det *kvinnans speciella psykiska reaktion* på det ena eller andra missförhållandet före och under abortsituationen, som är avgörande för hennes abortönskan. Banalt uttryckt: "det är ångesten som driver henne". All abortmotivering är därför egentligen av typen: "mina nerver stoppar inte". Fall av kroppslig sjukdom och "rent sociala fall" (i den mån några dylika fall realiter existerar) härvidlag icke undantagna. Vissa patienter framför också som viktigaste motiv just ett reaktivt symptom av nervös art. Andra gör det inte, fastän de skulle vara lika berättigade att göra det. Individuella olikheter i läggning och intresse för introspektion förklarar dessa skiljaktigheter i abortmotivering i olika fall.

Vid uppgörandet av motivtabellen har "nervösa besvär" tagits med endast om patienten anser sig tidigare ha varit "nervös" och av den anledningen inte anser sig orka med ytterligare belastning.

För somliga patienter har endast ett centralt motiv noterats, för andra två eller tre. Samma patient kan alltså finnas representerad på mera än ett ställe i tabellen. Bakom varje fall rymmes alltid ett helt komplex av motiv och sovringen av de enskilda komplexdetaljerna kan icke bli annat än i viss mån godtycklig. Tabellen kan därför endast tjäna syftet att ge en viss uppfattning om hur patienterna bedömer sina svårigheter.

För hälften av de abortsökande har komplikationer med det väntade barnets fader tätt sig som centralt motiv. Givetvis var mycket ofta hos ogifta abortmotivet knutet till relationen till partnern, till vanäran och otryggheten. Ekonomiska svårigheter har berörts av de allra flesta, men som centralt motiv finnes det endast hos 14. Bostadssvårigheter är väsentliga i 10 fall. Av stort intresse är att planeringsrubbning, speciellt i form av risk för sänkning av uppnådd standard, andragits som centralt motiv i 11 fall. I minst hälften av fallen framhölls detta motiv som viktigt, även om väsentligare anledningar till abortönskan fanns. Det är att märka, att det visst icke enbart var psykastiska kvinnor, för vilka den hotande standardsänkningen var essentiell.

Klart neurotiska behov och värderingar framträdde hos 7 av patienterna, som "hatade" sina barn eller tanken på att få barn (här givetvis den naturliga ambivalens till mödrasituationen icke medräknad, som i kanske flertalet fall kan spåras i det aktuella läget). Bland de 8 kvinnor, som anförde hotade planer på förvärvsarbete såsom avgörande abortskäl, fanns också många med starkt ambivalent inställning till sina sexualfunktioner, inklusive mödraskap. Denna ambivalenta inställning kunde spåras hos åtminstone hälften av klientelet habituellt, alltså med bortseende

från den accentuering av dylika tendenser, som enligt sakens natur frammanas under abortsituation.

#### Sammanfattande slutsatser och slutomdöme

Av 131 slumpmässigt valda abortsökande, vilka utretts vid Stockholms stads rådgivningsbyrå för sexualfrågor under våren 1951, erhöll 58 % legal abort medan 36 % ämnade föda barnet. 100 av dessa fall har närmare analysrats ur psykiatriska synpunkter. Hos alla dessa har situationen varit sådan att frågan om legal abort har kunnat tagas under övervägande. Av dessa 100 fall erhöll 68 legal abort, medan 30 ämnade föda sina barn och 2 genomgick illegal abort.

Situationen för de abortsökande är så prekär att ofta ingen annan utväg än abort synes möjlig, om man icke allvarligt vill riskera kvinnans hälsa. En analys av hennes personlighetstyp, hennes psykosexuella utveckling med tonvikt på hennes behovssystem och värderingsnormer samt resultatet av "den testning av hennes hållfasthet, som livet tidigare utfört", ger — såsom undersökningen velat visa — bedömarens möjlighet att skapa sig en bild av kvinnans fysiska och psykiska resurser. De krav, som graviditet, förlossning och småbarnsomhändertagande ställer på kvinnan i den aktuella situationen under hänsynstagande till ekonomiska och sociala villkor, arten av relationen till det väntade barnets fader och slutligen kvinnans reaktion på graviditeten, alltså arten och graden av psykisk jämviktsrubbing, dessa krav korreleras med hennes resurser och

slutsats angående vilket alternativ, som bör väljas, är möjligt. Abort har taxerats som ett allvarligt psykiskt och fysiskt trauma — men trots detta har alltså i den redovisade omfattningen abort ansetts såsom indicerad, såsom det — trots allt — minst skadliga av två ur olika synpunkter riskabla alternativ.

Den känsla av stark olust och tveksamhet som griper en då man konfronteras med senare års höga legala abortfrekvens i landet och Stockholm är högst förklarlig och motiverad. Jag hoppas dock att denna undersökning skall kunna bidra till en allmännare insikt om hur enormt komplicerad bakgrunden till abortfrågan är i dess allmänna och individuella aspekter och hur lagen, rätt tillämpad, för närvarande tillgodoser ett förefintligt behov av legala aborter. Vad dessa legala aborter undanröjer av ångest, nöd, psykisk ohälsa och tragiska konflikter bör icke underskattas. Av de 68 aborterade i mitt material skulle säkerligen minst hälften ha skaffat sig illegal abort med de risker denna innebär, de övriga sannolikt fått dragas med ohälsa under längre eller kortare tid. Av rapporter från kuratorerna och sporadiska egna iakttagelser angående huvudparten av dessa aborterade framgår, att ingen enda hittills önskat aborten ogjord. Visserligen gör några sig också förebråelser över ingreppet, men detta helt naturliga inslag i deras reaktion på ingreppet skymms helt och hållet av den tillfredsställelse och tacksamhet de känner över sin förbättrade hälsa och arbetsförmåga.

## Efterundersökningar av abortklientel i Göteborg, Malmö, Hälsingborg samt Stockholms län

På initiativ av 1950 års abortutredning har efterundersökningar av abortklientelet vid tre av landets rådgivningsbyråer ägt rum.<sup>1</sup> Till utredningen har redovisats resultaten av undersökningarna, av vilka en, nämligen den från Stockholms läns rådgivningsbyrå, dock tidigare blivit föremål för publicering i Sv. Läk.-tidn. den 19 oktober 1951. Med hänsyn till betydelsen av en jämförelse mellan de tre undersökningarna lämnas här ett sammandrag av samtliga. De ha utförts av kuratorerna Britta Bergvall i Göteborg, Gudrun Odquist i Malmö och Karin Malmfors i Solna.

Till utredningens förfogande har därjämte ställts en uppsats av fil. kand. Greta Petrén avseende abortklientelet i Hälsingborg, vilken likaledes refereras.

### Göteborg

Rådgivningsbyrån började sin verksamhet redan 1947. Personalen, som till en början bestod av en psykiater och en halvtidsanställd kurator, har nu utökats till att omfatta — förutom psykiatern — tre halvtidsanställda kuratorer. Någon gynekolog har inte varit knuten till byrån. Ej heller har byrån haft egna lokaler, vilket försvårat arbetet. Antalet avslutade ärenden under åren 1947—51 har uppgått till 1 559. Den genomförda efterundersökningen har skett 1951 efter den principen, att samtliga de fall, som på byrån handlagts av kurator Bergvall, sammanlagt 283, har utsorterats. Ur

materialet har bortgallrats de kvinnor, som erhållit abort på eugenisk indikation med sterilisering som villkor, de som ej varit gravida, och de som avflyttat från Göteborg. En kvinna hade avlidit. Därjämte kunde 37 kvinnor ej anträffas. Materialet kom därför att omfatta 204 fall.

Undersökningen har skett genom hembesök. Det undersökta materialets sammansättning, som framgår av *tabell 100*, visade sig i stort sett överensstämma med en samtidigt utförd statistisk bearbetning av byråns hela klientel. En viss avvikelse i fråga om civilstånd kunde dock märkas genom att de gifta kvinnorna var något starkare representerade vid efterundersökningen än i materialet i övrigt. Detta förhållande beror antagligen på att de gifta kvinnorna varit lättare att träffa, liksom att de säkerligen också i mindre utsträckning flyttat från Göteborg.

Klienteletets inkomstförhållanden framgår av nedanstående tablå.

Av de gifta kvinnorna arbetade 102 i eget hushåll, medan 34 var yrkesverksamma. Mannens yrke befanns i 51 fall vara fabriks- eller grovarbetare. Övriga mera talrikt representerade yrken var hantverkare, tjänstemän, affärsmän och chaufförer. — Av de ensamstående kvinnorna var 18 fabriksarbeterskor, 14 kontorsanställda och 9 affärsbiträden.

Bland abortmotiven övervägde hos de

<sup>1</sup> Ang. offentliggörande av kasuistik se not å s. 11.

Göteborgsklienteleis inkomster	Makars gemensamma inkomst	Ensamstående inkomst
Socialunderstöd . . . . .	11	3
För sörjes av anhöriga	—	12
Under 4 000 kr. . . . .	3	41
4 000— 6 000 kr. . . . .	58	12
6 000— 8 000 kr. . . . .	41	—
8 000—10 000 kr. . . . .	18	—
Över 10 000 kr. . . . .	6	—
	136	68

gifta sådana skäl, som är utmärkande för gruppen utsläpade mödrar. Ej mindre än 40 kvinnor uppgav, att de ej orkade med flera barn och 33 av dem hade också vid ansökningstillfället minst tre. 30 kvinnor uppgav medicinska skäl och 18 kvinnor ekonomiska svårigheter eller bostadssvårigheter som orsak till den önskade aborten. Olyckliga äktenskap, delvis tillsammans med andra omständigheter, utgjorde ytterligare en stor grupp. — Av de ogifta ansåg sig 13 för unga för att få barn, 12 var övergivna av barnafadern och 10 hade andra svårigheter med denne. Det höga antalet ensamstående, som ansåg sig för unga att få barn, förklaras måhända därav, att kurator Bergvall av en tillfällighet kommit att ta hand om flertalet av de yngsta abortsökandena.

Resultatet av besöket på byrån redovisas i *tabell 102*. Som synes har en relativt hög procent av de abortsökande övertalats att föda sina barn, och avslagsfallen hos medicinalstyrelsen är få. Detta sammanhänger med att om abortindikation inte förelegat, har fallet ej heller underställts medicinalstyrelsens prövning. När det gällt att ta ställning till mera svårbedömda fall har samarbete med psykiatriska kliniken ägt rum. Fallen har remitterats dit och som regel blivit intagna på vårdavdelning för observation. 16 fall har på detta sätt blivit bedömda även av klinikens läkare.

Av *tabell 101* framgår, att spontan och kriminell abort förekommit i sammanlagt 7,5 %.

De abortsökandes reaktion efter partus eller abortingrepp har blivit föremål för särskild undersökning. Kurator Bergvall konstaterade därvid, att hur passivt en undersökare än förhåller sig under intervjuen och hur spontana uttalandena än har varit, måste vissa felaktigheter ändå uppstå.

De 117 kvinnor, som övertalats att föda barn, reagerade vid kurator Bergvalls besök på följande sätt.

De kvinnor, som förklarat sig helt tillfreds med utgången motsvarar 73 % av de övertalade. Många av dem har talat om trötthet under graviditeten och tiden efter partus, men är ändå övertygade om att deras fall har bedömts rätt. De 18 fall, som bedömts som tveksamma, sade att de var nöjda med utgången men framhöll att de haft svårigheter under graviditeten och tiden därefter. "Man hade besparats en del om man fått abort." — "Men det var väl bäst som skedde." — "Hade man aldrig fått tösen, så hade man väl aldrig sörjt över det." Av de 6 kvinnor, som uppger sig ha tagit skada av graviditeten, har — enligt egna uppgifter — en ådragit sig diskbräck efter förlossningen och är själv övertygad om att detta är en direkt följd därav. En kvinna födde ett dött och en annan ett blint barn. Båda blev svårt deprimerade. En från-

Abortsökande i Göteborg som fött barnet	Gifta	Ensamstående	Summa
Helt tillfreds . . . . .	53	32	85
Tveksamma . . . . .	13	5	18
Anse, att de borde fått abort . . . . .	4	4	8
Anse, att de tagit skada av graviditeten . . . . .	2	4	6
	72	45	117



Legalt aborterade i Göteborg	Giftna		Ensamstående		Summa
	Svaghet	Sjukdom	Svaghet	Sjukdom	
Helt tillfreds .....	29	8	7	6	50
Olust .....	9	1	2	2	14
Medvetna skuldkänslor .....	2	—	—	2	4
Ånger .....	2	1	—	1	4
	42	10	9	11	72

skild kvinna ingick äktenskap med barnafadern och detta slog mycket illa ut. De återstående två har ådragit sig nervösa åkommor, och en av dem vårdades på psykiatriska kliniken i 10 veckor efter nedkomsten. Vid tidpunkten för efterundersökningen åtnjöt hon fortfarande poliklinisk vård.

De ogiftna kvinnor, som burit fram barnet, var 44 stycken. Av dessa har 23 gift sig med barnafadern. Ytterligare 4 har för avsikt att gifta sig med barnafadern när den ekonomiska situationen eller bostadsfrågan löst sig. 5 har gift sig med annan än barnafadern och 12 är alltså ogiftna. Av de 23 giftna uppger 16, att de lever under goda äktenskapliga förhållanden, 5 är frånskilda och 2 säger, att de är olyckliga och överväger skilsmässa.

Vid undersökningen av de aborterades reaktion efter ingreppet fann kurator Bergvall, att det om möjligt var ännu svårare att få objektiva svar. Frågan är synnerligen känslöbetnad och det kan vara en ren tillfällighet om kvinnan svarar på ena eller andra sättet. Man torde därför ej kunna draga några bestämda slutsatser av nedanstående siffror.

De, som redovisats som "Helt tillfreds", har icke svävat på målet när de talat om aborten. Somliga har förklarat att de känt sig friskare efter ingreppet. Ofta framkom uttalanden som "det var det enda möjliga för mig" — "det hade blivit en katastrof annars" — "nu tänker jag aldrig på det". Av de 72 som

fått abort har således 50 (69,5 %) förklarat sig helt tillfreds. De har ej känt vare sig fysiska eller psykiska besvär efter ingreppet.

Under rubriken "Olust" återfinns 14 kvinnor. Samtliga har förklarat att de var tacksamma för att aborten beviljades, de anser att ingreppet var nödvändigt och att de den gången aldrig hade kunnat klara upp graviditeten. Samtidigt talar de om att de ej kunnat glömma bort vad som skett, "det känns i hjärtat ibland" — "jag blir så ledsen när jag ser småbarn" — "det sitter en tagg i hjärtat" — "det känns tomt på något sätt". En kvinna anlägger moraliska synpunkter: "jag borde inte gjort det, det var inte rätt, men jag hade nog inte orkat".

4 patienter känner skuldkänslor som de förgäves sökt tränga bort. De förklarar, att de är nöjda med den hjälp de fått men de plågas alltså vid tanken på vad som skedde. "Jag vågar inte tänka på det och jag skulle inte vilja vara med om det en gång till." — "Jag skulle aldrig vilja råda någon till en sådan sak." En patient känner svåra självföreläelser och religiösa betänkligheter och hon anser att hon handlat omoraliskt, men framhåller också den mycket svåra belägenhet hon befann sig i vid det tillfället. En ung kvinna förklarar sig nöjd med utgången men börjar samtidigt stilla gråta och visar tydligt att hon innerst inne sörjer över operationen. Hon har sedermera gift sig och fött barn. Den fjärde förklarar att

hon ej kan komma ifrån tanken på aborten: "Det går inte en dag utan att jag tänker på operationen. Jag blir ledsen när jag ser småbarn och jag känner ständiga självförebåelser. Men jag vet att jag aldrig skulle ha klarat upp situationen och jag har aldrig ångrat att operationen gjordes."

De sista 4 patienterna har klart sagt ifrån att de ångrat aborten. En av dem, som vid aborttillfället levde under synnerligen pressande sociala förhållanden, anser, att hon blivit nervös och dessutom kroppsligt klen, vilket hon hänför till operationen. — Det andra av "ångerfallen" beviljades abort på grund av en allvarlig psykogen depression. Abortmotivet var otrohet i äktenskapet. Hon lever alltjämt i ett olyckligt äktenskap, älskar "den andre", men kan ej besluta sig för skilsmässa från maken. Hon kallar sig själv för "mörderska". — Den tredje har fött 11 barn, av vilka 2 är döda. Hon uppger, att hon blivit nervös och tungsint efter ingreppet. Hon säger vidare, att hon avråder alla hon hör tala om abort. "Hellre nio till än en sådan operation." Hon grubblar även över att hon samtidigt blev steriliserad. — Den fjärde, som ångrat sig, sökte abort på byrån 1948 då hon väntade sitt sjätte barn. Eftersom hon då var tveksam avrådde man henne. När hon återkom 1949 blev hon beviljad abort och sterilisering. Hon förklarar nu att hon känner ånger och tomhet, "våndas" över vad hon gjort. Hon tror, att hon aldrig kommer över detta och anser nu att hon säkert hade kunnat klara ännu ett barn. "Kuratorn måste varna alla som vill ha abort, så dom inte får det som jag." Hon är tacksam att hon blev avrådd 1948.

Man kan inte utan vidare dra den slutsatsen att de, som känt ånger eller skuld efter aborten, skulle blivit lyckligare och mer tillfreds om de fullföljt

graviditeten. En förnyad psykiatrisk undersökning av dem skulle kanske kunna ge förklaring på varför de reagerat som de gjort. Att inte ångerfallen blivit flera torde vara en följd av den restriktiva linje man försökt följa vid rådgivningsbyrån. Denna återhållsamhet tycks dock icke ha medfört att något större antal av de kvinnor som fött sina barn därigenom förorsakats fysisk eller psykisk ohälsa.

Kurator Bergvall konstaterar, att den samhälleliga hjälp, som byrån kunnat erbjuda, varit otillräcklig. Den ekonomiska hjälpen har varit alltför begränsad för att förmå någon att avstå från en abortönskan. Det statsbidrag, som byrån förfogat över, har lämnats i poster varierande mellan 50 och 300 kronor. Bidrag har endast lämnats till den, som beslutat sig för att fullfölja graviditeten. Av undersökningens 116 kvinnor, som fött barn, har 26 fått bidrag med i medeltal 127 kronor. Flera kvinnor omtalade, att de särskilt fäst sig vid kuratorns löfte att få komma tillbaka om de skulle råka i svårighet och att de kunde räkna med en visserligen blygsam men dock hjälp.

Vilohemsvistelse och hjälp av hemsyster har dock i flera fall avböjts av de abortsökande kvinnorna under olika skäl.

I de fall, då ogifta kvinnor övergivits av den manliga partnern, har frågan om vårdsnaden av barnet trätt i förgrunden. Adoption har i Göteborg principiellt aldrig föreslagits som en lösning på svårigheterna. Endast om det vid tiden närmast före förlossningen visat sig, att kvinnan saknat alla möjligheter att själv taga vård om sitt barn, har adoptionsfrågan diskuterats. Vid efterundersökningen visade det sig, att av de 45 ensamstående kvinnor, som burit fram barnet, 37 hade själva tagit hand om det, medan 5 lämnat sina barn i

Antikonceptionell metod	Före besöket på byrån			Efter partus eller abort		
	gifta	ensamst.	summa	gifta	ensamst.	summa
Ingen alls .....	85	67	152	33	43	76
Coitus interruptus .....	7	—	7	13	3	16
Pessar .....	12	—	12	34	11	45
Kondom .....	31	1	32	24	7	31
Pessar + kondom .....	—	—	—	1	—	1
Kemiska medel .....	1	—	1	—	—	—
Sterilisering efter abort eller partus .....	—	—	—	32	1	33
Sterilisering av mannen .....	—	—	—	2	—	2
	136	68	204	139	65	204

fosterhem under förhoppning att de själva så småningom skulle få möjlighet att ta dem till sig. Endast 1 hade adopterat bort barnet. Ett barn hade avlidit och ett vårdades på anstalt för missbildade.

Då de abortsökandes inställning till mödrarhem till övervägande del varit negativ, har försök med inackordering i privat hem på landet försökts. Dessa försök har som regel slagit väl ut.

Rådgivning om förebyggande födelsekontroll ingår som ett viktigt led i byråns verksamhet. När en abortsökande kvinna besöker byrån tillfrågas hon om någon antikonceptionell metod använts. Vid efterundersökningen har därför ovanstående tablå kunnat uppgöras.

Av de 204 sökande har sålunda 152 uppgivit, att de ej tillämpat någon antikonceptionell metod alls. Denna siffra är såtillvida felaktig, som däri torde ingå ett stort antal fall, som tillämpat coitus interruptus. Endast 12 hade haft pessar och i 32 fall hade kondom använts. Redan vid första kontakten med byrån har patienterna fått ingående upplysningar om födelsekontroll och uppmanats att efter partus eller abort utprova pessar. I den mån tiden tillåtit har kurator på nytt satt sig i förbindelse med patienterna efter förlossning eller operation och påmint om vikten av att skaffa sig skydd. Tyvärr har många gånger givna råd ej följts eller fallit i glömska. Gång efter annan har

patienter återkommit till byrån för att på nytt söka abort, det "blev aldrig av" att man vände sig till R.F.S.U. Alldeles resultatlös har dock icke byråns preventivrådgivning varit. Vid efterundersökningen hade antalet patienter som ej använt någon metod alls sjunkit från 152 till 76 och de som använt pessar utgjorde 46 i stället för 12.<sup>1</sup>

Av de 204 kvinnorna har 33 blivit steriliserade i samband med abort eller partus. Av dessa var 32 gifta och 1 ogift. I samtliga fall gällde det kvinnor med flera barn, s. k. utsläpade mödrar. Det stora flertalet av dem har uttryckt sin tillfredsställelse med operationen. De säger sig nu känna trygghet i stället för den ständigt återkommande ängslan för en ny graviditet. 7 av dem har dock känt olust och ånger över att de gick med på steriliseringen. Uttalanden som "jag känner mig mindervärdig" — "det känns så tomt och underligt" etc. har ej varit ovanliga. En enda av de steriliserade säger, att hon känner längtan efter att få föda ännu ett barn. I 2 fall har mannen steriliserats; båda gångerna gällde det alkoholister. Dess-

<sup>1</sup> Liknande erfarenheter av preventivvanorna har Elisabet Sjövall gjort. I sin uppsats "Göteborgs abortklientel 1951" (Sv. Läkartidningen 1952: 28), har hon beräknat att enligt vad gifta kvinnor uppgivit vid besöket på rådgivningsbyrån har kondom regelbundet kommit till användning i endast 4,6 % och pessar i 0,9 % av abortfallen. För de ogifta var siffran lägre, 2,2 respektive 0,6 %.

utom har ansökan om sterilisering insänts till och beviljats av medicinalstyrelsen för två män, som sedan icke kunde förmås att gå till sjukhus och få ingreppet utfört.

### Malmö

Rådgivningsbyråns personal består av en psykiater, som är föreståndare, två kuratorer och en mottagningsköterska. Någon gynekolog är inte knuten till byrån och egna lokaler saknas. Mottagningen äger nämligen rum på psykiatriska polikliniken. Någon preventivmedelsrådgivning är ej organiserad vid byrån, utan patienten hänvisas till kvinnoklinikens poliklinikmottagning. Dessutom äger i detta avseende ett visst samarbete rum med en sexuell rådgivningsbyrå, som drives i hälsovårdsnämndens regi. Antalet sökande har under 1948—51 varit 1 498.

Den verkställda efterundersökningen har skett 1952 efter den principen, att samtliga fall, som handlagts på byrån under tiden 1 juli 1949—30 juni 1950, har utsorterats. Av dessa har 206 kunnat återfinnas i Malmö och undersökningen har koncentrerats på dem. Då kurator Odquist tillträtt sin befattning i oktober 1950, har hon, när det gällt sådana fall, som hon ej handlagt själv, genom studium av journaler och samtal med läkaren i förväg penetrerat fallen.

Undersökningen har skett genom hembesök i huvudparten av fallen. Ett fåtal har dock kallats till psykiatriska polikliniken eller också kontaktats i samband med annat besök där.

Det undersökta materialets fördelning på civilstånd och ålder framgår av *tabell 100*. Av de 146 gifta kvinnorna var 61 fall gifta med grov- eller fabriksarbetare. Bland andra mera talrikt representerade yrken var tjänstemän, hantverkare och chaufförer. — Av de ensamstående kvinnorna var 17 fab-

riksarbeterskor, och därefter kom kon- torister och affärsbiträden. 3 av de ensamstående kvinnorna hade åtnjutit socialunderstöd.

Bland abortmotiven var den största gruppen hos de gifta bristande krafter och för täta graviditeter. Sammanlagt 62 kvinnor anförde dylika skäl. Därefter hade i 55 fall åberopats dålig ekonomi. Disharmoni i äktenskapet, bostadsbekymmer och sjukdom hörde också till de vanligare motiven. — De ensamstående 60 kvinnorna förebar i 19 fall, att de redan hade tillräcklig arbets- och försörjningsbörda, i 17 fall disharmonisk förbindelse med barnafadern och i 14 fall knapp ekonomi.

Resultatet av besöket på byrån redovisas i *tabell 101*. Av de kvinnor, som övertalats att föda barn och som fått avslag på sin ansökan, har 98 fött barn, 4 har fått missfall och 1 kvinna visade sig ej vara gravid. Missfallen har utgjorts av — såvitt man kunnat utröna — 3 spontanaborter och 1 infekterad abort i fjärde månaden. De kvinnor, som fött barn, reagerade på följande sätt:

Ingen reaktiv insufficiens under graviditeten eller efter .....	63
Reaktiv insufficiens efter partus ..	1
Reaktiv insufficiens under graviditeten samt längre tid därefter, men numera nöjd .....	6
Insufficient under graviditeten men nöjd efter .....	27
Försökt kriminell abort utan resultat, numera nöjd .....	1
	<hr/> 98

De kvinnor, som förklarat sig helt nöjda, utgör 64,3 %. När det gäller att bedöma resultatet av övertalningen bör också följande uppgifter redovisas. Ett barn var dödfött, åtta hade placerats i adoptivhem, ett i fosterhem, ett vårdats av den abortsökande kvinnans föräld-

Legalt aborterade i Malmö	Efter- ingreppet	Vid efter- undersök- ningen
Ingen reaktion, nöjd ..	81	80
Olust .....	5	5
Skuld känslor .....	2	3
Ånger .....	4	4

rar, ett av barnafadern och ett barn var omhändertaget för samhällsvård.

Som framgår av *tabell 101* verkställdes bland de undersökta kvinnorna 92 abortingrepp. Dessa kvinnors reaktion har undersökts såväl omedelbart efter ingreppet som vid efterundersökningen. Ovanstående tablå visar reaktionen vid de båda intervjutillfällena.

För likformighetens skull har samma uppställning begagnats som i Göteborgsundersökningen.

Det torde vara uppenbart, att det är synnerligen svårt att pressa in de olika fallen i ovanstående schema. Styrkan i olustvariationerna är givetvis oerhört svår att mäta och gränsdragningen mellan olust — skuld känslor — ånger kan — beroende på om kvinnan svarar på det ena eller andra sättet — bli slumpartad.

Ingen kvinna i materialet har dock visat några tecken på ångestneuros. Alla de kvinnor, som uttalat ånger eller olust, har noggrant redovisats. Ingen har sökt läkare eller sjukhusvård på grund av reaktiva insufficiensbesvär efter ingreppets utförande med undantag av en kvinna, vilken även före ingreppet varit insufficient.

De begränsade resurser, som en rådgivningsbyrå har till sitt förfogande, avspeglar sig i den samhälleliga hjälp som kan ges de abortsökande. Ekonomisk hjälp har sålunda kunnat utgå till endast 63 av de 206 undersökta kvinnorna. 3 kvinnor har fått hjälp med bostad och ytterligare 3 kvinnor har fått såväl ekonomisk hjälp som bostad.

De övriga 137 har icke kommit i åtnjutande av sociala hjälpåtgärder. — Vilo hem eller spädbarnshem finns ej, och möjligheterna till konvalescentvård är mycket små, såvida kvinnan ej är medlem av sjukkassa.

En undersökning av de preventiva åtgärderna före abortsituationen visar att 166 kvinnor icke använt några preventivmedel eller att coitus interruptus har tillämpats. I 24 fall har kondom använts och i 11 pessar. 5 kvinnor har använt olika preventiva metoder i kombination eller enbart sköljningar.

I samband med abortingreppet steriliserades 54 kvinnor. Därjämte har 10 kvinnor, som övertalats att föda barn, steriliserats efter partus. Av de kvinnor, som förklarat, att de ångrat ingreppet, har 1 angivit sterilisering som grund, och 2 kvinnor, som vid efterundersökningen uppgivit, att de haft olustkänslor, påstod detsamma.

### Solna

Rådgivningsbyrån består av en föreståndare som är psykiater, en gynekologkonsult, två kuratorer och en mot-tagnings-sköterska. Byrån disponerar egna lokaler. Därjämte har den tillgång till platser å två sjukvårdsinrättningar, nämligen Bylehemmet i Täby och Ulvsunda vårdhem.

Efterundersökningen har genomförts på så sätt, att kurator Malmfors med början från de kvinnor, som under år 1948 uppsökt byrån, i kronologisk ordning 1951 samlat 200 fall. I den mån någon kvinna inte anträffats — och detta skedde i 80 fall — gick kurator Malmfors till nästa. De undersökta kvinnorna var samtliga boende inom centrallasarettets upptagningsområde, som omfattar såväl städer och andra tätorter som ren landsbygd. Undersökningen har skett genom hembesök.

Beträffande det undersökta materia-

Solnaklientelets inkomster	Makarnas gemensamma inkomst	Ensamstående inkomst
Stadigvarande socialhjälp	2	4
Tillfälligt utan inkomst eller maken arbetslöshets hjälp .....	2	4
Underhåll genom pensionsstyrelsen .....	1	—
Under 5 000 kr. ....	—	36
Över 5 000 kr. ....	—	16
0—6 000 kr. ....	47	—
6 000—8 000 kr. ....	49	—
8 000—10 000 kr. ....	12	—
Över 10 000 kr. ....	20	—
Ej förmått uppgiva inkomst .....	7	—
	140	60

lets sammansättning hänvisas till *tabell 100*. Vid en jämförelse med byråns årsberättelser, framgår att detta i stort stämmer överens med byråns hela klientel.

Inkomstförhållandena hos de undersökta kvinnorna och deras familj framgår av ovanstående tablå.

Av de gifta kvinnorna var 51 gifta med grov- eller fabriksarbetare. De närmast i ordning följande yrkena var tjänstemän, chaufförer och hantverkare. — Bland de ensamstående var 21 kontorister, 8 fabriksarbeterskor och 5 afärsanställda.

Resultatet av kvinnornas besök på byrån redovisas i *tabell 101*. Av de kvinnor, som övertalats att föda sina barn, föredro 25 psykoneurotiska besvär i abortsituationen. Vid efterundersökningen fann kurator Malmfors, att samtliga var belåtna med utgången av ärendets behandling. Flera uttryckte sin tacksamhet över att abort ej beviljats.

I många fall hade de sociala förhållandena inte undergått någon förändring. Endast i ett fåtal fall hade bostadssituationen förbättrats. Kurator Malmfors fann i detta sammanhang att

ett av de ständigt återkommande sociala problemen var trångboddheten för flerbarnsfamiljer. Garanti för rymligare bostad till det väntade barnets ankomst skulle kunna få många kvinnor att med glädje acceptera ett havandeskap, som de kanske annars inte gått i land med. I 17 av de 58 "övertalningsfallen" gjordes framställning från rådgivningsbyrån till de kommunala bostadsmyndigheterna och i 13 fall förbättrades också bostadssituationen. Detta resultat ligger enligt kurator Malmfors' erfarenhet betydligt över genomsnittet.

Samtliga de kvinnor, som fått abort beviljad, hade erhållit bifallsbeslutet på indikationerna sjukdom eller svaghet.

Om sitt tillvägagångssätt vid efterundersökningen när det gällt aborterade kvinnor har kurator Malmfors själv uppgivit:

"Då jag hela tiden varit starkt medveten om svårigheten och vanskligheten i min uppgift att samtala med aborterade kvinnor i det ömtåliga spörsmål, som den genomgångna aborten för de flesta är, vill jag här på nytt framhålla det såsom alldeles självklart, att jag icke begagnat mig av vetskapen om ett skuld-komplex för att framsuggera svar i viss riktning. Enligt gängse samtalsteknik har jag i görligaste mån sökt förhålla mig passiv, medan kvinnan spontant fått tala. Det är på dessa spontana yttranden jag stöder mig vid bedömandet av hennes reaktion en tid efteråt."

Följande tablå visar de aborterades reaktion:

Legalt aborterade i Solna	Svaghet	Sjukdom	Summa
Helt tillfreds .....	24	15	39
Ohust .....	3	1	4
Medvetet bortträngda skuld-känslor .....	4	5	9
Ånger .....	15	7	22
Psykiska hälsan försämrad .....	8	2	10

Sociala hjälpåtgärder	Övertalade	"Avslagsfall"	Aborterade	Summa
Vilohem .....	17	10	15	42
Ekonomisk hjälp .....	21	15	7	43
Bostadsintyg .....	17	1	6	24
Hemhjälp .....	3	1	3	7
Placering av barn .....	—	—	1	1
Summa	58	27	32	117

Av de 39 kvinnor, som var helt tillfreds med utgången, hade 15 steriliserats. De uttalade samtliga sin tacksamhet över steriliseringen och kurator Malmfors har gjort det antagandet att glädjen över detta ingrepp kan ha undanskymt tankarna på aborten.

De kvinnor, som upptagits under rubriken "olust", har samtliga ruvat över abortingreppet i allmän olust och håglöshet. Som exempel anföres ett yttrande av en kvinna med fem barn: "Det kändes så hemskt första tiden efteråt men man vänjer sig vid tanken." — Andra kvinnor har med förnufts-skäl sökt tränga bort de känslor, som vill komma fram vid tal om aborter. — 22 kvinnor uttalade tydliga skuld- och ångerkänslor. Av dessa hade 5 vid efterundersökningen fött "ett nytt barn i stället för det andra". Ytterligare 2 var gravida på nytt och 3 önskade ny grossess. — Slutligen har den psykiska hälsan hos 10 kvinnor försämrats efter abortingreppet. Detta hade blivit det psykiska trauma, som ytterligare fixerat de nervösa symtomen.

Då kvinnan fått avslag på sin ansökan om abort, har det i vissa fall förekommit, att hon själv insett, att tillräckliga skäl för ett avbrytande av havandeskapet inte funnits, men att hon ändå önskat få ärendet prövat i medicinalstyrelsen. Orsaken härtill har många gånger varit, att hon velat redovisa ett avslag inför t. ex. sin make. Bland avslagsfallen var de gifta kvinnor, som fått barn, överlag belättna. De ensamstående hade däremot haft svårigheter

att kämpa med och de kvinnor bland avslagsfallen, som reagerat med betryckthet och förstämning, tillhörde samtliga denna kategori.

Sociala hjälpåtgärder har kunnat lämnas till 117 kvinnor enligt ovanstående tablå.

Kurator Malmfors konstaterar, att den samhällseliga hjälpen är otillräcklig. Utöver det statliga bidraget på 4 000 kronor, som år 1950 fördelades på 58 sökande, har kuratorerna på byrån under samma tid mottagit 4 385 kronor jämte kläder från privata hjälporganisationer för att avhjälpa de mera akuta behoven. — Mödrahjälp är likaledes otillräcklig. — Genom utfärdande av intyg har i vissa fall förtur kunnat beredas abortsökande vid bostadsförmedlingarna.

Före abortsituationen hade i materialet 64 kvinnor vidtagit antikonceptionella åtgärder, varvid den vanligaste metoden var coitus interruptus. De övriga 136 hade över huvud inte begagnat någon metod. Efter partus eller abortoperation vidtog patienterna i 68 fall preventiva åtgärder. Kvinnan använde i 55 fall pessar jämte syregelé. I 5 fall använde mannen kondom och i 8 fall begagnades både pessar och kondom. Trots att såväl rådgivning som försäljning av preventivmedel förekommer på byrån, hade endast 34 % följt de erhållna råden.

#### Hälsingborg

Den av fil. kand. Greta Petrén 1950 verkställda undersökningen av abortklientelet i Hälsingborg omfattar tidsperioden

den 1 januari 1947—30 juni 1950. Någon rådgivningsbyrå existerade inte då i staden. Huvudparten av abortärendena handlades i stället vid barnavårdsnämnden, där tillgång fanns på kuratorer. Uppgifter om övriga abortärenden har erhållits genom studium av journalerna å barnbördshuset, där de legala ingreppen skett.

Vid bearbetningen av materialet, som utgjorts av ansökningshandlingar och berättelser över verkställda ingrepp samt vissa uppgifter, som insamlats vid barnavårdsnämnden, har detta delats upp i tre grupper. Den första gruppen, huvudgruppen, avser ärenden, som handlagts vid barnavårdsnämnden och omfattar — efter viss gallring — 124 fall. Den andra gruppen avser övriga ärenden, kompletterings- eller K-gruppen, och omfattar 107 fall, varav 57 tvåläkarintyg. Slutligen har ur dessa båda grupper avslagsfallen utsorterats och blivit föremål för en särskild undersökning. Avslagen utgörs av 31 fall ur huvudgruppen och 1 fall ur K-gruppen.

En undersökning av hur abortfallen fördelade sig geografiskt i Hälsingborg utföll sålunda.

Fallen visade en stor spridning över staden, såväl på "norr" som på "söder". Ytterområdena med villa- och egna-hemsbebyggelse visade mycket få fall, men för övrigt var fördelningen tämligen jämn. Det enda man kunde se var att fallen låg något tätare på "söder", ett bostadsområde med övervägande arbetarbefolkning.

Fallens fördelning på ålder och civilstånd framgår av *tabell 100*.

Antalet födelser före det havandeskap, som de sökande önskade få avbrutet, visade ett medelvärde för de beviljade ansökningarna av 2,41. För de gifta kvinnorna var motsvarande tal 2,98. Om det pågående havandeskapet fullföljdes, skulle således de gifta abort-

sökande kvinnorna i Hälsingborg komma upp i ett barnantal (i medeltal 4 barn), som ligger betydligt över medeltalet för svenska äktenskap. Detta förhållande är så mycket mer påfallande som det här rör sig om relativt unga kvinnor med många år av den fruktsamma perioden framför sig.

För de 152 gifta abortsökandena befanns mannens yrke i 95 fall vara fabriksarbetare, grovarbetare eller dylikt, vilka yrkesgrupper sålunda helt dominerade. Närmast kom de lägre tjänstemännen, såsom post- och spårvägspersonal samt underofficerare. Bland de ogifta och förut gifta kvinnorna var ur yrkessynpunkt fabriksarbeterskor och kontorister talrikast förekommande i nu nämnd ordning.

Av huvudgruppen bifallna ansökningar utgjordes 24,7 % av kvinnor, som led av sinnessjukdom, psykopati eller därmed jämställda tillstånd. En granskning av makens eller kontrahentens betydelse för abortönskan gav till resultat, att de personliga relationerna påverkades av dennes uppträdande.

Vid en jämförelse mellan de bifallna ansökningarna i huvudgruppen och K-gruppen kunde en mängd olikheter iaktas. Sålunda var de ogifta talrikare representerade i K-gruppen, medan huvudgruppens kvinnor hade lägre medelålder. Medelvärdet av antalet födelser, kända aborter och barn, vårdade i hemmet, låg dock högre hos huvudgruppens kvinnor. De sociala förhållandena visade sig vara avsevärt sämre för huvudgruppens än K-gruppens kvinnor. I det övervägande antalet fall inom huvudgruppen tillhörde kvinnans make — eller om hon var självförsörjande, kvinnan själv — arbetarklassen. De fyra fall, där kvinnans make var läkare, direktör eller motsvarande, tillhörde K-gruppen. — En undersökning av de faktorer, som varit av betydelse för



Tabell 100. Civilstånd och ålder

	15—20	21—25	26—30	31—40	41—	S:a
<i>Göteborg</i>						
Gifta .....	5		69	52	13	136
Ogifta .....	27		28	12	1	68
<i>Malmö</i>						
Gifta .....	4	33	46	57	6	146
Ogifta .....	12	19	13	15	1	60
<i>Stockholms län</i>						
Gifta .....	3	22	53	56	6	140
Ogifta .....	17	16	13	14	—	60
<i>Hälsingborg</i>						
Gifta .....	1	13	47	68	23	152
Ogifta .....	11	28	18	20	2	79

abortsituationen, ger en dominans bland huvudgruppens kvinnor av olika svaghetstillstånd. Därnäst har personliga svårigheter till partnern spelat en stor roll liksom dålig ekonomi. Inom K-gruppen med dess många tvåläkarintyg har, som väntat, de medicinska indikationerna övervägt. Emellertid behöver förekomsten av tvåläkarutlåtande inte innebära, att indikationen är övervägande, medicinsk, men praxis i Hälsingborg tycks ha varit att framför allt i sådana fall använda tvåläkarutlåtande. Ingenting tyder på att denna grupp levt under socialt sett lika pressande förhållanden som huvudgruppen. Att åldern ligger genomgående något högre kan förklaras av att de större yttre påfrestningar, som huvudgruppen levt under, på ett tidigare stadium lett kvinnorna i denna grupp i ett läge, där ett genomförande av ett inträtt havandeskap för dem tett sig som omöjligt att orka med. Mot detta pekar också att antal födelser, kända

aborter och barn, vårdade i hemmet, hos huvudgruppens kvinnor, trots deras något lägre ålder, varit högre. Med avseende på yrkesfördelningen tycks för de gifta kvinnornas makar skillnaden ligga i att de bäst situerade återfinns inom K-gruppen. För ogifta och förut gifta kvinnor utgjorde fabriksarbeterskor det största antalet inom huvudgruppen, kontorsanställda däremot inom K-gruppen.

En granskning av avslagsfallen visar, att huvudsakligen de ogifta kvinnorna fått avslag. Antal födelser och kända aborter liksom kvinnornas ålder ligger för denna grupp avsevärt lägre än motsvarande tal hos huvudgruppen. Vidare framgår, att sjukdom och svaghet är betydligt ovanligare hos avslagen än hos de fall, som beviljats abort. De svaghetstillstånd, som det bland avslagen rört sig om, har heller inte haft den karaktär av allmän nedslitning av de fysiska och psykiska krafterna, som är

Tabell 101. Resultat av besöket

	Stockholms län	Göteborg	Malmö
Övertalade att föda .....	60 = 30 %	117 = 57,5 %	84 = 40,8 %
Verkställda legala aborter .....	84 = 42 %	72 = 35,0 %	92 = 44,6 %
Beviljade ej verkställda aborter .....	13 = 6,5 %	—	10 = 5,0 %
Avslag å ansökan .....	31 = 15,5 %	—	19 = 15,6 %
Spontanabort .....	7 = 3,5 %	10 = 5 %	1 = 0,5 %
Kriminell abort .....	5 = 2,5 %	5 = 2,5 %	—

så vanlig hos de kvinnor, som beviljats legal abort. Det har i stället ofta gällt ett tillstånd av trötthet och depression, som förefallit normalt i det första stadiet av ett havandeskap hos en kvinna, som därtill haft ekonomiska eller personliga bekymmer att bära på. Det typiska fallet i denna grupp visar en kvinna, som till de sedvanliga graviditetsbesvärerna haft ekonomiska svårigheter att kämpa med och dessutom befunnit sig i en känsloladdad konfliktsituation i förhållande till maken eller kontrahenten, men som för övrigt varit psykiskt och fysiskt frisk.

Med hänsyn till undersökningens karaktär skiljer den sig från de tidigare refererade, där huvudvikten lagts på efterundersökningen av klientelet. Beträffande de 32 avslagsfallen har emellertid vissa uppgifter införskaffats rörande kvinnans situation. Av dessa hade 27 fött barn, en kvinna hade fått legal

abort efter förnyad ansökan genom privatpraktiserande läkare, en kvinna hade vid tidpunkten för undersökningen ännu ej fött sitt barn. Om 2 kvinnor saknades uppgift.

Av de 27 kvinnor, som fött barn, hade 7 lämnat barnet ifrån sig till adoptivhem, barnhem eller nära anhöriga. Ytterligare 3 hade förfarit på samma sätt, men sedan tagit tillbaka barnet, antagligen beroende på att de ingått äktenskap. 8 kvinnor brottades efter barnets födelse med stora ekonomiska svårigheter och 4 av dessa åtnjöt fattigvård. I 4 andra fall hade situationen varit besvärlig efter barnets födelse men förbättrats, varvid i 1 fall till en början fattigvård åtnjutits i två år. I ytterligare 1 fall hade ekonomiska svårigheter förelegat, medan i de andra 2 fallen personliga besvärligheter förekommit. Endast i 5 fall kunde utgången betecknas som god.

## Abortprofylaktisk verksamhet i Danmark

Utredningen har verkställt ett studiebesök i Köpenhamn, därvid mödrahjälpens institutioner ingående studerades (s. 11). Då utredningen fick ett mycket positivt intryck av det sätt, på vilket mödrahjälpen verkade, har utredningen ansett en närmare redogörelse önskvärd. Arten och omfattningen av den danska mödrahjälpen framgår av en broschyr, som är av följande innehåll:

### ”MÖDREHJÆLPSINSTITUTIONERNE I DANMARK

er oprettet ved det offentliges foranstaltning i henhold til *lov af 15. marts 1939* med det *formål* att give svangre kvinder og mødre personlig, social og juridisk bistand, råd og vejledning.

Der findes 7 *mødrehjælpsinstitutioner* samt et antal filialer. Rejsende medarbejdere afholder regelmæssige konsultationer i 70 byer til forud offentliggjorte tider. Mødrehjælpen har som medarbejdere kvindelige socialrådgivere, der er udgået fra en anerkendt social skole, samt kvindelige jurister og statsvidenskabelige kandidater. Til institutionerne er knyttet en række læger, herunder specialister i gynækologi og psykiatri.

Mødrehjælpens medarbejdere har *tavshedspligt*.

Al hjælp, der ydes af Mødrehjælpen, er *gratis*.

### *Personlig bistand:*

Mødrehjælpen tager sig af enhver kvinde, gift som ugift, der henvender sig i anledning af svangerskab og fødsel. For den ugifte eller på anden måde enligstillede kvinde virker svangerskabet ofte som en katastrofe eller som en række af vanskeligheder, hun ikke selv kan se nogen vej ud af. Men også for den svangre kvinde, der lever i ægteskab, kan problemer tårne sig op. Alene det at tale ud med et forstående menneske kan være af den største betydning og fører ofte til, at der viser sig at være en vej frem. Mødrehjælpen søger at finde en løsning på de vanskeligheder, som møder kvinden, hvad enten de er af personlig, social, økonomisk eller anden karakter.

### *Social, juridisk og lægelig bistand:*

For enhver svanger kvinde, der måtte ønske det, kan mødrehjælpen skaffe *ophold* på et svangrehjem eller i privat plads.

Til *fødsel* og barselseng kan der, når det ønskes, skaffes plads på en fødeafdeling eller under private forhold.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> I henhold til lov af 12. april 1949 om husmoderafløsning kan der ved fødsel i hjemmet ydes husmoderafløsning indtil 14 dage efter normal fødsel, når der ved læge- eller jordmoderrekvisition dokumenteres at være behov herfor. Husmoderafløsning ydes gratis til ubemidlede mødre, medens der iøvrigt opkræves en efter de pågældendes økonomiske forhold afpasset betaling. Enkelte kommuner har helt eller delvis overladt administrationen af husmoderafløsningen til mødrehjælpsinstitutionerne. Flere mødrehjælpsinstitutioner administrerer ligele-

Efter fødslen kan moderen få gratis ophold på *mødre- og børnehjem* sammen med barnet, indtil dette er 1 år.

Hvis moderen ønsker det, kan barnet gennem mødrehjælpen blive anbragt i *pleje* enten hos private eller på børnehjem.

Hvor moderen ser sig nødsaget til at bortadoptere barnet, optræder mødrehjælpen som mellemmand mellem moderen og de vordende adoptivforældre og foranlediger *adoptionen* gennemført.

Mødrehjælpen yder bistand ved ordningen af *faderskabssager* og giver om nødvendigt *forskud* på de underholdsbidrag, som barnets fader tilpligtes at betale til moder og barn for og efter fødslen.

Mødrehjælpen yder også den forladte, fraseparerede og fraskilte hustru juridisk bistand med hensyn til fastsættelse af bidrag.

I særlige tilfælde kan mødrehjælpen yde direkte *økonomisk* støtte til imødegåelse af den trang, de kan opstå under eller i tilknytning til en graviditet. Hvis forholdene i det enkelte tilfælde gør det påkrævet, kan der gives *udstyr til spædbarnet*.

Mange kvinder henvender sig til mødrehjælpen med ønske om *svangerskabsafbrydelse*. I loven om svangerskabshygiejne, der giver enhver svanger kvinde ret til gratis helbreds kontrol hos læge og jordemoder, er det pålagt disse at henvise til mødrehjælpen i de tilfælde, hvor personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder er årsag til ønsket om svangerskabsafbrydelse. Hvor der er alvorlig fare for kvindens liv og helbred, uden at denne fare skyl-

des på kommunernes vegne uddeling af mælke-mærker i henhold til lov af 4. juli 1946, hvorefter enhver kvinde, som er nydende medlem af en sygekasse eller er dermed ligestillet, har ret til 1/2 l mælk daglig efter tredje svangerskabs-måned, of til 1/1 l efter fødslen, indtil barnet er 1/2 år.

des egentlig sygdom, kræves ifølge loven attest fra mødrehjælpen, forinden svangerskabsafbrydelse kan foretages. I de tilfælde hvor afbrydelse skønnes at være nødvendig, foranlediger mødrehjælpen, at hospitalsindlæggelse finder sted.

Iøvrigt giver mødrehjælpen oplysning om den hjælp, der står til rådighed for moder og barn, såfremt svangerskabet gennemføres, og i mange tilfælde bevirker den personlige støtte, navnlig i forbindelse med praktisk og økonomisk bistand, at kvinden både kan og vil gennemføre sit svangerskab.

#### *Støtte gennem private midler:*

Udover den ovennævnte bistand kan mødrehjælpen, såfremt private støtter arbejdet og stiller midler til rådighed, påtage sig andre opgaver, der tjener til at forbedre kårene for moder og barn: Den svagelige moder kan efter fødslen komme på rekreationsophold sammen med den nyfødte. Der kan ydes hjælp til anskaffelse af børnetøj, seng og vogn. I særlige tilfælde kan mødrehjælpen yde bistand til en forbedring af boligforholdene, eller moderen kan hjælpes til en uddannelse, således att hun, hvad enten hun er enligstillet eller medforsørger, kan medvirke til at skabe mere betryggende forhold i hjemmet.

De private midler giver mødrehjælpen en meget værdifuld mulighed for at yde en hjælp, der er afpasset efter de individuelle forhold.

#### *Oplysningsarbejde:*

Mødrehjælpen giver i sit daglige arbejde menneskelig, pædagogisk og sundhedsmæssig oplysning vedrørende svangerskab og moderskab. Der afholdes kursus for mødre og vordende mødre, blandt andet vedrørende svangerskabs-hygiejne, spædbarnets pleje og pasning, behandling og beskæftigelse af småbørn og lignende.”

I övrigt hänvisas till *lov om mødre-hjælpsinstitutioner nr. 119* av den 15 mars 1939.

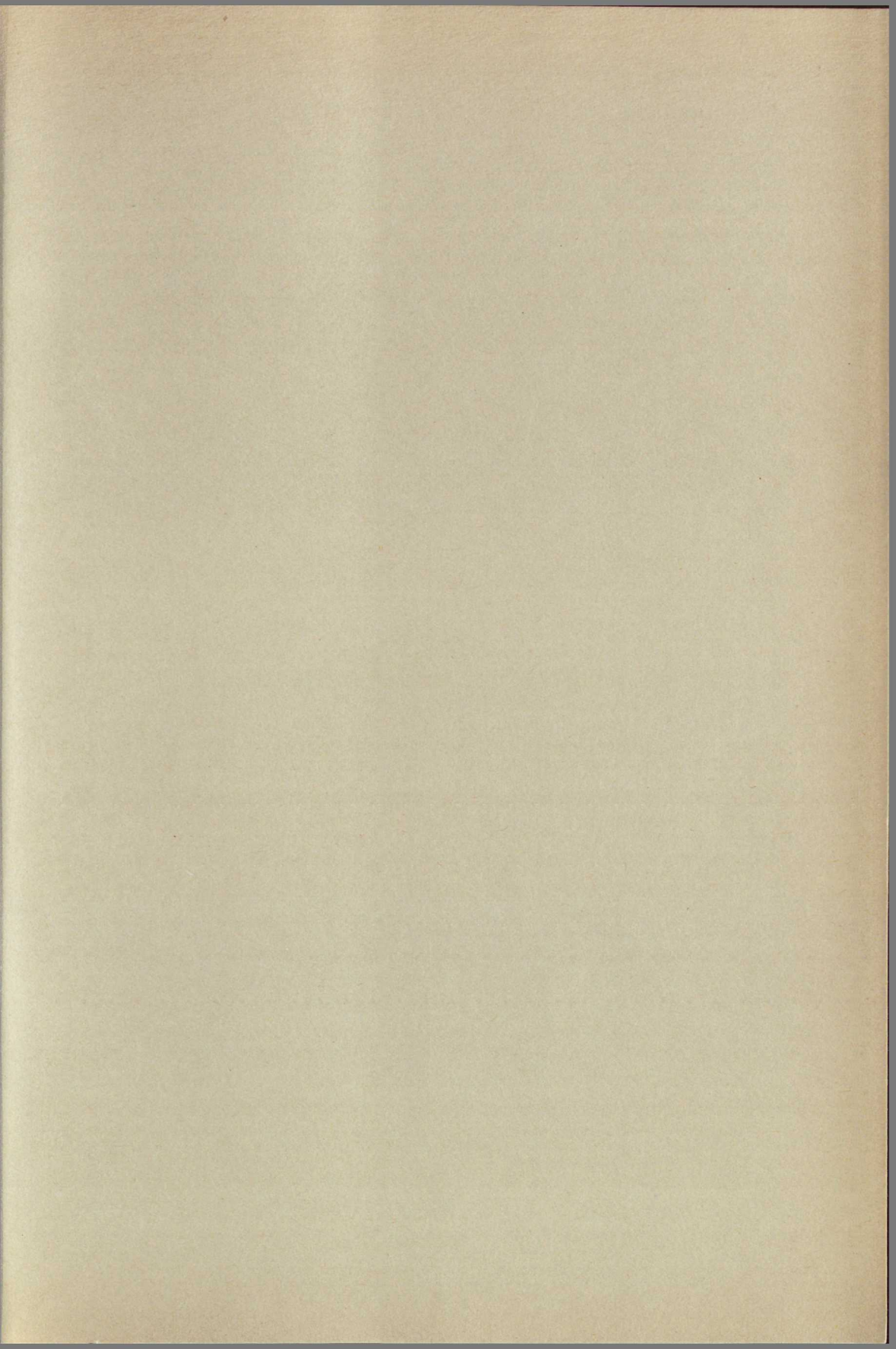
Utredningens allmänna intryck av mödrahjälpens sätt att arbeta var, att den på ett smidigt och effektivt sätt utan byråkratiska former förstod att förverkliga syftet med ovannämnda lag.

Som exempel på abortprofylaktisk verksamhet i Danmark kan även nämnas den år 1949 på kommunalt initiativ i Aarhus upprättade sexualkliniken, som bedriver upplysningsverksamhet i sexuella frågor för såväl kvinnor som män.

Det bör slutligen anmärkas, att den

danska svangerskabskommissionen jämväl har frågan om mödrahjälpsinstitutionernas organisation och verksamhet under övervägande.

I vidare mån än här skett har utredningen icke ansett sig ha anledning att publicera insamlat material angående förhållandena på hithörande område i främmande länder. — Rörande fosterfördrivningsbrottet i främmande rätt hänvisas till straffrättskommitténs förslag till brottsbalk (SOU 1953:14), där i bil. 1, s. 485 ff. finnes en utförlig redogörelse.



# Statens offentliga utredningar 1953

## Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

### Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Förslag till lagstiftning om insemination. [9]  
Förslag till brottsbalk. [14]  
Enhetligt frihetsstraff. [17]  
Promemoria med förslag till vissa åtgärder för att nedbringa väntetiderna vid sinnesundersökning i brottmål. [21]  
Nåd i brottmål. Statistiska uppgifter för 1900-talets första hälft. [22]  
Betänkande med förslag till vissa ändringar i rättegångsbalken m. m. [26]  
Abortfrågan. [29]

### Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Valkretsar vid fullmäktigeval i kommunerna. 1950 års folkomröstnings- och valsätsutrednings betänkande. 4. [1] 5. Det proportionella valsättet vid landstingsval. [25]  
Lika lön för män och kvinnor i det statliga lönesystemet. [18]

### Kommunalförvaltning.

### Statens och kommunernas finansväsen.

### Politi.

### Nationalekonomi och socialpolitik.

Generella metoder och fysiska kontroller inom investeringspolitiken. [6]  
Utredning om fastighetsbeskattningen. [8]  
Konsumentprisindex. Betänkande angående omläggning av levnadskostnadsindex. [23]

### Hälsa- och sjukvård.

### Allmänt näringsväsen.

Fakta om olja. [12]

### Fast egendom. Jordbruk med binirningar.

Betänkande med förslag till fiskeristadga m. m. [2]  
Betänkande med förslag till åtgärder för stödjande av hästavels m. m. [3]

### Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Sågverksindustrin i södra Sverige. [19]

### Industri.

### Handel och sjöfart.

### Kommunikationsväsen.

Landsbygdens elkraftförsörjning. [13]  
Trafiknykterhet. [20]

### Bank-, kredit- och penningväsen.

### Försäkringsväsen.

### Kyrkoyäsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Läkarutbildningen. [7]  
Betänkande med förslag till allmänna riktlinjer för den territoriella pastoratsindelningen och församlingsprästerliga organisationen m. m. [11]  
Juridisk och samhällsvetenskaplig utbildning. 1. [15] 2. Bilagor. [16]  
Betänkande och förslag angående folkhögskolans ställning och uppgifter. [24]

### Försvarsväsen.

Förband och bygd. [10]  
Psykologiskt försvar. [27]  
Befälsordningen vid infanteriet. [28]

### Utrikes ärenden. Internationell rätt.

Nordiska parlamentariska kommittén. 4. Nordisk passfrihet. [4] 5. Lättnader i fråga om tullbehandling m. m. av motorfordon i trafiken mellan de nordiska länderna. [5]