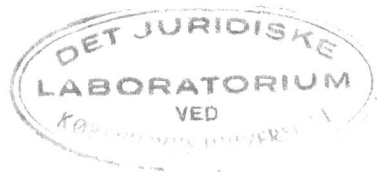


SEKSUALUNDERVISNING
UDEN FOR
FOLKESKOLEN
OG
INDIVIDUEL VEJLEDNING
M.V.

BETÆNKNING II
FRA
SEKSUALOPLYSNINGSUDVALGET



BETÆNKNING NR. 532

1969

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
<i>Kapitel I:</i> Indledning	5
<i>Kapitel II:</i> Seksualundervisning uden for folkeskolen	7
<i>A:</i> Udvalgets hovedsynspunkter	7
<i>B:</i> De enkelte undervisningsformer	10
<i>C:</i> Grønland	16
<i>D:</i> Uddannelse og efteruddannelse af lærerpersonalet	17
<i>E:</i> Særundervisning	18
1. Fysisk og psykisk handicappede	18
2. Børn og unge under forsorg	19
<i>Kapitel III:</i> Individuel vejledning	20
<i>A:</i> Indledning	20
<i>B:</i> Den individuelle vejlednings udvikling	20
1. Betænkninger og lovgivning	20
2. Bestræbelser for at etablere seksualvejledningsklinikker, herunder eksisterende klinikker	22
<i>C:</i> Nuværende vejledning	23
De enkelte undersøgelser	23
<i>D:</i> Udvalgets synspunkter	27
1. Nødvendigheden af adgang til individuel vejledning	27
2. Bør individuel vejledning henlægges til alment praktiserende læge eller til klinik?	28
3. Bør individuel seksualvejledning koordineres med familierådgivning? ..	31
4. Bør seksualvejledning være vederlagsfri?	33
a. Nuværende ordning	33
b. Vejledningskonsultationen	34
c. De svangerskabsforebyggende midler	35
5. Kontrol med salg af præventive midler	38
<i>E:</i> Grønland	39
1. Nuværende vejlednings organisation	39
2. Behovet for individuel vejledning	39
3. Udvalgets synspunkter	40
<i>Kapitel IV:</i> Uddannelse og forskning	41
<i>A:</i> Uddannelse af læger	41
1. Grunduddannelsen	41
2. Uddannelsen efter afsluttet embedseksamen	42
3. Efteruddannelsen	43
<i>B:</i> Uddannelse af andre	43
<i>C:</i> Forskning	44

	Side
<i>Kapitel V:</i> Andre spørgsmål	47
A: Oplysning og propaganda	47
B: Svangerskabslovens § 10.	50
<i>Kapitel VI:</i>	
Resumé.	54

BILAG TIL BETÆNKNINGEN

1. Seksualoplysningsudvalgets kommissorium.	58
2. Seksualoplysningsudvalgets skrivelse af 3. marts 1969 til indenrigsministeriet	59
3. Redegørelse udarbejdet af professor, dr. theol. K. E. C. Løgstrup.	60
4. Amtundersøgelsen.	67
5. Vejledning i antikonception hos praktiserende læger i København	76
6. Klinikundersøgelsen.	84
7. De supplerende undersøgelser.	95
8. Undersøgelse blandt mødre, der lige har født (mødreundersøgelsen).	101
9. Undersøgelse af kvinder indlagt på hospital med abort	137
10. Socialgruppeinddelingen i udvalgets undersøgelser.	215
11. Ægteskabsudvalgets henvendelse af 15. februar 1963 til seksualoplysningsudvalget.	219
12. Seksualoplysningsudvalgets skrivelse af 24. juli 1968 til de lægevidenskabelige fakulteter ved universiteterne i København og Århus.	220
13. Seksualoplysningsudvalgets skrivelse af 24. juli 1968 til det lægevidenskabelige fakultet ved universitetet i Odense.	221
14. Seksualoplysningsudvalgets skrivelse af 24. juli 1968 til »Den almindelige danske Lægeforening«	222
15. Skrivelse af 30. august 1968 fra det lægevidenskabelige fakultet ved Odense universitet til seksualoplysningsudvalget	223
16. Skrivelse af 30. oktober 1968 fra det lægevidenskabelige fakultet ved Københavns universitet til seksualoplysningsudvalget	224
17. Skrivelse af 13. november 1968 fra det lægevidenskabelige fakultet ved Aarhus universitet til seksualoplysningsudvalget	225
18. Skrivelse af 8. august 1968 fra »Den almindelige danske Lægeforening« til seksualoplysningsudvalget	228

Sessionsundersøgelsen og undersøgelse blandt nyindkaldte værnepligtige (soldater-enqueten) er ikke trykt som bilag til betænkningen, da de foreligger trykt som doktordisputats. (Læge, dr. med. Preben Hertoft: »Unge mænds seksuelle adfærd, viden og holdning«. Akademisk Forlag 1968).

KAPITEL I

Indledning

I september 1967 afsluttede seksualoplysningsudvalget arbejdet med sin første betænkning, der angik seksualundervisning i folkeskolen m.v. (betænkning nr. 484).

Udvalget havde, da betænkning I blev afgivet, følgende sammensætning:

Overlæge, dr. med. Kirsten Auken, formand,

Byretsdommer J. Bangert (udpeget af justitsministeriet),

Læge Agnete M. Bræstrup,

Læge Knud Otto Christensen,

Amtslæge, dr. med. Vagn Christensen,

Direktør, nu højskoleforstander H. Engberg-Pedersen (udpeget af undervisningsministeriet),

Politimester Mogens Grau, næstformand,

Socialrådgiver Eva W. Gredal,

Overlæge E. Juel Henningsen,

Overlæge Henrik Hoffmeyer,

Kontorchef V. Holm (udpeget af socialministeriet),

Undervisningsinspektør Per Iversen (udpeget af undervisningsministeriet),

Socialoverlæge Helge Kjems,

Professor, dr. med. Villars Lunn,

Professor, dr. theol. K.E.C. Løgstrup,

Professor, dr. phil. Anders Munk,

Ekspeditionssekretær Helge Odel (udpeget af indenrigsministeriet),

Undervisningsinspektør David Pedersen (udpeget af forsvarsministeriet),

Sognepræst Axel Riishøj (udpeget af kirkeministeriet),

Lektor Else-Merete Ross, MF,

Professor Thomas Sigsgaard,

Direktør i mødrehjælpen Vera Skalts.

Endvidere indtrådte skoleinspektør Bent

Gynther, ministeriet for Grønland, i udvalget, i det omfang grønlandske problemer inddroges i udvalgets arbejde og drøftelser.

Ved indenrigsministeriets skrivelse af 17. oktober 1967 blev fagkonsulent Åge Stouenborg, forsvarrets civilundervisning, beskikket som medlem i stedet for undervisningsinspektør David Pedersen.

Den 21. januar 1968 afgik udvalgets formand, overlæge, dr. med. Kirsten Auken, ved døden, og udvalgets næstformand, politimester Mogens Grau, blev derefter ved skrivelse af 9. februar 1968 beskikket som formand.

Ved skrivelse af 2. april 1968 blev sekretær i indenrigsministeriet Ebba Lund beskikket som medlem i stedet for ekspeditionssekretær Helge Odel.

Ved skrivelse af 27. september 1968 blev ekspeditionssekretær Gisken Trier, ministeriet for Grønland, beskikket som medlem i stedet for skoleinspektør Bent Gynther.

Udvalgets sekretariatsforretninger er ledet af byretsdommer J. Bangert med fuldmægtig i justitsministeriet Tage Bækgård, sekretær i indenrigsministeriet Mette Mikkelsen og fuldmægtig i justitsministeriet Vagn Rasmussen som sekretærer og med ekspeditionssekretær i sundhedsstyrelsen H. Hamtoft som sekretær, for så vidt angår de statistiske spørgsmål.

Efter at fuldmægtig Tage Bækgård i 1967 blev sekretær for det af justitsministeriet nedsatte udvalg, der havde til opgave at overveje spørgsmålet om ændring af de gældende regler om adgang til svangerskabsafbrydelse, er han ophørt med sit arbejde i sekretariatet, men har fortsat deltaget i udvalgets moder.

Efter afslutningen af arbejdet mej seksualundervisning i folkeskolen har udvalget fortsat med at behandle spørgsmålet om seksual-

undervisning uden for folkeskolen samt rådgivning og vejledning til den enkelte, og de spørgsmål der rejser sig i tilknytning hertil, uddannelse af læger, etablering af forskningscentre samt spørgsmålet om almen oplysning og propaganda, ligesom udvalget foreslår nogle ændringer af svangerskabslovens § 10, der indeholder regler om tilskud til oplysningsvirksomhed.

Endvidere har udvalget i tilknytning til disse spørgsmål ved skrivelse af 3. marts 1969, jfr. bilag 2, besvaret en forespørgsel fra justitsministeriet vedrørende handel med kondomer fra udendørs automater.

Spørgsmålet om uddannelse af læger og

etablering af forskningscentre har været behandlet i et underudvalg, bestående af de til udvalget knyttede læger. Dette underudvalg har afholdt 3 møder.

Udvalgets arbejde er blevet forberedt af et sekretariat bestående af formanden, lederen af sekretariatet og sekretærene samt særligt tilkaldte medlemmer. Sekretariatet har afholdt 39 møder vedrørende nærværende betænkning og det samlede udvalg 11 møder.

Som resultat af udvalgets arbejde foreligger nærværende betænkning.

Udvalget betragter hermed sit arbejde som afsluttet.

København i marts 1969.

J. Bangert Agnete Bræstrup K. O. Christensen Vagn Christensen H. Engberg-Peder sen
Mogens Grau Eva Gredal E. Juel Henningsen Henrik Hoffmeyer V. Holm Per Iversen
formand
Helge Kjems Ebba Lund Villars Lunn K. E. C. Løgstrup Anders Munk Axel Riishøj
Else-Merete Ross Thomas Sigsgaard Vera Skalts Åge Stouenborg Gisken Trier
H. Hamtoft Mette Mikkelsen Vagn Rasmussen

KAPITEL II

Seksualundervisning uden for folkeskolen

A. Udvalgets hovedsynspunkter

Udvalget har i betænkning I stillet forslag om, at der indføres obligatorisk seksualundervisning i folkeskolen. Efter forslaget skal undervisningen påbegyndes i de tidligste skoleår og fortsættes, til børnene forlader skolen. Efter udvalgets opfattelse skal seksualundervisningen være koncentrisk, d. v. s., den skal tilrettelægges således, at den principielt omfatter hele emnet fra starten, dog således at en vis mængde kundskabsstof bibringes eleverne på bestemte alderstrin. Derudover skal undervisningen karakteriseres ved tiltagende grad af differentiering, detaljerighed og integration i tilgrænsende områder med stigende alderstrin. Udvalget har til støtte for lærerne og for at sikre, at alle dele af emnet tages op, udarbejdet en vejledende stoffordelingsplan, der opdeler stoffet i 3 hovedgrupper omfattende henholdsvis 1.-4. skoleår, 5.—7. skoleår og 8.—10. skoleår.

Gennemføres udvalgets forslag, skulle de unge således, når de forlader folkeskolen, have fået et grundlæggende kendskab til emnet. Så længe der kun er 7 års undervisningspligt, vil der imidlertid være et problem med de børn, der forlader skolen efter 7. klasse, idet disse efter forslaget nok vil få gennemgået den del af stoffet, der er beregnet for 8.-10. skoleår, men det vil ifølge sagens natur blive en summarisk og derfor mindre tilfredsstillende gennemgang. Det er ikke en stor gruppe børn, det drejer sig om, kun ca. 8 pct. af en årgang (i 1968 ca. 5.500), og hvis udviklingen fortsætter, vil den i de kommende år hurtigt blive mindre, selv om undervisningspligten ikke skulle blive udvidet. Erfaringerne viser imidlertid, at netop disse unge er særligt truet, jfr. betænkning I, side 89-90 og side 95, og udvalget mener derfor, at en

yderligere gennemgang af 8.-10. skoleårs stof for denne gruppe vil være ønskelig, såfremt der er mulighed for at få kontakt med de unge, efter at de har forladt folkeskolen.

Skulle undervisningspligten blive udvidet, således at 8., 9. og evt. 10. skoleår bliver obligatorisk, forsvinder dette problem. Det gælder også, selv om et eller flere af disse obligatoriske undervisningsår vil kunne erstattes af undervisning i ungdomsskole, efterskole eller andet, idet udvalget forudsætter, at undervisningen i disse skoleformer, hvad angår undervisning i seksualkundskab, i så tilfælde vil blive bragt på niveau med folkeskolens undervisning i de klasser, den pågældende skoleform kan erstatte.

Det; kan diskuteres, om der herudover er behov for at give seksualundervisning i de forskellige skoleformer for unge.

Som begrundelse for at undlade at give yderligere seksualundervisning har det været anført, at behovet skulle være dækket med den undervisning, der vil blive givet i folkeskolen, såfremt udvalgets forslag gennemføres. Yderligere har man peget på risikoen for, at seksualundervisning i skoleformer for unge blot vil blive en trætende gentagelse af folkeskolens undervisning.

Udvalget mener imidlertid ikke, at seksualundervisningen i folkeskolen vil kunne dække behovet for en sådan undervisning fuldt ud. Ganske vist er udvalget af den opfattelse, at en rigtigt tilrettelagt undervisning i folkeskolen også isoleret betragtet vil være af stor betydning for børnene og de unge. Den skulle udover det rent kundskabsformidlende kunne sikre mod misforståelser og provokationer, ligesom blot indlærte kundskaber på et senere stadium kan indarbejdes som egentlig forståelsesstof. Hertil kommer, at til-

buddet om oplysning og åbenheden skaber et vigtigt tillidsforhold mellem barn og forældre eller lærer, et tillidsforhold, som måske kan sikre, at oplysninger og råd søges de rigtige steder, når behovet melder sig. Men børnene vil ikke, medens de endnu går i folkeskolen, opnå den modenhed, som er en forudsætning for den virkelige tilegnelse af dette stof samt for forståelsen af disse problemer. Det gælder så meget mere, som de unge forlader skolen på et tidspunkt, hvor puberteten hverken fysisk eller psykisk er fuldt afsluttet, og hvor det overvejende flertal ikke har indledt seksuelt forhold, og problemerne derfor ikke har fået fuld aktualitet for dem. Det biologiske og psykologiske udviklingstrin — der kan variere betydeligt inden for samme alderstrin - er i mange henseender afgørende for, om forståelse kan opnås, selv om barnets sociale erfaring nok også spiller en betydelig rolle. Man må dog gå ud fra, at stigende alder giver større forståelsesmuligheder, og det er vel særlig vigtigt for dette stof, at det i egentlig forstand tilegnes. Disse forhold gør det ønskeligt, at der også gives seksualundervisning på senere skoletrin.

Man kan dernæst spørge, om det er muligt at give undervisningen et selvstændigt indhold af værdi for de unge.

Det centrale udgangspunkt ved tilrettelæggelsen af en sådan ungdomsundervisning bør være det af udvalget for 8.-10. skoleår foreslåede stofområde, jfr. betænkning I, side 111 ff. Det må imidlertid erindres, at selve det kundskabsmæssige stof til en vis grad kun tjener som udgangspunkt for den diskuterende, etisk betonedede undervisning, som især er væsentlig på de ældre alderstrin. Indtil udvalgets forslag i betænkning I er gennemført og har fået virkning, hvilket vil tage en årrække, må man dog ved tilrettelæggelsen af ungdomsundervisningen være opmærksom på, at det meget vel hos de unge kan skorte på viden om væsentlige dele af emnet, hvorfor det vil være nødvendigt i en måske længere overgangsperiode at lægge betydelig vægt på kundskabsformidling. Men når seksualundervisning i folkeskolen er gennemført efter retningslinierne i betænkning I, bør kundskabsformidlingen ikke være hovedsagen i ungdomsundervisningen. Den skal holdes i baggrunden, så den ikke gennem tom repetition bliver påtrængende eller meningsløs («kedelig»), men på den anden side sikrer, at de,

der mangler viden, enten får den formidlet eller føler sig fri til at spørge. Man bør især være opmærksom på, om særlige forhold i klassen som helhed eller hos den enkelte elev skaber hæmninger, som hindrer en åben diskussion af væsentlige spørgsmål. Da modenhedsudviklingen - når hensyn også tages til psykologisk og social modning — i ikke så få tilfælde ikke afsluttes før efter 20-års alderen, og da det seksuelle samliv i hvert fald i adskillige tilfælde først får aktualitet efter denne alder, vil man endnu ved undervisning i disse aldersgrupper kunne forvente en sådan interesse for at tilegne sig og forstå dette stof, at der er grundlag for i hver ny skoleform og navnlig på nye alderstrin at genoptage emnet.

I den udstrækning det lykkes at integrere seksualundervisningen, således som man allerede for folkeskolens vedkommende har anbefalet det som hovedprincip, og at gøre emnet til genstand for debat med eleverne, er der næppe risiko for, at genoptagelsen vil virke som tom repetition. Kun hvis undervisningen formidles således, at rene kundskaber genfremstilles på identisk måde fra alderstrin til alderstrin, og dette ikke gøres i den hensigt at drøfte det pågældende alderstrins særlige problematik, vil repetitionen virke kedelig og irriterende.

Ungdomsundervisning må i øvrigt tilrettelægges på en mere varieret måde end folkeskoleundervisning, og der må tages hensyn til en række særlige omstændigheder i forbindelse med den enkelte elevkategoris specielle behov i kraft af gruppens særlige psykologiske og praktiske omstændigheder.

Som eksempler på emner, der kan tages op på disse alderstrin, kan anføres, at undervisningen i prævention kan tilrettelægges mere konkret og detaljeret, jo længere man kommer op i de aldersklasser, hvor man har erfaring for, at seksuelt samliv indledes. I disse aldersklasser kan man ligeledes komme ind på problemerne vedrørende den gensidige tilfredsstillelse. Da umådeholdenhed og uvant-hed med hensyn til alkohol kan medføre mindre ansvarsbevidsthed i seksuel henseende, og man har indtryk af, at uheldige alkoholvaner grundlægges i de år, hvor overgangen til erhvervslivet finder sted, kan det være hensigtsmæssigt at gøre mere ud af dette spørgsmål på disse alders- og skoletrin.

Enkelte grupper er »truede«, f. eks. vinge i

søfartsuddannelse. Her kan en understregning af veneria-profylaksen være på sin plads.

Efterhånden som de pågældende grupper nærmer sig ægteskabsalderen, vil der være grund til at medinddrage »familiekundskabs«- og »ægteskabsskole«-stof i undervisningen, herunder spørgsmålet om ægteskabets jura og hjemmets økonomi.

Ligesom undervisningen med stigende alderstrin kan komme til at omfatte ægteskabsforberedelse, kan endnu senere alderstrin betyde, at undervisningen mere får karakter af forældreundervisning, der tilstræber at lære vordende forældre eller voksne, der allerede er forældre, hvordan de kan forholde sig overfor deres børn med hensyn til seksualundervisning, holdning til den seksuelle udvikling hos småbørn etc.

Derudover bør de, der tilrettelægger seksualundervisningen for disse aldersgrupper, have opmærksomheden rettet mod den aktuelle offentlige debat på området, idet denne ofte vil kunne give emner til diskussioner. Således ville det i dag være naturligt at beskæftige sig med f. eks. kønsrolledebatten, debatten om ægteskabsinstitutionen samt problemerne om pornografien.

Endvidere vil udgangspunkt for undervisningen og debatten med eleverne også kunne tages i en omtale af de forskellige opfattelser af seksuallivet fra folk til folk og fra tidsperiode til tidsperiode, herunder religionens indflydelse på disse opfattelser. Som bilag 3 til betænkningen er optaget en af professor K. E. G. Løgstrup udarbejdet redegørelse, der kan tjene som eksempel på, hvorledes undervisningen kan tage sit udgangspunkt i filosofiske og etiske betragtninger.

Selv om der således kan peges på adskillige emner, det vil være hensigtsmæssigt at behandle i seksualundervisningen for unge, må det dog understreges, at undervisningen efter udvalgets opfattelse må være ret fri, både hvad angår form og indhold. Udvalget anser det derfor hverken for muligt eller ønskeligt at give mere detaljerede retningslinier for undervisningens tilrettelæggelse, ligesom man ikke ønsker at stille forslag om en bestemt stoffordelingsplan eller om udarbejdelse af en egentlig vejledning for seksualundervisningen på disse alderstrin.

Gennemførelse af en seksualundervisning for unge vil imidlertid støde på en række

problemer. En del af de skoleformer, hvorigennem en sådan undervisning skal formidles, er således traditionelt så frie, at der normalt ikke kan stilles krav om undervisning af nærmere specificeret indhold. Dertil kommer, at de skoleformer, hvor seksualundervisningen skal praktiseres, er meget forskelligartede, både hvad angår undervisningsemner og lærerkræfternes uddannelse, samt at behovet for en seksualundervisning blandt de unge, der frekventerer de forskellige undervisningsformer, er stærkt varierende. Af disse grunde, og fordi en ungdomsundervisning i seksualkundskab både i indhold og form må være friere og mindre bundet til en bestemt stoffordelingsplan end seksualundervisning i folkeskolen, er der enighed i udvalget om, at der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at gøre seksualundervisning obligatorisk i disse skoleformer. Man vil derimod anse det for værdifuldt, at de enkelte skoler, i det omfang de skønner det muligt, gennemfører undervisning i emnet efter de af udvalget skitserede principper, og at der åbnes mulighed for, at lærere ved ungdomsundervisningen får adgang til gennemkursus at uddanne sig til at give seksualundervisning.

Muligheden for at gennemføre en sådan seksualundervisning vil som nævnt variere en del efter, hvilken skoleform det drejer sig om. Således vil lærerkræfterne i en del tilfælde have en speciel faglig uddannelse, der ikke giver dem forudsætninger for at undervise i et emne som seksualkundskab. Endvidere undervises der i mange skoler for unge, og da specielt i de helt tekniske uddannelser og handelsuddannelserne, ikke i dag i almenfag som f. eks. medborgerkundskab og familie-kundskab, hvori seksualundervisning kan integreres. Dette vil bevirke, at seksualundervisning i disse skoleformer må gives i enkeltstående timer og som oftest af tilkaldte sagkyndige.

Der er dog grund til at antage, at dette forhold vil blive ændret inden for en overskuelig fremtid, idet der i 1967 blev nedsat et udvalg med den opgave at foretage en gennemgang af de gældende bestemmelser om de vinges faglige uddannelser og at udarbejde udkast til ændringer i den nuværende uddannelsesstruktur for de faglige grunduddannelser inden for industri, håndværk og handels- og kontorområdet, hvorfor der formentlig kan forventes en strukturændring i de faglige

grunduddannelser. I hvilken retning en sådan ændring vil gå, kan ikke på indeværende tidspunkt forudsiges, men der er grund til at formode, at de almindelige fag vil få en mere fremskudt plads i den teoretiske del af lærlingeuddannelsen, end tilfældet er i dag.

Indføres disse ændringer i lærlingeuddannelsen, skulle der være skabt mulighed for at integrere en seksualundervisning i den øvrige undervisning.

Et flertal af seksualoplysningsudvalgets medlemmer (Bræstrup, K. O. Christensen, Engberg-Pedersen, Eva Gredal, Juel Henningsen, Hoffmeyer, Holm, Kjems, Villars Lunn, Løgstrup, Munk, Riishøj, Else-Merete Ross, Sigsgaard, Skalts og Stouenborg) kan anbefale, at der straks søges indført seksualundervisning også i disse skoleformer, idet man ikke på disse alderstrin anser integration i andre fag for at være så nødvendig som i folkeskolen. Eleverne er så engagerede i emnet, at der hurtigt vil udvikle sig en bredere diskussion, selv om undervisningen gives i isolerede timer af udefra kommende undervisere. Man anbefaler, at disse sagkyndige i øvrigt bestræber sig på at give emnet en så bred fremstilling som muligt, således at de seksuelle spørgsmål derigennem integreres i elevernes øvrige erfarings- og begrebsverden.

Et mindretal (Formanden, Bangert, Vagn Christensen og Iversen)¹ må anse det for ønskeligt, at der undervises i seksuelle spørgsmål i de skoleformer for unge, hvor der undervises i fag, der gør det muligt at integrere emnet, og hvor der findes lærerkræfter, der kan påtage sig undervisningen. Mindretallet kan derimod ikke gå ind for, at der indføres seksualundervisning i de skoleformer, hvor integration af emnet er udelukket, og hvor der skal tilkaldes sagkyndige udefra til at forestå undervisningen. Man mener ikke, at en udefra kommende underviser, der kun får stillet nogle få timer til sin disposition, vil være i stand til at opnå den kontakt med eleverne, som vil være nødvendig for at undgå, at undervisningen kun bliver kundskabsmeddelelse. Mindretallet frygter, at en sådan enkeltstående undervisning udelukkende vil blive en gentagelse af det stof, eleverne har fået gennemgået i folkeskolen, og at den derfor vil virke kedelig og irriterende på de unge.

¹ Ebba Lund mente ikke at burde tage stilling til spørgsmålet.

B. De enkelte undervisningsformer

De i det følgende opregnede undervisningsformer hører - med mindre andet udtrykkeligt er nævnt i teksten — alle under undervisningsministeriet.

Det bemærkes, at hvor i det følgende eleverne er opdelt efter forkundskaber, er dette sket på grundlag af oplysninger, der kan være et par år gamle, ligesom de fleste af de nævnte skoleformers elever er udgået af folkeskolen op til 4 år forinden. Den procentvise andel af elever udgået af 7. klasse vil således allerede i dag være en del mindre end anført i teksten, og den vil i de nærmeste år blive yderligere formindsket.

Ungdomsskolen

I 1967/68 fandtes ialt 574 kommunale og 92 private ungdomsskoler dækkende 944 kommuner. Derudover fandtes 5 statsanerkendte ungdomsskoler. Den 1. februar 1968 var tilmeldt godt 72.000 elever i ungdomsskolen. Ca. 5.000 af disse elever var udgået af 7. klasse, og ca. 1.450 gik samtidig med ungdomsskoleundervisningen i 7. klasse. Da denne form for undervisning står åben for alle mellem 14 og 18 år, kan tallene for et enkelt år omfatte 4 årgange af unge, hvorfor disse tal ikke giver nogen reel vejledning om, hvor stor en del af de unge, der forlader skolen efter 7. klasse, der på et eller andet tidspunkt frekventerer ungdomsskolen. Godt 80 pct. af ungdomsskolens elever er under 17 år.

Inden for ungdomsskolen er faget ungdomsorientering obligatorisk, og der skal anvendes minimalt fra 24-36 timer på dette emne, der skal tilrettelægges med de unges egne problemer som udgangspunkt. Her er således mulighed for at integrere seksualundervisning og give denne undervisning en bredere udformning; der gives da også seksualundervisning de fleste steder.

Lidt under 60 pct. af lærerkræfterne ved ungdomsskolen har en pædagogisk uddannelse af længere varighed (folkeskole- eller husholdningsseminarium), medens de resterende har meget varierende uddannelser. Det vil ofte være en folkeskolelærer, der underviser i ungdomsorientering, men flere steder er dette fag splittet op, således at der anvendes forskellige specielt kvalificerede undervisere

til hvert område typisk en læge til seksualundervisningen.

Da mange af de unge, der udgår af folkeskolens 7. klasse, på et eller andet tidspunkt går i ungdomsskolen, finder udvalget det særligt ønskeligt, at man i ungdomsskolen er opmærksom på behovet for en seksualundervisning svarende til den undervisning, der af udvalget er foreslået for 8.-10. skoleår, jfr. betænkning I, side 111 ff. Ved undervisningens tilrettelæggelse bør der imidlertid tages hensyn til, at ca. 38 pct. af ungdomsskoleeleverne samtidig går i 7.-10. klasse i folkeskolen og 37 pct. i eksamensskolen. Er der mulighed for i faget ungdomsorientering at inddele eleverne i hold efter tidligere eller nuværende skolegang, vil det være hensigtsmæssigt. Er dette udelukket, må seksualundervisningen tilrettelægges efter flertallets situation og behov og eventuelt helt udelades på hold, hvor hovedparten af eleverne samtidig modtager undervisning i emnet i folke- eller eksamensskolen.

Da der i ungdomsskolen er mulighed for at integrere emnet, og da hovedparten af lærerne har visse forudsætninger for at meddele undervisning i emnet, kan udvalget anbefale, at der gives seksualundervisning i ungdomsskolen efter de ovennævnte retningslinier.

Efterskolen

I 1966/67 var der 104 statsanerkendte efterskoler spredt over hele landet. Elevantallet på efterskolerne udgør mellem 7 og 8.000 årligt. Tilgangen har i de senere år været nedadgående, men belægningen på skolerne er gennemsnitlig blevet større, da langt de fleste elever nu følger de længere kurser (8-10 mdr.). Næsten 90 pct. af eleverne er under 17 år, og 60 pct. var i 1966/67 udgået af folkeskolens 7. klasse.

I efterskolerne undervises der i de fleste almindelige skolefag, herunder orientering og familiekundskab, så der er mulighed for at integrere seksualundervisningen. En del efterskoler giver allerede seksualundervisning. Nøjagtigt hvor mange det drejer sig om, samt hvordan seksualundervisningen er tilrettelagt, har man ikke kendskab til i undervisningsministeriet.

I 1965/66 var ca. en trediedel af lærerne ved efterskolerne seminarieuddannede. Ca. en fjerdedel var faglærere (sløjde-, håndar-

bejds- samt gymnastiklærere), og de resterende havde »anden uddannelse« (universitet, kunsthåndværkerskolen, biblioteksskolen samt musikkonservatoriet m. v.). Efter at udviklingen er gået i retning af længere kurser, er flere lærere fastansatte, hvilket bevirker, at en større del af lærerpersonalet i dag er i besiddelse af en længere pædagogisk uddannelse.

Ligesom for ungdomsskolen gælder det, at en stor del af efterskolens elever er udgået af 7. klasse, og udvalget finder det derfor også her særligt påkrævet, at der gives en efter de ovenfor skitserede regler udformet seksualundervisning i efterskolerne. Der må som i ungdomsskolen ved undervisningens tilrettelæggelse tages hensyn til elevernes tidligere skolegang, og man peger som tidligere nævnt på, at de elever, der er gået ud af 7. klasse, efter udvalgets mening har et særligt behov for at få gennemgået det stof, der i betænkning I er foreslået gennemgået i 8.-10. skoleår.

Gymnasieskolen

Vedrørende seksualundervisning i gymnasieskolernes realafdelinger henvises til det i betænkning I, side 111 ff. anførte om undervisningen i 8.-10. skoleår.

Ved begyndelsen af skoleåret 1968/69 var elevtallet i alle landets gymnasieklasser godt 30.700. Elevtallet i 1. g. var lidt over 12.000. På studenterkurserne undervistes samtidig godt 4.000 elever. For begge gymnasieformers vedkommende har tilgangen i de senere år været stærkt stigende. Størstedelen af eleverne i 1.-3.g. er fra 16-19 år.

Efter den af undervisningsministeriet i 1961 udsendte »Vejledende bestemmelser vedrørende undervisningen i gymnasiet« skal der i alle linier inden for gymnasiet i biologi - udover formering og fosterudvikling - undervises i menneskets hygiejne, hvorunder specielt nævnes: »seksualhygiejne med seksualoplysning (herunder prævention) der kan danne den biologiske baggrund for forståelse af familieplanlægning og befolkningsproblemer«. Som undervisningen er tilrettelagt, gennemgås menneskets biologi i 3.g. Herudover nævner undervisningsvejledningen under faget religion, at etiske emner kan behandles i tilknytning til det læste stof eller selvstændigt.

Hvad angår lærerpersonalet ved gymnasiet er det en betingelse for at få ansættelse som

underviser ved en gymnasieskole, at vedkommende har bestået skoleembedseksamen eller har taget magisterkonferens, dog kan i særlige tilfælde ansøgere, der har bestået anden afsluttende embedseksamen, eller som har gennemført anden tilstrækkelig uddannelse, ansættes i disse stillinger. Varig ansættelse er betinget af, at den pågældende har bestået en prøve i teoretisk pædagogik og i undervisningsfærdighed.

Udvalget finder det utilfredsstillende, at seksualundervisningen i gymnasiet hovedsagelig er henlagt til faget biologi. Dette bevirker, at emnet først gennemgås i 3.g., hvilket må anses for u hensigtsmæssigt, bl.a. fordi mange seksuelle forbindelser erfaringsmæssigt etableres i gymnasietiden.

Man er af den opfattelse, at seksualundervisningen også i gymnasieskolen såvidt muligt bør integreres i den almindelige undervisning og ikke fortrinsvis være knyttet til biologiundervisningen. Udvalget finder det af betydning, at emnet optages allerede i l.g., og ser helst, at undervisningen tilrettelægges i overensstemmelse med de foran nævnte principper. Man skal specielt pege på muligheden for at tilrettelægge undervisningen således, at emnets kulturhistoriske og befolkningspolitiske aspekter belyses.

Såfremt det f. eks. på grund af lærerpersonalets uddannelse i en overgangsperiode ikke i indes muligt at tilrettelægge seksualundervisningen efter disse retningslinier, skal man pege på muligheden af at få visse dele af emnet gennemgået i enkeltstående timer af f. eks. skolelægen.

Højere forberedelseseksamen

Denne uddannelse er ganske ny. Det første hold elever (ca. 800) påbegyndte deres uddannelse efter denne ordning i august måned 1967. I august 1968 begyndte ca. 1.630 elever i 1. klasse, og man regner med et stærkt stigende elevtal i de kommende år.

Undervisningen omfatter en del fællesfag og en del tilvalgsfag. Som fællesfag undervises i biologi, hvor der gennemgås stort set det samme om menneskets hygiejne som i gymnasiet. Undervisningen gives i modsætning til i gymnasiet allerede i 1. klasse.

Udvalget skal som ovenfor henstille, at emnet gennemgås i den brede sammenhæng,

som også denne skoleform giver mulighed for, således at den biologiske side af emnet ikke bliver den dominerende.

Folkehøjskoler

Højskolerne havde i 1966/67 ca. 8.800 elever fordelt på 72 skoler. Ca. 85 pct. af eleverne var mellem 18 og 24 år. Næsten 60 pct. af eleverne var i aldersgruppen 18-20 år. I 1967/68 var ca. 25 pct. af eleverne udgået af skolen efter 7. klasse.

Der undervises selv på mere fagligt prægede højskoler i fag, hvor det er muligt at integrere en seksualundervisning, og emnet behandles da også allerede på flere højskoler. Godt en fjerdedel af højskolernes lærerpersonale var i 1965/66 seminarieuddannet, 22 pct. var akademikere, 22 pct. havde faglærereksamen eller var håndarbejds-, sløjd- og gymnastiklærere. De resterende ca. 30 pct. havde anden uddannelse (se ovenfor under »Efterskolen«).

Udvalget kan anbefale, at højskolerne tager emnet op, og man henleder opmærksomheden på de rige muligheder, højskolerne - som gymnasiet og den højere forberedelseseksamen — har for at behandle emnet i en bredere befolkningspolitisk og kulturhistorisk sammenhæng. Undervisningen bør i overensstemmelse med de ovenfor skitserede retningslinier tilrettelægges efter elevernes alder og forudsikninger.

Husholdningsskoler

Antallet af elever på landets ialt 32 husholdningsskoler udgjorde i 1966/67 lidt under 2.500. 38 pct. af eleverne var 17 år og derunder, og kun 10 pct. var 21 år og derover. I 1967/68 var ca. 12 pct. af eleverne på husholdningsskolerne udgået af 7. klasse.

I 1965/66 var ca. 43 pct. af lærerkræfterne på husholdningsskolerne husholdningslærerinder. 10 pct. var seminarieuddannede. 18 pct. håndarbejdslærerinder, og de resterende ca. 30 pct. havde »anden uddannelse« (herunder embedseksamen og eksamen fra Landbohøjskolen).

I den vejledende undervisningsplan for husholdningsskolerne er seksualkundskab optaget som selvstændigt emne inden for gruppen familie- og samfundsfag eller i faget hygiejne. Udvalget forudsætter, at emnet stort set optages på husholdningsskolernes timeplaner som i undervisningsplanen angivet, og skal

herefter blot fremhæve de muligheder, der ifølge denne plan er for at integrere emnet i de øvrige fag. Dette gælder specielt, såfremt skolens egne lærere påtager sig at undervise i emnet, hvilket ifølge udvalgets opfattelse må anses for det mest anbefalelsesværdige.

Landbrugsskoler

På de ialt 28 landbrugsskoler landet over var elevtallet på de almindelige landbrugsskolekursus i 1966/67 ca. 1.400. Ca. 75 pct. af eleverne var 21 år og derover.

Der undervises ikke på landbrugsskolerne i fag, hvori seksualkundskab kan integreres, og hovedparten af lærerkræfterne på disse skoler har en landbrugsfaglig uddannelse, idet ca. to trediedel i 1965/66 havde eksamen fra Veterinær- og Landbohøjskolen.

Udvalgets flertal mener dog, at det er af betydning, at der gives undervisning i emnet, og peger derfor på de muligheder, landbrugsskolerne – ligesom i øvrigt også husholdnings- og højskolerne – har, fordi de er kostskoler. Der kan således uden for den egentlige undervisningstid arrangeres undervisning i emnet en eller flere gange i løbet af en sæson, og det er muligt ved valg af undervisere at få flere forskellige sider af emnet belyst. Man anbefaler som tidligere nævnt, at det tilstræbes at give emnet en så bred fremstilling som muligt, når en egentlig integrering af stoffet ikke er mulig.

Et mindretal mener ikke, at enkeltstående undervisningstimer med fremmede undervisere har synderlig værdi. Hertil kommer, at hovedparten af landbrugsskolernes elever efter mindretallets opfattelse har nået en alder, hvor seksualundervisning er mindre aktuell, specielt når henses til, at de pågældende, såfremt udvalgets forslag gennemføres, først vil have fået stoffet gennemgået i folkeskolen og dernæst som værnepligtige. Mindretallet finder derfor ikke grundlag for at tilskynde til seksualundervisning i landbrugsskolerne.

Handelsuddannelser

Inden for handelsskolen er lærlingeskolen langt den største med et elevtal i 1967 på ca. 32.000. Undervisningen strækker sig normalt over 1½-2 år, og elevtilgangen var i 1967 på knapt 10.000. Hovedparten af lærlingeskolens elever er fra 17-20 år. Ca. halvdelen af eleverne har mellemskole- eller realeksamen.

ca. 8 pct. er udgået af 7. klasse, ganske enkelte har forladt skolen i gymnasiet eller fra de øvrige realklasser, 3 pct. er udgået af 10. klasse, og de resterende ca. 41 pct. har forladt skolen efter 8. eller 9. klasse.

Lærlingene er opdelt i to grupper: kontorlærlinge og butikslærlinge. Undervisningen af begge grupper er af rent faglig art. Der undervises ikke i familiekundskab, orientering eller andre almene fag, hvori seksualoplysning naturligt kan indpasses.

Tidligere rekrutteredes en stor del af lærerstaben ved handelsskolerne blandt folkeskolelærerne. Efter handelsskolernes overgang til dagskoler er dette ikke mere tilfældet. De fleste handelsskolelærere er nu fagligt uddannede med nogle års praktik og handelsfaglærereksamen i mindst 2 fag.

Da netop de år, hvor overgang fra skole til erhvervsliv finder sted, kan rejse problemer for de unge også på dette område, finder udvalgets flertal det vigtigt, at der gives seksualundervisning i handelsskolernes lærlingeskole, selv om emnet ikke kan integreres i den øvrige undervisning, og selv om lærerstaben eventuelt skulle føle sig ude af stand til at kunne påtage sig undervisningen. Flertallet anbefaler, at der gives en seksualundervisning, der så vidt muligt tilpasses efter lærlingenes tidligere skolegang; således bør på hold, hvor hovedparten af eleverne er udgået af 7. klasse, det af udvalget foreslåede pensum for folkeskolens 8.-10. skoleår gennemgås, jfr. betænkning I, side 111 ff. I øvrigt bør undervisningen tilrettelægges efter de ovenfor under A skitserede principper.

Selv om mindretallet er klar over, at der muligvis er et større behov for seksualundervisning i lærlingeskolen end på landbrugsskolerne, finder man dog – som ved de øvrige skoleformer hvor integration af emnet ikke er mulig – ikke anledning til at tilskynde til seksualundervisning i lærlingeskolen.

Omkring 1.400 elever får årligt handels-eksamen ved handelsskolerne. Hovedparten af disse elever er i aldersgruppen 17–19 år, og langt den overvejende del har realeksamen.

Udvalgets flertal anser det for ønskeligt, at der gives også disse elever nogen seksualundervisning og anbefaler, at dette, såfremt det ikke er muligt på anden måde, gøres i form af et eller flere foredrag holdt af tilkaldte sagkyndige, idet man også her fremhæver betyd-

ningen af, at emnet behandles i bredest mulig sammenhæng.

Mindretallet finder heller ikke her grundlag for at tilskynde til seksualundervisning.

Tekniske uddannelser

Også inden for de tekniske uddannelser er lærlingeuddannelsen talmæssigt langt den største, idet elevantallet i 1967 androg lidt under 56.000. Uddannelserne er som hovedregel 3 eller 4-årige, d.v.s., at der oprettes mellem 15 og 20.000 nye lærekontrakter om året. Ca. 24 pct. af eleverne er udgået af 7. klasse, 26 pct. af 8. klasse, 26 pct. af 9. klasse og knapt 23 pct. af 10. klasse eller realklasserne. Det skal dog bemærkes, at de skolemæssige forkundskaber ikke er oplyst vedrørende 13 pct. af eleverne. Hovedparten af lærlingene er fra 17-20 år.

Der undervises i lærlingeskolen i medborgerkundskab, og der er derfor mulighed for at integrere en seksualundervisning. Denne integration vil dog nok - i hvert fald i en overgangsperiode — støde på vanskeligheder i form af lærerpersonalets manglende forudsætninger for at give undervisning i dette emne. Lærerpersonalet ved de tekniske skoler består hovedsagelig af faguddannede, der har gennemgået et 14 ugers pædagogisk grundkursus suppleret med korte årlige efteruddannelseskurser med såvel fagligt som pædagogisk indhold.

Udvalgets flertal mener, at der bør gives seksualundervisning i de tekniske lærlingeuddannelser, idet der her gør sig de samme forhold gældende som for lærlingene i handels- og kontorfagene. Vedrørende tilrettelæggelsen af undervisningen henvises til det under handelsuddannelserne anførte.

Udvalgets mindretal mener, at der - som ved handels- og kontorfagenes lærlingeuddannelser - muligvis er et behov for seksualundervisning i de tekniske skoler, men mindretallet kan af de tidligere nævnte grunde ikke anbefale, at der indføres en sådan undervisning, før der er skabt mulighed for, at undervisningen kan varetages af de sædvanlige lærere, således at emnet kan integreres i den øvrige undervisning.

Udover lærlingeskolen omfatter de tekniske uddannelser talrige videregående uddannelser, der bygger på lærlingeuddannelsen, til-

lige med adskillige teknikeruddannelser, der ikke kræver en forudgående lærlingeuddannelse. Da flertallet af eleverne ved disse uddannelser er væsentlig ældre end lærlingene (hovedparten er mellem 20 og 25 år), og da de fleste af disse elever, såfremt udvalgets forslag om seksualundervisning gennemføres, vil have fået seksualundervisning i folkeskolen samt for nogles vedkommende i andre skoleformer, under lærlingeuddannelsen eller som værnepligtige, mener udvalget ikke, der skulle være et større behov for at give seksualundervisning i disse uddannelsesformer.

Søfartsuddannelser

De forskellige søfartsuddannelser hører under handelsministeriet.

Da de af udvalget iværksatte undersøgelser viser, at søfolk må anses for en specielt truet gruppe, er disse uddannelser medtaget i denne gennemgang, selv om kun en lille del af alle søfarende gennemgår en specialskole eller -kursus, forinden de kommer ud at sejle, og selv om der på de fleste skoler og kurser, der uddanner søfarende personale, gives nogen seksualundervisning. Der gives således de fleste steder en ret indgående beskrivelse af kønssygdomme og deres forebyggelse og bekæmpelse, ligesom prævention omtales adskillige steder; men det er ikke ved alle søfartsuddannelser, der gives undervisning i emnet. Det kan f. eks. nævnes, at radiotelegrafistuddannelsen ikke omfatter seksualkundskab.

Sessionsundersøgelsen, jfr. betænkning I, side 65 og Hertoft 1¹), side 127, 131, 227 og 232 med tabeller, viser, at ca. 90 pct. af de udspurgte ufaglærte, der havde sejlet, havde haft første coitus som 16-årige eller tidligere, medens kun en trediedel af det samlede materiale havde haft coitus forinden det fyldte 17. år. Undersøgelsen viser ligeledes, at ca. 82 pct. af denne gruppe havde haft fire forhold eller derover mod kun godt 10 pct. af det samlede antal udspurgte, der har haft coitus. Endelig fremgår det af denne undersøgelse, at godt tre fjerdedele af dem, der havde haft kønssygdomme, havde været eller fortsat var beskæftiget med søfart mod kun 12 pct. af hele materialet. Det var dog kun et meget lille antal af det samlede materiale, der havde haft egentlige kønssygdomme (lidt under 4 pct.). Også om forhold til prostituerede gæl-

¹ Læge, dr. med. Preben Hertoft: »Unge mænds seksuelle adfærd, viden og holdning«, disputats, Akademisk Forlag 1968.

der det, at godt to trediedele af dem, der havde haft sådant forhold, enten sejlede eller havde sejlet, medens kun 12 pct. af det samlede materiale havde haft forhold til prostituerede. *Soldaterenqueten*, jfr. Hertoft 1, side 320 f og 328 f med tabeller, viser samme tendens. Her havde ca. 79 pct. af søfolkene haft første coitus som 16-årige eller derunder, medens i hele materialet som i sessionsundersøgelsen kun en trediedel havde haft første coitus før det 17. år. Omtrent halvdelen af søfolkene havde haft 11 forhold og derover, medens kun ca. 10-15 pct. af det øvrige materiale havde haft dette antal partnere. Endelig havde en trediedel af søfolkene haft egentlige kønssygdomme mod 6 pct. af de øvrige ufaglærte og kun ca. 4 pct. af de faglærte arbejdere.

Udvalget anbefaler derfor, at der gives en grundig og alsidig seksualundervisning på alle skoler og kurser, der uddanner sejlede personale. Det gælder såvel de skoler, der giver en elementær uddannelse, som de videgående, og det gælder, uanset om undervisningen kan gives integreret og af skolernes sædvanlige lærerpersonale, eller den må gives i enkeltstående timer af udefra kommende undervisere. I sidstnævnte tilfælde erindrer man om, at undervisningen efter udvalgets mening bør gives i bredest mulig sammenhæng, jfr. bemærkningerne ovenfor under A.

Andre uddannelser

(herunder specielt højere uddannelser)

De skole- og kursusformer, der tænkes på i dette afsnit, er f. eks. uddannelser indenfor sundhedsvæsen, omsorg og forsorg (syge- og sundhedsplejersker, beskæftigelsesterapeuter og socialrådgivere m. fl.), læreruddannelser samt de højere uddannelser (universitets- og handelshøjskoleuddannelser, uddannelser ved Polyteknisk Lærestanstalt og Tandlægehøjskolen, teknikumuddannelserne o. s. v. o. s. v.).

Så længe udvalgets forslag om seksualundervisning i folkeskolen og i de forskellige skoleformer for unge ikke er gennemført, vil der blandt unge helt op i de aldersklasser, hvor disse uddannelser påbegyndes, kunne være en betydelig uvidenhed om væsentlige dele af dette emne. Der finder da også rent faktisk en vis seksualundervisning sted inden for en del af disse uddannelsesformer ofte i form af enkeltstående foredrag. Udvalget ser

med sympati på denne virksomhed, som man gerne ser opretholdt og udbygget, så længe der findes et behov for denne oplysning, men man finder iøvrigt ikke grundlag for at foreslå seksualundervisning i disse uddannelsesformer, idet de fleste af eleverne vil have nået en alder, hvor det som oftest vil være en individuel vejledning til løsning af den enkeltes problemer, og ikke en egentlig seksualundervisning, der er behov for.

Det vil være ønskeligt, at alle de grupper, der vil kunne komme til at formidle seksualundervisning til andre, eller i deres erhverv har brug for særligt kendskab til seksuelle spørgsmål, får en specialundervisning i seksualkundskab, men dette emne vil blive behandlet i kapitel IV, side 43.

Ungdomsklubber

Ungdomsklubber med socialpædagogisk formål eller klubber, der indgår i en flerledet institution, hører under socialministeriet. Alle øvrige ungdomsklubber hører under undervisningsministeriet. Der er mellem de to ministerier nedsat et kontaktudvalg, der skal drage omsorg for, at de to former for klubber sidestilles i tilskudsmæssig henseende.

Der fandtes i 1966/67 ca. 525 klubber med ialt ca. 48.000 deltagere under undervisningsministeriet og ca. 160 klubber med ca. 24.000 deltagere under socialministeriets forretningsområde. Ungdomsklubberne kan få tilskud til oplysende foredrag, herunder også til seksualoplysende foredrag, ligesom der gives tilskud til uddannelse af klubledere og til kursusvirksomhed for klubledere og -medarbejdere.

Som ungdomsklubberne er organiseret, er det vanskeligt for ikke at sige umuligt at give direktiver om, i hvilket omfang der i klubberne skal finde seksualoplysende virksomhed sted. Programmerne for de enkelte klubber fastlægges af klubrådet, der er sammensat af klublederen og repræsentanter for de unge. Da mange ungdomsklubber - måske navnlig i København - har et specielt vanskeligt klientel, mener udvalget, at det er af betydning, at seksualundervisningen tages op i klubarbejdet, og man henstiller, at der ved tilrettelæggelsen af uddannelses- og efteruddannelseskurser for klubledere og -medarbejdere lægges vægt på at gøre disse egnede til og interesserede i at tage emnet op, ligesom man henstiller, at klubrådenes opmærksomhed søges henledt på emnets betydning ved, at

man lader dette indgå i de kurser, der afholdes for klubrådene.

Forsvarets civilundervisning

Civilundervisningen hører under forsvarsministeriet.

Udvalget mener, at det er meget væsentligt, at der gives de værnepligtige seksualundervisning. Det er en meget stor del af de unge mænd, man her kommer i kontakt med, og de er nu - i modsætning til skolen - i den alder, hvor spørgsmålet er mest aktuelt for dem. Derudover har man et fuldt udbygget apparat - civilundervisningen - der gør det muligt at formidle denne undervisning, ligesom de emnekredse, civilundervisningen omfatter, gør det muligt at integrere en seksualundervisning.

Ved undervisningens tilrettelæggelse må det haves for øje, at det drejer sig om voksenundervisning i modsætning til undervisningen i folkeskolen.

Der vil ofte endnu være behov for en gennemgang af visse sider af de biologiske forhold. Kønssygdomme og prævention samt en række andre spørgsmål, herunder homoseksualitet og prostitution, bør gennemgås. Der skal lægges megen vægt på sociale og etiske sider af emnet, og specielt dette stof er det også muligt at integrere i det øvrige »familiestof«, civilundervisningen omfatter. Herudover bør de vigtigste juridiske regler for området inddrages i undervisningen.

Lærerpersonalet består dels af heltidsbeskæftigede, fastansatte undervisere med fagpædagogisk uddannelse og erfaring fra undervisning i folkeskolen, dels af timelønnede lærere med en uddannelse, der sætter dem i stand til at undervise i emnet samtidsorientering (f. eks. jurister, polit'ere eller teologer).

Som ved al anden seksualundervisning lægger udvalget vægt på, at den undervisning, de værnepligtige skal have i dette emne, såvidt muligt integreres i andre fag og gives af de sædvanlige lærere. Skulle dette imidlertid være uigennemførligt, mener udvalget, at der alligevel bør gives de værnepligtige seksualundervisning.

Sluttelig skal man specielt pege på, at en eventuel fremtidig nedsættelse af timetallet for civilundervisningen - f. eks. i forbindelse med en tjenestetidsnedsættelse — efter udvalgets opfattelse ikke bør ramme seksualundervisningen.

Aftenskoler og aftenhøjskoler

Voksenundervisning finder sted i form af aftenskole- eller aftenhøj skolekurser, studiekredse, foredragsrækker og lignende tilrettelagt af oplysningsforbund eller kommuner.

Ca. 450.000 personer i alle aldre deltager årligt i denne undervisning. Der kan ikke siges noget generelt om, hvilken uddannelse aftenskolelærere har. Læreren ansættes til undervisning i et bestemt fag. Ansættelsen skal godkendes af amtsunngdomsnævnet, og hovedbetingelsen for en sådan godkendelse er, at den pågældende lærer besidder »de nødvendige kvalifikationer til at undervise i faget«.

Udvalget henleder opmærksomheden på de muligheder, der her er for at arrangere kurser i seksualkundskab for voksne, og anser det for ønskeligt, at oplysningsforbundene forsøger at arrangere specielle kurser for forældre fortrinsvis sigtende på at give disse forudsætninger for at oplyse deres børn om emnet. De vigtigste betingelser for at arrangere aftenskolekurser er, at der kommer den fornødne tilslutning, samt at der kan skaffes kvalificerede lærerkræfter til at varetage undervisningen, og udvalget mener derfor, at der her som ved de fleste andre af de ovennævnte undervisningsformer må arrangeres læreruddannelseskurser.

C. Grønland

Kun en del af de i afsnit B opregnede undervisningsformer kendes i Grønland. Gymnasium samt højere forberedelseseksamen findes ikke, og den eneste højere uddannelse, der kan fås i Grønland, er læreruddannelsen på seminariet i Godthåb. Landbrugsskoler kendes ikke i Grønland, og der findes hverken egentlige efterskoler eller husholdningsskoler. For piger, der har gennemgået folkeskolens 7. klasse, er oprettet en husmoderskole, hvor disse piger i 10 måneder modtager undervisning i husgerning.

Grønlandske handelslærlinge modtager undervisning med henblik på handelsmedhjælpereksamen på Grønlands handelsskole i Ikast. De tekniske lærlinge kan for en del fags vedkommende få den teoretiske uddannelse på fagskolen i Godthåb, medens en del lærlinge kommer her til landet med henblik på teoretisk uddannelse. For enkelte fags vedkommende gennemføres hele lærlingeuddannelsen hernede. Af søfartsuddannelser findes i

Grønland kun kursus til kystskipper- og sæt-teskippereksamen. Endelig eksisterer der ikke civilundervisning i Grønland.

I Grønland findes der endvidere ungdoms-skole og en enkelt højskole. Undervisningen i disse skoler er i alt væsentligt af samme karakter som i det øvrige Danmark, og udvalget henstiller, at der i Grønland som i det øvrige land indføres seksualundervisning i disse undervisningsformer samt i præparandklasserne og husmoderskolerne. Som i det øvrige land gælder det, at der efter udvalgets opfattelse er et stort behov for en sådan undervisning tilrettelagt efter de principper, der er skitseret under punkt A. Udgangspunktet ved tilrettelæggelsen af ungdomsundervisningen bliver det af udvalget for 8.-10. skoleår foreslåede stofområde, men undervisningen bør gives således, at det kundskabsmæssige stof kun tjener som udgangspunkt for en diskuterende, etisk betonet undervisning, der i vid udstrækning beskæftiger sig med specielle problemer af særlig interesse for den konkrete gruppe unge, der undervises, samt med emner, der på det pågældende tidspunkt er fremme i den offentlige debat. Man skal dog pege på, at kønssygdomme ifølge den af læge Gunnar Ågård Olsen foretagne undersøgelse er et meget stort problem i Grønland, og dette emne bør derfor som i folkeskoleundervisningen have en noget mere central placering i den grønlandske end i den danske seksualundervisning, jfr. betænkning I, side 129 ff.

Undervisningen bør også i Grønland såvidt muligt integreres i den øvrige undervisning og gives af det sædvanlige lærerpersonale, men da problemet med at skaffe kvalificeret lærerpersonale i Grønland er så stort, at det kan hindre seksualundervisning i disse skoleformer, såfremt man ikke fraviger kravet om integration, mener udvalget, at dette krav om fornødent bør fraviges, idet man er af den opfattelse, at det i Grønland er særligt betydningsfuldt, at der gives seksualundervisning i disse skoleformer.

D. Uddannelse og efteruddannelse af lærerpersonalet

Som nævnt ovenfor under de enkelte undervisningsformer er lærernes uddannelse og kvalifikationer meget uensartet, således at mange ikke har særlige forudsætninger for at give undervisning i seksualkundskab. Da ud-

valget imidlertid er af den opfattelse, at de bedste resultater af seksualundervisning nås ved, at undervisningen integreres i den øvrige undervisning og gives af de sædvanlige lærere, henstiller man, at lærerne ved ungdomsundervisningen får adgang til at uddanne sig til at give undervisning i dette emne. Dette kan ske enten som led i den uddannelse, den enkelte skal have for at kvalificere sig til at undervise i den pågældende skoleform, eller som efteruddannelse.

For de seminarieuddannede lærere kan udvalget henvise til sine forslag i betænkning I, kapitel X, om seminarieundervisning og efteruddannelse af folkeskolelærere.

Efteruddannelse af de ikke seminarieuddannede lærere ved ungdomsundervisningen sker kun i begrænset omfang gennem Lærerhøjskolen, og udvalget henstiller derfor til det pågældende fagministerium, der som hovedregel vil være undervisningsministeriet, ministeriet for Grønland, eller for civilundervisningen forsvarsministeriet, at der gives disse lærere mulighed for at uddanne sig til at give seksualundervisning. Dette kan ske ved, enten at emnet indgår som led i de pågældende læreres primære uddannelse, eller at de efteruddannelseskurser, der for de fleste skoleformers vedkommende allerede i vid udstrækning findes, kommer til at omfatte seksualundervisning, eller at der etableres efteruddannelseskurser, der specielt tager dette emne op. Det må dog i alle tilfælde være en forudsætning, at de pågældende lærere i øvrigt er uddannede eller uddannes til at undervise i fag, hvor seksualundervisning kan integreres.

Udvalget skal endelig henstille, at der sikres lærerne økonomisk mulighed for at deltage i sådanne efteruddannelseskurser.

Vedrørende indholdet af læreruddannelseskurserne henvises til bemærkningerne i betænkning I, side 125 f om seminarieuddannelsen og efteruddannelsen af folkeskolelærere.

Specielt vedrørende de universitetsuddannede lærere, der bl. a. underviser i gymnasiet og på kursus til højere forberedelseseksamen, skal bemærkes, at kun de, der har studeret biologi, har modtaget undervisning i seksualkundskab i studietiden. Som den teoretisk pædagogiske prøve, der kræves aflagt, forinden fastansættelse som lærer ved en af disse skoleformer kan ske, i dag er tilrettelagt, omfatter denne udover det fagligt pædagogiske kursus i biologi ikke seksualkundskab. Det er

for udvalget oplyst, at denne undervisning antagelig står overfor en omlægning, og man henstiller, at den under den teoretiske del af den pædagogiske uddannelse fremtidigt kommer til at omfatte seksualundervisning, der vil kunne integreres i fagene psykologi og skolehygiejne. Udvalget er af den opfattelse, at en virkelig integration af seksualundervisningen i alle de skoleformer, hvor universitetsuddannede lærere underviser, først vil blive en realitet, når alle disse undervisere selv modtager en undervisning, der sætter dem i stand til og motiverer dem for at drøfte disse emner med deres elever.

E. Særundervisning

Uden for folkeskolen og den egentlige ungdomsundervisning gives der undervisning til visse særgrupper af børn og unge. Det drejer sig dels om fysisk og psykisk handicappede, der på grund af deres handicap opholder sig på institutioner størstedelen af eller hele deres barndom og ungdom, dels om børn og unge under forsorg.

1. Fysisk og psykisk handicappede

Området hører under socialministeriet også i undervisningsmæssig henseende. Undervisningen tilrettelægges helt uden for folkeskolen, og undervisningsplanerne skal ikke godkendes af undervisningsministeriet. Rent faktisk er der et samarbejde med undervisningsministeriet ved udarbejdelsen af undervisningsplanerne, ligesom undervisningen i øvrigt i vid udstrækning tilrettelægges efter reglerne for folkeskolen.

Indenfor dette område findes følgende grupper handicappede: Blinde og svagsygnede, vanføre, døve og tunghøre, epileptikere, talelidende og ordblinde samt psykisk udviklingshæmmede (åndssvage). Af de oplysninger, der er indhentet om disse gruppers undervisning - specielt seksualundervisningen -- fremgår det, at de tre førstnævnte grupper alle får en ret grundig seksualundervisning, hvilket til dels skyldes de meget små klassekvotienter. Det er dog vanskeligt på grundlag af de indhentede oplysninger at afgøre, om den undervisning, der gives, svarer til den undervisning, udvalget i betænkning I har foreslået for folkeskolen. Udvalget peger derfor på det ønskelige i, at disse grupper får en seksualundervisning, der ligger på linie med den

undervisning, udvalget har foreslået for folkeskolen og for ungdomsundervisningen, dog selvfølgelig med de modifikationer deres handicap nødvendiggør. Man skal i denne forbindelse specielt påpege det ønskelige i, at undervisningen gøres obligatorisk og gives integreret i de forskellige fag.

Vedrørende de psykisk udviklingshæmmede er det oplyst, at der i 1966 kom en ny undervisningsvejledning, der også omfatter retningslinier for seksualundervisningen. Denne undervisningsvejledning harmonerer godt med det af udvalget stillede forslag for folkeskolen, idet den bl. a. fremhæver, at seksualundervisningen skal gives integreret, ligesom den påpeger det gavnlige i et nært samarbejde med forældrene. Der synes derfor ikke at være behov for yderligere regler for seksualundervisningen af psykisk udviklingshæmmede. Kun for så vidt angår vejledningens afsnit om, at der til undervisning i seksualkundskab, udover hvad der indeholdes i den almindelige biologifundervisning, skal indhentes samtykke fra forældrene, skal udvalget henstille, at dette ændres, såfremt udvalgets forslag om obligatorisk seksualundervisning i folkeskolen gennemføres.

Hvad endelig angår de øvrige af de ovennævnte handicappede grupper, er den altovervejende hovedregel for dem, at de kun er institutionsanbragte i kortere tid ad gangen. Efter endt behandling sendes de tilbage til deres hjem og fortsætter i den almindelige folkeskole. Udover den behandling, de pågældende får under institutionsbesøget, vedligeholdes deres almindelige skolekundsaber. Det samme gælder for børn og unge, der indlægges på psykiatriske afdelinger eller på hospitalsafdelinger iøvrigt.

Da hovedparten efter forholdsvis kort tid kommer tilbage til den almindelige folkeskoleundervisning, skulle der ikke være behov for særregler om seksualundervisning for disse grupper. Udvalget henstiller dog til de pågældende institutioner og hospitaler, at man er opmærksom på det behov for en seksualundervisning svarende til den for folkeskolen foreslåede, som de børn og unge har, der tilbringer længere tid de pågældende steder.

Der findes ikke i Grønland særlige institutioner for fysisk og psykisk handicappede. Sådanne børn er hidtil blevet anbragt på institutioner i det øvrige Danmark, men det er tanken i videre omfang at forsøge at klare

disse børns undervisningsproblemer indenfor folkeskolens rammer.

2. *Børn og unge under forsyrg*

Ifølge § 88 i lov nr. 193 af 4. juni 1964 om børne- og ungdomsforsyrg skal undervisning af elever på børne- og ungdomshjem fortrinsvis finde sted i folkeskolen eller anden offentlig skole. Dette medfører, at de fleste institutionsanbragte skolepligtige børn er indskrevet i den lokale kommuneskole. Der findes dog ca. 30 skolehjem samt 10 behandlingshjem for børn i den skolepligtige alder. Disse hjem har ialt omkring 900 børn, der bor og undervises på skolen. Ifølge oplysning fra direktoratet for børne- og ungdomsforsyrg tilstræber man på disse skole- og behandlingshjem som hovedregel at give en undervisning svarende til folkeskolens undervisning. Da klientellet imidlertid er meget blandet, og de fleste af børnene er ret afvigende, må der i praksis gøres visse undtagelser fra denne hovedregel.

Specielt seksualundervisningen vil ofte være mere tilpasset det enkelte barn end folkeskolens undervisning. Dette skyldes dels de lave klassekvotienter (højest 10-12 elever), dels at en del af eleverne har specielle problemer netop på det seksuelle område. Udover skolehjemmet findes omkring 20 hjem normeret til ca. 500 unge i alderen 15-21 år (normalt kun til 18 år), hvor der sideløbende med det praktiske arbejde gives nogen undervisning. På hvert hjem er ansat 1-2 læ-

rere. Man har fra direktoratets side pålagt disse ungdomshjem at give seksualundervisning, ligesom man ved møder og efteruddannelseskurser fremhæver dette emnes betydning. Seksualundervisningen kan dog endnu ikke betragtes som fyldestgørende alle steder. Socialministeriet har den 3. november 1967 udsendt et cirkulære om vejledning vedrørende det opdragende arbejde i anerkendte børne- og ungdomshjem. I dette cirkulære er optaget et mindre afsnit om seksualundervisning, hvori der gives forskellige råd om, hvorledes undervisningen skal gribes an.

Udvalget finder det vigtigt, at netop disse børn og unge får en grundig og alsidig seksualundervisning, og udvalget henstiller, at undervisningen på disse hjem fremtidig tilrettelægges i overensstemmelse med det i betænkning I vedrørende folkeskolen foreslåede. Der bør indføres obligatorisk seksualundervisning, der så vidt muligt gives integreret i den øvrige undervisning. Som i folkeskolen anser udvalget det for ønskeligt, at undervisningen gives af det sædvanlige lærerpersonale. Vedrørende indholdet af seksualundervisning henvises ligeledes til det for folkeskolen og ungdomsundervisningen foreslåede, jfr. betænkning I, side 107-116, samt de ovenfor under A skitserede principper for ungdomsundervisningen.

Der findes også børnehjem i Grønland, men børnene på disse hjem undervises alle i folkeskolen.

KAPITEL III

Individuel vejledning

A. Indledning

I seksualoplysningsudvalgets kommissorium, jfr. bilag 1, er det pålagt udvalget bl. a. at undersøge og vurdere gældende lovgivning og eksisterende oplysnings- og rådgivningsvirksomhed samt at fremkomme med forslag dels til udbygning og koordinering af eksisterende oplysnings- og rådgivningsvirksomhed, dels til eventuel ny indsats, herunder eventuel lovgivning.

Medens udvalget i betænkning I og i nærværende betænkningens kapitel II har behandlet spørgsmålet vedrørende seksualundervisning, vil man i dette kapitel tage stilling til problemerne vedrørende vejledning af den enkelte, for hvem der opstår problemer af seksuel art. Vejledning i antikonception er en central del af den individuelle vejledning, men herudover vil der kunne blive tale om almindelig seksuel-hygienisk rådgivning i tilfælde af ægteskabelige eller seksuelle vanskeligheder samt behandling af lettere sygdomstilfælde af sjælelig art begrundet i seksuelle vanskeligheder. Derimod betragter udvalget egentlig lægelig behandling af gynækologiske lidelser eller sygdomme i øvrigt i kønsorganerne som faldende uden for emnet.

Det er i dag hovedsagelig kvinder, der søger individuel vejledning, men spørgsmålet kan også være aktuelt for mænds vedkommende, navnlig for den vejledning, der ikke direkte angår antikonception.

B. Den individuelle vejlednings udvikling

1. Betænkninger og lovgivning

Allerede i den af justitsministeriet i 1932 nedsatte *kommission angående lovligheden af svangerskabsafbrydelse* m.v. drøftede man spørgsmålet om at søge antallet af svanger-

skabsafbrydelser nedbragt gennem udbredelse af kendskabet til antikonceptionelle midler. Der var blandt kommissionens medlemmer stort set enighed om, at der fra det offentlige side burde træffes foranstaltninger til, at enhver voksen person — mand eller kvinde — der ønskede oplysning om seksuelle spørgsmål, herunder brugen af præventive midler, kunne få sådanne oplysninger under betryggende former uden eller mod et ganske ringe vederlag, jfr. betænkningen side 101 ff.

Da kommissionen imidlertid ikke anså sig for sagkyndig i alle de i forbindelse hermed stående spørgsmål, afstod man fra at give indstilling på dette punkt, som henvistes til den i 1935 nedsatte befolkningskommission.

Kort efter at svangerskabskommissionen havde afgivet betænkning, fremsatte justitsministeren i 1936 *forslag til lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m.v.*, der i §§ 9-12 indeholdt bestemmelser om oprettelse af offentlige klinikker i tilknytning til de offentlige sygehuse. Disse klinikker skulle dels vejlede kvinder, der ønskede deres svangerskab afbrudt, om den bistand og de hjælpemidler, der stod til rådighed, såfremt svangerskabet gennemførtes, dels give befolkningen — både mænd og kvinder - vejledning i seksualhygiejne. Forinden lovforslagets fremsættelse havde justitsministeriet udbedt sig en udtalelse fra befolkningskommissionen bl. a. vedrørende spørgsmålet om, hvorvidt staten bør støtte eller foranstalte et lægeligt oplysningsarbejde med det formål at hindre, at svangerskab indtræder mod vedkommende kvindes vilje. Befolkningskommissionen besvarede henvendelsen med en udtalelse gående ud på, at kun et underudvalg endnu havde beskæftiget sig med dette spørgsmål, men at man i dette underudvalg havde overvejet at give gifte kvinder adgang til oplysning om anven-

delse af antikonceptionelle midler, ligesom der i underudvalget havde været fremsat det synspunkt, at der i denne henseende ikke burde gøres forskel på gifte og ugifte kvinder.

Justitsministerens lovforslag blev med nogle få mindre ændringer vedtaget, jfr. lov nr. 163 af 18. maj 1937. Loven skulle træde i kraft 1. april 1938.

I begyndelsen af 1938 afgav *befolkningskommissionen* sin betænkning nr. 3 angående moderens rettigheder i anledning af fødsel samt angående seksualoplysning. I denne betænkning fremsattes bl.a. forslag om oprettelse af mødrehjælpsinstitutioner, som skulle varetage det ene hold opgaver, der i henhold til svangerskabsloven var henlagt til hospitalsklinikkerne, nemlig vejledningen af de kvinder, der ønskede deres svangerskab afbrudt, jfr. betænkningen side 92 ff. Hvad angår vejledning i seksualhygiejne, herunder svangerskabsforebyggelse, kunne kommissionens flertal gå ind for, at der skabtes adgang til en sådan vejledning for såvel kvinder som mænd. Kommissionen foreslog denne virksomhed henlagt til de i svangerskabsloven omhandlede hospitalsklinikker og udtalte samtidig, at da hospitalsvirksomheden hører under indenrigsministeriet, bør det også være tilfældet, for så vidt angår konsultationerne for seksualhygiejne, jfr. betænkningen side 122 ff. Kommissionen fremhævede her som sin opfattelse, at en sammenblanding af vejledning i seksuelle spørgsmål, herunder svangerskabsforebyggelse, med personlig, social og juridisk hjælp under svangerskabet var uheldig. Denne opfattelse begrundede man med, at man inden for forskellige kredse af befolkningen så forskelligt på betydningen og berettigelsen af vejledning i svangerskabsforebyggelse, medens sikkert alle ville se med anerkendelse på mødrehjælpsarbejdet. Hvis man henlagde disse to opgaver til løsning samme sted, ville mødrehjælpsopgaverne let i befolkningens bevidsthed blive præget af denne forhåndsindstilling mod den antikonceptionelle vejledning, jfr. betænkningens side 93.

Kort tid efter at befolkningskommissionen havde afgivet sin betænkning, fremsatte justitsministeren *lovforslag til udsættelse af sv anger skab slovens ikrafttræden* til 1. oktober 1939 med den begrundelse, at der måtte skaffes tid til at gennemarbejde alle de af befolkningskommissionen stillede forslag om hjælpeforanstaltninger, herunder oprettelse af mød-

rehjælpsinstitutioner og adskillelse af mødrehjælp og vejledning i seksualhygiejne.

Samtidig med at socialministeren fremsatte *forslag til lov om mødrehjælpsinstitutioner*, der blandt andet indeholdt regler om hjælp til svangre kvinder, fremsatte justitsministeren *forslag om ændring af svangerskabsloven*, hvori bestemmelserne i §§ 9-12 om oprettelse af hospitalsklinikker blev foreslået ophævet. Ændringen blev vedtaget, og de to love trådte i kraft samtidig. Der blev derimod ikke dengang fremsat lovforslag vedrørende oprettelse af seksualklinikker ved hospitalerne, og et sådant forslag er heller ikke blevet fremsat senere.

Befolkningskommissionen havde også i den nævnte betænkning side 117 ff. stillet forslag om en omfattende almen oplysning af befolkningen ud fra den forudsætning, at en sådan virksomhed omfattedes af svangerskabslovens § 9, og at udgifterne hertil kunne afholdes efter reglerne i lovens § 12. Disse bestemmelser omfattede imidlertid kun individuel vejledning, og der blev ikke i umiddelbar tilknytning til befolkningskommissionens betænkning fremsat lovforslag til gennemførelse af dette forslag.

Først den af justitsministeriet den 9. januar 1950 nedsatte *kommission angående ændring af sv anger skab slovgivningen m.v.* fremsatte i sin betænkning (nr. 96/1954) forslag om, at staten skulle kunne yde kommuner samt private foreninger og organisationer, der påtager sig organiseringen og driften af et oplysningsarbejde overfor befolkningen om seksualhygiejne, refusion af indtil halvdelen af udgifterne herved. Denne bestemmelse blev gennemført som § 10 i lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m.v. og gælder stadig uforandret.

Samtidig blev der ved lov nr. 176 af 23. juni 1956 om mødrehjælpsinstitutioner indføjet en udtrykkelig bestemmelse om, at mødrehjælpsinstitutionerne i det omfang, det skønnes fornødent, kan give oplysning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til kvinder, der henvender sig til institutionerne i anledning af svangerskab og fødsel, en virksomhed, der hidtil var praktiseret uden særlig hjemmel i loven. Der blev ligeledes ved denne lov skabt hjemmel for, at mødrehjælpsinstitutionerne kunne påtage sig opgaver af den i svangerskabslovens § 10 omhandlede art. Endelig kan institutionerne

efter den seneste ændring af mødrehjælpsloven, jfr. lov nr. 41 af 1. marts 1961, under henvisning til lovens § 11 give gratis lægelig vejledning om svangerskabsforebyggende midler til alle, der måtte rette henvendelse til institutionerne herom.

I december 1960 rettede Danske Kvinders Nationalråd på grundlag af mødrehjælps materiale henvendelse til regeringen ved statsminister Viggo Kampmann og anmodede om støtte til nedsættelse af et udvalg med det formål at undersøge, hvad der kan gøres, for at befolkningen får forsvarlig oplysning om seksuelle spørgsmål, herunder om svangerskabsforebyggelse, jfr. betænkning I, bilag 1.

Mødrehjælpsinstitutionernes bestyrelser havde drøftet spørgsmålet i september 1960, og i sommeren 1961 fremsendtes en redegørelse og et forslag til socialministeren, jfr. betænkning I, bilag 2. I denne henvendelse belystes problemet ved en række statistiske oplysninger, hvortil Danske Kvinders Nationalråd også henviste i deres henvendelse. Den individuelle oplysnings og vejlednings opbygning burde efter bestyrelsernes mening først og fremmest varetages af de praktiserende læger, men samtidig burde der med offentlig støtte oprettes flere klinikker, hvor der kunne gives vejledning i svangerskabsforebyggelse. Bestyrelserne fandt, at mødrehjælpsinstitutionerne i vidt omfang burde gå ind i dette forebyggende arbejde og pegede på, at lovhjemmel hertil allerede fandtes.

Disse to henvendelser resulterede i seksualoplysningsudvalgets nedsættelse den 1. november 1961.

2. *Bestræbelser for at etablere seksualvejledningsklinikker herunder eksisterende klinikker*

Til trods for at flertallet i samtlige kommissioner og udvalg vedrørende disse spørgsmål, som det fremgår af det ovenstående, er gået positivt ind for, at der blev åbnet adgang for befolkningen til forsvarlig oplysning om seksuelle spørgsmål, herunder oplysning om svangerskabsforebyggende midler, gik der adskillige år, før man forsøgte at etablere tilfredsstillende muligheder for at yde denne vejledning. Folk var derfor henvist til at søge vejledning hos mødrehjælpen i København og hos de enkelte læger, der tog opgaverne op bl. a. Leunbach og Fabricius-Møller.

Først i løbet af fyrrerne begyndte mødrehjælpsinstitutionerne i henhold til særlig tilladelse fra socialministeriet at give antikonceptionel vejledning til de kvinder, institutionerne i anden anledning kom i forbindelse med. Ved ændringen af mødrehjælpsloven 1956 blev der i selve loven givet hjemmel for denne virksomhed.

I 1948 blev de første offentlige rådgivningskonsultationer forsøgt oprettet. Det var kvindelige lægers klub, der den 1. september 1948 i København med støtte fra Københavns kommune gennemførte nogle forsøgs-konsultationer i svangerskabsforebyggelse for kvinder. Der oprettedes 4 konsultationer, der hver havde åbent 2 gange ugentlig, og der blev givet oplysning om disse konsultationers tilstedeværelse gennem ophængning af plakater på kommunens pladser, på plakatsøjler m.v. samt på arbejdspladser og offentlige kontorer. Man havde anlagt forsøget på at yde vejledning til 10.000 kvinder gennem en periode på 6 måneder. I disse 6 måneder mødte imidlertid kun ialt 731 kvinder, der instrueredes i brug af pessar, og skønt dette blev udleveret gratis, undlod næsten 200 af de nævnte kvinder at afhente det. Forsøgsperioden blev forlænget med 2 måneder, hvorunder yderligere 200 kvinder rettede henvendelse til konsultationerne. Forsøget blev herefter opgivet.

I 1949 oprettede Århus kommune klinikken for seksuel og ægteskabelig rådgivning i Århus. Klinikken blev lagt under kommunehospitalet. Den blev baseret på at skulle yde vejledning på tre områder:

1. Vejledning i brug af antikonceptionelle midler.
2. Almindelig seksuel-hygiejnisk rådgivning i tilfælde af ægteskabelige eller seksuelle vanskeligheder.
3. Behandling af lettere sygdomstilfælde af sjælelig art begrundet i seksuelle vanskeligheder.

Efter nogle få meddelelser i pressen ved starten har klinikken ikke gjort nogen som helst reklame for sin tilstedeværelse, da en større tilgang end den stiltfærdige, der sker nu, ville sprænge klinikken rammer.

Oprindeligt havde klinikken én konsultationsdag om ugen, en aftenkonsultation, men ret hurtigt udvidedes til 2 ugentlige åbningsdage, ligesom der fandt en betydelig personaleforøgelse sted.

I 1956 stiftedes Foreningen for Familieplanlægning. Denne forenings formål er at fremme oplysning og forskning vedrørende familieplanlægning og ansvarligt forældreskab, herunder at udbrede kendskab til forsvarelige antikonceptionelle midler. Foreningen oprettede i 1958 en klinik til vejledning i antikonception i Lygten i København. Senere har foreningen yderligere oprettet klinikker på Amager, i Hvidovre, i Rødovre og i Gladsaxe. De tre sidstnævnte er oprettet efter anmodning fra de pågældende kommuner, der dækker udgifterne til driften.

Efter at der i 1961 var skabt hjemmel for mødrehjælpsinstitutionerne til at udvide deres seksualrådgivningsvirksomhed for egne klienter til også at give gratis lægelig vejledning om svangerskabsforebyggende midler til andre kvinder, der rettede henvendelse til institutionerne herom, påbegyndte man oprettelsen af såkaldte åbne klinikker ved de forskellige mødrehjælpsinstitutioner. I dag findes 22 åbne mødrehjælpsklinikker beliggende i København, Næstved, Holbæk, Nykøbing F., Odense, Sønderborg, Vejle, Århus, Randers, Ålborg, Hjørring, Thisted, Holstebro, Esbjerg, Varde, Grindsted, Brørup, Vejen, Ribe, Svendborg, Viborg og Nakskov. Derudover har mødrehjælpen i Rønne et samarbejde med overlægen på centralsygehuset, således at han efter mødrehjælpens henvisning yder vejledning i antikonception. Man har planer om oprettelse af mødrehjælpsklinikker i flere byer.

C. Nuværende vejledning

Udvalget har set det som sin opgave at tage stilling til, om den eksisterende adgang til vejledning er tilstrækkelig, og om den vejledning, som gives, kan gøres mere effektiv; endvidere om dette kan ske ved en udbygning af de allerede kendte former for vejledning, eller om man eventuelt skal gå helt nye veje.

For at belyse disse spørgsmål har udvalget foretaget forskellige undersøgelser vedrørende den eksisterende vejledning. Man har herved navnlig ønsket oplysning om, i hvilket omfang vejledning ydes. Man har ikke anset det for at være af afgørende betydning at søge oplyst det absolutte tal for, hvor mange kvinder der søger vejledning. Et sådant tal ville kun have interesse, hvis man kunne sam-

menholde det med tallet for, hvor mange der har behov for vejledning uden at søge den, og dette tal kan ikke skaffes. Derimod har man lagt vægt på at søge belyst, om det i henseende til alder, civilstand og socialgruppe er specielle grupper af befolkningen, som søger vejledning, om der er forskel i klientellet hos lægerne og på de forskellige klinikker, om der kan siges noget om, hvilken form for vejledning der er den foretrukne, samt om hvilke svangerskabsforebyggende midler der er ordineret, hvilke spørgsmål kan være ret afgørende for, hvorledes vejledningen bedst kan organiseres.

De enkelte undersøgelser

Amtsundersøgelsen, jfr. bilag 4, der først og fremmest tilsigter at belyse vejledning hos de praktiserende læger i et typisk amt, hvortil valgtes Sorø amt, blev foretaget i perioden 1. maj 1964-30. april 1965.

I undersøgelsen deltog 56 læger, der indsendte ialt 833 spørgeskemaer. 8 af de deltagende læger var kvindelige. Patienterne fordelte sig ikke ligeligt mellem de deltagende læger, idet knapt 22 pct. af lægerne havde godt halvdelen af patienterne. En mere detaljeret opgørelse viste, at det ikke var lægernes køn, der var bestemmende for, hvor mange patienter de havde.

Undersøgelsen om vejledning i antikonception hos praktiserende læger i København, jfr. bilag 5, der giver et vist billede af vejledningen ydet af praktiserende læger i det storkøbenhavnske område, fandt sted i oktober 1962 og oktober - december 1963.

I denne undersøgelse deltog 25 læger, der indsendte ialt 292 spørgeskemaer. 7 af de deltagende læger var kvindelige. De 18 mandlige læger gav gennemsnitligt vejledning til to kvinder om måneden, medens de 7 kvindelige læger gennemsnitligt ydede vejledning til fem kvinder om måneden. Fem af de mandlige læger havde dog kun én eller et par enkelte vejledninger i hele undersøgelsesperioden, hvilket forrykker gennemsnittet noget.

Klinikundersøgelsen, jfr. bilag 6, der belyser vejledning på de 3 største klinikker i landet: Mødrehjælpens klinik i København, Foreningen for Familieplanlægningens klinik i Lygten, København samt Århus seksualklinik, blev foretaget i perioden 1. januar — 31. december 1963.

Resultaterne fra klinikundersøgelsen viser, at ialt 2.071 kvinder i året 1963 søgte vejledning i antikonception på disse tre klinikker. Henvendelserne fordeler sig med 888 på Foreningen for Familieplanlægnings klinik i Lygten i København, 442 på den åbne klinik i mødrehjælpen i København samt 741 på seksualklinikken i Århus. Derudover ydede mødrehjælpens klinik i København i samme tidsrum vejledning i antikonception til 1.124 kvinder, der havde henvendt sig til mødrehjælpen i anden anledning.

Herudover har udvalget modtaget forskellige oplysninger om vejledningsklinikker oprettet af mødrehjælpen i *Ribe amt*. Mødrehjælpen oprettede den 1. oktober 1963 klinikker i Esbjerg samt 5 andre steder i amtet. Fra disse klinikker er indsamlet forskellige oplysninger dels for perioden 1. januar - 30. september 1964, dels for hele perioden 1. januar 1964 - 30. september 1967. Det fremgår af dette materiale, at ialt 169 kvinder rettede henvendelse til disse klinikker i perioden 1. januar - 30. september 1964. I perioden 1. oktober 1966 - 30. september 1967 henvendte ialt 779 kvinder sig til disse klinikker fordelt med 570 på klinikken i Esbjerg og 209 på de øvrige 5 klinikker i amtet. 444 af de 570 patienter på klinikken i Esbjerg henvendte sig udelukkende for at få antikonceptionel vejledning; de øvrige 126 havde henvendt sig til mødrehjælpen i anden anledning. Patienterne på de øvrige klinikker i amtet er ikke opdelt på tilsvarende måde.

Siden de ovennævnte undersøgelser er der sket en betydningsfuld udvikling. Således blev i løbet af efteråret 1966 to nye svangerskabsforebyggende midler godkendt: den intrauterine prævention samt oral antikonception. Ligeledes er en ændring af svangerskabshygiejneloven trådt i kraft den 1. oktober 1966, jfr. lov nr. 200 af 8. juni 1966. Herefter skal alle kvinder efter afsluttet graviditet tilbydes gratis vejledning i antikonception af deres læge eller af ham henvises til anden lægelig vejledning. Endvidere kan vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder nu ydes til unge mellem 15 og 18 år. uden at samtykke fra forældremyndighedens indehaver er indhentet.

Da udvalget anså det for vigtigt at få belyst, om disse ændringer har haft nogen virkning på de forhold, der søgtes belyst i de ovennævnte undersøgelser, fandt man det på-

krævet at få undersøgelsesmaterialet suppleret i et vist omfang. *Som supplement til klinikundersøgelsen* iværksatte man en mindre undersøgelse på de tre store klinikker, strækende sig over første halvår af 1968, jfr. bilag 7.

Denne undersøgelse viser, at ialt 1.208 kvinder i denne periode rettede henvendelse til disse klinikker. De fordeler sig med 318 på Foreningen for Familieplanlægnings klinik i Lygten i København, 467 på mødrehjælpens åbne klinik i København samt 423 på seksualklinikken i Århus. Da disse tal kun vedrører et halvt år, vil det sige, at der er sket en meget stor stigning i antallet af henvendelser til mødrehjælpens åbne klinik, en mindre stigning i antallet på Århus seksualklinik samt en tilsyneladende tilbagegang i antallet af henvendelser til familieplanlægningsforeningens klinik. Dette sidste skyldes, at denne kliniks kapacitet er begrænset, og at de nye svangerskabsforebyggende midler, specielt spiralen, kræver et øget antal konsultationer pr. patient, hvorfor nye patienter har måttet henvises til andre af foreningens klinikker.

For at få *suppleret de to undersøgelser blandt praktiserende læger* overvejede man at iværksætte tilsvarende undersøgelser i Sorø amt og blandt lægerne i hovedstadsområdet. Men selv om sådanne undersøgelser kun skulle være af mindre omfang, ville de trods alt blive komplicerede og tidskrævende. Da udvalget samtidig erfarede, at »Dansk selskab for forskning i almen lægepraksis« var i færd med at foretage en undersøgelse vedrørende vejledning i brug af antikonception blandt læger over hele landet, valgte man derfor at anmode forskningsselskabet om tilladelse til at få de undersøgelsesresultater, der var af interesse for udvalget, stillet til rådighed. Forskningsselskabet indvilgede straks heri, og de pågældende resultater er tillige med den supplerende klinikundersøgelse optaget som bilag 7 til betænkningen. I den supplerende undersøgelse blandt læger i hele landet deltog 64 alment praktiserende læger, der havde ydet vejledning til ialt 3.729 kvinder. 7 af de deltagende læger praktiserede i en storby (f. eks. København og Odense), 4 læger havde praksis i rent byområde i øvrigt (f. eks. Hjørring og Ballerup), 13 læger havde en ren landpraksis, 27 læger en overvejende bypraksis, og 13 læger havde endelig en overvejende landpraksis.

Tabel 1. Materialet fra de forskellige undersøgelser procentvis fordelt efter alder og civilstand.

Alder	Ugifte						Gifte + tidligere gifte					
	Amtsunders. 1.5.64-30.4.65	Lægeunders. i Kbhvn. okt. 1962 og 1.10.-31.12.63	Klinikunders. 1.1.-31.12.1963	Unders. i Ribe amt 1.1.-30.9.1964	Suppl. lægeunders. 1.8.67-1.8.68	Suppl. klinikunders. 1.1.-30.6.68	Amtsunders. 1.5. 1964-1965	Lægeunders. i Kbhvn. okt. 1962 og 1.10.-31.12.63	Klinikunders. 1.1.-31.12.1963	Unders. i Ribe amt 1.1.-30.9.1964	Suppl. lægeunders. 1.8.67-1.8.68	Suppl. klinikunders. 1.1.-30.6.68
15 år	0,9	0,6	0,8	0	2,2	7,3	0	0	0	0	0	0
16 år	4,4	3,9	5,0	2,6	5,5	12,4	0	0	0	0	0	0
17 år	14,4	12,2	12,4	10,5	15,0	18,6	1,0	0,9	0,2	0,8	0,6	0,5
18 år	18,8	12,8	18,2	34,2	15,9	12,4	2,2	3,6	2,9	3,8	1,8	1,6
19 år	23,2	14,4	16,4	10,5	10,8	13,4	3,9	2,7	3,6	6,9	1,9	3,0
20-21 år . . .	23,8	23,4	26,6	23,7	} 34,2	18,1	13,6	8,9	14,4	15,3	} 22,0	11,8
22-24 år . . .	7,7	20,0	13,7	10,6		13,9	21,1	25,8	23,7	16,8		28,5
25-29 år . . .	3,2	7,8	5,5	5,3	12,6	3,1	27,0	26,8	28,3	31,3	39,6	26,2
30-34 år . . .	0,9	2,2	1,0	2,6	2,0	0,5	12,6	14,3	14,8	11,4	21,5	15,0
35 år og derover . . .	0,9	1,7	0,4	0	1,8	0,4	15,0	15,2	12,1	13,7	12,5	13,4
Uoplyst . . .	1,8	1,1	0	0	0	0	3,7	1,8	0	0	0	0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,1	100,1	100,0	100,0	100,0	99,9	100,0
Antal	340	180	1410	38	1104	769	493	112	661	131	2610	439
Medianalder . . .	19	20	19	19	20	18	27	27	26	26	25-29	25
Ugifte i pct. af samtlige.	40,8	61,6	68,1	22,5	30,2	63,7						

Af tabel 1 ses, at 68 pct. af klienterne på de tre store klinikker i 1963 var ugifte, knapt 62 pct. af materialet fra lægeundersøgelsen i København var ugifte, og knapt 41 pct af patienterne i amtsundersøgelsen var ugifte, medens dette kun gjaldt for knapt 23 pct. af de klienter, der rettede henvendelse til klinikkerne i Ribe amt. For de supplerende undersøgelser vedkommende gælder det, at knapt 30 pct. og knapt 64 pct. af de kvinder, der henvendte sig henholdsvis til en praktiserende læge eller en af de tre store klinikker, var ugifte.

Sammenholdes de supplerende undersøgelser med de først foretagne, er der ingen iøjnefaldende ændring i forholdet mellem ugifte og gifte kvinder. I betragtning af at ca. 62 pct. af patienterne ved lægeundersøgelsen i København var ugifte, er der heller ikke grundlag for at antage, at de ugifte i højere grad søger klinikker end praktiserende læger. Derimod synes tallene klart at vise, at andelen af ugifte i de store byer (lægeundersøgelsen i København, klinikundersøgelsen og den supplerende klinikundersøgelse) er væsentligt større end i de mindre byer og landdistrikterne, idet tallene for de ugifte i amtsundersø-

gelsen, undersøgelsen i Ribe amt og den supplerende lægeundersøgelse ligger væsentligt lavere end i Københavnsundersøgelsen og klinikundersøgelserne.

Medianalderen for ugifte er i samtlige undersøgelser 19 og 20 år med undtagelse af den supplerende klinikundersøgelse, hvor den er gået ned til 18 år.

Der er en klar forskel på andelen af unge ugifte i de først og sidst foretagne undersøgelser. Andelen af under 18-årige er således i klinikundersøgelsen godt 18 pct., medens den i den supplerende klinikundersøgelse er godt 38 pct. I undersøgelserne blandt praktiserende læger (amtsundersøgelsen og undersøgelsen blandt praktiserende læger i København) er andelen af under 18-årige henholdsvis knapt 20 pct. og knapt 17 pct., medens tallet i den supplerende lægeundersøgelse er knapt 23 pct.

Det må i denne forbindelse erindres, at de supplerende undersøgelser er foretaget efter gennemførelsen af ændringerne i svangerskabshygienloven i 1966.

Blandt gifte og tidligere gifte ligger medianalderen også nogenlunde fast på 26-27 år i samtlige undersøgelser, dog således at den

også her er gået ca. et år ned i den supplerende klinikundersøgelse, hvor medianalderen er 25 år.

Af tabel 2 ses, at langt den overvejende del af materialet såvel blandt gifte som ugifte i samtlige undersøgelser er placeret i socialgruppe III, det vil sige, at det fortrinsvis er lavere funktionærer eller faglærte arbejdere, der søger vejledning.

Den tilsyneladende store forskel i tabel 2 mellem socialgruppeplaceringen af materialet i den supplerende lægeundersøgelse sammenholdt med de øvrige undersøgelser er ikke reel. Den skyldes bl. a., at samtlige kvinder i denne undersøgelse i modsætning til i de af udvalget foretagne undersøgelser er indplaceret i socialgruppe efter den person, der er højest placeret i familiefællesskabet (således f. eks. en ugift hjemmeboende datter efter faderens erhverv). Hertil kommer, at studerende og skoleelever ikke i denne undersøgelse er trukket ud som en særlig gruppe, men er indplaceret ét trin lavere, end de ville blive som færdiguddannede. Dette resulterer bl. a. i den store procent i socialgruppe I + II, hvor alle akademikere f. eks. vil blive placeret. Dernæst er alle lærlinge ligeledes indplaceret

ét trin lavere, end de ville blive som færdiguddannede, dette bevirker bl. a. den store socialgruppe IV.

På grund af manglende tid var det ikke muligt at få materialet i den supplerende klinikundersøgelse fordelt efter socialgrupper. Dette i forbindelse med det ovennævnte forhold gør det umuligt at se, om der er sket nogensomhelst forskydning i socialgruppeplaceringen, efter at svangerskabshygienloven er trådt i kraft.

Af tabel 3 ses, at langt den overvejende del af såvel gifte som ugifte kvinder i de undersøgelser, der blev foretaget, inden de nye svangerskabsforebyggende midler blev godkendt, fik ordineret pessar. Dette forhold har ikke ændret sig efter godkendelsen af de nye midler, forsåvidt angår de ugifte kvinder, der rettede henvendelse til de tre store klinikker i første halvdel af 1968.

Hvad derimod angår de gifte og tidligere gifte kvinder i dette materiale, fik kun godt 17 pct. af disse pessar, medens godt 70 pct. fik ordineret intrauterin prævention. I den supplerende klinikundersøgelse er kun ordineret oral antikonception til 6 pct. af de ugifte og 7 pct. af de gifte kvinder.

Tabel 2. Materialet fra de forskellige undersøgelser procentvis fordelt efter socialgruppe¹ og civilstand.

Socialgruppe	Ugifte					Gifte (efter ægtefællens erhverv)				
	Amtsunders. 1.5.64-30.4.65	Lægeunders. i Kbhvn. okt. 62 og 1.10.-31.12.63	Klinikunders. 1.1.-31.12.63	Unders. i Ribe amt 1.1.-30.9.1964	Suppl. lægeunders. 1.8.67-1.8.68	Amtsunders. 1.5.64-30.4.65	Lægeunders. i Kbhvn. okt. 62 og 1.10.-31.12.63	Klinikunders. 1.1.-31.12.63	Unders. i Ribe amt 1.1.-30.9.1964	Suppl. lægeunders. 1.8.67-1.8.68
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Socialgruppe I + II	1	1	1	0	9	18	27	15	8	21
Socialgruppe III:										
Husmand, fiskere og mindre erhvervsdrivende	0	0	0	0	—	8	10	6	9	—
Lavere funktionærer m. v.	37	47	54	18	—	19	23	22	12	—
Faglærte arbejdere	8	7	7	5	—	26	16	34	23	—
I alt socialgruppe III	45	54	61	23	51	53	49	62	44	59
Socialgruppe IV:										
Andre arbejdere	31	13	19	29	40	25	11	16	23	20
Studerende + skoleelever	21	25	19	18	0	1	6	6	1	0
Uoplyst + intet	2	7	1	29	0	3	6	2	24	0
I alt	100	100	101	99	100	100	99	101	100	100
Antal	340	180	1410	38	1104	475	99	608	129	2518

¹ Med hensyn til den i udvalgets undersøgelser anvendte socialgruppeinddeling henvises til bilag 10.

Tabel 3. Materialet fra de forskellige undersøgelser procentvis fordelt efter det ordinerede middel og civilstand.

Ordineret ¹ middel	Ugifte					Gifte + tidl. gifte				
	Amts unders.	Klinik unders.	Unders. Ribe amt 1964	Suppl. lægeunders.	Suppl. klinikunders.	Amtsunders.	Klinik unders.	Unders. Ribe amt 1964	Suppl. lægeunders.	Suppl. klinikunders.
Pessar.....	86,8	95,9	89,5	18,6	87,8	76,5	95,4	89,1	8,5	17,3
Oral antikonception.	1,5	0,1	0	78,4	6,1	14,4	0	0	75,0	7,0
Intrauterin præv.....	0	0	0	2,6	3,8	0	0,8	0	15,0	70,4
Kondom.....	7,4	1,1	0	0,3	0,7	4,5	0,5	0	1,1	0,2
Andet.....	3,5			0,1	0	4,5			0,4	0,7
Intet + uoplyst....	0,8	2,9	10,5	0	1,7	0,2	3,5	10,9	0	4,3
I alt.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,1	100,1	100,2	100,0	100,0	99,9
Antal.....	340	1410	38	1104	769	493	661	129	2610	439

¹ Oplysningerne om det ordinerede middel kan ikke opstilles i tabelform vedrørende lægeundersøgelsen i København, men af redegørelsen for denne undersøgelse, jfr. bilag 5 fremgår, at næsten alle patienterne fik ordineret pessar. I kvinde fik anvist oral antikonception, og nogle ganske få fik anbefalet kondom på grund af mistanke om graviditet.

Anderledes forholder det sig med materialet i den supplerende lægeundersøgelse. Her fik godt 78 pct. af de ugifte og 75 pct. af de gifte og tidligere gifte kvinder ordineret oral antikonception, medens kun henholdsvis knapt 19 pct. og knapt 9 pct. fik pessar, og henholdsvis knapt 3 pct. og 15 pct. fik ordineret intrauterin prævention.

Her er en virkelig iøjnefaldende forskel på klinikkerne og de praktiserende læger, der deltog i undersøgelsen.

Det kunne have været af interesse at søge belyst, i hvilket omfang kvinder, der kan antages at have behov for vejledning, også benytter de muligheder, der er, for at få en sådan vejledning. Dette kan ikke konstateres ved en undersøgelse blandt de kvinder, der søger vejledning, men kun på grundlag af en undersøgelse rettet mod et repræsentativt udsnit af samtlige kvinder i den fertile alder. Som nævnt i betænkning I, side 28 f, forsøgte man at få socialforskningsinstituttets bistand til at gennemføre en undersøgelse af et tilfældigt udsnit af befolkningen, eventuelt således at undersøgelsen skulle foretages i forbindelse med andre af instituttets undersøgelser. Udvalget så sig imidlertid nødsaget til at opgave denne undersøgelse og var herefter i den situation, at man ikke havde et normalmateriale repræsentativt for hele landet. Man besluttede derfor i stedet at lade foretage en undersøgelse af kvinder, der lige havde født, som skulle danne et normalmateriale omend ikke fuldstændigt repræsentativt for kvinder.

Denne undersøgelse, *modreundersøgelsen*, jfr. bilag 8, blev foretaget i januar og februar måned 1966 og omfattede mødre, som havde født i april og maj måned 1965.

Med hensyn til problemmateriale lod udvalget bl. a. foretage en undersøgelse blandt en række kvinder, der har gennemgået abort. *Abortundersøgelsen*, jfr. bilag 9, blev gennemført af læge Lise Freundt i 1963/64 blandt abortpatienterne på tre hospitaler i Storkøbenhavn.

I disse undersøgelser har man bl. a. søgt belyst, i hvilket omfang kvinder, der ønsker at undgå graviditet, anvender antikonception. Resultaterne af disse undersøgelser vil blive fremdraget i kapitel V, side 48 f.

D. Udvalgets synspunkter

1. Nødvendigheden af adgang til individuel vejledning

Udvalget har i betænkning I, kapitel IX, side 105 ff, foreslået obligatorisk seksualundervisning i folkeskolen, og man har i betænkningen opstillet en vejledende stoffordelingsplan for de forskellige klassetrin, ifølge hvilken de forskellige svangerskabsforebyggende midler, herunder deres sikkerhed og virkemåde, detaljeret skal gennemgås i 8.-10. skoleår, jfr. betænkning I, side 112, men begrebet familieplanlægning skal allerede fra de tidligste skoleår omtales, tillige med at betegnelserne for de mest almindelige svangerskabsforebyggende midler nævnes.

Samtidig er der lagt vægt på, at man i undervisningen betoner ansvaret ved at sætte børn i verden. Noget tilsvarende gælder om den foreslåede voksenundervisning. Når sådan undervisning er gennemført, skulle man have sikkerhed for, at alle unge i hvert fald har kendskab til eksistensen af svangerskabsforebyggende midler, hvilket undersøgelserne dog viser, at langt de fleste allerede har. Af helt afgørende betydning er det imidlertid, at der gennem den rigtige undervisning søges skabt en motivering for at benytte disse midler, hvis man ikke ønsker børn. Flere af udvalgets undersøgelser viser således, at ret mange kvinder undlader at benytte forebyggende midler, skønt de har kendskab til disse midler, og skønt de har et klart ønske om at undgå graviditet. Se nedenfor side 49.

For yderligere at tilskynde befolkningen til at anvende antikonceptionelle midler, når de ikke ønsker børn, vil det derfor efter udvalgets opfattelse være nødvendigt, at der udføres en propaganda- og oplysningsvirksomhed, jfr. nedenfor kapitel V. A.

Hele denne aktivitet for at motivere befolkningen til at bruge svangerskabsforebyggende midler vil imidlertid miste den største del af sin effekt, hvis der ikke samtidig skabes en ret let adgang til at skaffe sig disse midler. Da de fleste præventive midler forudsætter vejledning og ordination af en læge, er det derfor af afgørende betydning, at der åbnes adgang til individuel vejledning.

Den individuelle vejledning skal derfor først og fremmest bestå i at vejlede den enkelte i valg af den rette metode og at ordinere svangerskabsforebyggende midler. Derudover kan vejledning også bidrage til at motivere de pågældende til at anvende disse midler, når de ikke ønsker graviditet, således at uønskede svangerskaber undgås i så vid udstrækning som muligt.

Også udover oplæring i brugen af antikonceptionelle midler er der et behov for, at den enkelte kan få vejledning af en læge om seksuelle spørgsmål. Der vil f. eks. kunne blive tale om at yde individuel vejledning om samlivsproblemer og seksuelle forstyrrelser, herunder f. eks. frigriditet og impotens eller ved seksuelle afvigelse og lignende.

Udvalget mener, at det er af stor betydning, at der er adgang såvel til vejledning i antikonception som til den mere almindelige vejledning i seksuelle spørgsmål.

2. Bør individuel vejledning henlægges til alment praktiserende læge eller til klinik?

Det har været et centralt punkt i udvalgets overvejelser, om de eksisterende muligheder for at modtage individuel vejledning er tilfredsstillende, eller om der er behov for tilvejebringelse af flere og bedre muligheder, herunder navnlig om der bør oprettes flere klinikker end de eksisterende.

Det er udvalgets opfattelse, at stort set alle alment praktiserende læger nu tager del i den individuelle vejledning, i hvert fald hvad angår vejledning i antikonception. Bestemmelsen i svangerskabshygiejneloven om kvindens ret til gratis vejledning i svangerskabsforebyggelse efter en endt graviditet har således været i kraft i ca. 2¹/₂ år, uden at man har kunnet konstatere problemer i retning af, at et større antal læger skulle vægre sig ved at yde denne vejledning.

Amtsundersøgelsen tyder også på, at den overvejende del af de praktiserende læger ser sig i stand til at yde en sådan vejledning, og det kan derfor fastslås, at kvinder over hele landet for så vidt allerede har en let mulighed for at opnå vejledning. At adgangen til at få vejledning hos de praktiserende læger også benyttes af mange kvinder, fremgår både af amtsundersøgelsen, af undersøgelsen blandt praktiserende læger i Storkøbenhavn samt af den supplerende undersøgelse blandt praktiserende læger over hele landet.

Det må dog fremhæves, at amtsundersøgelsen først og fremmest var tilrettelagt med henblik på vejledning i antikonception, og det er først og fremmest denne side af den individuelle vejledning, de alment praktiserende læger i dag er i stand til at påtage sig. Den mere seksuologiske side af vejledningen har mange praktiserende læger vanskeligere ved at klare, dels på grund af manglende uddannelse, dels fordi en sådan vejledning ofte vil kræve langt mere tid, end en alment praktiserende læge er i stand til at afse hertil. Det kan også i dag være vanskeligt at henvise disse tilfælde til specialister, idet der ikke findes tilstrækkeligt mange specialister med uddannelse på dette område. I øvrigt må de praktiserende læger henvise disse tilfælde til specielt interesserede og uddannede kolleger.

For så vidt angår den del af vejledningen, der ydes gennem de praktiserende læger, bliver problemet derfor først og fremmest, om

den uddannelse, de modtager, er tilfredsstillende i relation til de opgaver, lægerne møder i denne forbindelse. Dette spørgsmål behandles i kapitel IV. Herudover må der tages stilling til spørgsmålet om betaling; dette spørgsmål behandles under afsnit 4 i nærværende kapitel.

Medens de praktiserende læger yder geografisk landsdækning i forhold til klientellet, kan det samme ikke siges om klinikkerne, idet kun Storkøbenhavn og de større provinsbyer har klinikker. I Ribe amt, hvor mødrehjælpen har etableret 6 klinikker, må der dog siges at bestå en geografisk dækning, der vel stort set svarer til det maksimale, man kunne tænke sig, hvis man ville søge etableret landsdækning med klinikker.

Spørgsmålet er imidlertid, om man bør stræbe efter at oprette klinikker i et sådant omfang, at der bliver en praktisk tilfredsstillende mulighed for kvinder over hele landet til at søge en klinik.

Det ville have været af stor interesse for udvalget gennem en undersøgelse at få belyst, hvorvidt kvinder foretrækker at søge individuel vejledning hos en praktiserende læge eller på en klinik. Dette spørgsmål ville være søgt belyst i den tidligere omtalte almene undersøgelse, der måtte opgives. Endvidere var det et af formålene med amtsundersøgelsen at give kvinder i et bestemt geografisk område lige let adgang til vejledning på klinik og hos praktiserende læge. Udvalget forsøgte derfor i forbindelse med undersøgelsen at få oprettet vejledningsklinikker i Sorø amt, hvor der på daværende tidspunkt ikke fandtes sådanne klinikker, men dette modsatte de deltagende læger sig. Forsøget strandede imidlertid på så fremskredent et tidspunkt, at selve undersøgelsen ikke kunne overflyttes til et andet amt uden stor forsinkelse og økonomisk tab, hvorfor man fra udvalgets side måtte give afkald på at få belyst dette spørgsmål.

Man kan således ikke af denne undersøgelse se, hvorvidt kvinder foretrækker praktiserende læge eller klinik, men man kan gennem undersøgelsen få et indtryk af, hvilken betydning det har for de pågældende kvinder at kunne bevare anonymiteten, ligesom man kan få indtryk af, hvilken betydning lægens køn har ved konsultationer i dette specielle spørgsmål. Det fremgår således af materialet, at kun knapt 8 pct. af patienterne rettede henvendelse til en fremmed læge. Af disse 8

pct. var der forholdsvis flere ugifte end gifte kvinder. Ca. 59 pct. af dem, der søgte fremmed læge, altså kun godt 4 pct. af det samlede materiale, søgte en fremmed kvindelig læge.

Der kan ikke af disse tal drages sikre konklusioner hverken om anonymitetens betydning eller om betydningen af lægens køn, idet man f. eks. ikke er i stand til at konstatere, om et antal kvinder fra amtet i undersøgelsesperioden rettede henvendelse om vejledning til læger uden for amtet eller evt. til en klinik i København eller andre steder, eller hvor mange kvinder der afholdt sig fra at søge vejledning på grund af de manglende klinikker. Man kan heller ikke af materialet se, om de patienter, der rettede henvendelse til en fremmed kvindelig læge, i forvejen havde en kvindelig læge, således at det var ønsket om anonymitet, der var drivkraften, eller om de blot ønskede at konsultere en kvindelig læge vedrørende dette specielle spørgsmål. Det er dog bemærkelsesværdigt at se, hvor få kvinder der søgte en fremmed læge.

Man har undersøgt, om der var andre muligheder for at få belyst spørgsmålet, hvorvidt kvinder foretrækker at få individuel vejledning hos praktiserende læge eller på klinik. Man fandt da, at spørgsmålet til dels kunne belyses gennem den førnævnte mødreundersøgelse. I mødreundersøgelsen indføjede man derfor i spørgeskemaet følgende spørgsmål: »Hvis De selv skulle søge seksuel vejledning eller råd om svangerskabsforebyggende midler, ville De så helst henvende Dem til 1) Deres læge, 2) en fremmed læge, 3) en speciel klinik?«. Kun 11 pct. af samtlige adspurgte ønskede at henvende sig til en speciel klinik; af disse var 41 pct. bosat i København og omegn. 84 pct. af de adspurgte ønskede at henvende sig til egen læge, og kun knapt 4 pct. angav at ville søge en fremmed læge eller en jordemoder.

Da denne undersøgelse som allerede nævnt ikke er repræsentativ for samtlige kvinder i fertil alder, overvejede man at stille det samme spørgsmål til et repræsentativt udsnit af ganske unge kvinder, der aldrig havde født, idet man var klar over, at disse unge kvinders ønsker, med hensyn til hvor de foretrak at modtage vejledning, meget vel kunne være forskellige fra mødrenes, bl. a. fordi disse jo i forvejen er i forbindelse med deres læge i anledning af svangerskab og fødsel.

Man forsøgte at finde en form, hvorunder en sådan undersøgelse blandt ganske unge kunne foretages, men fandt det på daværende tidspunkt ikke muligt.

Sluttelig skal det nævnes, at seksualoplysningsudvalget fra mødrehjælpen i Esbjerg har modtaget nedenstående tal vedrørende søgningen på de forskellige klinikker i amtet.

Tabel 4. Antal nye patienter pr. år¹ på seksualvejledningsklinikkerne i Ribe amt.

År	Esbjerg	Grindsted	Ribe	Varde	Brørup-Vejen	I alt
1964/65	265 (103) ²	10	—	—	1	276
1965/66	565 (154)	24	17	—	31	637
1966/67	570 (126)	91	37	13	68	779

¹ Registreringsåret er 1. oktober til 30. september.

² Tallene i parentes angiver, hvor mange af klienterne, der i forvejen var i forbindelse med mødrehjælpen (lukket klinik). Oplysning herom findes ikke vedrørende klinikkerne i det øvrige amt.

Som nævnt oprettede mødrehjælpen i Esbjerg den 1. oktober 1963 forsøgsvis vejledningsklinikker fem steder i Ribe amt, foruden at klinikken i Esbjerg by blev udvidet. Forsøgsåret kom til at løbe fra 1. oktober 1963 til 30. september 1964, og forsøget blev finansieret på kommunalt grundlag, da det på daværende tidspunkt ikke var muligt at få staten til at yde økonomisk dækning. Allerede 1. april 1964 var der imidlertid skabt bevillingsmæssigt grundlag for, at staten overtog udgifterne ved klinikernes drift. Efter forsøgsårets udløb blev klinikkerne gjort permanente, idet der havde vist sig at være behov for dem.

Klinikken i Esbjerg har indtil 1. oktober 1967 haft en ugentlig konsultation (eftermiddag) samt en ugentlig dag til bestilt tid for kontrolkonsultationer. Siden oktober 1967 er desuden indført en ugentlig aftenkonsultation. Klinikkerne i de øvrige byer uden for Esbjerg har kun en månedlig konsultation.

Af tabel 4 ses, at det absolutte antal klienter, der har henvendt sig til de forskellige klinikker, er ret lille, men stigningen fra 1965/66 til 1966/67 navnlig i Grindsted og Brørup-Vejen kan dog tyde på, at der er stigende interesse for klinikkerne. Det kan imidlertid ikke være berettiget at drage konklusioner af disse få tal.

Samtlige ovennævnte undersøgelser viser, at der i dag ydes vejledning hos såvel praktiserende læger som på klinikker. Stigningen i

klinikkernes klienttal viser, at der i alt fald i de større byer er behov for de klinikker, der i dag findes, medens undersøgelserne i øvrigt tyder på, at det kun er et mindre antal kvinder, som foretrækker at få vejledning på klinikker. Undersøgelserne har derfor ikke godtgjort et udtalt behov for, at der oprettes flere rådgivningsklinikker. På den anden side kan man, når undersøgelsernes tidligere omtalte manglende repræsentativitet tages i betragtning, heller ikke af undersøgelserne udlede, at der ikke er behov for flere klinikker.

Der er på baggrund af den nuværende aktivitet ikke for udvalget tvivl om, at den individuelle vejledning i første række må henlægges til de alment praktiserende læger, med adgang for disse til at henvise de mere komplicerede tilfælde til speciallæger, det være sig specialister i gynækologi eller psykiatri eller eventuelt til en klinik, hvor en sådan måtte eksistere. For denne løsning taler også den alment praktiserende læges personkendskab og kontaktmulighed. Han er i stand til at skønne, hvilke kvinder blandt hans patienter, der i særlig grad har behov for vejledning, og han vil ofte være i stand til at tilskynde disse kvinder til at søge vejledning, når han af andre grunde kommer i kontakt med dem.

Det skal endvidere i denne forbindelse bemærkes, at der i disse år i stigende grad etableres samarbejde mellem flere læger i fælles lokaler i form af gruppepraksis, og at det nære samarbejde mellem læger af ofte forskellig alder og med varierende forudgående hospitalsuddannelse sikrer, dels at vejledning gives, dels at den gives på den bredest mulige uddannelsesmæssige baggrund. Endelig kan nævnes, at det »private« klinikpræg, som lokalerne i gruppepraksis har, måske sikrer anonymiteten og henvendelsens formål bedre end klinikker alene med det specielle formål at give seksualvejledning.

Udvalget mener, at det ideelle formentlig ville være, at enhver mand eller kvinde frit kan vælge mellem vejledning på klinik og hos praktiserende læge, hvilket forudsætter, at der ved oprettelse af klinikker over hele landet skabes lige let adgang til begge former for vejledning. På baggrund af de foreliggende undersøgelsesresultater mener man imidlertid ikke, det er forsvarligt at foreslå oprettelse af vejledningsklinikker over hele landet, en foranstaltning der må antages at blive meget kostelig, uden at man har sikkerhed for at

opnå et resultat, der blot tilnærmelsesvis står i forhold til omkostningerne.

Det anførte betyder ikke, at der ikke kan være grund til at oprette nye klinikker, men oprettelsen bør **kun** ske, hvis der af en eller anden grund må antages at være et særligt behov for en sådan ny klinik. Udvalget har imidlertid ikke grundlag for at skønne over, hvor og hvornår et sådant behov konkret er til stede. Man mener derimod, at en institution som mødrehjælpen, der har hovedsæder, filialkontorer og rejsende rådgivere spredt over hele landet, på grund af det langt større lokalkendskab, dette giver, skulle have visse muligheder for at skønne over, hvor der eventuelt måtte være et behov for oprettelse af en ny klinik. Mødrehjælpen har da også som tidligere omtalt allerede oprettet seksualvejledningsklinikker adskillige steder i forbindelse med institutionens rådgivningskontorer eller rådgivningskonsultationer, og der er planer om oprettelse af endnu nogle klinikker. Når mødrehjælpen planlægger nye klinikker, lægges særlig vægt på, om der i den pågældende by er mange unge, evt. om der er særlig mange unge familier, fordi der er mange tilflyttere til ny bebyggelse, eller om der i det pågældende område er særlig mange børnerige familier eller mange vanskeligt stillede familier. Endelig kan der også i det pågældende område være et forholdsvis stort antal ansøgninger om svangerskabsafbrydelser.

Da mødrehjælpen således har visse muligheder for at skønne over behovet for nye klinikker og herudover har den fornødne organisation, som kan lette oprettelsen, finder udvalget, at der bør pålægges mødrehjælpen et initiativ med hensyn til oprettelsen af nye klinikker, således at der ydes den fornødne offentlige støtte til oprettelsen og driften. Udvalget har i denne forbindelse drøftet, om der bør oprettes klinikker af andre end mødrehjælpen. Det har således været overvejet, om der skulle oprettes klinikker i tilknytning til hospitalerne. Forslag hertil har tidligere været fremsat, jfr. foran side 20. Udvalget finder, at der er behov for sådanne klinikker i et vist omfang til brug for behandling og forskning, jfr. herom nærmere nedenfor, kap. IV, G. Bortset fra dette mener udvalget ikke at burde stille forslag herom, da klinikker som anført kun bør oprettes, hvor der er behov herfor. Derimod vil det ofte være hensigtsmæssigt, at mødrehjælpen i forbindelse

med oprettelsen af en klinik etablerer samarbejde med det stedlige hospitals gynækologiske afdeling.

Udvalget mener ikke, at det kan udelukkes, at der i et vist område kan vise sig at være behov for en kommunal eller privat vejledningsklinik. Hvor et sådant rimeligt behov skønnes at foreligge, bør der efter udvalgets mening også være mulighed for, at det offentlige kan give tilskud til oprettelsen og driften i henhold til svangerskabslovens § 10, jfr. nærmere nedenfor i kapitel V, B.

3. *Bør individuel seksualvejledning koordineres med familierådgivning?*

Seksualvejledning kunne tænkes koordineret med familierådgivning. Ved mødrehjælpsinstitutionen i København oprettedes allerede i 1949 som et forsøg en gang ugentlig en familierådgivningskonsultation. Den særlige bevilling, der blev givet til dette forsøg, ophørte i 1958, men på grundlag af de vundne erfaringer ydes familierådgivning nu som et normalt led i mødrehjælpens arbejde. Familierådgivning drives i praksis således, at socialrådgiveren opretholder kontakt med begge ægtefæller og eventuelt andre medlemmer af den snævrere familiegruppe. I det omfang, der er behov herfor, søger socialrådgiveren råd og bistand hos læge (oftest psykiater) og psykolog eller jurist eventuelt hos andre sagkyndige. I rådgivningen prøver man ved en kombination af praktisk, økonomisk, psykologisk og lægelig støtte at hjælpe til bunds, at hjælpe på langt sigt, og man anlægger det synspunkt, at den enkelte må ses som et led i familien. Man tilstræber et konstruktivt, aktiverende samarbejde efter princippet hjælp til selvhjælp. Når rådgivningen ophører, sker dette gradvis og altid med mulighed for genoptagelse ved behov.

Afgrænsningen mellem egentlige familierådgivningssager og andre sager vil altid være ret flydende, men generelt kan det siges, at familierådgivningssager er sager, hvor det personlige arbejde med klienten og den personlige kontakt — ofte med regelmæssige samtaler gennem længere perioder — er det fremherskende udover de mere konkrete hjælpeforanstaltninger. Behandlingen vil næsten altid blive udført af et team, hvor en kombination af sociale og personlige samt lægelige elementer er repræsenteret.

En egentlig familierådgivningsmæssig behandling af mere end et yderst beskedent antal tilfælde har det dog vist sig overordentlig vanskeligt for mødrehjælpen at gennemføre. En vigtig årsag hertil må søges i de personalemæssige forhold; manglen på et i denne relation kvalificeret personale har været og er stadig katastrofal. En anden begrænsning i kapaciteten beror på, at institutionernes virksomhed rent faktisk kun gælder gravide kvinder eller kvinder med små børn, dog bortset fra vejledning i antikonception.

Enkelte private institutioner og foreninger har ligeledes etableret familierådgivning, således i København, f. eks. Koefoeds skole. Derudover har Landsforeningen for Mentalhygiejne oprettet rådgivningsklinikker, hvor der også kan ydes familierådgivning, 7 steder over hele landet. Til disse klinikker er knyttet socialrådgivere, psykologer og psykiatere samt enkelte steder også en jurist.

I flere betænkninger har man tidligere været inde på tanken om oprettelse af familierådgivningsklinikker. I 1961 afgav det i 1957 af Socialpolitisk Forening nedsatte udvalg betænkningen »Juridisk og social rådgivning«, hvori der stilles forslag om, at der på offentligt initiativ og finansiering over hele landet etableres en juridisk og social rådgivningsvirksomhed. Det fremhæves specielt, at det ville være heldigst, om de rådsøgende på ét kontor kunne blive betjent med såvel juridisk som social rådgivning, samt at der skete en udbygning af og koordinering mellem de forskellige rådgivningsinstitutioner i området, herunder familierådgivning.

I den i 1964 afgivne betænkning om familierådgivning (nr. 359/64) foreslås det, at der nedsættes et udvalg med det formål at undersøge behovet for rådgivning. Et sådant udvalg blev nedsat i sommeren 1967 med det kommissorium at undersøge spørgsmålet om ønskeligheden af at ændre bestemmelserne for rådgivningsvirksomhed inden for sociale områder.

Endelig er der i den af justitsministeriets ægteskabsudvalg i 1964 afgivne betænkning II (nr. 369/64) som bilag optaget en indstilling fra et af ægteskabsudvalget nedsat særligt arbejdsudvalg, der havde haft til opgave at tage spørgsmålet om en eventuel ændring af de gældende regler om mægling i anledning af separation og skilsmisse op til behandling. I den afgivne indstilling er arbejdsud-

valget inde på tanken om etablering af familierådgivningsinstitutioner, idet man overvejede at foreslå mægling i ægteskabsager erstattet med familierådgivning. Resultatet af arbejdsudvalgets overvejelser blev dog, at man anbefalede, at de nuværende mæglingsmyndigheder bibeholdes, men at der søges etableret et samarbejde mellem disse myndigheder og familierådgivningsinstitutioner med særligt uddannet personale, som kan påtage sig efter henvisning fra mæglingsmyndighederne at yde råd og bistand til ægtefæller, der frivilligt søger kontakt med rådgivningsinstitutionen. Man ville ikke fra mæglingens side foreslå en øjeblikkelig landsdækning med familierådgivningsinstitutioner, men foreslog, at der etableredes en ordning som den skitserede forsøgmæssigt i enkelte byer, jfr. betænkningen, side 97 med bilag 4, side 160 ff. Arbejdsudvalget anmodede samtidig om, at et eksemplar af dets indstilling fremsendes til seksualoplysningsudvalget. Dette skete ved skrivelse af 15. februar 1963 fra ægteskabsudvalget, jfr. bilag 11.

Seksualløplysningsudvalget har på baggrund heraf drøftet, hvorvidt man fra udvalgets side bør tage stilling til spørgsmålet om en udbygning af familierådgivningsinstitutionerne. Der er enighed om, at den virksomhed, der kan udøves gennem sådanne familierådgivningsklinikker, ligesom seksualvejledning kan virke abortforebyggende; dette gælder vel i særlig grad over for de socialt dårligst stillede familier. Man kan derfor anbefale, at der skabes mulighed for, at den virksomhed, som er påbegyndt af mødrehjælpen, udbygges. Mødrehjælpen er på grund af sin personalemæssige opbygning velegnet til at gøre en indsats på dette område, ligesom man dér ofte allerede vil have kontakt med de særligt truede familier. Om familierådgivning fremtidig skal organiseres på anden måde, skal udvalget imidlertid ikke hermed tage stilling til.

Selv om der som nævnt gennem en familierådgivnings sociale og familiemæssige støtteforanstaltninger er en vis mulighed for at opnå abortprofylaktiske resultater, er dette imidlertid kun et af de mange momenter, der bør indgå i overvejelserne om en udbygning af denne rådgivning. Det følger heraf, at ønsket om øgede muligheder for en effektiv individuel vejledning i seksuelle spørgsmål, der som sit hovedindhold har oplæring i brugen

af svangerskabsforebyggende midler, ikke i sig selv kan begrunde en almindelig oprettelse af familierådgivningsklinikker udover hele landet.

Såfremt man af andre grunde beslutter at oprette familierådgivningsklinikker, bliver spørgsmålet, om den individuelle vejledning i seksuelle spørgsmål herefter fortrinsvis skal henlægges til disse klinikker.

Til støtte for en sådan løsning kan anføres, at det kan være af værdi, at de forskellige familiemæssige problemer, til hvis løsning der søges bistand, og som ofte kan have en baggrund i seksuelle problemer, kan løses i snævert samarbejde mellem sagkyndige på de forskellige områder, og at det kan være en letelse for de bistandsøgende, at de på ét sted kan få den vejledning af forskellig art, der kan være brug for.

Den seksualvejledning, der er behov for, vil som tidligere nævnt i de allerfleste tilfælde alene bestå i vejledning om valg af antikonceptionel metode og i oplæring i brugen af denne. Herudover vil der kunne blive tale om rådgivning i tilfælde af lettere seksuelle forstyrrelser. Kun i mindre omfang vil der kunne blive tale om rådgivning med hensyn til mere komplicerede seksuologiske problemer. Som hovedregel vil den individuelle vejledning derfor kunne ydes af en læge, der i studietiden eller i form af efteruddannelse har fået den grundlæggende uddannelse heri. Kun i de nævnte mere komplicerede tilfælde vil der være behov for speciallægebistand, f. eks. fra gynækologer eller psykiatere.

Den individuelle rådgivning kan således som hovedregel med lige så stort udbytte søges hos den enkeltes egen praktiserende læge, en fremgangsmåde mange under alle omstændigheder vil foretrække frem for at rette henvendelse til en fremmed institutionslæge. Man kan her henvise til de foran side 29 citerede resultater fra rødeundersøgelsen og amsundersøgelsen, hvor henholdsvis ca. 84 pct. og ca. 92 pct. ytrede ønske om at søge eller rent faktisk søgte vejledning hos deres sædvanlige læge.

Da den læge, der er knyttet til familierådgivningen, sædvanligvis er specialist (normalt psykiater), finder udvalget ikke at burde anbefale, at den individuelle seksualvejledning altid knyttes til familierådgivningsinstitutioner, selv om der af andre grunde etableres landsdækning med sådanne institutioner. Ud-

valget lægger imidlertid vægt på, at samspillet mellem familierådgivning og praktiserende læger sikres ved, at man er opmærksom på at henvise de rådsøgende fra familierådgivning til læge og omvendt, hvor det viser sig påkrævet. Spørgsmålet om seksualvejledningskoordinering med familievejledning, sundhedspleje m. v. omtales nedenfor side 44 og side 49.

4. Bør seksualvejledning være vederlagsfri?

a. Nuværende ordning

Efter de gældende regler må patienter, der søger vejledning, sædvanligvis selv betale for såvel konsultation som for de svangerskabsforebyggende midler, der ordineres.

De, der søger vejledning hos en læge, betaler i almindelighed det fulde beløb for konsultationen, idet seksualvejledning i dag falder uden for sygekassens eller det offentleges tilskudsrammer i øvrigt. En undtagelse er dog gjort med hensyn til kvinder, der lige har været gravide, idet lægen efter den ændring af svangerskabshygiejneloven, der trådte i kraft den 1. oktober 1966, ved den første undersøgelse efter svangerskabets afslutning skal tilbyde dem vederlagsfri vejledning i anvendelse af svangerskabsforebyggende midler eller henvise dem til anden lægelig vejledning heri.

Betaling for vejledning på klinik og for de ordinerede midler varierer fra klinik til klinik. På mødrehjælpsklinikkerne er konsultationen gratis, medens man i det enkelte tilfælde skønner, hvorvidt den pågældende er i stand til at yde betaling for midlerne. Såfremt der ordineres hormonal antikonception, betales midlerne dog altid af patienten selv. På familieplanlægningsforeningens klinikker betales 25 kr. ved første konsultation. Dette beløb dækker selve vejledningen, selv om denne kommer til at strække sig over flere konsultationer, dog med undtagelse af tilfælde, hvor der ordineres intrauterin prævention (i. u. d.). I disse tilfælde betales yderligere 50 kr. Midlerne betales fuldt ud af den, der søger vejledning. Endelig betales første konsultation på Århus seksualklinik med 3 kr., medens de ordinerede midler er gratis for patienter med bopæl i Århus kommune. Dette gælder også tabletter, dog kun så længe den pågældende patient går til kontrol på seksualklinikken.

b. Vejledningskonsultationen

Udvalget finder ikke den gældende ordning tilfredsstillende. Selv om de beløb, patienterne skal betale for seksualvejledning, normalt er så relativt beskedne, at de fleste nok skulle kunne udrede dem, kan man ikke se bort fra, at betalingsspørgsmålet i dag kan afholde en del fra at søge vejledning og måske fortrinsvis personer, som i særlig grad har behov for det.

Som allerede omtalt indførtes ved en ændring af svangerskabshygiejneloven i 1966 gratis vejledning i antikonception for kvinder, der lige havde været gravide. En af grundene til denne ændring var, at man fandt det af afgørende betydning såvel af hensyn til den enkelte som af hensyn til samfundet, at de midler, der kan tænkes at medføre en nedgang i antallet af provokerede aborter - såvel illegale som legale - tages i anvendelse. Denne begrundelse taler i lige så høj grad for indførelse af gratis vejledning for alle, idet det må være en åbenbar fordel, at kvinder, der ikke ønsker svangerskab, søger vejledning, inden de bliver gravide.

Dansk Kvindesamfund har i skrivelse af 30. maj 1967 opfordret socialministeren til at fremsætte forslag til ændring af sygeforsikringsloven, således at vejledning og oplæring i antikonception skal indgå i loven som pligtig ydelse for sygekasserne. Medlemmernes betaling for ydelsen og tilskud til ordinerede midler bør ifølge denne skrivelse følge reglerne for lægehjælp og for medicin ordineret af læge.

Socialministeren har oversendt denne skrivelse til indenrigsministeriet med anmodning om, at den må blive henvist til seksualoplysningsudvalget.

Udvalget er enig med Dansk Kvindesamfund i, at seksualvejledning bør være vederlagsfri. Den supplerende klinikundersøgelse synes da også at tyde på, at spørgsmålet om vederlag kan spille en rolle f. eks. for de unge, ugifte. Således var antallet af ugifte under 18 år, der søgte vejledning på mødrethjælps klinik i København og på Århus seksualklinik, hvor vejledning er gratis eller så godt som gratis, henholdsvis godt 49 pct. og 37 pct. af samtlige ugifte, medens det tilsvarende tal på familieplanlægningsklinikken i Lygten, hvor der skal betales vederlag, var 15 pct. Da udvalget for at tilskynde flest mulig til at søge

vejledning lægger afgørende vægt på, at folk er frit stillet med hensyn til, hvor de søger vejledning, er der ligeledes enighed om, at vejledningen bør være vederlagsfri, hvad enten man søger sin egen læge eller en fremmed alment praktiserende læge eller en klinik. Udvalget er opmærksom på, at dette komplicerer reglerne om ydelse af vederlag til den, der yder vejledning, men finder, at dette er af underordnet betydning i forhold til ønsket om at stille folk frit med hensyn til, hvor de vil søge vejledning.

Man har i udvalget drøftet, hvorvidt der bør gennemføres begrænsninger i adgangen til vederlagsfri vejledning. Der kunne således tænkes en begrænsning af antallet af konsultationer. Man finder imidlertid, at risikoen for misbrug af ordningen næppe er særlig stor. Erfaringerne taler for, at vanskeligheden mere består i at få folk til at søge vejledning i nødvendigt omfang. Endvidere kan individuelle forhold gøre det påkrævet med flere konsultationer i hurtig rækkefølge, hvorfor en begrænsning til en enkelt eller et bestemt antal konsultationer vil virke uheldig. Hertil kommer, at en effektiv kontrol må antages at medføre så betydelige omkostninger, at også økonomiske og praktiske grunde taler imod en sådan begrænsning.

Det har endvidere været drøftet, om vederlagsfri vejledning skulle begrænses til bestemte aldersgrupper. Udvalget anser det for at være absolut nødvendigt, at vejledning er vederlagsfri for de ganske unge, hvorved man navnlig har tænkt på aldersgrupperne fra 15-20 år. Disse unge vil ofte være under uddannelse og derfor have særligt svært ved at skaffe midler til betaling af en konsultation. Samtidig er det særlig vigtigt, at netop disse grupper får den bedst mulige oplysning og vejledning, ikke mindst hvad angår oplæring i brugen af svangerskabsforebyggende midler, da en uønsket graviditet i disse aldersgrupper ofte vil få langt mere indgribende betydning end på senere alderstrin.

Imidlertid vil der også ofte inden for andre aldersgrupper være tilfælde, hvor det er af stor betydning, at konsultationen er vederlagsfri. Dette gælder først og fremmest ubemidlede, men også i andre tilfælde, f. eks. hvor de midler, som er overladt hustruen til rådighed, er beskedne. Det vil derfor være vanskeligt at foreslå en klar regel. Hertil kommer, dels at der, når seksualvejled-

ning ikke begrænses til vejledning i antikonception, kan være tilfælde, hvor det er vanskeligt at afgøre, om konsultationen alene er søgt for at opnå seksualvejledning og ikke tillige indebærer en egentlig lægelig behandling, dels at folk antagelig i almindelighed vil føle det urimeligt, at patienten selv skal betale. Under disse omstændigheder har udvalget ikke ment at burde foreslå en begrænsning til bestemte aldersklasser.

Udvalget har drøftet, hvorledes spørgsmålet om betaling for konsultationerne praktisk kan løses.

Det ville være en nærliggende tanke at inddrage seksualvejledning under den bestående sygekasseordning. Sygeforsikringslovens § 11, stk. 1, indeholder, således som den er ændret ved lov nr. 180 af 19. maj 1967, hjemmel til at yde økonomisk hjælp til individuel vejledning ved alment praktiserende læge i det omfang, sådan hjælp er omfattet af en overenskomst efter lovens § 18. Denne ordning ville derfor blive afhængig af, at man får tilvejebragt den fornødne overenskomst mellem sygekasserne og lægerne, men også derudover opstår der forskellige praktiske vanskeligheder. For det første ville ordningen efter de hidtil gældende regler for A-medlemmer kun medføre, at konsultationen bliver gratis, hvis den pågældende henvender sig til sin faste læge eller af ham henvises til en speciallæge. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at udvalget anser det for særdeles betydningsfuldt, at der skabes valgfrihed for den kvinde, der ønsker at søge vejledning hos en alment praktiserende læge, til at søge sin sædvanlige læge eller en fremmed læge, enten dette er begrundet i ønsket om anonymitet eller i, at den pågældende ønsker at konsultere en bestemt læge om dette spørgsmål. Udvalgets undersøgelser tyder ganske vist ikke på, at en særlig stor del af de kvinder, der søger individuel vejledning, ønsker at rette henvendelse til en fremmed læge, jfr. side 29, men efter udvalgets opfattelse bør der åbnes mulighed for frit lægevalg for alle på dette område. Om dette spørgsmål kan løses inden for den bestående sygekasseordning, savner udvalget forudsætninger for at kunne udtale sig. Dernæst omfatter sygekasseordningen ikke alle. For dem, der er medlemmer af en sygeforsikringsforening eller fortsættelseskasse, kunne spørgsmålet nok løses ved forhandling eller pålæg til de pågældende foreninger om at yde

tilskud til seksualvejledning hos læge eller på klinik på samme måde som til lægebehandling. Større vanskeligheder vil det nok volde at få inddraget personer, der hverken står i sygekasse eller sygeforsikring, og dette er så meget mere uheldigt, som disse personer ofte i særlig grad vil have behov for den vejledning, som udvalget foreslår.

En anden mulighed var at oprette en tilskudsordning i lighed med de ordninger, der kendes fra svangerskabshygiejneoven eller fra loven om lægeundersøgelse af børn. Dette ville løse de foran nævnte vanskeligheder ved en sygekasseordning, men til gengæld medføre en betydelig administration.

Udvalget har ikke ment at burde tage stilling til, hvorvidt den ene fremgangsmåde bør foretrækkes frem for den anden, eller om problemet eventuelt kan løses på en helt anden måde. Dette spørgsmål er af mere teknisk art, og udvalget har ikke den fornødne sagkundskab på dette område. Hertil kommer, at spørgsmålet om, på hvilken måde det offentlige skal betale for ydelser inden for sundhedsvæsenets område, for tiden er genstand for overvejelser.

c. De svangerskabsforebyggende midler

Det følger ikke af det foranstående, at også de ordnede svangerskabsforebyggende midler skal være gratis. Dette spørgsmål har været genstand for meget indgående drøftelser i udvalget.

Der har været enighed om, at udgiften til svangerskabsforebyggende midler kan være belastende for en i forvejen stram økonomi, ligesom personer, der er helt uden fast indtægt, navnlig unge under uddannelse, ofte vil have svært ved at klare denne udgift. Det ville derfor være ønskeligt, om antikonceptionelle midler i sådanne tilfælde kunne udleveres gratis. Da dårlig økonomi kan foreligge, selv om forsørgeren har en fast indtægt, kan behovet for gratis udlevering være til stede også i tilfælde, hvor der ikke foreligger trang i forsorgslovens forstand. Der har derfor været enighed i udvalget om, at man allerede af den grund ikke vil kunne nå et tilfredsstillende resultat ved at lade en ordning administrere gennem de sociale udvalg.

Udvalget har overvejet den mulighed at overlade til den konsulterede læge, hvad enten denne er privat praktiserende eller ansat ved en klinik, efter et skøn over patient-

tens økonomiske forhold at bestemme, om de ordinerede midler skal udleveres vederlagsfrit. Udvalget havde herved tænkt sig, at lægen, som i de fleste tilfælde vil have et vist kendskab til patientens forhold, skulle være ret frit stillet i sit skøn. Den almindelige danske Lægeforenings repræsentant i udvalget har bestemt modsat sig en sådan ordning, idet han har fremhævet, at det kan bringe lægen i et vanskeligt forhold over for sine patienter, såfremt han udover at foretage ordination efter rent lægelige synspunkter tillige skal tage stilling til, om midlet skal udleveres vederlagsfrit. Bortset fra et enkelt medlem, Vagn Christensen, som har afgivet en særudtalelse, der gengives nedenfor, har udvalget herefter ment at måtte opgive denne løsning.

Da man således ikke har kunnet finde nogen mulighed for at gøre svangerskabsforebyggende midler vederlagsfrie ud fra en bedømmelse af de pågældendes trang, har man overvejet, om svangerskabsforebyggende midler altid burde udleveres vederlagsfrit. En sådan løsning vil selvfølgelig løse problemet med hensyn til de økonomisk vanskeligt stillede personer, og der kan også anføres andet til støtte for den. Der vil imidlertid være forbundet betydelige vanskeligheder hermed. Da kondomer anvendes i meget vidt omfang, måtte også kondomer gøres vederlagsfrie. Det er imidlertid ikke meget sandsynligt, at folk i almindelighed vil have det besvær at henvende sig til en læge for at få en rekvisition på kondomer, ligesom det ville være uheldigt at tilskynde folk til at søge læge alene i den anledning. Såfremt svangerskabsforebyggende midler generelt gøres vederlagsfrie, kunne der derfor antagelig ikke stilles krav om lægeordination som betingelse for vederlagsfrihed. Dette vil nødvendiggøre en kontrol fra det offentliges side med hensyn til pris og kvalitet, men sådan kontrol finder udvalget under alle omstændigheder ønskelig.

Selv om pris- og kvalitetskontrol iværksættes, vil vederlagsfrie udlevering af svangerskabsforebyggende midler yderligere nødvendiggøre en vanskelig kontrol med afregninger for udleverede midler, en kontrol der ville blive uoverkommelig, såfremt blot de nuværende forhandlingssteder for præventive midler opretholdes. Udleveringen måtte derfor antagelig henlægges til apotekerne. Dette ville imidlertid medføre en betydelig begrænsning i adgangen til let at skaffe sig mid-

lerne, medens udvalget tværtimod mener, at denne adgang bør gøres lettere, jfr. nærmere nedenfor side 38 f.

Under hensyn til de praktiske vanskeligheder og de betydelige udgifter, der vil være forbundet med generelt at gøre svangerskabsforebyggende midler vederlagsfrie, er der enighed i udvalget om ikke at stille forslag herom.

Ni af udvalgets medlemmer (Eva Gredal, Juel Henningsen, Hoffmeyer, Kjems, Villars Lunn, Løgstrup, Else-Merete Ross, Sigsgaard og Vera Skalts) finder, at samfundet bør gøre alt, hvad der står i dets magt for at forebygge, at uønskede svangerskaber opstår, således at man i så stor udstrækning som muligt undgår aborter, eller at barnet får en dårlig start, uheldige opvækstvilkår, eller at barnet er uønsket hele livet.

Når udvalget er gået ind for fri adgang til lægelig vejledning om antikonception for alle, mener disse medlemmer, at man bør tage skridtet videre og også gå ind for fri adgang til de midler, som en læge på en kvindes henvendelse skønner nødvendige og den rigtigst mulige svangerskabsforebyggelse for den enkelte familie eller den enkelte kvinde.

Begrundelsen herfor er først og fremmest den, at samfundet ved almindelig og individuel oplysning og let og gratis adgang til de forebyggende midler så har gjort, hvad der er muligt for at motivere befolkningen til brug af antikonceptionelle midler. Der er ikke tvivl om, at en del unge er ude af stand til at skaffe sig de fornødne midler til den rette prævention, men det drejer sig ikke alene om unge — også en del ældre står uden penge netop på det tidspunkt, hvor midlerne skal anskaffes. Hvor mange det drejer sig om, ved ingen, men økonomiske grunde bør aldrig være en hindring eller undskyldning for ikke at forebygge den uønskede graviditet med alle dens alvorlige følger.

Disse medlemmer foreslår derfor, at alle svangerskabsforebyggende midler, som ordineres af en læge efter en kvindes henvendelse til ham om prævention, gøres vederlagsfrie. Den administrative ordning af betalingsspørgsmålet må løses i forbindelse med ordningen af de vederlagsfrie konsultationer.

Ni af udvalgets medlemmer (Formanden, Bangert, Agnete Bræstrup, Engberg-Pedersen, K. O. Christensen, Holm, Iversen, Munk og

Riishøj¹⁾), der er enige i, at samfundet bør gøre, hvad der er muligt for at forebygge uønskede svangerskaber, finder, at det nævnte forslag i vidt omfang rammes af de samme indvendinger, som er anført imod generelt at gøre svangerskabsforebyggende midler vederlagsfri. Disse medlemmer finder, at de, for hvem det virkelig vil være en økonomisk belastning at betale for svangerskabsforebyggende midler, er en ret lille gruppe, og at det derfor ikke synes rimeligt alene af hensyn til denne gruppe at gå så vidt. Disse medlemmer lægger i øvrigt vægt på, at det ikke kan oplyses, i hvilket omfang rent økonomiske forhold i almindelighed er afgørende for anvendelse af antikonception, og at det i hvert fald ikke er godtgjort, at spørgsmålet om betaling for de anvendte midler har nogen betydning for motivationen til at anvende dem. Endvidere kan vederlagsfrihed tænkes at virke modsat, fordi bevidstheden om, at præventive midler kan fås vederlagsfrit ved henvendelse til lægen, vil kunne afholde folk fra at købe midlerne, selv om de endnu ikke har fået gjort alvor af at opsøge lægen. Hertil kommer, at det nævnte forslag alene tager sigte på de midler, som ordineres på kvindens begæring, hvorved ansvaret for anvendelsen af antikonception faktisk helt bliver lagt på den kvindelige part, medens den mandlige part, som kan have en selvstændig interesse i, at graviditet undgås, vil være henvist til at stole på kvinden. Da ansvaret for graviditetsforebyggelse principielt bør påhvile begge parter, vil dette næppe være ønskeligt. Under hensyn hertil og til, at forslaget om at gøre de lægeordnede midler vederlagsfri også omfatter pessarcreme og tabletter og derfor vil medføre ikke ubetydelige udgifter, uden at det kan siges, hvor store fordele der opnås, kan disse medlemmer ikke tilslutte sig et sådant forslag.

De nævnte indvendinger gør sig ikke gældende med hensyn til den intrauterine prævention, hvortil midlerne normalt leveres til lægen og altid oplægges af denne. Udgiften kan derfor medtages på lægens regning for konsultationen. Det er samtidig for udvalget oplyst, at en del af de økonomisk vanskeligt stilltids også ofte vil have vanskeligt ved selv at administrere deres antikonception, og at man derfor i disse tilfælde vil ordinere intrauterin prævention. Gøres denne form for antikonception vederlagsfri, vil man opnå, at an-

tikonception i kraft af lægens ordination, der kan foretages uden skøn over økonomisk trang, bliver vederlagsfri for en ikke uvæsentlig del af vanskeligt stillede.

Disse medlemmer foreslår derfor, at alene intrauterin prævention gøres vederlagsfri, således at betalingen for det anvendte middel medtages på lægens regning og godtgøres denne sammen med betaling for konsultationen.

Vagn Christensen har afgivet følgende særdtalelse :

»Formålet med seksualoplysning såvel generelt som individuelt må være dels at undgå uønskede graviditeter, dels at skabe de bedst mulige betingelser for gennemførelse af uønskede graviditeter, også med hensyn til børnenes opvækstvilkår.

Spørgsmålet om ydelse af svangerskabsforebyggende midler gratis for hele befolkningen eller for store dele deraf, må derfor prioriteres i relation til samfundets samlede omsorg. Det må her erkendes, at der på en række områder er væsentlige mangler. Man kan f. eks. pege på, at mødrehjælpsinstitutionerne formentlig med rimelighed burde anvende 3-4 gange de nuværende bevillinger til hjælpearbejde for vanskeligt stillede mødre, og at børneforsorgen herunder udbygningen af børneinstitutioner ligeledes har meget væsentlige mangler. På denne baggrund forekommer det ikke rimeligt at investere betydelige offentlige midler i ydelse af svangerskabsforebyggende midler, så meget mere som udvalgets undersøgelser ikke har vist, at økonomiske hensyn hyppigt har været afgørende for manglende anvendelse af antikonception.

Det må imidlertid erkendes, at det for visse ret små grupper kan være ønskeligt, at der er mulighed for individuelt at yde økonomisk hjælp til gennemførelse af ønskelig svangerskabsforebyggelse. Det drejer sig især om en gruppe vanskeligt stillede familier, hvor dårlige ydre forhold og udslidthed hos mødrene gør graviditet særlig uønskelig både af hensyn til familien og af hensyn til, at et eventuelt barn under disse omstændigheder vil have stor risiko for fejludvikling legemligt eller sjæleligt. Efter erfaringer fra mødrehjælpsinstitutionerne og sundhedsplejerskearbejdet drejer det sig skønsmæssigt om 2-3 måske 5 procent af samtlige graviditeter. Herudover

¹⁾To medlemmer (Ebba Lund og Stouenborg) mente ikke at burde tage stilling til spørgsmålet.

kan der være enkelte andre grupper. Man kan f. eks. nævne helt unge, der er opvokset under vanskelige opvækstforhold, og som har påbegyndt tidlig seksuel aktivitet. Ifølge udvalgets undersøgelser har denne gruppe særlig stor risiko for uønsket graviditet, samtidigt med at de har særligt dårlige muligheder for at skabe rimelige opvækstvilkår for barnet.

Alt i alt drejer det sig om forholdsvis begrænsede grupper, der ofte er eller hensigtsmæssigt burde være i kontakt med en eller anden form for social, medicinsk eller pædagogisk støtte. Det vil således næppe volde større problemer at finde klientellet, ligesom afgrænsning af betingelser for økonomisk hjælp næppe kan være vanskeligere på dette område end ved andre ydelser indenfor mødrehjælp, familievejledning, revalidering eller lignende, hvor der ydes en social-medicinsk omsorg for det enkelte individ.

Der sker i disse år en stærk udvikling i samfundets social-medicinske omsorg for det enkelte individ, også med henblik på mere alsidig behandling og samarbejde mellem de enkelte behandlingsformer. I dette behandlingsarbejde vil spørgsmål om antikonception i mange tilfælde være af stor betydning. Det er vigtigt, at personalet, socialrådgivere, familievejledere, sundhedsplejersker, læger og andre tager spørgsmålet op, selv om det kan være en meget arbejdskrævende opgave, og det vil formentlig være nødvendigt, at der også på dette område skabes økonomiske hjælpemuligheder.

Man skal derfor foreslå vedkommende administrative myndighed, at der søges skabt hjemmel til, at der kan ydes økonomisk hjælp til svangerskabsforebyggende midler efter de social-medicinske retningslinier, der foran er skitseret.«

5. *Kontrol med salg af præventive midler*

Ifølge svangerskabsloven af 23. juni 1956 § 11 må genstande eller stoffer, der er tjenlige til at forebygge svangerskab, kun forhandles, såfremt de er godkendt af justitsministeren efter forhandling med sundhedsstyrelsen. Justitsministeren kan om fornødent efter forhandling med handelsministeren fastsætte priserne og kan fastsætte de til gennemførelsen af en effektiv begrænsning af og kontrol med priserne fornødne bestemmelser om vilkårene for adgangen til at omsætte de nævnte

genstande eller stoffer. De omhandlede genstande og stoffer må kun forhandles fra apoteker eller fra udsalgssteder, der er godkendt af embedslægen efter forhandling med politiet. Bestemmelser om kontrol med priser er ikke indført, ligesom der efter det for udvalget oplyste ikke finder en systematisk kontrol af alle svangerskabsforebyggende midler sted.

Udvalget har drøftet, om det bør fremkomme med forslag om kontrol med præventive midlers kvalitet og pris.

Om en del af de præventive midler gælder det, at man ved bedømmelsen af deres kvalitet som en væsentlig ting må tage stilling til, om de kan have skadelig virkning for brugeren. Det gælder først og fremmest de orale antikonceptionelle midler, men også cremer til pessarer, kemisk præparerede kondomer og intrauterine svangerskabsforebyggende midler. For disse midlers vedkommende opstår derfor det spørgsmål, om de bør være omfattet af lovgivningen om lægemidler. Dette spørgsmål ser udvalget sig ikke i stand til at tage stilling til, men finder, at det bør behandles i det af indenrigsministeriet den 8. februar 1969 nedsatte udvalg, der har fået til opgave at udarbejde forslag til fastlæggelse af, hvilke varegrupper der helt eller delvis bør være omfattet af denne lovgivning. I det omfang en sådan henførelse sker, vil spørgsmålet om kontrol med kvalitet og priser blive løst indenfor rammerne af apotekerlovgivningen.

Udvalget anser det for betydningsfuldt, at de præventive midler, der tilbydes befolkningen, har en tilfredsstillende kvalitet og forhandles til en rimelig pris, men finder ikke grundlag for at arbejde videre med spørgsmålet, da det er uklart, i hvilket omfang de svangerskabsforebyggende midler vil blive inddraget under apotekerlovgivningen. Man skal derfor henstille, at det førnævnte apotekerlovudvalg opfordres til at medtage spørgsmålet i sin helhed i sine overvejelser.

Udvalget har endvidere på foranledning af en høring fra justitsministeriet om salg af kondomer fra udendørs automater drøftet spørgsmålet om godkendelse af udsalgssteder. Udvalget finder, at der bør være den letteste mulige adgang til at købe svangerskabsforebyggende midler. Man mener derfor, at det bestående system med godkendelse af udsalgssteder kun bør opretholdes i det omfang, hvori dette er nødvendigt for at sikre varens

kvalitet. Da der består en nærliggende fare for kvalitetsforringelse, hvor kondomer henligger i en automat udsat for påvirkning af lys og varme, må kravet om godkendelse opretholdes, for så vidt angår salg fra udendørs automater. En tilsvarende risiko for kvalitetsforringelse synes ikke at bestå ved indendørs salg, og udvalget finder derfor ikke, at der er tilstrækkeligt grundlag for at opretholde kravet om godkendelse her. Under alle omstændigheder finder man, at godkendelse ikke bør begrænses til bestemte former for udsalgssteder, men at det bør være muligt også for supermarkeder og købmandsforretninger og lignende forretninger, hvor folk alligevel kommer, at forhandle kondomer. Udvalget har givet udtryk for disse synspunkter i en skrivelse til indenrigsministeriet, jfr. bilag 2.

E. Grønland

1. Nuværende vejlednings organisation

Sundhedsvæsenet i Grønland er organiseret som en statsdrevet institution, hvis ydelser stilles vederlagsfrit til rådighed for den fastboende befolkning. I hvert af de 17 lægedistrikter, hvori Grønland er inddelt, findes et sygehus, hvortil der er knyttet en eller flere læger samt andet medicinalpersonale (jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker samt særligt uddannet grønlandsk personale). Lægerne fungerer både som sygehuslæger, »praktiserende« læger samt embedslæger. Lægerne er forpligtet til at aflægge besøg i bygderne i distriktet, ligesom de kan tilkaldes til bygderne. Lægerne, der lønnes af staten, skal udføre dels sygdomsbehandling, dels profylaktisk arbejde.

Under det profylaktiske arbejde henregnes også undersøgelser af gravide og vejledning om svangerskabsforebyggende midler i overensstemmelse med svangerskabshygiejneloven, d.v.s., at der skal tilbydes sådan vejledning ved undersøgelse efter afslutning af svangerskabet.

Det i distriktet arbejdende øvrige medicinalpersonale tilråder og henviser patienter til at opsøge lægen, såfremt man bliver opmærksom på, at en patient har behov for vejledning. Særligt velegnede til at tilskynde patienter til at opsøge lægerne er de grønlandsktalende jordemødre, hvoraf tre under ophold her i landet har modtaget instruktion gennem

familieplanlægningsforeningen. Det er tanken, at de øvrige jordemødre, efterhånden som de kommer hertil, skal modtage instruktion i, hvorledes de bedst kan motivere befolkningen for familieplanlægning.

Da lægerne lønnes af staten, er konsultationerne gratis, også når disse drejer sig om vejledning i brugen af svangerskabsforebyggende midler. Midlerne skal patienterne principielt selv betale, men man må gå ud fra, at lægerne undlader at opkræve betaling, hvis kvinden ikke ser sig i stand til at betale, således at betalingen ikke optræder som en hindring for anvendelse af disse midler. Der opkræves betaling for orale antikonceptionsmidler, idet disse i det øvrige Danmark ikke opfattes som medicin.

På grund af det store antal fødsler uden for ægteskab er lægerne i Grønland indstillet på at give vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende midler, og denne gives i alle tilfælde, hvor den ønskes.

Der gives vejledning i anvendelse af pessar, ligesom der, i det omfang det ønskes og er tilrådeligt, oplægges spiral. Et af landslægen til distriktslægerne udsendt cirkulære om disse forhold har med hensyn til anvendelsen af intrauterin prævention anført, at metoden kun må anvendes af læger, som er instrueret i metodikken og er nøje kendt med indikationsområdet og kontraindikationer. Samtlige læger, der ansættes til tjeneste i Grønland, modtager instruktion på mødrehjælpens klinik i København.

Med hensyn til oral antikonception er det anført, at der i almindelighed skal vises en vis tilbageholdenhed i rådgivningen med hensyn til anvendelsen af disse midler, idet sådanne præparater sædvanligvis kun bør foreslås anvendt af kvinder, som med rimelig sikkerhed kan formodes at ville indtage præparaterne i overensstemmelse med de regler, der gælder for indtagelse af sådanne.

Der findes ikke seksualrådgivningsklinikker i Grønland. Mødrehjælpen har oprettet en institution i Godthåb, men der findes ikke i tilknytning til denne en vejledningsklinik.

2. Behovet for individuel vejledning

Som nævnt i betænkning I, side 129, fødes 30 pct. af alle børn i Grønland uden for ægteskab mod nærværd 10 pct. i Danmark. Godt en femtedel af de piger mellem 15 og 19 år, der

var omfattet af den undersøgelse, læge Gunnar Ågård Olsen i 1966 foretog langs Grønlands vestkyst, jfr. betænkning I, side 129 f, havde født et eller flere børn, og godt 6 pct. eller hver 15. var gravid på undersøgelsestidspunktet.

Årsagen til det store antal fødsler uden for ægteskab til trods for den ret intensive kampagne, der føres for at udbrede kendskabet til antikonception, må formentlig søges i, dels at der ikke i Grønland er tradition for antikonception, dels at de svangerskabsforebyggende midler, som hidtil har kunnet tilbydes, vanskeligt kunne administreres af kvinderne. Spiralen er således først kommet i brug i foråret 1968, idet sundhedsstyrelsen, forinden man gav sin tilslutning til generelt at tilbyde denne, ønskede en undersøgelse foretaget med henblik på at konstatere, hvorvidt man kunne anvende spiral i et miljø med høj gonorrhéfrekvens.

Der er således i høj grad behov for en individuel vejledning i Grønland, ligesom der er behov for en udstrakt oplysningskampagne specielt tilrettelagt med henblik på at motivere befolkningen for at bruge svangerskabsforebyggende midler.

3. *Udvalgets synspunkter*

Den individuelle vejledning i Grønland må efter seksualoplysningsudvalgets opfattelse principielt tilrettelægges som i det øvrige land. Det gælder såvel med hensyn til vejledningens indhold som med hensyn til den personkreds, der skal yde vejledningen.

Hvem, der skal yde vejledningen, giver sig selv på grund af sundhedsvæsenets organisation. Da lægen fungerer både som sygehuslæge og som praktiserende læge, må den stedlige læges konsultation på sygehuset blive det centrale led i den individuelle vejledning i Grønland. Udvalget mener ikke at burde foreslå vejledningsklinikker oprettet derudover, men skal dog henstille, at man har opmærksomheden henledt på, at der meget vel kan opstå et behov for seksualvejledningsklinikker i de større bysamfund i Grønland, når disse i løbet af nogle år antager omfang som egentlige byer.

Udvalget har med tilfredshed konstateret, at vejledning allerede i dag er vederlagsfri i Grønland, og at man har ordnet problemet vedrørende midlernes betaling ved, at den pågældende læge efter et skøn undlader at opkræve denne betaling.

KAPITEL IV

Uddannelse og forskning

A. Uddannelse af læger

Som det fremgår af kapitel III, er det udvalgets opfattelse, at den individuelle vejledning som hidtil må påhvile lægerne, og at de alment praktiserende læger må indtage en central plads på dette område.

For at få belyst, om lægernes uddannelse er tilfredsstillende i relation til de opgaver, de vil blive stillet over for i denne forbindelse, rettede seksualoplysningsudvalget i juli måned 1968 følgende forespørgsel til universiteterne i København, Århus og Odense:

»I hvilket omfang, respektive på hvilket tidspunkt i studiet tilbydes der de lægevidenskabeligt studerende undervisning i

1. vejledning i antikonception,
2. seksuologi, herunder specielt seksuelle forstyrrelser og afvigelser, såsom frigiditet, impotens og seksuelle perversioner,
3. familierådgivning.«

Man bad endvidere oplyst, hvorvidt en undervisning i de ovennævnte emnekredse er tænkt indpasset i den kommende obligatoriske videreuddannelse af alment praktiserende læger.

Til belysning af behovet for eventuelt at inddrage disse emner i efteruddannelseskurser anmodede man endelig universiteterne i København og Århus om også at besvare disse spørgsmål hvad angår den medicinske studieplan i henhold til kongelig anordning af 26. august 1954.

Samtidig anmodede man »Den almindelige danske Lægeforening« om at oplyse, i hvilket omfang der arrangeres efteruddannelseskurser - såvel centraliserede som decentraliserede — for de alment praktiserende læger, hvori de nævnte emnekredse indgår, jfr. bilag 12-14.

Det fremgår af de tre universiteters svar, jfr. bilag 15-17, at den undervisning, der gives i disse emner, samt tidspunktet for undervisningen varierer en del fra universitet til universitet, ligesom det anføres, at i hvert fald undervisningen efter studieordningen af 1954 må anses for utilfredsstillende.

Den almindelige danske Lægeforening har i sit svar til udvalget, jfr. bilag 18, meddelt, at der såvel i den centraliserede som den decentraliserede kursusvirksomhed har været arrangeret foredrag om seksuologiske emner. Det fremhæves specielt, at de nye antikonceptionelle metoder har været emne for talrige foredrag landet over. Det oplyses ligeledes, at man overvejer at arrangere et firedages kursus udelukkende i seksuologi.

Efter at udvalget havde modtaget disse svar, anmodede man et arbejdsudvalg bestående af samtlige læger blandt udvalgets medlemmer om at gennemgå svarene og som særligt sagkyndige stille forslag om, hvorledes såvel lægernes grunduddannelse som de praktiserende lægers videreuddannelse og efteruddannelse på dette område bør tilrettelægges for at sikre, at de praktiserende læger bliver i stand til at yde vejledning i det af udvalget foreslåede omfang.

På denne baggrund har arbejdsudvalget foreslået følgende ordning, hvortil udvalget som helhed skal henvise:

1. Grunduddannelsen

Arbejdsudvalget må på grundlag af universiteternes skrivelser skønne, at seksualundervisningen ved universiteterne i dag er mindre tilfredsstillende.

Den seksualundervisning, de medicinske studerende efter arbejdsudvalgets opfattelse bør have for at kunne give individuel seksual-

vejledning på fyldestgørende måde, kan naturligt deles op i en gynækologisk-biologisk og en psykiatrisk-social del. Arbejdsudvalget finder det ønskeligt, at de medicinske studerende undervises i emnet gennem hele studietiden, således at de forskellige aspekter inden for området tages op i de fag, hvor de naturligt hører hjemme.

Man finder det ønskeligt, at de studerende allerede under 1. dels studiet i undervisningen i medicinsk psykologi og i genetik samt i fysiologiundervisningen får den første indførelse i såvel den biologiske som den psykologisk-sociale side af emnet. I fysiologi finder man det således naturligt, at der undervises i den normale seksuelle udvikling hos individet samt i reproduktionsfysiologi.

Under studiet til 2. del må tyngden i undervisningen om disse emner naturligt ligge i fagene gynækologi-obstetrik vedrørende den biologiske side af emnet og psykiatri og socialmedicin vedrørende den psykiatrisk-sociale del.

Med hensyn til den biologiske side af emnet vil det være rimeligt, at denne foruden at blive behandlet i tilslutning til gynækologi og obstetrik også knyttes til de enkelte specialfag. For eksempel vil en del af den endokrinologiske seksuologi naturligt blive behandlet under den interne medicin og andrologi i forbindelse med endokrinologi eller kirurgi.

Den psykiatriske side af emnet vil gennem den forelæsningsrække i seksuologi, der efter den nye studieordning er henlagt til 7. semester, være tilgodeset på langt bedre måde, end tilfældet var under studieordningen af 1954. Dertil kommer, at kurserne i neuroselære og neurosebehandling naturligt vil omfatte seksualneuroser. Spørgsmålet om seksualkriminalitet vil blive behandlet under retspsykiatri. Det vil endvidere være af stor værdi, såfremt der ved undervisning i børne- og ungdomspsykiatri gives de medicinske studerende undervisning i familierådgivning — her forstået som en psykologisk-psykiatrisk orienteret behandling af en hel familie. Udvalget skal herudover udtrykke ønske om, at de studerende under det 1-måned lange kliniske kursus i psykiatri præsenteres for casus med seksuologisk indhold.

Seksuologi bør efter udvalgets opfattelse endvidere behandles i faget socialmedicin ud fra sociologisk-demografiske og epidemiologiske synspunkter. Man skal her pege på de på

udvalgets initiativ foretagne undersøgelser, f. eks. sessionsundersøgelsen og soldaterenqueten samt mødre- og abortundersøgelserne.

Også mere praktiske aspekter, såsom hvilke sociale foranstaltninger og institutioner der står til rådighed for de rådsøgende, bør indgå i undervisningen.

Sluttelig skal nævnes, at lovgivningen vedrørende dette område bør gennemgås (i fagene retsmedicin eller socialmedicin), det gælder såvel de forskellige bestemmelser herom i straffeloven som lovene om sterilisation m.v. samt abortlovgivningen.

2. Uddannelsen efter afsluttet embedseksamen

Videreuddannelse til praksis

Denne uddannelse er ikke endeligt fastlagt, men efter de foreliggende oplysninger skal i den kliniske del af denne form for videreuddannelse indgå bl.a. 3 måneders obligatorisk ansættelse på en gynækologisk afdeling og 3 måneder på en psykiatrisk institution, fortrinsvis på en institution med ambulans konsultation. Det må forventes, at kandidaterne under denne ansættelse får et nøje kendskab til samtlige antikonceptionsmetoder, og at de såvidt muligt bliver orienteret om seksuelle funktionsforstyrrelser.

I den teoretiske kursusprægede del af de praktiserende lægers videreuddannelse finder udvalget det ønskeligt, at der lægges vægt på de sociologiske og socialpolitiske aspekter af emnet (familie og miljø).

Videreuddannelse til speciallæge

Det er efter arbejdsudvalgets opfattelse af den allerstørste betydning, at undervisning i seksuologiske emner bliver centralt placeret i den systematiske uddannelse af *speciallæger i psykiatri*. Speciallægerne skal for det første være i stand til at yde vejledning til de patienter, der henvises til dem med mere komplicerede seksuelle problemer. Det er dernæst ønskeligt og formentlig sandsynligt, at udviklingen vil medføre, at disse speciallæger skal varetage undervisning og vejledning af praktiserende læger og andre faggrupper. I en længere årrække vil dette være en vigtig opgave, såfremt seksualoplysningsudvalgets forslag om individuel vejledning skal komme til at virke i praksis.

Arbejdsudvalget vil derfor anse det for ønskeligt, at et af delkurserne i den psykiatriske

speciallægeuddannelse udelukkende kommer til at beskæftige sig med seksuologiske emner.

Tilsvarende synspunkter kan anlægges på videreuddannelsen af *speciallæger* i *gynækologi* og *obstetrik*.

3. Efteruddannelsen

Den almindelige danske Lægeforening organiserer gennem sin efteruddannelseskomite 2 former for efteruddannelseskurser, dels decentraliserede kurser over hele landet, dels centraliserede kurser af flere dages varighed i København og Århus. Disse kurser er tilrettelagt med henblik på de alment praktiserende læger. Arbejdsudvalget henstiller, at seksuologiske emner i vid forstand og ikke alene vejledning i antikonception behandles på disse kurser.

Man skal endvidere pege på, at der på de eksisterende efteruddannelseskurser for speciallæger - såvel gynækologer som psykiatere - bør optages lignende emner.

B. Uddannelse af andre

a. For en del erhvervsgrupper gælder det, at viden om og forståelse af seksuelle problemer kan være af betydning for dem i deres gerning, ikke fordi de skal give nogen form for undervisning i emnet eller yde vejledning, men fordi de kan komme ud for menneskelige problemer, der mere eller mindre kan have deres baggrund i seksuelle vanskeligheder. Det kan således gælde juristen, der skal vejlede parterne i en separations- eller skilsmissegang, teologen, der som sjælesørger skal rådgive om sjælelige problemer og mægle i ægteskabssager og socialrådgiveren, der skal søge at bistå familier med deres vanskeligheder. Også journalister kan komme ud for at skulle behandle emner, hvor viden om seksuelle forhold kan være af betydning.

Den baggrundsviden, disse grupper kan have brug for, må være ret dybtgående. Den kan ikke indskrænke sig til en anatomisk-fysiologisk viden, men må måske nok så meget strække sig ind over de psykologiske og almenmenneskelige aspekter, der er knyttet til det seksuologiske.

Men hertil kommer, at de seksuelle problemer, der kan være af betydning for en sådan virksomhed, kun er et enkelt af en flæthed af problemer, som kan danne baggrund for de konflikter, disse mennesker bliver konfronteret med.

Psykologiske, psykiatriske og sociale problemer kan lige så vel uafhængigt af det seksuelle føre til den slags konflikter. En uddannelse alene om seksuelle spørgsmål ville derfor være ufuldstændig og give de pågældende et skævt billede af problemkomplekserne.

Da det ikke drejer sig om en personkreds, der direkte skal beskæftige sig med løsningen af de opgaver, udvalget i øvrigt behandler, og da det ligger udenfor udvalgets muligheder og udenfor dets naturlige opgave at komme med et samlet forslag til løsning af spørgsmålet, har man ikke ment at burde gå nærmere ind på disse problemer.

Udvalget anser det dog for ønskværdigt, at alle disse grupper får lejlighed til at skaffe sig et vist kendskab til disse emner. Det behøver efter udvalgets opfattelse ikke nødvendigvis at medføre, at grunduddannelsen for disse grupper skal ændres, der bør blot eventuelt i form af efteruddannelseskurser gives de pågældende adgang til at indhente denne viden.

b. For flere af de persongrupper, der har med børn og unge at gøre, f. eks. børnehaver- og fritidshjems lærere samt børneforsorgspædagoger, gælder, at de skal kunne besvare spørgsmål, selv om de ikke skal formidle en systematisk undervisning. De spørgsmål, der skal besvares, vil som oftest være ukomplicerede og derfor først og fremmest kræve pædagogisk viden. Det vigtigste er, at spørgsmålene besvares, og at det sker på en afslappet og naturlig måde. Undervisningsplanerne for disse erhvervsgrupper omfatter fag som pædagogik, psykologi, sundheds- og sygdomslære samt for fritids- og børneforsorgspædagoger, der til forskel fra børnehavelærerne fortrinsvis skal beskæftige sig med børn over den skolepligtige alder, endvidere etik. I flere af disse fag vil det være naturligt at inddrage seksuelle spørgsmål, og det gøres da også rent faktisk mange steder i dag.

På denne baggrund har udvalget ikke anset det for påkrævet at stille forslag om en nærmere fastlagt seksualundervisning for disse grupper. Man vil dog understrege, at i hvert fald de personalegrupper, der beskæftiger sig med børn over den skolepligtige alder, bør orienteres om, hvorledes seksualundervisningen i folkeskolen tilrettelægges, og hvilke emner der tænkes gennemgået på de forskellige alderstrin.

c. Endelig har udvalget gjort sig overvejel-

ser med hensyn til uddannelsen af visse personalegrupper inden for socialforsorgen og sundhedsvæsenet, f. eks. familievejledere, sundheds- og sygeplejersker samt jordemødre.

Fælles for disse grupper er det, at de som hovedregel ikke skal give seksualundervisning eller egentlig individuel vejledning i seksuelle spørgsmål. Det gælder imidlertid for samtlige disse gruppers vedkommende, at de kommer i kontakt med et meget stort antal kvinder, som det ofte vil falde naturligt at drøfte disse emner med. Det må navnlig tillægges vægt, at familievejledere og sundhedsplejersker i betydelig udstrækning kommer i forbindelse med et vanskeligt stillet klientel, hvor antikonception ofte er af særlig stor betydning både ud fra sociale og sundhedsmæssige synspunkter, men hvor patienterne ofte har vanskeligt ved en konsekvent gennemførelse af præventionen.

Sundhedsplejerskerne får i faget »syge- og sundhedspleje« gennemgået svangerskab og fødsel, og herunder gennemgås de forskellige antikonceptionelle midler. Senere i uddannelsen arrangeres gruppearbejde med emnet »hvor og hvordan kan denne viden anvendes«. Udvalget anser det for at være af stor betydning, at sundhedsplejerskerne således får en grundig uddannelse inden for emnet, idet de allerede i stor udstrækning beskæftiges som skolesundhedsplejersker og i denne egenskab ofte deltager i skolernes seksualundervisning. Hertil kommer, at sundhedsplejerskerne ved deres besøg i hjemmene umiddelbart efter en overstået fødsel har særlige muligheder for at drøfte dette emne med et stort antal kvinder og motivere disse til at søge vejledning om antikonception hos en læge, eller, hvis dette allerede er sket, omhyggeligt at anvende det svangerskabsforebyggende middel, den pågældende har fået ordineret. Endelig tilstræber man nu i højere og højere grad at anvende sundhedsplejersker som familiesundhedsplejersker i stedet for alene som spædbørnssundhedsplejersker, hvilket vil gøre sundhedsplejerskens rolle som rådgiver også med hensyn til seksuelle spørgsmål endnu mere central.

Uddannelsen af familievejledere er under opbygning, og man skal fra udvalgets side henstille, at der gives dem en uddannelse på dette område, der sætter dem i stand til at orientere de familier, de kommer i forbindelse med, om mulighederne for vejledning og at

tilskynde dem til at anvende antikonception hensigtsmæssigt, hvor et svangerskab er uønsket.

På samtlige sygeplejerskoler afsættes et antal timer til seksualundervisning, men såvel timetallet som undervisningens indhold kan variere en del fra skole til skole, idet der ikke i den gældende generelle undervisningsplan for sygeplejerskeuddannelsen er optaget bestemmelser herom. Det er efter seksualoplysningsudvalgets opfattelse vigtigt, at samtlige sygeplejersker får en alsidig og grundig uddannelse på dette område. Uddannelsen bør tilrettelægges specielt med henblik på at sætte dem i stand til at drøfte problemerne med de kvinder, de kommer i kontakt med, og motivere disse for familieplanlægning.

Endelig er det vedrørende jordemødrene oplyst, at de i det første uddannelsesår får en systematisk gennemgang af samtlige antikonceptionelle midler. Derudover har man ret nylig på et senere trin i undervisningen indført emnet familieplanlægning. De kommende jordemødre undervises herunder bl.a. i, hvor vigtigt det er at tilskynde kvinderne til at søge lægelig vejledning om svangerskabsforebyggende midler og til at anvende de ordnede midler, når graviditet er uønsket.

Udvalget ser med tilfredshed på denne udvikling, idet specielt emnet familieplanlægning i vid udstrækning dækker det område, der efter udvalgets opfattelse er det centrale for disse personalegruppers vedkommende.

d. I Grønland findes forskellige uddannelser, som til en vis grad svarer til de under c. nævnte. F. eks. uddannes personale til sygehusene »sundhedsmedhjælper«. Denne uddannelse omfatter sygepleje, sundhedspleje og fødselshjælp. Endvidere findes forskellige uddannelser inden for den sociale sektor, f. eks. socialmedhjælper. Dette personale er grønlandsk og kommer i sit arbejde i forbindelse med mange forskellige persongrupper, specielt socialt dårligt stillede familier.

Udvalget lægger vægt på, at disse medhjælperer får en uddannelse med henblik på at vejlede og motivere til anvendelse af antikonception.

C. Forskning

Svangerskabskommissionen af 1950 foreslog i sin betænkning (nr. 96/1954), at der i tilknytning til de to universiteter blev opret-

tet: to forskningsklinikker, hvor der kunne iværksættes en effektiv videnskabelig udforskning af seksuelle lidelser og disses behandling samt vedrørende svangerskabsforebyggende midler og disses effektivitet. Derudover skulle de pågældende klinikker efter lægehenvielse behandle patienter med alvorlige seksuelle lidelser, jfr. betænkningens side 48.

Dette forslag blev ikke gennemført. Der er ikke oprettet forskningscentre vedrørende dette emne, og den forskning, der foreligger på området, er spredt og utilstrækkelig.

Nærværende udvalgsarbejde har således kun i meget begrænset omfang kunnet baseres på allerede eksisterende undersøgelser, og det var nødvendigt at pålægge udvalget som baggrund for sine forslag at foretage fornødne undersøgelser navnlig vedrørende ungdomsproblemer, om befolkningens faktiske viden om seksuelle forhold, herunder kendskabet til antikonceptionelle midler, samt om den seksuelle adfærd på forskellige alderstrin, jfr. bilag 1. Dette resulterede i de i betænkning I, side 31 f. nævnte undersøgelser, jfr. bilag 4 til 9 i nærværende betænkning.

Flere af udvalgets undersøgelser har vist, at der er behov for yderligere eller løbende forskning inden for området. Som eksempel herpå kan nævnes, at yderligere forskning vedrørende antikonceptionsmotivation er meget ønskelig, idet det fremgår af f.eks. abortundersøgelsen, bilag 9, at kvinder i meget vidt omfang undlader at benytte antikonception til trods for, at de har kendskab til flere forskellige midler, og at en graviditet er i høj grad uønsket. Forskning inden for dette område vil være særdeles betydningsfuld for tilrettelæggelsen af det almene oplysningsarbejde samt for en fremtidig selektiv propagandavirksomhed.

Nogen udtømmende opregning af, hvilke områder der bør tages op som forskningsopgaver, finder udvalget ikke at kunne foretage, men udover en videreførelse af den løbende forskning vedrørende problemerne om seksuelle funktionsforstyrrelser og seksuelle afvigelser kan eksempelvis nævnes en løbende forskning vedrørende nye antikonceptionelle midler. Problemerne om nedsat fertilitet bør også udforskes nærmere, ligesom der tiltrænges forskning indenfor seksualkriminaliteten.

Foruden forskning bør sådanne forskningscentre - som også foreslået af svangerskabs-

kommissionen - efter lægehenvielse behandle patienter med særligt alvorlige seksuelle lidelser. Det gælder f. eks. lidelser som seksualperversioner, sværere seksualneuroser eller endokrinologiske eller genetisk betingede seksuelle afvigelser. Hertil kommer socialt betingede seksuelle lidelser samt visse steriliseringsformer.

Findes der forskningsinstitutter, kan det forudses, at de praktiserende læger og de ved klinikkerne ansatte læger vil drage nytte deraf, således at der formentlig også vil komme til at udgå direkte undervisningsvirksomhed fra disse institutter.

Af disse grunde anser seksualoplysningsudvalget det for vigtigt, at disse forsknings- og behandlingscentre nu oprettes. Man kan henvises til, at svangerskabsudvalget af 1967 i sin betænkning (nr. 522/1969) side 72 også har peget på behovet for forskning.

Man har i udvalget drøftet, hvorledes sådanne centre i praksis bør indrettes, og er nået til det resultat, at et selvstændigt institut ikke vil være det ideelle. Som det fremgår af de ovenstående eksemplifikationer, vil det være påkrævet, at en række specialister knyttes til centret, f. eks. gynækologer, psykiatere, genetikere og medicinere, hvilket ikke vil være praktisk muligt. Udvalget foreslår derfor, at der oprettes selvstændige ambulatorier knyttet til en bestemt hospitalsafdeling. Om dette skal være en gynækologisk eller psykiatrisk eller en tredje afdeling, mener man ikke at burde tage endelig stilling til, idet dette vil afhænge af forholdene det enkelte sted. For at et sådant ambulatorium kan fungere, må det placeres på et tilstrækkeligt udspecialiseret hospital, typisk et universitetshospital, og det er udvalgets opfattelse, at der bør oprettes et ved hvert universitetshospital.

Da så mange specialiteter er involveret, er det af yderste vigtighed både af hensyn til forskningen og for på tilfredsstillende måde at kunne tage sig af behandlingen af de vanskelige tilfælde, at der etableres et virkeligt effektivt samarbejde med de forskellige afdelinger på hospitalet. Udvalget foreslår derfor, at der i tilslutning til ambulatoriet dannes et råd bestående af repræsentanter for psykiatri, gynækologi, socialmedicin, genetik og medicin (endokrinologi). Dette råd skal tage stilling til de forskellige forskningsprojekter og have ansvaret for, at den forskning, der drives på ambulatoriet bliver tilstrækkelig alsi-

dig. Rådet vil endvidere kunne sikre det samarbejde mellem ambulatoriet og de forskellige afdelinger på hospitalet, som vil være nødvendigt for at gennemføre de fleste forskningsopgaver og en effektiv behandling af de vanskelige tilfælde.

KAPITEL V

Andre spørgsmål

A. Oplysning og propaganda

Udvalget har ment at burde overveje, om der ud over seksualundervisning i folkeskolen og andre skoler er behov for en almindelig oplysningsvirksomhed rettet mod befolkningen i almindelighed eller mod visse grupper af befolkningen. Endvidere har man overvejet, om der er behov for gennem propaganda at tilskynde til at undgå uønskede graviditeter.

Der er i de senere år udøvet en ikke ringe aktivitet på dette område, først og fremmest gennem mødrehjælpen og Foreningen for Familieplanlægning, men også i en vis udstrækning gennem andre private foreninger.

Ved en ændring af mødrehjælpsloven den 23. juni 1956 blev der i selve loven givet hjemmel ikke blot for, at mødrehjælpen kunne give vejledning om svangerskabsforebyggelse til kvinder, der henvendte sig til institutionerne i anledning af svangerskab eller fødsel, men også for at mødrehjælpen kunne påtage sig opgaver af den i svangerskabslovens § 10 omhandlede art (oplysningsarbejde overfor befolkningen om seksualhygiejne). Mødrehjælpen har oplyst, at man i årene derefter har udfoldet en meget betydelig oplysningsvirksomhed i mange forskellige kredse landet over og i radio og fjernsyn.

På grundlag af erfaringerne fra arbejdet med abortsøgende kvinder og andre kvinder i problemfyldt svangerskab har mødrehjælpen søgt gennem offentlige foredrag, foredrag i politiske organisationer, i radio m.v. at skabe almen interesse i befolkningen omkring ungdoms- og familieproblemer, herunder om betydningen af familieplanlægning og svangerskabsforebyggelse. Endvidere er der holdt talrige foredrag i kredse, hvor disse problemer var af særlig aktuell interesse, såsom folkeskolens ældste klasser, ungdomsskoler, ungdoms-

klubber, forældrekrede m.v. Mange af disse har været egentlige seksualoplysende foredrag ved mødrehjælpens læger. Det viste sig imidlertid efterhånden umuligt at imødekomme den stadig stigende efterspørgsel efter disse sidste foredrag. Mødrehjælpen har derfor koncentreret sig om at medvirke ved tilrettelæggelse af undervisning for lærere, ungdomsklubledere og andre, der kunne formidle oplysningen videre, og har eksempelvis medvirket ved udarbejdelse af »Vejledning i seksualundervisning i folkeskolen«, har udarbejdet planer for kurser for seminarieelever, for lærere og for ledere af ungdomsklubber. Der er stadig betydelig efterspørgsel efter direkte foredragsvirksomhed, ikke mindst blandt unge, og interessen er så stor, at man for så vidt angår de lægelige foredrag ikke er i stand til at imødekomme den, men der holdes årligt et meget stort antal foredrag ved mødrehjælpens socialrådgivere. I disse sidstnævnte foredrag redegøres der først og fremmest for den hjælp, der står til rådighed under svangerskabet og efter fødslen. Alt efter de pågældende gruppers behov og interesser tages imidlertid også spørgsmålet om svangerskabsforebyggelse og problematikken heromkring op til drøftelse.

Foreningen for Familieplanlægning blev stiftet i 1956. Foreningens hovedformål er i henhold til vedtægterne »at begrænse antallet af aborter samt fremme oplysning og forskning om familieplanlægning og ansvarligt forældreskab — herunder at udbrede kendskabet til forsvarlige antikonceptionelle midler.«

Foreningen for Familieplanlægning består af en række faglige organisationer, hvis medlemmer ifølge deres uddannelse har kontakt til og ansvar for børn og voksne i spørgsmål vedrørende sundhed og opdragelse:

Den almindelige danske Lægeforening,
Danmarks Apotekerforening,
Danske Kvindelige Lægers Klub,
Den danske Jordemoderforening,
Dansk Selskab for Gynæcologi og Obstetrik,
Dansk Skolelægeforening,
Dansk Børnehaveråd,
Danmarks Lærerforening,
De danske Husholdningslærerinder,
Danske Dagblades Fællesrepræsentation.

Foreningen har oplyst, at man i sit almenoplysende arbejde virker igennem sine medlemsorganisationer for at »opdrage opdragerne« og derigennem nå ud til store kredse overalt i landet. Allerede i tilslutning til Kvindelige Lægers Klubs virksomhed i 1947 var det blevet klart, at behovet for foredrag var så stort, at hverken en enkelt stand end-sige en forening ville kunne dække dette.

Foreningen har desuden fungeret som sagkyndig for en række ministerier, såsom forsvars-, grønlands-, social- (direktoratet for børne- og ungdomsforsorg), udenrigs- og undervisningsministeriet, ligesom den har taget initiativet til indførelse af familiekundskab på Danmarks lærerhøjskole. Undervisning i denne emnekreds har derefter været gennemført i en årrække i afdelingen for kemi og ernæring, børnehveårskursus samt årskursus for pædagogik og psykologi samt familie-kundskab. Foreningen har endvidere dels taget initiativ til, dels medvirket ved en række pædagogiske uddannelsessteder som seminarier for lærere, børnehve- og fritids-pædagoger samt forsorgspædagoger.

Derudover har foreningen udarbejdet syv oplysende pjecer, der i meget betydeligt tal er distribueret af sundhedsplejersker og jordemødre gennem skoler og forsvarets civilundervisning. Endvidere har foreningen ladet producere en film »Prævention - en samtale mellem unge«. Endelig har foreningen formidlet afholdelse af talrige møder, foredrag og diskussioner samt optagelse af et betydeligt antal artikler i dag-, fag- og ugepresse.

Derudover har enkelte andre private foreninger, således Dansk Kvindesamfund, arrangeret foredrag.

Det er vanskeligt at sige noget sikkert om, i hvilket omfang der er behov for oplysning af denne art.

Forsåvidt foredragsvirksomheden har været af mere generelt oplysende karakter, er der

grund til at antage, at behovet for denne form for seksualoplysning vil blive reduceret, hvis udvalgets forslag om en mere systematisk undervisning i folkeskolen gennemføres. Da der i hvert fald vil gå en del år, før en sådan systematisk undervisning er gennemført overalt og har fået fuld virkning, vil der fortsat være brug for en oplysningsvirksomhed over for dem, der ikke har fået egentlig undervisning, selv om det direkte foredrag nok vil blive delvis erstattet af voksenundervisning i TV og radio. Et specielt område, hvor der fortsat kan tænkes at være brug for foredragsvirksomhed, er vejledning af forældre med henblik på at give deres børn oplysning om seksuelle spørgsmål. Udvalget har i kapitel II henledt opmærksomheden på behovet for kurser for forældre om dette emne, men det må forudses, at en del forældre nok vil afse tid til et enkeltstående foredrag, men ikke ønsker at binde sig til at følge et egentligt kursus af længere varighed.

Hvad specielt angår spørgsmålet om anti-konception, har man i mødreundersøgelsen foretaget en undersøgelse af, på hvilket alderstrin de adspurgte kvinder har erhvervet viden bl.a. om antikonception, jfr. bilag 8. Det fremgår heraf, at en væsentlig del af kvinderne først erhvervede en sådan viden på de alderstrin, hvor indtræden af graviditet er forholdsvis almindelig. Undersøgelsen vedrører kvinder i to grupper, henholdsvis født i årene 1931/35 og 1941/45, og den viser, at den sidstnævnte gruppe gennemsnitligt havde erhvervet sin viden noget men dog ikke væsentligt tidligere.

Der foreligger ikke nogen undersøgelse, der viser udviklingen med hensyn til kvinder født senere end 1945, men det må antages, at den tendens, der fremgik af mødreundersøgelsen, er yderligere forstærket. Der synes dog, i hvert fald indtil en systematisk seksualundervisning er iværksat i folkeskolen, fortsat at være brug for oplysning med hensyn til anti-konception.

Hvad dernæst angår spørgsmålet om, hvorvidt der er behov for gennem propaganda at tilskynde til at undgå uønskede graviditeter, viser flere af udvalgets undersøgelser, at ret mange kvinder, skønt de har kendskab til antikonception, undlader at benytte forebyggende midler også i perioder, hvor de har et klart ønske om at undgå graviditet.

I abortundersøgelsen, jfr. bilag 9, havde

ialt to trediedele af kvinderne kendskab til antikonception ved første coitus, men langt fra alle omsatte deres viden i praksis, idet kun en trediedel af samtlige patienter havde anvendt prævention ved første coitus. Af samme undersøgelse fremgår endvidere, at over halvdelen af patienterne i begge de provokerede grupper ikke have anvendt antikonception, da den aktuelle graviditet indtrådte, til trods for at graviditeten viste sig at være i høj grad uønsket. Kun ialt 8 af patienterne havde ikke ved den aktuelle graviditets indtræden tilstrækkeligt kendskab til præventive midler. Mere end halvdelen af de patienter, der havde undladt at bruge antikonceptionelle midler, kunne ikke angive nogen konkret årsag hertil. Adskillige bruger udtryk som glem-somhed, sjuskeri, tankeløshed o.l., jfr. side 193.

Af mødreundersøgelsen fremgår det, at 76 pct. af de kvinder, der ikke ønskede børn, ikke anvendte antikonception ved første graviditet. Kun 12 pct. af disse kvinder angav, at det skyldtes manglende kendskab til antikonception, at dette ikke blev anvendt; de resterende 64 pct. forklarede, at det skyldtes sjuskeri o.l., jfr. bilag 8. Det fremgår endvidere af denne undersøgelse, se tabel 22, at 16 pct. af de kvinder, der på undersøgelsens tidspunkt ikke ønskede flere børn, til trods herfor ikke anvendte antikonception. Selv om nogle af disse måske ikke havde seksuelt forhold, synes tallet dog højt. 11 pct. af denne gruppe kvinder anvendte insufficente metoder. I øvrigt kan det bemærkes, at af de kvinder, der på undersøgelsestidspunktet angav ikke at ønske flere børn, og som derfor anvendte svangerskabsforebyggende midler, oplyste kun 85 pct., at de altid anvendte antikonception. 9 pct. at de anvendte det hyppigt, medens 6 pct. kun sjældent anvendte antikonception, jfr. tabel 23. Endelig ses det af tabel 29, at en betydelig del af de ikke gifte, som for flertallets vedkommende må antages ikke at have ønsket at få børn, ikke anvendte prævention ved deres første samleje.

Endvidere viser den del af amtsundersøgelsen, som blev foretaget af amtets sundhedsplejersker, jfr. bilag 4, at af de gifte mødre, der på undersøgelsestidspunktet var imod ny graviditet, anvendte ca. 25 pct. ikke svangerskabsforebyggende midler.

I første halvdel af 1968 blev der i Københavns kommune foretaget en undersøgelse af Foreningen for Familieplanlægning i samar-

bejde med sundhedsplejerskerne i 32 københavnske distrikter. Undersøgelsen omfattede ialt 555 mødre (451 gifte og 104 ugifte), der kun havde født en gang, og hvor fødslen havde fundet sted forinden moderens 21. år. Man spurgte bl.a. de pågældende, om der blev brugt svangerskabsforebyggende metoder ved den lejlighed, da de blev gravide, og om det var tilfældet under hele samlejet. Godt 89 pct. af de gifte mødre og knapt 85 pct. af de ugifte svarede nej til dette. Dette er så meget des mere bemærkelsesværdigt, som ca. 37 pct. af de gifte og ca. 56 pct. af de ugifte oplyste, at de dengang ønskede at undgå at blive gravide.

Der må således siges at være et behov for gennem en mere almen, propagandapræget indsats at tilskynde til at undgå uønskede graviditeter for derigennem at søge at begrænse aborttallet. I specielle situationer, f. eks. i forbindelse med en ændring af lovgivningen, kan der være et ganske særligt behov for en indsats på dette område.

Selv om der er et sådant behov, er det dog udvalgets opfattelse, at der bør vises stor tilbageholdenhed med ren propaganda uden oplysning. En sådan propaganda kan meget let få en uheldig form og derigennem være af tvivlsom værdi. Det bør derfor foretrækkes, at propaganda meddeles i forbindelse med oplysning.

Den oplysnings- og propagandavirksomhed, der er brug for, kan tænkes tilrettelagt med mere almindeligt sigte, men der kan uden tvivl også være grund til at henvende sig til bestemte befolkningsgrupper, f. eks. bestemte aldersklasser eller bestemte socialgrupper. Overfor de vanskeligst stillede familier vil den personlige kontakt være af større betydning end en oplysnings- og propagandavirksomhed. Da disse personer ofte vil undlade at søge vejledning af sig selv, mener udvalget, at det er af stor betydning, at de personer fra sundhedsvæsen og socialforsorg, der kommer i hjemmet, orienterer om mulighederne for vejledning og tilskynder til hensigtsmæssig anvendelse af antikonception. Det er ønskeligt, at man ved oplysningsvirksomhed i øvrigt tilpasser indhold og form efter behovet, som f. eks. kan manifestere sig i mødrehjælpens materiale vedrørende abortsøgende.

Udvalget har overvejet, om der er behov for at få de bestræbelser, som udøves af mød-

rehjælpen og andre med hensyn til oplysningsvirksomhed, koordineret og lagt i faste rammer. Herved ville man navnlig have mulighed for at opnå en samlet planlægning af indsatsen under hensyntagen til det til enhver tid eksisterende behov. Man er dog kommet til det resultat, at en sådan fremgangsmåde vil være af tvivlsom værdi. For det første er det uden tvivl overordentlig vanskeligt at tilrettelægge oplysningsvirksomhed efter ganske faste planer. Hvis virksomheden skal ledes ind i faste institutionsrammer, vil det dernæst indebære risiko for, at den værdi, et flerstrengt og frit initiativ uden tvivl har, ikke mindst på et område som det foreliggende, går tabt. Man har på dette område brug for samtlige eksisterende initiativer såvel offentlige som private.

Ud fra disse betragtninger finder udvalget ikke grund til at stille forslag om en ændret organisation af de rammer, indenfor hvilke oplysningsarbejde i øjeblikket formidles. Man kan derimod anbefale, at mødrehjælpens muligheder for at opfylde sit i loven formulerede formål med formidling af oplysning forbedres gennem ydelse af de fornødne bevillinger til udvidelse af lægepersonalet, og at der sikres private foreninger og organisationer fornøden økonomisk støtte.

Udvalget skal endelig pege på, at det er af væsentlig betydning, at befolkningen gennem opslag, annoncering eller på anden måde bliver gjort bekendt med, hvor der er mulighed for at få individuel vejledning. Det er indlysende, at en sådan oplysningsvirksomhed må ydes på lokalt plan, men den kan meget vel organiseres centralt ved udarbejdelse af standardplakater, der kan udfyldes lokalt. Udvalget kan anbefale, at mødrehjælpen er opmærksom på dette spørgsmål og tilrettelægger arbejdet i samarbejde med de praktiserende læger og eventuelt Foreningen for Familieplanlægning.

B. Svangerskabslovens § 10

I overensstemmelse med et af svangerskabskommissionen af 1950 udarbejdet forslag, jfr. herom kommissionens betænkning side 46-48, side 72 og side 76, blev der ved svangerskabslovens § 10 åbnet adgang til at yde tilskud til seksualoplysning.

§ 10 i lov nr. 177 af 23. juni 1956 om for-

anstaltninger i anledning af svangerskab indeholder følgende bestemmelser:

Stk. 1. Der kan af staten ydes kommuner eller private foreninger eller organisationer, som påtager sig organiseringen og driften af et oplysningsarbejde overfor befolkningen om seksualhygiejne, refusion af indtil halvdelen af udgifterne herved.

Stk. 2. Tilskuddet til private foreninger eller organisationer kan, såfremt oplysningsarbejdet har særlig tilknytning til bestemte kommuner, betinges af, at disse deltager i udgifterne med indtil halvdelen af det beløb, der ydes af staten.

Stk. 3. Udgifterne ved ydelsen af de i stk. 1 og 2 nævnte statstilskud afholdes ved bevilling på de årlige finanslove.

Bestemmelsen har ikke været meget benyttet i praksis.

Ifølge statsregnskaberne har de samlede tilskud i finansåret 1962/63 udgjort 1.900 kr.

Udvalget har på et tidligt stadium af sit arbejde drøftet, hvad årsagen hertil kunne være. En af grundene til den ringe anvendelse af bestemmelsen må antages at være, at højere tilskud kan opnås efter andre bestemmelser, navnlig de forskellige bestemmelser om tilskud til undervisning, samt at udgifterne til mødrehjælpens oplysningsarbejde ikke falder ind under § 10. Selv om udvalget ikke på daværende tidspunkt mente det rigtigt at foreslå bestemmelsen ændret, fandt man det i hvert fald uheldigt, at ansøgninger om tilskud i nogle tilfælde ikke var imødekomet til dels af økonomiske grunde. Udvalget fandt derfor anledning til i skrivelse af 15. februar 1964, se betænkning I, bilag 7, at henstille til justitsministeriet, at man på de årlige bevillingslove søgte optaget et beløb med henblik på at yde tilskud i henhold til svangerskabslovens § 10.

Som svar herpå meddelte justitsministeriet i skrivelse af 6. april 1964, betænkning I, bilag 8, at der på finansloven for finansåret 1964/65 var optaget et beløb på 5.600 kr. til delvis dækning af udgifterne ved driften af to seksualvejledningsklinikker, og at man ved udarbejdelsen af fremtidige finanslovsforslag ville have opmærksomheden henledt på spørgsmålet.

Udgifterne i henhold til svangerskabslovens § 10 har herefter i finansårene 1965/66, 1966/67 og 1967/68 udgjort henholdsvis

5.600 kr., 30.600 kr. og 50.000 kr. I finansåret 1968/69 udbetaltes 60.000 kr.

Der vil i det følgende blive sondret mellem den almindelige oplysningsvirksomhed og drift af klinikker.

Tilskud til seksualoplysende foredrag har kun været ydet i et enkelt tilfælde. Der er således i 1962/63 ydet Dansk Kvindesamfund et tilskud på 1.000 kr. til dækning af halvdelen af udgifterne ved en række seksualoplysende foredrag. Imidlertid har der efter de oplysninger, udvalget har modtaget fra justitsministeriet, kun været to andre ansøgninger. Den ene blev afslået, hovedsagelig fordi den ansøgende forenings område var lokalt begrænset. Den anden ansøgning, som kom fra Landsforeningen Ungdomsringen, blev oversendt til undervisningsministeriet, idet foredragsvirksomheden var tilskudsberettiget i henhold til lov om ungdomsskoler og aftenskoler m. v. Det skal dog herved bemærkes, at Foreningen for Familieplanlægning i 1965 har fået 32.000 kr. af tipsmidlerne til sit oplysningsarbejde, ligesom foreningen til specielle oplysningskampagner har fået tilskud fra Grønlandsministeriet og undervisningsministeriet.

Som det fremgår af det foran side 49 anførte, mener udvalget, at der fortsat vil være brug for et oplysningsarbejde udøvet af mødrehjælpen og af private foreninger med tilskud fra det offentlige.

Udvalget finder den gældende bestemmelse tilfredsstillende, for så vidt som der er adgang til at yde private foreninger et tilskud på halvdelen af udgifterne. Ordningen med, at den private forening selv skal udrede en del af udgifterne, giver en vis sikkerhed for, at der kun søges tilskud til oplysningsvirksomhed, som er påkrævet og af kvalitet, og muliggør, at det offentliges kontrol med og indsigt i det arbejde, der ydes tilskud til, kan være ret begrænset. Efter udvalgets opfattelse bør udgangspunktet, når der ydes tilskud efter denne bestemmelse, være, at der ydes 50 pct. af udgifterne. Udvalget vil imidlertid ikke foreslå en ændring af bestemmelsens ordlyd »indtil halvdelen«, idet der kan forekomme særlige tilfælde, hvor et tilskud på 50 pct. ikke ville være rimeligt, f. eks. hvor en privat forening ønsker at udsende en publikation i et særligt kostbart udstyr, men hvor der på den anden side ikke er grund til helt at afslå tilskud, eller hvor en privat forening eller organisation ønsker at udsende en publikation,

hvori seksualoplysning er kombineret med oplysning om andre emner.

Efter bestemmelsen i § 10 har der tillige været ydet tilskud til driften af seksualrådgivningsklinikker. Der er således ydet Dansk Kvindesamfunds Koldingkreds tilskud til driften af en klinik i Kolding med 900 kr. i 1962/63 og 600 kr. i årene 1964/65 - 1967/68, hvilke beløb har dækket knapt halvdelen af driftsudgifterne. Endvidere er der ydet Foreningen for Familieplanlægning et tilskud til driften af foreningens klinik i Lygten med 5.000 kr. i 1964/65 og 1965/66 og med 10.000 kr. i det følgende år samt med 20.000 kr. i 1967/68 og med 30.000 kr. i 1968/69. Endelig er der ydet Århus kommune et tilskud til driften af en klinik ved Århus kommunehospital med 20.000 kr. i årene 1966/67 og 1967/68 og med 30.000 kr. i 1968/69.

Som det er anført ovenfor side 30, viser udvalgets undersøgelser, at der er behov for de klinikker, som allerede er oprettet af andre end mødrehjælpen, og der vil derfor fortsat være behov for at kunne yde tilskud til driften af disse klinikker. Derimod har udvalget ikke været i stand til at skønne over behovet for oprettelse af yderligere klinikker og har derfor foreslået, at der pålægges mødrehjælpen et initiativ til at oprette klinikker efter behov. I det omfang mødrehjælpen opretter klinikker, vil der ikke blive brug for tilskud efter § 10. Såfremt der af private eller kommuner oprettes klinikker, som der viser sig at være behov for, bør der dog kunne ydes tilskud efter § 10.

For så vidt angår tilskud til klinikker, finder udvalget svangerskabslovens § 10 mindre tilfredsstillende.

For det første anser udvalget et tilskud på indtil 50 pct. for at være for lavt for private foreninger og organisationer. Der er næppe mange private foreninger, som vil være i stand til at skaffe 50 pct. af udgifterne ad anden vej. Det skal herved bemærkes, at beløbet ikke bør tilvejebringes gennem vederlag for konsultationerne, da disse efter udvalgets forslag under alle omstændigheder bør være vederlagsfri for patienterne og derfor på en eller anden måde refunderes. Det gældende maksimum kan derfor tænkes at være en hindring for oprettelsen af i og for sig ønskelige klinikker. At den gældende regel bidrager til at hindre, at overflødige klinikker oprettes,

er utvivlsomt, men dette hensyn kan tilgodeses på anden måde.

Udvalget foreslår derfor, at der åbnes adgang til at yde private foreninger og organisationer et tilskud fra det offentlige på 90 pct. af udgifterne.

Dernæst finder man det uhensigtsmæssigt, at tilskud hidtil er beregnet som en procentdel af nettoudgifterne. Når vejledning på klinik skal være vederlagsfri, bør procentdelen beregnes af bruttoudgifterne.

Endvidere finder udvalget det uheldigt, at tilskud først ydes efterfølgende. Etablering og drift af en klinik kræver betydelige midler, og det er urimeligt, at en privat forening skal udrede disse uden sikkerhed for, om der overhovedet vil blive ydet tilskud.

Udvalget finder det nødvendigt, at der fortsat som en forudsætning for ydelse af tilskud føres en vis kontrol med klinikker, herunder at disse opfylder de krav, som med rimelighed kan stilles med hensyn til klinikernes materiel og personale. Der skulle imidlertid intet være til hinder for, at dette skøn udøves på forhånd. En erklæring kan indhentes fra embedslægen på det sted, hvor en klinik tænkes oprettet, dels om behovet for oprettelse af en klinik, dels om planerne for klinikens indretning og drift. På grundlag af denne erklæring kan afgørelse træffes, om tilskud bør ydes, således at der på forhånd meddeles tilsagn herom og eventuelt udbetales forskud herpå.

En tilsvarende ordning kan gennemføres med hensyn til allerede oprettede klinikker, således at også disse på forhånd kan træffe beslutning, om driften bør fortsættes eller eventuelt indstilles.

For så vidt angår kommunernes stilling skal det bemærkes, at den almindelige oplysningsvirksomhed er foreslået henlagt til mødrehjælpen og private foreninger. Såfremt kommuner ønsker at gøre en indsats på dette område, må det forekomme rimeligt, at kommunen selv bærer udgiften hertil, og udvalget foreslår derfor ikke nogen bestemmelse om tilskud til kommunerne. Med hensyn til klinikker skal det bemærkes, at der allerede findes en kommunal klinik, hvortil der ydes tilskud efter svangerskabslovens § 10. Dette ønsker udvalget ikke at foreslå ændret, og udvalget mener heller ikke at kunne udelukke, at der i fremtiden kan vise sig at være behov for kommunale klinikker enkelte steder i landet. Ud-

valget foreslår derfor den gældende bestemmelse opretholdt for så vidt angår tilskud til kommunale klinikker, men finder ikke anledning til at foreslå tilskuddet forhøjet, således som man gør med hensyn til private klinikker.

Efter svangerskabslovens § 10, stk. 2 kan tilskud til private foreninger eller organisationer, såfremt oplysningsarbejdet har særlig tilknytning til bestemte kommuner, betinges af, at disse deltager i udgifterne med indtil halvdelen af det beløb, der ydes af staten.

Udvalget har så vidt muligt villet undgå at tage stilling til spørgsmålet om byrdefordelingen mellem stat og kommune. Reglerne herom er for tiden under overvejelse, og udvalget mener ikke at besidde fornøden sagskundskab på dette område. Selv om reglen, såvidt det har kunnet oplyses, hidtil ikke har været anvendt, foreslår udvalget den derfor i princippet opretholdt. Med hensyn til tilskud til almindeligt oplysningsarbejde foreslås ingen ændring, udover at den eksisterende maksimumsgrænse foreslås ophævet. Derimod finder udvalget det urimeligt, at oprettelse af en privat klinik, som anbefales af embedslægen, og som staten for så vidt er villig til at yde tilskud til, kan hindres, fordi kommunen ikke vil bære nogen andel af udgifterne. Det foreslås derfor, at staten i stedet for at betinge sit tilskud af, at der også ydes tilskud fra kommunen, skal kunne pålægge den kommune, hvori klinikken er beliggende, at deltage i udgifterne hertil.

Udvalget foreslår, at bestemmelsen i det hidtidige stk. 3 udgår som overflødig.

Udvalget skal herefter foreslå, at bestemmelsen i § 10 i lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v. formuleres således:

Stk. 1. Der kan af staten ydes private foreninger eller organisationer, som påtager sig et oplysningsarbejde overfor befolkningen om seksualhygiejne, tilskud på indtil halvdelen af udgifterne herved. Har oplysningsarbejdet særlig tilknytning til bestemte kommuner, kan tilskud betinges af, at disse betaler en del af tilskuddet.

Stk. 2. Til udgifterne ved oprettelse og drift af seksualklinikker kan der af staten ydes private foreninger eller organisationer tilskud på 90 pct. og kommuner tilskud på indtil 50 pct. Staten kan pålægge den kommune, hvori en privat klinik er beliggende, at betale en del af tilskuddet.

Bemærkninger til bestemmelsen

Bestemmelserne om tilskud foreslås delt, således at stk. 1 omhandler tilskud til almindeligt oplysningsarbejde og stk. 2 tilskud til oprettelse og drift af klinikker.

Til stk. 1: Bestemmelsen omhandler tilskud til almindeligt oplysningsarbejde. Tilskud ydes alene til private foreninger og organisationer, men ikke til kommuner. Ordene »refusion af« er foreslået ændret til »tilskud på« for at understrege, at beløbet kan udbetales helt eller delvis forud. Det er fakultativt, om tilskud skal ydes. Tilskuddet andrager som udgangspunkt halvdelen af udgifterne, men i visse tilfælde kan tilskuddet udgøre en mindre

andel af udgifterne. Tilskud kan betinges af, at kommuner, hvortil oplysningsarbejdet har særlig tilknytning, betaler en del af tilskuddet.

Til stk. 2: Bestemmelsen omhandler tilskud til driften af seksualklinikker. Tilskud kan ydes såvel til kommuner som til private foreninger og organisationer. Staten kan nægte at yde tilskud, men ydes tilskud, udgør det 90 pct. til private klinikker. Det kan pålægges den kommune, hvori klinikken er beliggende, at deltage i udgifterne. Til kommunale klinikker kan der ydes tilskud på indtil 50 pct. Tilskud kan udbetales forud.

KAPITEL VI

Resumé

Seksualoplysningsudvalget afgav i september 1967 sin første betænkning om seksualundervisning i folkeskolen. Udvalgets anden og sidste betænkning omhandler dels seksualundervisning uden for folkeskolen, dels individuel vejledning og de spørgsmål, der rejser sig i forbindelse hermed. Desuden behandles lægeuddannelsen og spørgsmålet om oprettelse af forskningscentre. Endelig behandles spørgsmålet om almen oplysning og propaganda, ligesom der stilles forslag om mindre ændringer i svangerskabslovens § 10.

I kapitel II, side 7 ff anføres udvalgets hovedsynspunkter med hensyn til seksualundervisning uden for folkeskolen, herunder hvorvidt der er et behov for at give unge, efter at de har forladt folkeskolen, seksualundervisning. Udvalget mener, at de unge, såfremt man gennemfører udvalgets forslag i betænkning I vedrørende seksualundervisning i folkeskolen, vil have fået et grundlæggende kendskab til emnet, når de forlader folkeskolen.

Da udvalgets forslag forudsætter 10 års skolegang, vil der, så længe der kun er 7 års undervisningspligt, være et særligt problem med de børn, der forlader skolen efter undervisningspligtens ophør. Der er behov for at give denne gruppe unge seksualundervisning, såfremt det er muligt at opnå kontakt med dem, efter at de har forladt folkeskolen.

Der er endvidere i udvalget enighed om, at der kan være behov for en sådan undervisning også for andre unge, idet de forlader folkeskolen på et tidspunkt, hvor puberteten hverken fysisk eller psykisk er fuldt afsluttet, og hvor det overvejende flertal ikke har indledt seksuelt forhold, således at problemerne ikke har fået fuld aktualitet for dem. Der er ligeledes enighed om, at flere skoleformer for unge traditionelt er så frie, at der ikke kan

stilles forslag om obligatorisk seksualundervisning, ligesom der ikke kan stilles bestemte krav til undervisningens indhold.

Udvalgets flertal anbefaler, at der straks søges indført seksualundervisning i samtlige skoleformer for unge, såvel de mere almene f. eks. højskole, efterskole og gymnasium som de mere fagligt prægede f. eks. handelsskole og teknisk skole. Man anbefaler, at emnet så vidt muligt integreres i den øvrige undervisning, og at skolens sædvanlige lærerkræfter påtager sig undervisningen. Hvor dette er umuligt enten på grund af undervisningens specifikke karakter eller lærerpersonalets manglende kvalifikationer til at yde seksualundervisning, anbefaler man, at der gives seksualundervisning i enkeltstående timer af udefra kommende undervisere, der bør bestræbe sig for at give emnet en så bred fremstilling som muligt.

Et mindretal anser det for ønskeligt, at der undervises i seksuelle spørgsmål i de skoleformer for unge, hvor det er muligt at integrere undervisningen, og hvor der findes lærerkræfter hertil, men kan ikke anbefale, at seksualundervisning gives i enkeltstående timer, idet man frygter, at en sådan undervisning udelukkende vil blive en gentagelse af det stof, eleverne har fået gennemgået i folkeskolen.

Vedrørende indholdet af den seksualundervisning, der skal gives i disse skoleformer, anfører udvalget, at det centrale udgangspunkt bør være det af udvalget for 8.-10. skoleår foreslåede stofområde, jfr. betænkning I, side 111 ff. Udvalget nævner eksempler på emner, der kan tages op, og understreger, at de, der tilrettelægger seksualundervisningen, må have opmærksomheden rettet mod den offentlige debat på området.

Derefter gennemgås i kapitel II, afsnit B,

de enkelte skoleformer for unge, og der sluttes med et afsnit specielt om Grønland.

I afsnit D, side 17, behandles spørgsmålet om uddannelse og efteruddannelse af lærerpersonalet ved de forskellige skoleformer for unge. For de seminarieuddannede lærere henviser udvalget til sit forslag i betænkning I. For det øvrige lærerpersonales vedkommende henstiller udvalget, at de pågældende fagministerier skaber mulighed for, at også disse lærere kan uddanne sig til at give seksualundervisning, ved at emnet kommer til at indgå enten i de pågældende læreres primære uddannelse eller i de efteruddannelseskurser, der for de fleste lærergruppers vedkommende allerede i vid udstrækning findes. For så vidt angår det universitetsuddannede lærerpersonale henstiller udvalget, at den pædagogiske prøve, der efter det for udvalget oplyste antagelig skal omlægges, kommer til at omfatte seksualundervisning.

I afsnit E, side 18, gennemgås særundervisningen, d.v.s., dels undervisningen af fysisk og psykisk handicappede, dels undervisningen af børn og unge under forsorg. Udvalgets indstilling er, at seksualundervisningen, i de tilfælde hvor undervisning finder sted uden for folkeskolens rammer, så vidt muligt må tilrettelægges efter de af udvalget vedrørende seksualundervisning i folkeskolen foreslåede retningslinier, jfr. betænkning I.

I kapitel III, side 20 ff, behandles spørgsmålet om individuel vejledning og rådgivning. Vejledning i antikonception er en central del af den individuelle vejledning, men herudover vil der kunne blive tale om almindelig seksual-hygienisk rådgivning i tilfælde af ægteskabelige eller seksuelle vanskeligheder samt om behandling af lettere sygdomstilfælde af sjælelig art begrundet i seksuelle vanskeligheder.

I afsnit C, side 23, behandles den vejledningsvirksomhed, der i dag finder sted, således som den er belyst i de af udvalget foretagne undersøgelser. I tre oversigtstabeller side 25 ff vises nogle hovedresultater fra de forskellige undersøgelser.

Under D, side 27 ff, er udvalgets synspunkter gennemgået. Indledningsvis behandles spørgsmålet om nødvendigheden af adgang til individuel vejledning. Ifølge den i betænkning I, side 107 ff foreslåede vejledende stofordelingsplan for de forskellige klassetrin skal de forskellige svangerskabsforebyggende midler, herunder deres sikkerhed og virkemåde,

detaljeret gennemgås i 8.—10. skoleår, men begrebet familieplanlægning skal allerede fra de tidligste skoleår omtales. Samtidig er der lagt vægt på, at man i undervisningen betoner svaret ved at sætte børn i verden. Noget tilsvarende gælder for den foreslåede voksenundervisning. Når sådan undervisning er gennemført, skulle alle have kendskab til eksisterende svangerskabsforebyggende midler. Udvalgets undersøgelser viser dog, at dette er tilfældet for de flestes vedkommende allerede nu.

Den individuelle vejledning skal derfor først og fremmest bestå i at vejlede den enkelte i valg af den rette metode og at ordinere svangerskabsforebyggende midler, men udvalget mener, at det er af stor betydning, at der er adgang såvel til vejledning i antikonception som til en mere almindelig vejledning i seksuelle spørgsmål.

Dernæst drøftes, hvorvidt den individuelle vejledning bør henlægges til alment praktiserende læge eller til klinik. Udvalgets undersøgelser tyder på, at den overvejende del af de praktiserende læger ser sig i stand til at yde en individuel vejledning i antikonception, ligesom det fremgår af undersøgelserne, at mange kvinder søger vejledning hos praktiserende læger. Det vil sige, at kvinder over hele landet forsåvidt allerede har en nem tilgængelig mulighed for at søge vejledning. De problemer, der herefter rejser sig i forbindelse med vejledning hos de praktiserende læger, er først og fremmest, om lægernes uddannelse er tilfredsstillende i relation til disse opgaver, samt hvorledes spørgsmålet om betaling kan ordnes. Disse spørgsmål bliver behandlet senere.

Vejledningsklinikkerne giver derimod ikke geografisk landsdækning, og spørgsmålet har for udvalget været, om der bør oprettes sådanne klinikker i et omfang, der vil gøre det praktisk muligt for kvinder over hele landet at søge vejledning på en klinik. Resultaterne af udvalgets undersøgelser tyder på, at kun et mindre antal kvinder foretrækker at få vejledning på klinikker. Undersøgelserne har således ikke godtgjort et udtalt behov for, at der oprettes flere rådgivende klinikker. På den anden side er undersøgelserne ikke fuldt ud repræsentative, hvorfor det vil være betænkeligt at udlede, at der ikke er behov for flere klinikker.

Der har på baggrund af den nuværende

aktivitet ikke for udvalget været tvivl om, at en individuel vejledning i første række må henlægges til de alment praktiserende læger med adgang for disse til at henvise de mere komplicerede tilfælde til speciallæger. Selv om udvalget mener, at det ideelle formentlig ville være, at enhver frit kan vælge mellem vejledning på klinik og hos praktiserende læge, finder man det ikke forsvarligt at foreslå oprettelse af vejledningsklinikker over hele landet.

Udvalget mener, at der bør påhvile mødrehjælpen et initiativ til at oprette nye klinikker, idet mødrehjælpen på grund af sit lokalkendskab har visse muligheder for at skønne over, hvor der eventuelt måtte være et behov for oprettelsen af en ny klinik. Man vil dog ikke udelukke, at der i et vist område også kan vise sig at være behov for en kommunal eller privat vejledningsklinik, og der bør derfor være mulighed for, at det offentlige kan give tilskud til oprettelse og drift af sådanne klinikker.

Dernæst drøftes, hvorvidt den individuelle seksualvejledning bør koordineres med familierådgivning, jfr. side 31. Selv om der gennem en familierådgivnings sociale og familiemæssige støtteforanstaltninger er en vis mulighed for at opnå abortprofylaktiske resultater, kan ønsket om øgede muligheder for en effektiv individuel vejledning i seksuelle spørgsmål ikke i sig selv begrunde en almindelig oprettelse af familierådgivningsklinikker over hele landet. Udvalget finder det heller ikke hensigtsmæssigt, at den individuelle seksualvejledning altid knyttes til familierådgivningsinstitutioner, selv om der af andre grunde etableres landsdækning med sådanne institutioner. Udvalget lægger derimod vægt på, at samspillet mellem familierådgivning og praktiserende læger sikres ved, at de rådsøgende henvises fra familierådgivningen til læge og omvendt, hvor det viser sig at være hensigtsmæssigt.

På side 34 omhandles spørgsmålet om, hvorvidt seksualvejledningen bør være vederlagsfri. Det er udvalgets opfattelse, at selve konsultationen bør være vederlagsfri, hvad enten den pågældende søger vejledning på en klinik eller hos sin praktiserende læge. Man har ikke fundet grund til at gennemføre begrænsning i adgangen til vejledning. Udvalget har på side 35 peget på forskellige muligheder for den praktiske ordning af betalingsspørgsmå-

let. Betalingen kan tænkes ordnet under den bestående sygekasseordning eller som en tilskudsordning i lighed med svangerskabshygiejneloven. Udvalget har ikke ment at burde tage stilling hertil.

Spørgsmålet om, hvorvidt de ordinerede midler skal være gratis, behandles side 35 ff.

Ni medlemmer af udvalget foreslår, at alle svangerskabsforebyggende midler, som ordineres af en læge efter en kvindes henvendelse til ham om prævention, gøres vederlagsfri. Ni medlemmer foreslår, at alene intrauterin prævention gøres vederlagsfri. Et medlem har afgivet en sær udtalelse.

På side 38 behandles spørgsmålet om kontrol med præventive midlers kvalitet og pris. Da der kan være spørgsmål om at inddrage en væsentlig del af de præventive midler under lovgivningen om lægemidler, har man henstillet til indenrigsministeriet, at spørgsmålet tages op i det under 8. februar 1969 nedsatte apotekerlovudvalg. Udvalget har endvidere drøftet spørgsmålet om godkendelse af udsalgssteder og foreslår, at adgangen til at forhandle kondomer liberaliseres.

Under afsnit E, side 39 f, omtales den individuelle vejledning i Grønland. Først skitseres den nuværende vejledningsorganisation i Grønland. Dernæst omtales behovet for individuel vejledning, og endelig under afsnit 3, side 40, omtales udvalgets synspunkter. Den individuelle vejledning i Grønland må efter seksualoplysningsudvalgets opfattelse principielt tilrettelægges som i det øvrige land såvel med hensyn til indhold som med hensyn til den personkreds, der skal yde vejledningen. Lægen fungerer på Grønland både som sygehushæge og som praktiserende læge, og det centrale led i den individuelle vejledning i Grønland må derfor blive den stedlige læges konsultation på sygehuset. Man mener derfor ikke, at der er behov for vejledningsklinikker. I kapitel IV, side 41, behandles problemerne om uddannelse og forskning. Først behandles uddannelsen af læger. Udvalget har forespurgt universiteterne i København, Århus og Odense om, hvilken uddannelse lægerne får på området. Samtidig anmodede man »Den almindelige danske Lægeforening« om at oplyse, i hvilket omfang der arrangeres efteruddannelseskurser for de alment praktiserende læger, hvori disse emner indgår. Et arbejdsudvalg bestående af samtlige læger blandt udvalgets medlemmer har som særligt sagkyn-

dige gennemgået de modtagne svar og stillet forslag om, hvorledes såvel lægernes grunduddannelse som de praktiserende lægers videreuddannelse og efteruddannelse på dette område bør tilrettelægges for at sikre, at de praktiserende læger bliver i stand til at yde denne vejledning.

I afsnit B, side 43, gennemgås spørgsmålet om uddannelse af forskellige andre grupper, dels visse akademikere m. v., der i deres arbejde kan komme ud for at skulle rådgive om seksuelle problemer, dels grupper, der har med børn og unge at gøre, f. eks. børnehaver og fritidshjemslærere og endelig visse personalegrupper inden for sundhedsvæsenet og socialforsorgen, f. eks. sundheds- og sygeplejersker samt jordemødre og familievejledere. Udvalget har ikke fundet grund til at stille særlige forslag for disse grupper.

Under C, side 44, er problemerne om forskningsvirksomhed på området behandlet. Skønt der tidligere har været stillet forslag om oprettelse af forskningscentre, er der endnu ikke oprettet sådanne centre. Flere af udvalgets undersøgelser har vist, at der er behov for yderligere eller løbende forskning inden for området. Foruden forskning bør sådanne centre behandle patienter med særligt alvorligt seksuelle lidelser. Endelig må det forudses, at der vil kunne komme til at udgå en vis undervisningsvirksomhed fra disse centre. Af disse grunde anser udvalget det for vigtigt, at forsknings- og behandlingscentre nu oprettes. Man mener ikke, et selvstændigt institut vil være det ideelle, men foreslår, at der oprettes selvstændige ambulatorier knyttet til en bestemt hospitalsafdeling. Udvalget foreslår endelig, at der i tilslutning til ambulatoriet dannes et råd bestående af repræsentanter for psykiatri, gynækologi, socialmedicin, genetik og medicin (endokrinologi).

Kapitel V, side 47 ff, er opdelt i to afsnit. Et hvor problemerne om oplysning og propaganda gennemgås, og et hvor udvalget gen-

nemgår svangerskabslovens § 10 og foreslår ændringer i denne.

Hvad først angår oplysning og propaganda, er der i de senere år udøvet en ikke ringe aktivitet på dette område, først og fremmest gennem mødrehjælpen og Foreningen for Familieplanlægning, men også i en vis udstrækning gennem andre private foreninger. Flere af udvalgets undersøgelser viser, at ret mange kvinder, skønt de har kendskab til antikonception, undlader at benytte forebyggende midler, også i perioder hvor de har et klart ønske om at undgå graviditet. På denne baggrund mener udvalget, at der fortsat er behov for en almen oplysnings- og propagandavirksomhed og finder ikke grund til at stille forslag om en ændret organisation af de rammer, inden for hvilke oplysningsarbejdet i øjeblikket formidles, men kan anbefale, at mødrehjælpens muligheder for at opfylde sit i loven formulerede formål om formidling af oplysning forbedres gennem ydelse af de fornødne bevillinger til udvidelse af lægepersonalet, og at der sikres private foreninger og organisationer fornøden økonomisk støtte.

Side 50 under B, behandles svangerskabslovens § 10. Udvalget finder den gældende bestemmelse tilfredsstillende for så vidt angår adgang til at yde private foreninger tilskud på halvdelen af udgifterne til oplysningsarbejde. For så vidt angår tilskud til klinikker, foreslår udvalget, at der åbnes adgang til at yde private foreninger og organisationer et tilskud fra det offentlige på 90 pct. af udgifterne. Man foreslår endvidere, at der åbnes mulighed for at yde tilskud på forhånd på grundlag af en erklæring fra embedslægen dels om behovet for oprettelse af en klinik, dels om planerne for klinikkens indretning og drift. For så vidt angår tilskud til kommuner, foreslår udvalget den gældende bestemmelse ophævet med hensyn til oplysningsvirksomhed, men opretholdt uændret, for så vidt angår tilskud til kommunale klinikker.

Seksualoplysningsudvalgets kommissorium

I erkendelse af de seksuelle spørgsmåls betydning, såvel i forbindelse med det enkelte menneskes personlige udvikling som med hensyn til betryggelsen af et sundt familieliv og under indtryk af det betydelige antal svangerskabsafbrydelser, har regeringen nedsat et udvalg til undersøgelse af behovet for oplysning, etisk vejledning og rådgivning på det seksuelle område.

Udvalgets opgave vil blandt andet bestå i at undersøge og vurdere gældende lovgivning, eksisterende oplysnings- og rådgivningsvirksomhed, herunder også indenfor skolevæsen og folkeoplysning,

at foranledige foretaget fornødne undersøgelser til supplerende af foreliggende materiale, navnlig vedrørende ungdomsproblemer, om befolkningens faktiske viden om seksuelle forhold, herunder kendskabet til antikonceptionelle midler samt om den seksuelle adfærd (eksisterende normer) på forskellige alderstrin, samt

at fremkomme med forslag dels til udbygning og koordinering af eksisterende oplysnings- og rådgivningsvirksomhed, dels til eventuel ny indsats, herunder eventuel lovgivning.

København, den 3. marts 1969.

Ved skrivelse af 13. november 1968 (j.nr. 1968-3213-2) har justitsministeriet anmodet om en udtalelse fra seksualoplysningsudvalget vedrørende spørgsmålet om de nærmere retningslinier for handel med præservativer fra udendørs automater.

Sagen har været behandlet på udvalgets plenarmøde den 17. februar 1969.

Udvalget skal herefter udtale, at det må tillægges stor betydning, at befolkningens adgang til svangerskabsforebyggende midler er den lettest mulige. Man finder herefter, at der kun bør være de begrænsninger med hensyn til godkendelsen af udendørs automater, som er nødvendige for at sikre varens kvalitet. Såfremt dette hensyn ikke tilsidesættes, ved at varen sælges fra automater, der også indeholder andre varer, kan udvalget anbefale dette.

Udvalget har overvejet, om det er nødvendigt at opretholde systemet med godkendelse af forhandlingssteder. På grund af det før nævnte hensyn til at sikre varens kvalitet, finder man det imidlertid nødvendigt fortsat at opretholde godkendelsen af udendørs automater. Da den samme fare for kvalitetsforringelse ikke skønnes at bestå ved indendørs forhandling, synes der ikke længere at være tilstrækkeligt grundlag for at opretholde kravet om godkendelse på dette område. Under alle omstændigheder finder man ikke, godkendelsen bør begrænses til bestemte former for butikker.

Der henvises til indenrigsministeriets sag 4. kt. B 1968 j.nr. 5539-11.

P. U. V.

Mogens Grau

Redegørelse

udarbejdet af professor, dr. theol. K. E. C. Løgstrup

Seksualbehov og idealdannelse.

Der er næsten ingen grænser for, hvor forskellige de skikkelser er, som seksuallivet tager fra folk til folk og indenfor det enkelte folks historie fra epoke til epoke. Hvad der i eet folk er normalt, tager sig i et andet folks øjne ud som bizart, hvad der til een tid er plausibelt, tager sig for en eftertid ud som urimeligt. Og det er ikke sagt, at variationsmulighederne er udtømt med, hvad vi kender til i fortid og nutid.

For blot at holde os til vor egen kultur, så kender den til variationer, der begge, hver på sin måde, består i at forhøje kærligheden ved at udelukke den seksuelle forening. Middelalderromanen »Tristan og Isoide« begynder med, at de to hovedpersoner gribes af en skæbnebestemt kærlighed til hinanden, for derefter at handle om, hvordan den ene hindring for, at de kan få hinanden, afløser den anden indtil deres død. Det sidste er ligeså vigtigt som det første. Smerten ved adskillelsen skal til, for at lidenskabeligheden uafbrudt kan holde sig på sit højeste. Den alene er livet værd, og den ville aflade, hvis de forenedes. Så når ikke ydre forhold stiller sig i vejen for den seksuelle fuldbyrdelse, finder de selv på hindringer. Romanen er båret af overbevisningen, at vellysten ved behovets tilfredsstillelse er uforeneligt med kærlighedens lidenskab. Dens dyrkelse af den ulykkelige kærlighed som den eneste sande, og det vil sige eneste passionerede kærlighed, har haft en overordentlig betydning for eftertiden, helt op i vort århundrede. Uden ulykke og død ingen fatal og højspændt kærlighed. »Tristan og Isoide« begynder med ordene: »I herrer, lyster det eder at høre en skøn fortælling om kærlighed og død?« Det kunne også være motto for Hemmingways kærlighedsromaner.

Også i den romantiske idealisme i det 19. århundrede støder man ind imellem på et syn på seksualiteten, der finder vellysten ved den seksuelle fuldbyrdelse for uforenelig med den sande kærlighed. Med den forskel fra middelalderromanens syn, at det ikke så meget er kærlighedens lidenskabelighed som dens åndelighed, der bringer den i konflikt med seksualiteten. Men den konflikt skal til for at holde kærligheden i dens åndelige spændstighed. Følgen bliver, at det sande og altså ulegemlige kærlighedsforhold har man til en anden, end den man er gift med og har kødets lyst sammen med.

Dermed være ikke sagt, at de to opfattelser dominerer i middelalderen og i den romantiske idealisme. Men de findes altså. De er overdrevne eksempler på idealdannelse. Oplevedes den lidenskabelige eller åndelige kærlighed ikke, eller havde man ikke kræfter til at holde ud, gik man glip af det, der alene gjorde livet værd at leve. En livsfor nægtende heroisme, der endte i underholdningsfilmens og den kulørte litteraturs banale og sentimentale forkyndelse, at det er flatterende at være ulykkelig, når det er af kærlighed, man er ulykkelig.

Men bortset fra den slags ekstreme idealdannelser går den idealdannelse, der er blevet den rådende i vor kultur, ud på at forene en kærlighed af individuel tilbøjelighed og tiltrækning med seksuel fuldbyrdelse. Den går under navn af erotisk kærlighed. Men der er nok af kulturer, hvor den ikke findes. Den er for eksempel udelukket, hvor valg af ægtefælle foretages af forældrene, medens partnerne er børn.

Når det kan komme til de mange variationer, beror det på, at der ikke findes et seksualbehov, der dikterer formen for sin realisering, men at seksualiteten så at sige gribes af

den idealdannelse, der er givet med kulturmilieuet, for af det at få sin realiseringsform. Hvilken variationsmulighed, der bliver den gængse, bestemmes af kulturmønstret, ikke af seksualiteten. Spørger man videre, hvordan det kan gå til, at den idealdannelse, der er givet med kulturmønstret, kan få en så afgørende indflydelse, er svaret, at det skyldes, at seksualiteten tager sig skikkelse, idet komponenter af indbyrdes forskellig art sættes sammen. Seksualbehovet er ikke eet, men en sammensætning af flere, indbyrdes forskellige behov, og det er på sammensætningen af dem, at idealdannelsen får chancen for at gøre sin indflydelse gældende.

Unddrage sig idealdannelsens magt er der kun få, måske ingen, der er i stand til. Vi er i vort kulturmønsters vold. Men ikke absolut. Der er et spillerum for individet, større eller mindre. Af to grunde. Kulturmønstre og idealdannelse er ikke uforanderlige størrelser, men de er til stadighed i bevægelse, sommetider umærkeligt, sommetider mærkbart. Heller ikke er de altid de samme i alle samfundslag. Der er derfor den største forskel på, hvor uimodsagt og hvor modsagt kulturmønstrets idealdannelse modtages. Størst er selvsagt individets spillerum, når kulturmønstret i den grad er kommet i skred, at individet har stridende idealdannelser til valg, sådan som tilfældet er i vore dage.

Den anden grund til, at individet både har noget at skulle have sagt og noget at præstere er, at der nu engang består en spænding mellem idealdannelse og behov, mellem kulturmønstre og behov. Automatisk sejrer kulturmønstrets idealdannelse ikke, end ikke når det accepteres uden modstand.

Den sammensmeltning af behovkomponenterne, som den forlanger, må individet selv være med til.

De forskellige behovkomponenter.

Den variant, der er blevet den rådende i vor kultur, og som vi som sagt kalder erotisk kærlighed, er et højst sammensat fænomen. Men på forhånd og uden videre er de forskellige komponenter ikke forbundne med hinanden. Allerede derfor kan det blive et strids spørgsmål, om sammensætningen overhovedet er en opgave, som det er umagen værd at tage op. Kønsmodningen og med den genitalbehovet afventer ikke forelskelsen, men melder sig genstandsløst i puberteten. Heller ikke

skal der forelskelse til for at få det tilfredsstillende og få den med tilfredsstillelsen forbundne vellyst. Det kan tilfredsstillende i kønsligt samliv med een, man ikke er forelsket i, og det kan tilfredsstillende uden partner. Omvendt kan forelskelsen en tid lang være uden forbindelse med genitalbehovet. Jørgen Jørgensen skelner mellem tre komponenter, genitalbehovet, hvorved han forstår spændingsfølelser i kønsorganerne, hvis tilfredsstillende er forbundne med udprægede vellystfølelser og kulminerer i orgasmen. Det erogene behov, hvorved han forstår behov, der tilfredsstillende ved berøring og kærtegnen af huden, og som ledsages af vellystfølelser. Og endelig det erotiske behov, hvorved han forstår et behov for at være sammen med eller tænke på et bestemt individ. Hver af de tre komponenter kan optræde for sig, og de kan forbindes med hinanden, måske som faser i et forløb. »Således fører forelskelse i et individ af modsat køn jo ofte fra tilfredsstillende af det erotiske behov gennem tilfredsstillende af det erogene behov til tilfredsstillende af genitalbehovet« (Psykologi på biologisk grundlag, København 1941 s. 526-527).

Tager man to varianter, der til hver sin side ligger udenfor den erotiske kærlighed, den uforelskede realisering af seksuallivet til den ene side og åndeliggørelsen til den anden side, så kommer de i stand ved, at man benytter sig af, at komponenterne til at begynde med opstår hver for sig. Den uafhængighed af forelskelsen, hvormed genitalbehovet melder sig, forlænger man, måske livslangt, i et seksualliv, der intet har med kærligheden at gøre. Eller den uafhængighed af genitalbehovet, hvormed forelskelsen melder sig, forlænger man, måske også livslangt, i et forhold af ren åndelighed, sådan som det, som allerede nævnt, hændte i den romantiske idealismes periode.

Kærlighed og seksualitet.

Nu er der en variant, som der kan være grund til at tage frem, ikke fordi den i sig selv er ny, men fordi det er nyt, at den forfægtes, til tider i udtalt modsætning til vort kulturmønsters traditionelle idealdannelse. Men der er også den anden grund til at tage den frem, at den stiller krav om en gennemtænkning af forholdet mellem kærlighed og seksualitet, der ikke kan gå elementært nok til værks.

Varianten består i, at partnere under gensidig forsikring om, at de ikke er forelskede, tilfredsstillende hinandens begær. Sammen har de vellysten ved kønsakten uden iøvrigt at bryde sig stort om hinanden, og det er langt fra dem at forsøge at bilde sig selv eller den anden det ind. At dømme efter Sven Møller Kristensens fremstilling i »Den dobbelte eros«, København 1966, kendte det forrige århundredes danske litteratur til den nøgne seksualitet, men den var udtryk for splittethed, forrevethed, dæmoni og umættelighed, kun ikke for nøgternhed og jævnmødighed. Heller ikke hos naturalisterne, stort set. De fleste af dem betragtede eros som »det højeste og forsåvidt det helligste i tilværelsen, som livets mening og mysterium«, siger Møller Kristensen et sted (s. 142). Dermed være ikke sagt, at varianten ikke eksisterede, men til litterær fremstilling fandtes den altså ikke værdig.

Karakteristisk for det jævnmødige, kun seksuelle forhold er det, at genkærligheden på forhånd er afskrevet. Den er man ikke ude efter, den bryder man sig ikke om. Nogle vil mene, at det er bedst, om den udebliver, for melder den sig, afstedkommer den kun bryderier, og bryderier har man netop villet undgå med den gensidige overenskomst om, at forholdet var uforpligtende. Andre vil mene, at kærligheden er et tilskud, men ikke nødvendig. De siger: Ved det meste af hvad vi foretager os, forhøjer det nydelsen, hvis vi foretager det sammen med nogen, vi godt kan lide. Der er mere fornøjelse ved en rejse sammen med gode venner, end med et os uvedkommende rejseselskab. Der er mere spas ved at sætte sig til bords med folk, man kan godt sammen med, end ved at falde ned ved et bord i en kantine og indtage sit måltid sammen med ukendte personer. Og sådan er der også mere glæde ved et samleje sammen med den, man elsker, end med en partner man ikke er forelsket i. Men derfor er selskabsrejser og kantinemåltider ikke af vejen, — man får immervæk set sig om og bliver mæt. Og sådan er et samleje med een, man ikke er forelsket i, heller ikke af vejen — vellysten bliver man ikke snydt for. Kærligheden forhøjer den seksuelle nydelse, men betinger den ikke.

Konklusionen er rigtig. Der er tilstrækkelig parallelitet mellem de anførte fænomener til, at man fra dem kan gå frem til konklusionen. Men det betyder ikke, at man fra konklusionen - der altså siger, at seksualitet og kærlig-

hed ikke nødvendigvis er forbundne med hinanden - kan gå tilbage og sige, at der er luttet parallelitet mellem de anførte fænomener. Fordi der er parallelitet nok mellem selskabsrejser, kantinemåltider og uforelskede samlinger til at slutte, at den seksuelle vellyst ikke er betinget af forelskelse, er dermed ikke sagt, at der ikke er andet end parallelitet mellem de anførte foretagender. Der er også en fundamental forskel.

Fornøjelsen ved samværet med mennesker, man godt kan lide og måske holder meget af, er formidlet. Rejser man sammen, er fornøjelsen formidlet af, hvad man ser og oplever; spiser man sammen, er den formidlet af maden, går man i teater sammen af skuespillet, taler man sammen af samtalens emner o. s. v. Fornøjer jeg mig over min vens vid og billeddannende formuleringsevne, så fornøjer jeg mig over ham, sådan som han er til stede i talens og dens emners formidling af vort samvær. Også når det er personligt og fortroligt. Også da er ordene en objektivisering.

Den kønslige forbindelse er derimod uformidlet. Ikke i nogen anden form for samvær mellem mennesker finder der en forening sted, der er at sammenligne med den, der finder sted i samlejet. Samtidig er det, når det lykkes, ledsaget af den højeste vellyst. Det betyder ikke, at den uformidlede forening og dens vellyst af orgastisk art uvægerligt gør forholdet mellem de to parter til et kærlighedsforhold. I de fleste kulturer sker det måske ikke. Men derfor kan det godt være, at de biologiske kendsgerninger - den uformidlede forening og dens særegne vellyst - er med til at give en forklaring på, hvorfor vor kultur har kunnet etablere så tæt en forbindelse mellem kærlighed og seksualitet, som den har. Ganske vist er, som allerede nævnt, forbindelsen bragt i stand af kulturmønsteret og dets idealdannelse og ikke af seksualbehovet, taget rent biologisk. Alligevel kan man spørge, om den kulturelt og ideelt iværksatte forbindelse er tilfældig, eller om der ikke er noget ved de biologiske kendsgerninger, der lægger forbindelsen nær. Det vil jeg mene, der er. Men hvad er det. Hvorfor er det lykkeligst, når samlejets uformidlede forening er et kærlighedsforhold?

Den sammenligning af det seksuelle samvær med alt andet samvær, som forfægterne af den ny variant anstiller, er oplysende. Jeg fortsætter med den og ser først bort fra seksu-

ali teten og holder mig til det almindelige og formidlede samvær. I det har vi tag på os selv. Det betyder ikke, til trods for at vendingen kunne tyde på det, at vi tager os sammen; det går nemlig af sig selv. Det sker ikke takket være selvbeherskelse, som om vi i og for sig skulle have lyst til at lade følelser eller drifter løbe af med os. At have tag på sig selv som betingelse for, at et samvær ikke bliver pinligt, betyder snarere, at den enkelte taler og handler ud af en sindsreserve. Ud af den henter han sine ord og handlinger. Til den taler og appellerer de andre, de regner med den som en lyttende sangbund for deres tiltale. For at et samvær på een gang skal være åbent og upinligt, må den enkelte på een gang være til stede i, hvad han siger - og være mere end det.

Det bliver tydeligt, når det går galt, og man forløber sig. Hvorfor er det så pinligt for de tilstedeværende, og hvorfor er man selv bagefter så utilpas ved det? Det er ingen forklaring at sige, at det er uværdigt at miste selvbeherskelsen. Det kunne man sige i den victorianske tidsalder, hvor det i den grad var om at gøre at opføre sig værdigt, at en mand på over de tredive blev uværdig af at skynde sig op ad trappen. Nej, forklaringen er, at når man forløber sig, er sindsreserven væk. Den anden har ikke noget at tale til, intet at appellere til, intet at lide på, det er det pinlige. Man sætter sine reserver til, når man forløber sig.

Det almindelige og formidlede samvær bliver også pinligt, når formidlingen sættes ud af kraft af, at en af de tilstedeværende vender vrangen ud på sig selv. Den negative reaktion skyldes ikke, at det er privat, hvad man bliver vidne til, men den skyldes, at det ikke er objektiveret. Derfor er det ikke vanskeligheder, forlegenhed, nød, skyld, lidt eller begået uret, som det er pinligt at høre på, hvis ellers den pågældende, hvor meget han end er involveret, forsøger at distancere sig nok til det at tage det sagligt. Pinlig er derimod det ubundne, diffuse udbrud. Skikkelsesløst og uformet til stede i det trænger den anden sig ind på livet af een. Der er intet imellem os til at aflaste os, intet som der skal tages stilling til, eller som forlanger en indsats. Man er uden frihed.

Hvad nu det seksuelle forhold angår, så er det, som allerede nævnt, uformidlet sammenlignet med alt andet samvær. Er det da pin-

ligt? Det hænder. Når tilnærmelser fra en person, som man ikke føler sig tiltrukket af, virker frastødende, skyldes det, at det seksuelle forhold er uformidlet. Det intime forhold, fordi det grunder sig i seksualitetens uformidlethed, har den elskede eneret på. Kærligheden gør nemlig det uformidlede i forholdet til det modsatte af pinligt. Af følgende grund:

I vort samvær med andre mennesker, i underholdning, i arbejdsfællesskab, i tankeudveksling, forventer vi at blive accepterede. Og som samvær med et andet menneske er den erotiske kærlighed selvsagt også en forventning om at blive accepteret. Men i enestående forstand. Accepteringen i den erotiske kærlighed udmærker sig ved at være ureserveret. At blive genstand for kærlighed er at blive taget for den, man er - uden at skulle leve op til et ideal for at blive elsket. Det er nok, at man er, som man er, på det tages man, på det elskes man.

Det forbeholdsløse ved kærligheden svarer til det uformidlede ved det seksuelle forhold. Begge er hengivelse i enestående forstand. Også i den seksuelle hengivelse mister man taget på sig selv, sindsreserven er væk, men det er alt andet end pinligt, fordi genkærligheden er en acceptering af personen i dens legemlig-sjælelige totalitet. Den seksuelle hengivelse kan man for den sags skyld kalde et ikke-objektiveret udbrud, skikkelsesløst, uformet, ubundent. Jørgen Jørgensen kalder orgasmen for diffus. Heller ikke er der noget partnerne imellem til at aflaste deres forhold. Men det gør ingenting, thi konsekvensen er den modsatte af før. Ikke ufrihed, men frihed, fordi hengivelsen opfanges af genkærligheden. Accepteringen er så total som hengivelsen.

Tabuisering.

For igen at se bort fra seksualiteten og for et øjeblik vende tilbage til det almindelige og formidlede samvær, er det vigtigt at gøre sig klart, at når det går hen og bliver pinligt, skyldes det i og for sig ikke ytringernes emner. Som allerede nævnt, samværet, der var tænkt at skulle være formidlet, bliver ikke pinligt af betroelsens private art. Alt kan nævnes ved navn, selv det privateste. Den negative reaktion indfinder sig først, når en person skyder alle bestræbelser for at magte sin skæbne til side for i stedet at benytte sin misere til at trænge sig ind på livet af een. Uden

afstand til sin egen misere gør han den andens forhold til sig og miserens afstandsløst.

Det tilsvarende gælder seksualiteten, når det drejer sig om oplysning. Alt kan siges, alt kan vises, thi sagligheden gør oplysningen formidlet. Den negative reaktion er kun på sin plads, når en person udnytter den uformidlethed, der hører fuldbyrdelsen af seksualiteten til, til at bringe sig i et intimt forhold til een.

Den negative reaktion har derfor intet med tabuiseringen at gøre, hverken i henseende til funktion eller oprindelse. Ytringer og mekanismer, biologiske og psykologiske, er blevet belagt med tabu alene i kraft af deres emner: at de hører seksualiteten til. Tabuiseringen skyldes en moral, der enten ligefrem mistænkeliggjorde sanselysten eller ikke vidste, hvad den skulle stille op med den. Den negative reaktion er derimod et udslag af den forbindelse mellem kærlighed og seksualitet, der har vundet hævd i vor kultur. Hvad der reageres negativt på er, at en person forsøger at bringe sig i seksualitetens uformidlede forhold til een til trods for, at kærligheden mangler.

Ægteskab.

Uundgåeligt rejser det spørgsmål sig, om de højder af idealdannelse, som seksuallivet har givet anledning til i vor kultur, er forenelig med institutionaliseringen af det i ægteskabet. Må ikke intensiveringen af følelsen true troskaben, eller ligefrem være uforenelig med den.

De indre forbindelser mellem følelsens intensitet og varighed, mellem kærlighed og troskab, hører imidlertid også med til idealdannelsen. Fordi forelskelsen er rettet imod den anden persons hele væsen, forventer den forelskede, at den elskede deler alt med ham eller hende. Det er tendensen i det erotiske behov til varighed. Efter sin art og forventning, rettet som det er mod den anden person i dens totalitet, vil det erotiske behov ikke nøjes med mindre end et livsfællesskab med den elskede. Psykologisk sagt, tilfredsstillelsen af det erotiske behov indbefatter tilfredsstillelsen af mange andre behov. Af seksuallivets komponenter drager det erotiske behov igen alle mulige andre, livsnødvendige behov med ind under sig. Og jo flere behov den elskede tilfredsstiller, jo mere sammensat er kærligheden. Af samme grund - nemlig at de to parter hos hinanden tilfredsstiller mange andre

behov end seksualbehovet - tager den ægte-kabelige kærlighed sig de forskelligste former.

Der er ulemper forbundet med den mægtige idealisering af kærligheden, der er så karakteristisk for vor kultur, og måske kun for den. Intensiteten dyrkes på eensidig vis. Hvad der ikke er følelse på højdepunktet, er sløvhed. Hvad der ikke er høj-erotisk, er nul og nix. Som om kærligheden ikke også tilskyndede til et omfattende livsfællesskab.

En anden ulempe er, at idealiseringen stemmer forventningerne så højt, at de let udfordrer skuffelsen. Den stiller så høje emotionelle fordringer, at de allerfleste, om de forsøgte at honorere dem, sjæleligt ville gå til af overanstrengelse. Som kulturelt herskende størrelse påduttes en lidenskabelig kærlighed også dem, hvis temperament ikke er til det. Idealdannelsen tilskynder til at generalisere, hvad der er forkert at generalisere. Som om kærligheden ikke kan indfinde sig og udfolde sig i alle ægteskaber, der er indgået på et hvilket som helst sted af skalaen, der ligger mellem fornuft og lidenskab. Overhovedet er kærlighedsforståelsen ikke alene kulturelt betinget, men også betinget af den enkeltes temperament og hele væsen.

Seksualitet og etik.

Hver idealdannelses-niveau har sin ansvarlighed. Også det uforelskede, såkaldt uforpligtende seksuelle forhold har sin forpligtelse. Den består i at se til, at det seksuelle forhold indledes og fortsættes uden tvang og bedrag, og at sørge for at det ikke fører en uønsket graviditet med sig.

Men altid lader det sig ikke gøre at holde idealdannelsens og dens ansvarligheds forskellige niveauer ode fra hinanden. Med det kun seksuelle forhold er der forbundet den fare, at kærligheden indfinder sig hos den ene af partnerne. Så fast har idealdannelsen, i hvis vold de fleste mennesker i vor kultur er, knyttet båndet mellem seksualitet og kærlighed. Om Delphine og Rastignac i romanen »Far Goriot« siger Balzac, at deres kærlighed udsprang af den vellyst, de havde beredt hinanden. »Ved at eje denne kvinde opdagede Rastignac, at han hidtil kun havde begæret hende, men først dagen derefter elskede han hende; måske er kærligheden kun taknemmelighed for lykkefølelser«.

Religiøs, moralsk, videnskabelig opfattelse af seksualiteten.

I lange stræk i Europas historie har seksualbehovets ubetvingelighed været anset for et udslag af menneskets syndighed. Til grund for opfattelsen lå et asketisk-dualistisk syn på menneskets natur, der stammer fra gnoticismen, vandt indpas i kirken og gennem den kom til at præge europæisk tænkemåde. Så mange ulemper der var forbundet med opfattelsen, een fordel havde den, den var realistisk, den så ubetvingeligheden i øjnene. På før-puritansk vis karakteriseres seksualbehovets ustyrlighed og voldsomhed af medicinerne, fulgt af teologerne, som epileptisk og apoplektisk, hvad der svarer til en moderne, knap så æstetisk og etisk nedvurderende karakteristik af orgasmen som diffus. Ingen drømte om at bringe ubetvingeligheden ud af verden. Opfattelsen af den som synd førte med sig, at man anså den for uundgåelig.

Det ændrer sig, da tabuiseringen kommer til og bliver den rådende i borgerskabet, ikke først; i viktorianismen, men allerede i puritanismen. Seksualbehovets ubetvingelighed forties; man lod, som om fænomenet ikke var til, og ingen problemer stillede. Generelt sagt, synet forskydes fra det religiøse til det moralske. Religiøst var den et tegn på, at verden ligger i det onde, og at det ikke kan være anderledes på dødens vilkår. Moralsk derimod fordømtes seksualitetens uregerlighed som det, der kan og skal være anderledes, hvorved camouflagen og fortrængningen indfandt sig.

I dag er synet videnskabeligt. Og en forudsætning for, at krav om udbredelse og forbedring af seksualoplysning har kunnet rejse sig og tage til i styrke i det 20. århundrede, har været, at en forståelse af, at det seksuelle behovs ubetvingelighed er biologisk betinget, har kunnet trænge en moralsk fordømmelse og fortielse tilbage. Med alt hvad biologi og psykologi har at give af oplysning om det seksuelle liv, fravristes det moralens tabuisering. Sådan som stillingen er, bliver det en kamp, der står på. Den videnskabelige oplysning bliver idealdannende, den kommer til at tjene en asterisk frigørelse af seksualiteten og dens sanselyst, ordet »æstetisk« taget i viid forstand.

Men dermed er problemet ikke løst, på en måde først stillet, da den æstetiske frigørelse ikke er ensbetydende med at give behovtil-

fredsstillelsen frit løb. Det lader sig ikke gøre, da med August Forels ord (citeret af Jørgen Jørgensen) »den normale mand bliver sanseligt draget af så godt som enhver sund og ung kvinde«. Eller med Eyvind Johnsons ord i »Livsdagen lang«, »Så mægtig er den lyst, som ofte indbilder sig at være rettet mod en eneste kvindekrop: Lysten til at få dem alle ...«. Og Eyvind Johnson følger til »og disse alle bliver da en kvindekrop uden ansigt«. Og han kommer med endnu en tilføjelse: »Bærer han den vilde ynglingedrøm med sig ind i modnere år, ind mod grænsen til alderdommen, er han fortabt; han er fortabt i naragtighedens sump«.

Når seksualbehovet kun vækkes overfladisk og forbigående af enhver attraktiv person af modsat køn, er det, fordi tilbageholdenheden er indbygget i konventionen. Men hvad der gælder konventionen, gælder selvsagt i endnu højere grad idealdannelsen. Uden tilbageholdenheden ingen idealdannelse. Hvormed ikke skal være sagt, at der ikke også er mange andre grunde end konvention og idealdannelse til, at mennesker ikke følger den tiltrækning, som personen af modsat køn øver, angst for komplikationer, frygt for at blive til grin, ugidelighed, respekt for den anden persons idealdannelse, uvilje imod forførelse og presion.

Videnskab og idealdannelse.

Der er almindelig enighed om, at seksualoplysningen ikke kun skal være biologisk, men også etisk. Men før etikken melder livsanskuelsens eller idealdannelsens problemer sig. Med andre ord, problemet om forholdet mellem biologi og etik kommer før problemet om forholdet mellem biologi og kultur.

Og det presserende spørgsmål, som ingen seksualoplysning kommer udenom at tage op, lyder: Kan vi forene seksualbehovets biologisk betingede ubetvingelighed, som videnskaberne har hentet ud af den moralske fordømmelse og fortielse, med den sammensætning af seksualitet og kærlighed, der som idealdannelse har vundet hævd i vor kultur? Der er en seksualoplysning, der må gives i form af en dialog mellem, hvad videnskaberne fortæller os, og hvad idealdannelsen stiller os i udsigt.

Før alt andet kommer man sikkert til at vedgå, at der mellem den biologisk dokumenterede ubetvingelighed og den kulturelt skabte idealdannelse består en så stor spæn-

ding, at ingen skal hem ve sig til illusioner om, at deres seksualliv l .n arte sig uproblematisk.

Ubetvingeligheden har alle dage truet idealdannelsen, det siger sig selv. Men to ting er kommet til. Videnskaberne har konstateret ubetvingelighedens biologiske betingethed, og idealdannelsen er på vej til at miste den moralske fordømmelses afstivning. Sætte sig igennem kan idealdannelsen nu kun på de forventninger, den kan vække, og på de lykke-, oplevelses- og ansvarschancer den kan give.

Vor biologiske indretning kan vi ikke lave om på, men vi kan gøre noget meget forskelligt ud fra den. Vi lever ikke bare vore behov ud, men tager et forhold til dem op og tager stilling til, på hvad måde vi vil tilfredsstille dem. Vi har et vist spillerum. Hvilken stilling, den enkelte indtager til sine behov, er ikke alene individuelt, men også traditionelt bestemt. Vort forhold til vor egen biologiske konstitution er bestemt af vore kulturelt givne idealdannelser. Ikke mindst på det seksuelle område.

Amtsundersøgelsen

Undersøgelsens tilrettelæggelse

Seksualoplysningsudvalget gennemførte i 1964/65 en undersøgelse inden for et begrænset geografisk område, samtidig med at man foranstaltede en oplysnings- og propaganda-virksomhed blandt områdets læger og øvrige medicinalpersoner (jordemødre og sundhedsplejersker).

Undersøgelsens primære formål var at få oplyst

- a) i hvilket omfang det er muligt at basere den individuelle rådgivning i seksuelle spørgsmål - specielt oplæring i brug af svangerskabsforebyggende midler - på de alment praktiserende læger,
- b) hvem der i relation til alder, civilstand og socialgruppe søger vejledning i antikonception,
- c) hvem der ønsker anonymitet, og
- d) i hvilket omfang lægen selv tager initiativ til vejledningen.

Herudover ville man i forbindelse med undersøgelsen søge at belyse forskellige andre forhold af interesse for udvalgets arbejde.

Efter samråd med medicinal-statistisk kontor i sundhedsstyrelsen blev Sorø amt valgt som velegnet til en undersøgelse af denne art. Den nærmere tilrettelæggelse og udførelse af undersøgelsen gennemførtes af læge Agnete M. Bræstrup fra seksualoplysningsudvalget og Sydvestsjællands lægekreds' hygiejneudvalg; i hvis navn undersøgelsen blev gennemført.

Undersøgelsen blev opdelt i I. en hovedundersøgelse gående ud på at indhente oplysninger om de kvinder, der i en bestemt periode modtog oplysning om antikonception samt II. en sideløbende mere detaljeret undersøgelse, der blev foretaget af amtets sundhedsplejersker.

Ad I. Hovedundersøgelsen

Denne del af undersøgelsen skulle omfatte befolkningen i Sorø amt, og man rettede derfor henvendelse til samtlige praktiserende læger i amtet, der var medlem af Sydvestsjællands lægekredsforening, samt til enkelte læger, der var medlem af lægeforeningen i Præstø amt, men havde bopæl og praksis i Sorø amt, og endelig til et par læger med bopæl lige uden for amtsgrænsen, men med mange patienter fra Sorø amt. Man havde i første omgang til hensigt i forbindelse med undersøgelsen at forsøge at oprette seksualrådgivningsklinikker i amtet, hvor der på daværende tidspunkt ikke fandtes sådanne klinikker. Tanken hermed var at give befolkningen lejlighed til frit at vælge mellem rådgivning på klinik og hos praktiserende læge og således få et indtryk af, hvilken form for individuel vejledning der var den foretrukne. De deltagende læger modsatte sig imidlertid, at der oprettedes klinikker, og dette skete på så sent: et tidspunkt, at selve undersøgelsen ikke kunne overflyttes til et andet amt uden stor forsinkelse og økonomisk tab. For dog at få et indtryk af, hvilken rolle det spiller, at anonymiteten kan bevares, fandt man frem til en ordning, hvorefter kvinderne kunne henvende sig til et i forvejen bekendtgjort telefonnummer, hvorfra de så henvistes til en kvindelig praktiserende læge, af hvilke der fandtes 8 ret godt spredt over amtet. Antallet af henvendelser til det pågældende nummer var imidlertid så ringe, at det ikke deraf vil være berettiget at slutte noget om ønsket om anonymitet.

Undersøgelsen fandt sted i perioden 1. maj 1964 - 30. april 1965, efter at der i marts måned 1964 var afholdt et instruktionsmøde for de læger, der skulle medvirke i undersøgelsen. På dette møde blev undersøgelsens hele tilrettelæggelse samt spørgeskemaets ind-

hold detaljeret gennemgået, ligesom læge Agnete Bræstrup gennemgik de forskellige antikonceptionelle midler, der anvendtes på daværende tidspunkt. Lægerne blev ligeledes på dette møde forsynet med det fornødne instruktionsmateriale, herunder med et referat af dr. Helena Wrights demonstrationsinstruktion i antikonception. Endelig havde man udført et passende propagandaarbejde blandt såvel lægerne som amtets øvrige medicinalpersoner. Således uddeltes der pjecer og plakater til læger, jordemødre og sundhedsplejersker.

De deltagende læger skulle herefter i tilslutning til konsultationer, hvor der blev givet vejledning i brugen af antikonception, i undersøgelsesperioden udfylde et spørgeskema, der gav oplysning om patientens alder, civilstand og erhverv samt om ægtefællens erhverv. Herudover skulle oplyses, om det drejede sig om den pågældende læges egen patient eller en fremmed patient, samt om vejledningen blev givet på patientens eller på lægens initiativ. Endelig skulle den ordinerede metode anføres.

Ad II. Sundhedsplejerskeundersøgelsen

For at belyse kvindernes viden og adfærd på det seksuelle område i det amt, der var udvalgt til undersøgelsens gennemførelse, foranstaltede man ved sundhedsplejerskernes bistand en mere detaljeret undersøgelse i amtet.

Undersøgelsen, der også havde til formål at aktivisere sundhedsplejerskerne mest muligt i

kampagnen for oplysning om antikonception og familieplanlægning, blev foretaget blandt mødre, der havde født i andet kvartal af 1964. Den bestod i, at sundhedsplejersken ved sit besøg i hjemmet 6-8 uger efter barnets fødsel udfyldte et ret omfattende spørgeskema. Denne undersøgelse blev planlagt og gennemført, forinden det blev besluttet at gennemføre den landsomfattende mødreundersøgelse af de grunde, der er nævnt i betænkning I side 28 f, og den giver til en vis grad svar på de samme spørgsmål som denne undersøgelse.

Som for mødreundersøgelsen gælder det, at de udspurgte kvinder er mødre og derfor ikke er repræsentative for samtlige kvinder i amtet mellem 15 og 45 år. Det skyldes dels, at ca. 15 pct. af kvinderne aldrig får børn, dels at aldersfordelingen inden for materialet er afvigende fra aldersfordelingen blandt amtets kvinder i almindelighed, da fertiliteten er højst i de yngre aldersklasser.

Almindelig beskrivelse af Sorø amt

Sorø amt blev valgt til undersøgelsesområde bl.a. på grund af en god fordeling mellem by- og landbefolkning. Således boede ved folketællingen i 1960 63 pct. af amtets ialt 129.580 indbyggere i bymæssig bebyggelse og 37 pct. i landdistrikterne. På samme tidspunkt var de tilsvarende tal for hele landet 74 pct. og 26 pct. En stor del af forskellen i fordelingen skyldes, at hovedstadsområdet indgår i tallene for hele landet.

Tabel 1. Befolkningsfordeling.

	Sorø amt						Hele landet					
	¹Bymæssig bebyggelse		Land-distrikter		Tilsammen		²Bymæssig bebyggelse		Land-distrikter		Tilsammen	
	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.
Landbrug m. v.	3901	5	27262	56	31163	24	126721	4	727347	61	854068	19
Håndværk og industri	30798	38	9862	20	40660	31	1376687	40	209154	18	1585841	34
Øvrige erhverv	46357	57	11400	24	57757	45	1893928	56	251419	21	2145347	47
I alt	81056	100	48524	100	129580	100	3397336	100	1187920	100	4585256	100
Pct. fordeling by/land	63%		37%		100%		74%		26%		100%	

¹ D. v. s. købstæder med forstæder samt bymæssige bebyggelser.

² D. v. s. hovedstadsområdet, købstæder med forstæder samt bymæssige bebyggelser.

I tabel 1 er amtets befolkning og befolkningen i hele landet fordelt efter erhvervsgruppe samt bopæl. Det fremgår af tabellen, at fordelingen i Sorø amt stort set følger den fordeling, der gælder for hele landet. Dog er forholdsvis flere i Sorø amt beskæftiget med landbrug, men det må først og fremmest ses i sammenhæng med, at den befolkning, der er bosat i landdistrikterne, udgør en relativ større del af befolkningen i Sorø amt end af befolkningen i landet som helhed.

I tabel 2 er foretaget en sammenligning mellem socialgruppeinddelingen for mænd og kvinder i Sorø amt og i hele landet. Tallene hidrører også i denne tabel fra folketællingen i 1960.

Tabellen viser, at socialgruppeinddelingen i Sorø amt i store træk svarer til inddelingen i hele landet. Dog er for mændenes vedkommende socialgrupperne I-III lidt ringere repræsenteret i Sorø amt end i hele landet, mens tilsvarende flere mænd er placeret i soci-

Tabel 2. Socialgruppeinddeling.¹

	Sorø amt					Hele landet				
	Mænd		Kvinder			Mænd		Kvinder		
	Alle aldre	Heraf 25-39 år	Alle aldre	Heraf 14-19 år	Heraf 20-24 år	Alle aldre	Heraf 25-39 år	Alle aldre	Heraf 14-19 år	Heraf 20-24 år
Socialgruppe I-II	24,9	27,5	24,1	5,5	20,4	26,3	28,9	21,2	5,3	18,0
Socialgruppe III	38,3	36,3	42,8	56,4	44,5	40,5	39,4	42,6	55,4	51,2
Socialgruppe IV	35,3	35,8	30,4	33,0	25,0	32,3	30,9	34,9	35,9	26,6
Under uddannelse	1,5	0,4	2,7	5,1	10,1	0,9	0,8	1,3	3,4	4,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Med hensyn til den i udvalgets undersøgelser anvendte socialgruppeinddeling henvises til bilag 10.

Tabel 3. Aldersfordeling for kvinder mellem 15-44 år i Sorø amt.

Alder	Fordeling ved folketællingen 1960							Beregnet fordeling for 1965 I alt	
	Bymæssig bebyggelse		Egentligt landdistrikt		I alt				
	Ugifte	Andre	Ugifte	Andre	Ugifte	Andre	I alt		
15 år	758	0	461	0	1219	0	1219		
16 år	755	5	428	2	1183	7	1190		
17 år	720	22	326	12	1046	34	1080		
18 år	615	60	244	31	859	91	950		
19 år	502	101	172	57	674	158	832		
I alt 15-19 år	3350	188	1631	102	4981	290	5271	5800	
20 år	412	156	113	76	525	232	757		
21 år	321	230	72	121	393	351	744		
22 år	223	294	68	162	291	456	747		
23 år	197	344	49	156	246	500	746		
24 år	122	345	37	169	159	514	673		
I alt 20-24 år	1275	1369	339	684	1614	2053	3667	5000	
25-29 år	2413		1230					3643	3500
30-44 år	8041		4314					12355	11500
I alt	16636		8300					24936	25800

algruppe IV. For kvinders vedkommende gør den modsatte tendens sig gældende.

Endelig er der forholdsvis flere både mænd og specielt kvinder under uddannelse i amtet end i hele landet.

Tabel 3 viser fordelingen af kvinder i den fertile alder i Sorø amt i 1960 samt en beregnet fordeling for 1965.

Tabel 4. Medicinalpersoner pr. 31. december 1964.

	Sorø amt	Hele landet
Læger	142	6335
Heraf alment praktiserende læger.	68	2136
Jordemødre	17	630
Sundhedsplejersker...	14	685

Tabel 4 giver en oversigt over antallet af medicinalpersoner i amtet. Af de 142 læger i amtet var 43 underordnede sygehuslæger og 99 praktiserende læger. 68 af disse var, som det fremgår af tabellen, alment praktiserende.

Sammenholdes amtets indbyggerantal med antallet af medicinalpersoner ses det, at amtet har den andel af praktiserende læger og jordemødre, der svarer til indbyggertallet, medens andelen af sundhedsplejersker ligger noget lavere end svarende til indbyggerantallet. Sammenligner man amtets andel af jordemødre og sundhedsplejersker med amtets fødselstal, der i 1964 var i alt 2.169 mod 84.129 fødsler i hele landet, er andelen af jordemødre lidt større og andelen af sundhedsplejersker væsentlig mindre end, hvad der ville svare til antallet af fødsler.

Undersøgelsens resultater

A. Hovedundersøgelsen

Kun én af de opfordrede læger ønskede ikke at deltage i undersøgelsen, der derefter kom til at omfatte 55 praktiserende læger fra Sorø amt og 1 læge fra Præstø amt. Sidstnævnte læge var bosat på grænsen mellem amterne, og de fleste af hans patienter havde bopæl i Sorø amt. 8 af de deltagende læger var kvindelige og de resterende mandlige.

I undersøgelsesperioden 1. maj 1964 - 30. april 1965 blev der jævnt fordelt over hele perioden udfyldt 833 spørgeskemaer af de deltagende læger, se tabel 5. Der er, som det fremgår af tabel 5, ikke væsentlig forskydning i årets løb.

Patienterne fordeler sig i øvrigt ikke lige- ligt mellem lægerne, idet 3 læger havde godt 20 pct. af patienterne, og 12 læger eller knapt 22 pct. af samtlige havde godt halvdelen af patienterne. De 8 kvindelige læger havde til- sammen 185 eller godt 22 pct. af samtlige pa- tienter. En af de kvindelige læger havde ikke givet vejledning i antikonception, 2 kvinde- lige læger havde haft hver 9 patienter, én havde haft 13 patienter, og de resterende 4 havde haft 20 patienter og derover. 2 kvinde- lige læger havde over 50 patienter. 6 af de mandlige læger havde haft 30 patienter og derover, 5 mandlige læger havde haft 20-30 patienter, 14 havde haft 10-20 patienter, og endelig havde 2 af de deltagende mandlige læger ikke givet vejledning i antikonception i undersøgelsesperioden. Disse tal synes at vise, at det ikke så meget er lægens køn som andre faktorer, der er bestemmende for, om patient-erne henvender sig for at få vejledning i an- tikonception.

Tabel 5. Antal indgåede skemaer 1. maj 1964 til 30. april 1965.

																		I alt		
Uge:	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	285		
Skemaer	5	19	27	23	13	21	25	12	16	22	13	14	10	14	18	16	17			
Uge:	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	275		
Skemaer	11	20	18	19	19	16	21	12	12	13	11	19	12	11	12	29	20			
Uge:	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	273
Skemaer	5	12	17	23	23	14	14	20	12	22	10	11	14	11	9	18	6	10	22	
																		833		

Tabel 6. Patienternes fordeling efter alder¹ og civilstand.

Alder	Ugifte		Gifte		Forh. gifte		Tilsammen	
	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.
15 år.....	3	0,9	—	—	—	—	3	0,4
16 år.....	15	4,4	—	—	—	—	15	1,8
17 år.....	49	14,4	5	1,1	—	—	54	6,4
18 år.....	64	18,8	11	2,3	—	—	75	9,0
19 år.....	79	23,2	19	4,0	—	—	98	11,8
20–24 år.....	107	31,5	167	35,2	4	22,2	278	33,4
25–29 år.....	11	3,2	127	26,7	6	33,3	144	17,3
30–34 år.....	3	0,9	60	12,6	2	11,1	65	7,8
35 år og derover...	3	0,9	68	14,3	6	33,3	77	9,2
Uoplyst.....	6	1,8	18	3,8	—	—	24	2,9
I alt.....	340	100	475	100	18	99,9	833	100
Pct.....	40,8		57,0		2,2		100	

Alder og civilstand

Blandt materialet er 340 eller ca. 41 pct. ugifte, 475 eller 57 pct. gifte og 18 eller 2 pct. tidligere gifte kvinder.

Medianalderen er 19 år for ugifte, 26 år for gifte og 28 år for tidligere gifte.

62 pct. af de ugifte er under 20 år, medens kun ca. 7 pct. af de gifte og ingen af de tidligere gifte er under denne alder. 20 pct. af de ugifte og 1 pct. af de gifte er under 18 år.

Blandt de gifte er 27 pct. 30 år og derover. Blandt de tidligere gifte er 45 pct. over denne alder, medens kun ca. 2 pct. af de ugifte er over 30 år.

Da spørgeskemaet ikke oplyser, om det er første vejledning, er det vanskeligt at sige,

hvor stor en andel af alle kvinder i amtet, der får vejledning hos lægen. Antager man imidlertid, at det for alle kvinder under 20 år drejer sig om 1. vejledning, var der i undersøgelsesperioden ca. 250 første vejledninger. Dette svarer til ca. 1/5 til 1/4 af en årgang unge kvinder, der i 1964 omfattede ca. 11-1200 kvinder. Dette er en forholdsvis høj andel.

Socialgruppeplacering og bopæl

Af tabel 7 fremgår, at 1 pct. af de ugifte er placeret i socialgruppe II. 45 pct. ugifte tilhører socialgruppe III. Det drejer sig fortrinsvis om funktionærer af lavere grad, og 31 pct. er placeret i socialgruppe IV. Endelig er

Tabel 7. Patienternes socialgruppeplacering.¹

	Ugifte		Gifte			
	I alt	Pct.	Efter ægtefællens erhverv		Efter eget erhverv	
			I alt	Pct.	I alt	Pct.
Socialgruppe II.....	4	1	84	18	22	26
Socialgruppe III:						
Husmænd, fiskere og mindre erhvervsdrivende.....	0		40	8	0	—
Funktionærer m. v.....	124	37	92	19	40	46
Faglærte arbejdere.....	27	8	122	26	5	6
Socialgruppe IV:						
Andre arbejdere.....	107	31	117	25	15	17
Studerende og skoleelever.....	72	21	7	1	4	5
Uoplyst og intet.....	6	2	13	3	0	—
I alt.....	340	100	475	100	86	100
Husmødre.....					389	

¹ Med hensyn til den i udvalgets undersøgelser anvendte socialgruppeinddeling henvises til bilag 10.

21 pct. af de ugifte skoleelever eller studerende.

78 pct. af de gifte kvinder har ikke arbejde uden for hjemmet. De gifte kvinder, der har udearbejde, har i det hele en lidt højere erhvervsmæssig placering end de ugifte. Således er ca. 25 pct. af denne gruppe placeret i socialgruppe II og kun ca. 17 pct. i socialgruppe IV. 5 pct. er skoleelever eller studerende. Opdeles de gifte kvinder efter ægtefællens erhverv, hører ca. 18 pct. til socialgruppe II, ca. 53 pct. til socialgruppe III og kun ca. 25 pct. til socialgruppe IV.

De tidligere gifte kvinder er på grund af det ringe antal ikke medtaget i tabellen. 8 af de 18 tidligere gifte kvinder er faglærte, og 8 er ufaglærte arbejdere.

Foretages en sammenligning mellem tabel 7 og tabel 2, der viser socialgruppeplaceringen for hele befolkningen i Sorø amt og i hele landet, ses det, at socialgruppe III, der omfatter bl. a. funktionærer af lavere grad og faglærte arbejdere, udgør en langt større procentdel af det foreliggende materiale end af den samlede befolkning i såvel amtet som hele landet, medens såvel de højere som de laveste sociale lag er ringere repræsenteret i materialet.

598 eller ca. 72 pct. af samtlige bor i købstæder + forstæder samt Haslev, der på grund af sin bymæssige karakter er medregnet i dette tal. 228 eller ca. 27 pct. kommer fra landsognene, og ca. 1 pct. af patienterne havde bopæl uden for Sorø amt. Dette er i forhold til hele befolkningen betydelig færre kvinder fra landdistrikterne, hvor der boede 45 pct. Forholdsvis lidt flere af de ugifte kommer fra købstæderne og lidt færre fra landsognene (henholdsvis 77 pct. og 22 pct.).

Hvilken rolle spiller anonymiteten?

Kun 63 eller knapt 8 pct. af samtlige 833 patienter rettede henvendelse til en fremmed læge.

Af de ugifte søgte 12 pct. fremmed læge, af de gifte kun 4 pct. En tidligere gift kvinde søgte fremmed læge.

I tabel 8a og b er de kvinder, der søger fremmed læge, fordelt efter civilstand samt efter lægens bopæl og køn.

Af tabel a ses, at ca. 97 pct. af de kvinder, der søgte fremmed læge, søgte en læge i en by.

Tabel 8. »Fremmed patient« fordelt efter lægens bopæl samt lægens køn.

a. Efter lægens bopæl.

	Ugifte	Gifte + tidl. gifte	I alt	Pct.
By ¹	40	21	61	96,8
Land ²	2	0	2	3,2
I alt	42	21	63	100,0

b. Efter lægens køn.

	Ugifte	Gifte + tidl. gifte	I alt	Pct.
Kvindelig	23	14	37	58,7
Mandlig	19	7	26	41,3
I alt	42	21	63	100,0

¹ Købstæder + Haslev.

² Incl. bymæssige bebyggelser.

Kun to kvinder søgte en fremmed læge på landet. Af de patienter, der søgte fremmed læge, søgte lidt flere en fremmed kvindelig læge (ca. 59 pct.), og lidt færre (ca. 41 pct.) søgte en fremmed mandlig læge (jfr. tabel 8b). Forholdsvis flere af de gifte og tidligere gifte end af de aldrig gifte kvinder i denne gruppe søgte en fremmed kvindelig læge (ca. 67 pct. mod ca. 55 pct.).

En opdeling af de »fremmede patienter« efter socialgruppe (de gifte efter ægtefællens sociale status) viser ingen tydelige forskelle fra hele materialet, men peger måske dog i retning af, at forholdsvis flere kvinder i højere sociale lag søger fremmed læge.

Endelig kan det ved en fordeling af de »fremmede patienter« efter bopæl sammenholdt med hele materialets bopæl konstateres, at forholdsvis den samme andel af kvinder fra byerne som fra landet søger fremmed læge, nemlig mellem 7 og 8 pct.

Hvis man af dette lille materiale tør drage nogen konklusion vedrørende ønsket om anonymitet, hvilket er så meget mere betænkeligt, som henvendelsen til fremmed læge ikke for alle kvinder i denne gruppe behøver at være motiveret af ønsket om anonymitet, idet f. eks. også ønsket om at xådføre sig med en kvindelig læge vedrørende dette specielle emne kan have spillet ind, bliver konklusionen, at lidt flere ugifte end gifte søger fremmed læge, medens denne gruppe kvinder ikke

adskiller sig fra hele materialet, hvad angår socialgruppe og bopæl.

Det mest bemærkelsesværdige er nok netop det ringe antal, der søgte fremmed læge, hvilket synes at vise, at ønsket om anonymitet i dag ikke er særligt stort.

Initiativet.

Et af de spørgsmål, man i undersøgelsen havde bedt lægerne besvare, var, hvem der tog initiativet til vejledningen.

Langt hovedparten - godt 85 pct. - af patienterne søgte vejledning på eget initiativ, og det gjaldt for såvel ugifte som gifte og tidligere gifte patienter (se tabel 9).

Tabel 9. *Henvendelserne fordelt efter initiativ og civilstand.*

Initiativ taget af	Ugifte	Gifte + tidl. gifte	I alt		Pct.
			I alt	Pct.	
Patienten .	295	416	711	85,3	
Lægen	36	77	113	13,6	
Patientens moder . .	6	—	6	0,7	
Andet	3	—	3	0,4	
Tilsammen	340	493	833	100	

I ca. 14 pct. af tilfældene blev vejledningen givet på lægens initiativ, og endelig var det i 6 tilfælde - alle ugifte patienter - patientens moder, der tog initiativet til, at vejledningen blev givet. Lægen tog initiativet i ca. 11 pct. af tilfældene hos ugifte og i ca. 16 pct. af tilfældene hos gifte

Fordeles de kvinder, overfor hvem lægen tog initiativet til vejledningen, efter socialgruppe, viser det sig, at de stort set fordeles sig på samme måde som hele materialet.

Tabel 11. *Patienternes fordeling efter anvist metode og civilstand.*

Metode	Ugifte		Gifte + tidl. gifte		I alt	Pct.
	I alt	Pct.	I alt	Pct.		
Pessar (alm. + spec.)	295	86,8	377	76,5	672	80,8
Oral antikonception	5	1,5	71	14,4	76	9,1
Kondom	25	7,4	22	4,5	47	5,6
Andet	12	3,5	22	4,5	34	4,0
Intet eller uoplyst	3	0,8	1	0,2	4	0,5
I alt	340	100,0	493	100,1	833	100,0

måske dog med lidt flere i socialgruppe II og specielt i socialgruppe IV (jfr. tabel 10).

Ca. 81 pct. af samtlige de af undersøgelsen omfattede kvinder fik anvist pessar. Forholdsvis flere ugifte og tidligere gifte kvinder fik anvist dette middel, idet kun 75 pct. af de gifte kvinder fik pessar.

Tabel 10. *Patienter, hvor vejledning blev givet på lægens initiativ fordelt efter civilstand og socialgruppe.*

Socialgruppe	Ugifte + tidl. gifte		Gifte ¹	
	I alt	Pct.	I alt	Pct.
Socialgruppe II	0	0,0	14	18,7
Socialgruppe III	15	39,5	37	49,3
Socialgruppe IV	16	42,1	23	30,7
Studerende + skoleelever	7	18,4	0	0,0
Intet + uoplyst	0	0,0	1	1,3
I alt	38 ²	100,0	75	100,0
I pct. af samtlige patienter		10,6		15,6

¹ Ægtefællens socialgruppeplacering.

² Heraf 2 tidligere gifte.

Skønt oral antikonception ikke på undersøgelsens tidspunkt var endelig godkendt som svangerskabsforebyggende middel (dette middel blev først godkendt i løbet af efteråret 1966), fik 76 kvinder eller 9 pct. anvist dette middel. Det drejede sig hovedsageligt om gifte kvinder (71 gifte og 5 ugifte). 19 af de i undersøgelsen deltagende 56 læger anviste oral antikonception. Ca. 61 pct. af de tabletter, der blev givet, blev givet af 5 læger. Knap 6 pct. af samtlige kvinder, lidt flere ugifte end gifte, blev henvist til at lade part-

neren anvende kondom. Endvidere blev anvist stikpiller, creme alene og i et enkelt tilfælde skum. Endelig anviste én læge vattampion + eddike som præventivt middel til 1 ugift og 4 gifte kvinder.

Vedrørende lægernes ordinationspraksis i dag, efter at flere nye svangerskabsforebyggende midler er godkendt, henvises til bilag nr. 7.

B. Sundhedsplejer skeunder sø gelsen

Der var på undersøgelsestidspunktet ansat 13 sundhedsplejersker i Sorø amt. Disse deltog alle i undersøgelsen. I amtet var på det pågældende tidspunkt 543 børn født i april kvartal 1964 undergivet tilsyn af sundhedsplejerskerne. Der indsendtes 487 spørgeskemaer i udfyldt stand eller godt 89 pct samtlige mulige.

Af de 487 indsendte spørgeskemaer måtte 35 udgå som for mangelfuldt eller slet ikke udfyldte. 2 af disse skemaer vedrørte kvinder, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, og i ca. 15 tilfælde drejede det sig om kvinder, som de pågældende sundhedsplejersker ikke var i stand til at komme i kontakt med vedrørende disse spørgsmål.

De resterende udfyldte skemaer drejede sig om kvinder, der var fraflyttet distriktet eller havde udearbejde hele dagen, så barnet blev passet af andre, eller aldrig var alene, når sundhedsplejersken kom.

Materialet i denne undersøgelse består således af 452 mødre i Sorø amt, der fødte levende børn i april kvartal 1964.

Af de ialt 452 mødre er 20 eller godt 4

pct. ugifte, 422 eller godt 93 pct. gifte og 10 eller godt 2 pct. forhen gifte.

Af de 20 ugifte mødre er 13 under 20 år, og 4 er 17 år og derunder. 1 ugift moder er over 30 år, og de resterende er mellem 20 og 24 år.

Blandt de gifte mødre er kun 10 pct. under 20 år og knapt 2 pct. 17 år og derunder. Ca. 64 pct. er mellem 20 og 29 år, og de resterende er 30 år og derover. De tidligere gifte mødre fordeler sig aldersmæssigt nogenlunde som de gifte.

Tabel 13. Bor barnets fader og moder sammen?

	Ugifte	Gifte	Tidligere gifte
Bor sammen.	10	421	6
Bor ikke sammen. .	10	1	4
I alt.	20	422	10

Halvdelen af de ugifte mødre og 6 af de 10 tidligere gifte mødre bor sammen med barnets fader. Kun én gift moder bor ikke sammen med barnets fader. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at kun de ugifte mødre, der har barnet hos sig, er medtaget i denne undersøgelse.

Da de ugifte og tidligere gifte mødre udgør så lille en del - kun godt 6 pct. - af det samlede materiale, og da disse grupper faktisk størrelse - henholdsvis kun 20 og 10 personer - er så ringe, bør der ikke udledes noget af disse tal. I det følgende har man derfor helt udeladt disse grupper, og man beskæftiger sig herefter udelukkende med de gifte mødre i materialet.

Tabel 12. Moderens civilstand og alder ved barnets fødsel.

Alder	Ugifte		Gifte		Tidl. gifte		Tilsammen	
	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.
17 år og derunder.	4	20,0	7	1,7	—	—	11	2,4
18 år.	5	25,0	12	2,8	—	—	17	3,8
19 år.	4	20,0	23	5,5	1	10,0	28	6,2
20-24 år.	6	30,0	150	35,5	4	40,0	160	35,4
25-29 år.	—	—	121	28,7	3	30,0	124	27,4
30 år og derover.	1	5,0	109	25,8	2	20,0	112	24,8
I alt.	20	100,0	422	100,0	10	100,0	452	100,0
Pct.	4,4	—	93,4	—	2,2	—	100,0	—

Brug af forebyggende metoder

Sundhedsplejerskerne blev anmodet om at stille de pågældende mødre flere spørgsmål vedrørende deres brug af svangerskabsforebyggende metoder. For det første blev der spurgt, om den pågældende kvinde inden graviditeten havde brugt svangerskabsforebyggende metoder i forholdet til barnets fader, og i tilfælde af bekræftende svar, hvilke metoder der blev benyttet.

Dernæst blev der spurgt, om der blev anvendt nogen svangerskabsforebyggende metode under det samleje, hvor kvinden blev gravid. Og endelig spurgte man de pågældende, om de på undersøgelsens tidspunkt anvendte svangerskabsforebyggende metoder og i bekræftende fald hvilke.

Ca. 59 pct. eller 247 af de ialt 422 gifte mødre oplyste, at de forinden graviditeten anvendte præventive metoder. 62 pct. angav at have anvendt kondom, og 32 pct. havde brugt pessar med og uden creme. 7 anvendte »sikre dage«, 3 afbrudt samleje, 3 stikpiller eller skumtablet, 2 creme eller salve, og en enkelt anvendt oral antikonception.

Tabel 15. Anvendtes antikonception ved det samleje, hvor graviditeten indtrådte, fordelt efter hvorvidt de pågældende ønskede eller ikke ønskede graviditet? (Kun vedr. de mødre, der anvendte antikonception forinden graviditeten).

	Ønskede ikke graviditet	Ønskede graviditet	Ved ikke	Uoplyst	I alt
Blev der brugt noget ved den lejlighed, da De blev gravid?					
Ja . . .	18	4	2	1	25
Nej . .	54	147	2	5	208
Ved ikke .	4	3	2	-	9
Uoplyst	1	3	-	1	5
I alt	77	157	6	7	247

Af tabel 15 fremgår, at 77 af de ialt 247 kvinder, der anvendte præventive midler forinden graviditeten, ikke ønskede at blive gravide. Til trods herfor ser det ud til, at kun 18 eller 23 pct. af disse kvinder anvendte et præventivt middel under det samleje, hvor graviditeten indtrådte. 54 eller 70 pct. anvendte ikke antikonception, og 4 vidste ikke, hvorvidt de havde anvendt prævention ved denne lejlighed.

Endelig angav 301 eller godt 71 pct. af de ialt 422 gifte mødre, at de på undersøgelsens tidspunkt anvendte forebyggende metoder. 23 pct. af disse kvinder anvendte nu pessar, 63 pct. anvendte kondom, 14 kvinder havde ingen seksuelle forbindelser, og de resterende anvendte andre metoder, herunder afbrudt samleje og »sikre dage«.

Tabel 16. De gifte mødre fordelt efter, om de på undersøgelsestidspunktet ønskede ny graviditet, og hvilken antikonceptionel metode de anvendte.

Metode	Imod ny graviditet		Intet mod ny graviditet		Uoplyst ved ikke	
	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.
Ingen metode	96	24,7	9	36	3	42,8
Pessar	68	17,4	2	8	1	14,3
Kondom	190	48,7	7	28	2	28,6
Andet	30	7,7	1	4	0	0
Uoplyst	6	1,5	6	24	1	14,3
I alt	390	100,0	25	100,0	7	100,0

Af tabel 16 fremgår, at ca. 25 pct. af de kvinder, der er imod ny graviditet, ikke anvender svangerskabsforebyggende metoder. Tabellen viser i øvrigt, at kondom er det hyppigst anvendte svangerskabsforebyggende middel, og at kun 17 pct. af denne gruppe kvinder anvender pessar. Disse sidste oplysninger har dog ikke større interesse nu, efter at flere nye antikonceptionelle midler er taget i anvendelse.

Vejledning i antikonception hos praktiserende læger i København

Som et led i seksualoplysningsudvalgets arbejde indledte man fra Rigshospitalets psykiatriske klinik i 1962 et samarbejde med de praktiserende læger i Gentofte og København (Østerbro, Nørrebro og København K), der havde praksis i Rigshospitalets modtageområde.

Formålet var 1) at undersøge, i hvilken udstrækning praktiserende læger i øjeblikket giver antikonceptionel vejledning, 2) at undersøge, hvilke kvinder der retter henvendelse til praktiserende læger om antikonception, det vil sige en opgørelse af disse kvinders alder, civilstand, skolegang, erhverv, herunder gifte kvinders udeerhverv, boligforhold og tidligere graviditeter, 3) at redegøre for de forskellige antikonceptionelle midler, der anvendes, 4) at give oplysning om, hvorfra kvinderne havde fået seksualoplysning, herunder oplysning om antikonceptionelle metoder, 5) at efterundersøge og vurdere, i hvilken grad kvinderne har gennemført antikonceptionen, og hvilke vanskeligheder og gener af psykisk og fysisk art, der eventuelt har været for gennemførelsen.

Man indledte med at henvende sig til 48 læger med praksis i Rigshospitalets modtageområde, men kun 30 af disse erklærede sig villige til at udfylde et spørgeskema i tilslutning til konsultation om antikonception. De 18 læger, der ikke ville deltage, undslog sig for langt de flestes vedkommende med manglende tid; kun et par stykker var principielt imod en sådan undersøgelse.

Det lykkedes dog kun at få anvendelige spørgeskemaer fra 22 læger ved forundersøgelsen i oktober 1962 og fra 25 ved den endelige undersøgelse i oktober-november-december 1963. Der indkom henholdsvis 69 og 223 udfyldte skemaer. Da de 69 patienter i forundersøgelsermaterialet med hensyn til det undersøgte fordeler sig som materialet i den en-

delige undersøgelse, er det blevet medregnet heri, så undersøgelsen i alt omfatter 292 kvinder.

Undersøgelsermaterialet er bearbejdet og beskrevet af overlæge, dr. med. Kirsten Auker og læge Anders Groth.

ad 1. Af de 25 læger var 7 kvindelige, og de havde fra 9 til 23 henvendelser på 3 måneder, det vil sige gennemsnitligt 5 henvendelser om måneden. De 18 mandlige læger havde fra 1—15 henvendelser om måneden, altså gennemsnitligt 2 henvendelser om måneden, 3 af de mandlige læger havde kun én henvendelse i løbet af 3 måneder, og 2 havde kun 2 henvendelser, hvilket forrykker gennemsnittet noget.

Der er ingen forskel i alder, civilstand, skolegang og erhverv mellem de kvinder, der henvender sig til kvindelige læger, og dem, der henvender sig til mandlige læger.

Sammenfattende kan man sige, at kun en lille del af den praktiserende læges kvindelige patienter i 1962-63 anmoder om antikonceptionel vejledning, og at kvindelige læger oftere end deres mandlige kolleger giver denne vejledning.

Alder og civilstand

Af tabel 1 fremgår, at der er næsten dobbelt så mange ugifte (180) som gifte (99) og desuden 13 separerede, fraskilte og enker. Medianalderen er 22 år. Blandt de ugifte er 17 pct. 17 år eller derunder og 44 pct. under 20 år, blandt de gifte er de tilsvarende tal 1 pct. og 8 pct.

Godt en fjerdedel af hele materialet (11 pct. blandt ugifte og 54 pct. blandt gifte) har tidligere søgt vejledning og kommer for at få taget nyt mål til pessar. Gennemsnitsalderen ved første henvendelse er knap et år lavere end i hele materialet.

Tabel 1. Fordeling efter alder og civilstand.

Alder	Ugifte		Gifte		Fraskilte, separerede, enker		Total	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
15 år	1	0,6	—	—	—	—	1	0,3
16 år	7	3,9	—	—	—	—	7	2,4
17 år	22	12,2	1	1,0	—	—	23	7,9
18 år	23	12,8	4	4,0	—	—	27	9,2
19 år	26	14,4	3	3,0	—	—	29	9,9
20 år	21	11,7	6	6,1	1	7,7	28	9,6
21 år	21	11,7	3	3,0	—	—	24	8,2
22 år	22	6,7	2	2,0	1	7,7	15	5,1
23 år	17	9,4	12	12,1	3	23,1	32	10,9
24 år	7	3,9	10	10,1	1	7,7	18	6,2
25-29 år	14	7,8	27	27,3	3	23,1	44	15,1
30-34 år	4	2,2	15	15,2	1	7,7	20	6,8
35-39 år	1	0,6	9	9,1	2	15,4	12	4,1
40 år og derover	2	1,1	5	5,1	1	7,7	8	2,7
Uoplyst	2	1,1	2	2,0	—	—	4	1,4
Total	180	100,0	99	100,0	13	100,1	292	99,8

Tabel 2. Fordeling efter socialgruppe¹ og civilstand.

Socialgruppe	Ugifte		Gifte		Fraskilte, separerede, enker		Total		Ægtefælle	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Socialgruppe I + II	2	1,1	3	3,0	—	—	5	1,7	27	27,3
Socialgruppe III:										
a. Mindre erhvervsdrivende	—	—	1	1,0	—	—	1	0,3	10	10,1
b. Funktionærer incl. lærlinge (især kontor og handel)	85	47,2	21	21,2	7	53,8	113	38,2	23	23,2
c. Faglærte arbejdere incl. lærlinge (især industri og håndværk)	12	6,7	3	3,0	—	—	15	5,1	16	16,2
I alt socialgruppe III	97	53,9	25	25,2	7	53,8	129	43,6	49	49,5
Socialgruppe IV:										
Andre arbejdere	24	13,4	4	4,0	6	46,2	34	11,7	11	11,2
Studenter og skoleelever	45	25,0	6	6,1	—	—	51	17,5	6	6,1
Husmødre	1	0,6	52	52,5	—	—	53	18,1	—	—
Uoplyst eller dårligt oplyst	11	6,1	9	9,1	—	—	20	6,8	6	6,1
Total	180	100,1	99	99,9	13	100,0	292	99,4	99	100,2

¹ Med hensyn til den i udvalgets undersøgelser anvendte socialgruppeinddeling henvises til bilag 10.

Af tabel 2 fremgår, at lidt over 1/8 af de ugifte hører til socialgruppe IV, over halvdel hører til socialgruppen III, og de fleste af resten går i gymnasiet eller studerer på højere læreanstalt. For så vidt angår de gifte, forholder det sig på samme måde, idet kun 1/10 af de udearbejdende hører til socialgruppe IV.

Ser man endelig på ægtefællens sociale placering, er kun 1/10 i socialgruppe IV mod knapt en trediedel i normalbefolkningen, og ca. en fjerdedel er placeret i socialgruppe II. Da mange af de gifte har helt små børn, kan det ikke undre, at 53 pct. var hjemmegående husmødre, og kun 19 pct. var fuldt be-

skæftiget uden for hjemmet. 10 pct. havde deltidsarbejde.

Man kan herefter konkludere, at kvinderne i kraft af deres og/eller ægtefælles arbejde og erhvervsmæssige uddannelse har en gunstigere social placering end gennemsnitsbefolkningen.

Skoleuddannelse

Ovennævnte tendens gør sig naturligvis også gældende for en af dens forudsætninger, skoleuddannelsen jfr. tabel 3. Kun 25 pct. har ingen eksamen, og lige så mange har eller er ved at tage studentereksamen. I København og i samme aldre har ca. 50 pct. ingen eksamen og 10 pct. studentereksamen.

De fra landet tilflyttede har lavest skoleuddannelse; de fungerer oftest som husassistenter og ved lignende ufaglært arbejde. De fra købstæder tilflyttede har derimod lidt højere skoleuddannelse end de i København opvoksede.

Boligsituation

Endelig viser den gunstige sociale placering sig også i boligsituationen, jfr. tabel 4, idet ikke engang 1 pct. bor i overbefolkede lejligheder, det vil sige med mere end to beboere pr. værelse, og over halvdelen har et eller flere rum pr. beboer. Af de ugifte bor 40 pct. endnu hjemme.

Graviditeter

Af tabel 5 fremgår, at 8 pct. af de ugifte har været gravide, 5 har født 1 barn, 10 har

haft 1 abort, og 2 har haft henholdsvis 2 og 3 aborter. Af disse 15 er tre 17 og to 18 år gamle. Socialt placerer de sig som det øvrige materiale. Af de gifte har 14 (14 pct.) haft 1 abort og 3 (3 pct.) haft 2 aborter, 91 pct. har født, og de har oftest kun et eller to børn, hvilket man måske kan tyde således, at det drejer sig om kvinder, som også inden henvendelsen har været indstillet på familieplanlægning. Alle gifte teenagere har et barn.

Ordineret og tidligere anvendt antikonception

Ved konsultationen får næsten alle ordineret almindeligt pessar. Kun en har fået anvist oral antikonception (piller). Nogle få er blevet anbefalet kondom eller stikpiller, fordi de muligvis var gravide. Inden konsultationen anvendtes pessar af 10 pct. af de ugifte og 54 pct. af de gifte (tabel 6), forholdsvis flere blandt ældre og dem med højere skoleuddannelse. Når hertil føjes angivelserne om anvendelse af kondom, kommer man op på, at ca. 50 pct. af de ugifte og 90 pct. af de gifte tidligere har anvendt sufficient antikonception i hvert fald af og til. 18 pct. har opgivet 2 eller flere metoder, og det er ikke oplyst, hvilken der har været den foretrukne. Kun ca. 13 pct. har anvendt coitus interruptus. Blandt de ugifte har 38 pct. tilsyneladende aldrig anvendt antikonception, men denne procent er sandsynligvis for høj. Det drejer sig ikke om kvinder uden seksuel erfaring, og det er vort indtryk, at de praktiserende læger ikke i tilstrækkelig grad har

Tabel 3. Fordeling efter skolegang.

	Ugifte								Gifte						Fraskilte, separerede, enker						Total				
	H		K		L		Uoplyst		H		K		L		H		K		L						
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.			
Ingen eksamen	18	17,8	7	13,7	14	56,0	—	—	16	26,2	2	7,4	9	81,8	6	75,0	2	50,0	—	—	—	—	74	25,3	
Mellemskoleeksamen	26	25,7	7	13,7	3	12,0	—	—	20	32,8	8	29,6	1	9,1	2	25,0	1	25,0	—	—	—	—	67	23,0	
Real, prælim. pigeskole	19	18,8	19	37,3	5	20,0	1	33,3	16	26,2	9	33,3	—	—	—	—	1	25,0	—	—	—	—	71	24,3	
Gymnasiaster + studenter	38	37,6	16	31,4	—	—	1	33,3	9	14,8	8	29,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	73	25,0	
Uoplyst	—	—	2	3,9	3	12,0	1	33,3	—	—	—	—	1	9,1	—	—	—	—	—	—	—	1	100,0	7	2,4
Total	101		51		25		3		61		27		11		8		4		1				292		

¹ H = Hovedstad, K = Købstad, L = Landsby.

Tabel 4. Fordeling efter boligsituation.

	Ugifte		Gifte		Fraskilte, separerede, enker		Total	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Færre beboere end værelser	41	22,8	15	15,2	3	23,1	59	20,2
Samme antal beboere som værelser	25	13,9	31	31,3	4	30,8	60	20,6
Bor alene på eget værelse	60	33,3	—	—	—	—	60	20,6
1-2 beboere pr. værelse	22	12,2	48	48,5	6	46,2	76	26,0
Mere end 2 beboere pr. værelse	—	—	2	2,0	—	—	2	0,7
Uoplyst	32	17,8	3	3,0	—	—	35	12,0
Total	180		99		13		292	

	Ugifte	
	Antal	Pct.
Bor hjemme	72	40,0
Bor ude	100	55,6
Uoplyst	8	4,4
Total	180	

Tabel 5. Fordeling efter graviditeter, fødsler og aborter.

Fødsler			Aborter			Graviditeter i alt														
Antal	Ugifte		Gifte		Fraskilte, separerede	Ugifte	Gifte		Fraskilte, separerede											
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.			An-tal	Pct.												
0	173	96,1	11	11,1	1	7,7	—	—	—											
1	5	2,8	44	44,4	5	38,5	10	5,6	14	14,1	3	23,1	15	58	8					
2	—	—	24	24,2	4	30,8	1	0,6	3	3,0	1	7,7	1	27	5					
3	—	—	14	14,1	3	23,1	1	0,6	—	—	—	—	1	14	3					
4	—	—	5	5,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—					
5	—	—	1	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—					
Uoplyst	2	1,1	—	—	—	—	2	1,1	—	—	—	—	—	—	—					
Total	180		99		13		Total	180	99	13		Total	—	—	—					
Antal fødsler	5		159		22		Antal aborter	15	20	5		Antal graviditeter	20	179	27					
I alt kvinder, der har født	5	2,8	88	88,9	12		I alt kvinder, der har aborteret	12	6,7	17	17,2	4		I alt kvinder, der har været gravide	15	8,3	90	90,9	12	92,3

Tabel 6. Fordeling efter tidligere anvendt antikonception.

Tidligere anvendt metode	Ugifte		Gifte		Fraskilte, separerede, enker		Total	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Ingen antikonception	68	37,8	14	14,1	1	7,7	83	23,4
Coitus interruptus	17	9,4	15	15,2	5	38,5	37	12,7
Sikre dage	7	3,9	5	5,1	—	—	12	4,1
Creme, stikpiller	5	2,8	5	5,1	1	7,7	11	3,8
Kondom	76	42,2	36	36,4	6	46,2	118	40,4
Pessar	18	10,0	53	53,5	5	38,5	75	25,7
Tabletter	1	0,6	—	—	—	—	1	0,3
Uoplyst	1	0,6	1	1,0	—	—	2	0,7
Total	180		99		13		292	

spurgt ud om de af partneren anvendte metoder (coitus interruptus og kondom). Dette understøttes af sammenligning med materialerne fra mødrehjælpen og familieplanlægningsklinikken (se senere), hvor kun 6 pct. af de ugifte ikke tidligere har anvendt nogen form for antikonception.

Oplysningskilder

Alle kvinderne er blevet spurgt om, hvorfra de har fået seksualoplysning, herunder oplysning om antikonception. Oplysningskilderne er rubriceret således: forældre, skole, kammerater, anden form for oplysning. Mange har opgivet mere end én af ovennævnte oplysningskilder.

Seksualoplysningen stammer omtrent lige hyppigt fra de 4 kilder, hvorimod oplysning om antikonception sjældnere angives at være modtaget i skolen, dog betydeligt oftere jo højere skoleuddannelsen har været. Kammerater angives lidt hyppigere end forældre,

men oplysning om antikonception modtages oftest ad anden vej som f. eks. læsning, partner, læge etc. Da patientmaterialets medianalder er 22 år, og de fleste er opvokset i København, skulle flertallet ifølge skolernes oplysninger, jfr. betænkning I, side 45, have modtaget seksualundervisning og oplysning om antikonception; denne undervisning må imidlertid ikke have været tilstrækkelig, siden den tilsyneladende huskes så dårligt.

Efterundersøgelse

Ved første konsultation i den egentlige undersøgelse oktober-december 1963 blev kvinderne anmodet om at komme til kontrol efter et år, og yderligere spurgte man, om de ville modtage indkaldelseskort, hvis de selv glemte det. Hertil svarede 10 pct. nej. Desværre havde tre læger ikke tid til efterundersøgelsen, en læge var modstander af at indkalde patienterne, og en læge havde mistet adresselisten. De resterende 20 læger havde

Tabel 7. Fordeling efter oplysningskilder.

Kilde	Oplysning om seksuelle forhold				Oplysning om antikonception			
	Ugifte		Gifte		Fraskilte, separerede, enker		Total	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Forældre	66	36,7	30	30,3	6	46,2	102	34,9
Skole	71	39,4	29	29,3	1	7,7	101	34,6
Kammerater	63	35,0	30	30,3	1	7,7	94	32,2
Anden	61	33,9	41	41,4	5	38,5	107	36,6
Uoplyst	3	1,7	1	1,0	—	—	4	1,4
Total	180		99		13		292	

i alt 158 patienter, hvoraf 126 ville komme til kontrol. For yderligere 12 patienter var dette uoplyst, men dem bad man også lægerne om at indkalde. Kun 74 mødte op — de fleste efter indkaldelse. Efterundersøgelsen skulle oplyse 1) i hvilken grad kvinderne havde gennemført den ordinerede antikonception, 2) om de i det forløbne år var blevet gravide, ønsket eller uønsket, og 3) om hvilke vanskeligheder og gener af psykisk og fysisk art, der eventuelt havde været ved anvendelsen af antikonceptionen.

De fremmødte 74 kvinder fordeler sig efter alder (alderen ved første konsultation), sociale forhold og bydistrikt i store træk som udgangsmaterialet. Alle havde fået pessar ved første konsultation. Med hensyn til civilstand var 35 ugifte, 37 gifte og 2 tidligere gifte; det vil sige, at de ugifte ikke mødte op i samme udstrækning som de gifte, hvilket i hvert fald blandt andet skyldes, at de ugifte i større grad er flyttet inden for det pågældende år. 5 af de ugifte var blevet gift, heraf 2 på grund af graviditet, og 1 separeret var blevet gift igen. Der var forekommet 9 graviditeter, og kun i 1 tilfælde var graviditeten planlagt. De 8 ikke planlagte fordeler sig på 4 ugifte og 4 gifte. Af de 4 gifte har 3 aborteret, og 1 er gravid på undersøgelsestidspunktet. Af de 4 ugifte blev 1 straks gift (har født og er nu glad for barnet), 1 har født, 1 har aborteret, og 1 ønsker abort (evt. illegal). Ingen af de 8 uønsket gravide (11 pct. af de fremmødte) har anvendt pessar hver gang, men flere næsten altid.

Tabel 8. Efterundersøgelsen: Hyppigheden af pessaranvendelsen.

	Ugifte	Gifte og tidl. gifte	Total	Pct.
Hver gang	22	23	45	61
Næsten altid . . .	6	11	17	23
Af og til	5	3	8	11
Aldrig	1	1	2	3
Uoplyst	1	1	2	3
Total	35	39	74	

lait angiver 61 pct. at have anvendt pessaret hver gang og 23 pct. at have brugt det næsten hver gang (tabel 8); der er ingen forskel på gifte og ugifte. 3 kvinder har brugt både kondom og pessar hver gang, 8 har anvendt kondom af og til og 8 sikre dage eller

coitus interruptus. 2 kvinder foretrækker nu at bruge oral antikonception. 5 kvinder har engang imellem ikke anvendt nogen form for antikonception, og de har alle 5 været gravide. 2 kvinder har aldrig brugt pessaret; den ene fordi hun ikke kunne finde ud af anbringelsen, blev så gravid og fik abort gennem mødrehjælpen, den anden fordi hun var gummioverfølsom og yderligere var så graviditetsangst, at hun har undladt coitus.

Der har kun været få gener ved anvendelsen af pessaret blandt de fremmødte, og mange har spontant givet udtryk for stor tilfredshed og f. eks. oplyst, at fjernelsen af graviditetsangst har gjort samlivet mere harmonisk. I alt 8 kvinder har meddelt om gener. En 44-årig havde både fysiske og psykiske gener, 1 var som nævnt gummioverfølsom, 1 havde fysiske gener, der ikke nærmere er karakteriseret, og endelig angiver 1 kvinde fysiske gener for manden. 4 føler sig psykisk generet af at bruge pessar; 2 af disse er derfor gået over til oral antikonception, og 1 ønsker spiral. For 7 af de 8 gælder det, at de af og til har brugt andre metoder.

Flere læger tager ved efterundersøgelsen nyt mål til pessar, og ikke helt få får et større nummer, uden at dette skyldes fødsel eller abort. En del af de ikke mødte skulle sandsynligvis også have haft et større nummer et år efter første henvendelse, og anvendelsen af et mindre nummer end hensigtsmæssigt compromitterer den sikkerhed i familieplanlægningen, som de pågældende kvinder har søgt. Yderligere er mange kvinder formentlig uvidende om, at pessarets holdbarhed kun kan sættes til et år, eller de er glemsomme eller af andre grunde forsømmelige med at udskifte pessaret efter et år. Den ringe mødeprocent understreger vigtigheden af en effektiv indkaldelsesmetode, hvis man ønsker en ordentlig kontrol et år efter, at kvinden første gang er blevet udstyret med pessar.

Efterundersøgelsens konklusion må på grund af den lave deltagelsesprocent blive meget vag. Man kan dog fremhæve, at pessarantikonception hos de fremmødte sjældent giver gener, men oftest tilfredshed; alligevel anvender kun 3/5 af disse kvinder (uafhængigt af social baggrund og position) pessaret hver gang. Pessarmetodens absolutte sikkerhed siger undersøgelsen intet om, da de 8 uønskede graviditeter er indtrådt hos kvinder, der ikke har brugt pessaret hver gang.

Undersøgelsens mangler

Mod undersøgelsen og dens konklusioner kan der fremføres visse indvendinger. For det første er det en væsentlig mangel, at kun 25 af de adspurgte læger kunne eller ville deltage i undersøgelsen.

Dernæst har spørgeskemaformen budt adskillige læger imod, idet de følte det indiskret og kompromitterende for patientens tillidsforhold at tage skemaet frem og udfylde det, mens patienten blev udspurgt. Deraf de relativt mange uoplyste i visse af spørgsmålene.

De mange ugifte, der ifølge besvarelsenerne ikke tidligere har anvendt antikonception, viser som tidligere nævnt, at lægerne muligvis ikke har været grundige nok i udspørgningen på dette punkt, men det kan også skyldes, at de ikke har været opmærksomme på, at spørgsmålet: »Hvilken antikonception har De tidligere anvendt« også omfatter de af partneren benyttede metoder. Sådanne misforståelser kan naturligvis også have gjort sig gældende andre steder i skemaet.

Med hensyn til spørgsmålet om seksuel og antikonceptionel oplysning er dette ikke formuleret sådan, at man for de mange kvinder, der opgiver mere end én oplysningskilde, kan se, hvilken der har været den væsentlige. Ej-

heller kan man se, om den pågældende har syntes, at oplysningen var tilstrækkelig.

Med hensyn til den sociale placering har materialet den slagside, at det velstillede Gentofte er overrepræsenteret med 15 læger og 157 patienter mod henholdsvis Nørrebro med 6 læger og 58 patienter, Østerbro med 3 læger og 56 patienter og København K med 1 læge og 21 patienter. Hertil må dog bemærkes, at hele materialet har været delt op på de forskellige bydistrikter, og der har ikke været nogen væsentlig forskel på fordelingen af kvinderne fra de forskellige bydistrikter på henholdsvis alder, civilstand, skolegang, erhverv, tidligere anvendt antikonception og oplysningskilder.

Endelig er hele materialet så lille, at konklusionerne på basis af de procentiske fordelinger kun kan blive tentative. En sammenligning af de patienter, der søgte vejledning fra oktober til december 1963 med dem, der i samme tidsrum søgte vejledning hos mødrehjælpen i København og på familieplanlægningsklinikken i Lygten, viser imidlertid en god overensstemmelse. De anførte procentiske fordelinger kan således antages at være et gyldigt udtryk for de faktiske forhold. Mødrehjælpens klientel er delt i 2 grupper (tabel

Tabel 9. Fordeling efter alder og civilstand.

Alder	Ugifte								Gifte								Fraskilte, separerede og enker								
	PrLæ		FaPl		MH I		MH II		PrLæ		FaPl		MH I		MH II		PrLæ		FaPl		MH I		MH II		
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	
15 år....	1	0,7	2	1,5	1	1,1	1	1,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
16 år....	5	3,7	3	2,2	8	9,1	3	3,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
17 år....	17	12,6	20	14,7	11	12,5	11	11,7	1	1,3	1	1,3	—	—	1	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	
18 år....	17	12,6	25	18,4	17	19,3	11	11,7	4	5,2	4	5,1	1	3,7	2	1,7	—	—	—	—	—	—	1	4,0	
19 år....	25	18,5	16	11,8	18	20,4	12	12,8	3	3,9	3	3,8	1	3,7	7	6,0	—	—	—	—	—	—	1	4,0	
20 år....	16	11,8	17	12,5	15	17,0	12	12,8	5	6,5	4	5,1	1	3,7	9	7,7	1	9,1	—	—	—	—	1	4,0	
21 år....	16	11,8	22	16,2	6	6,8	11	11,7	3	3,9	3	3,8	3	11,1	9	7,7	—	—	—	—	1	16,7	1	4,0	
22 år....	6	4,4	8	5,9	7	7,9	5	5,3	2	2,6	9	11,4	3	11,1	4	3,4	1	9,1	1	16,7	—	—	—	—	
23 år....	13	9,6	4	2,9	—	—	6	6,4	10	13,0	8	10,1	3	11,1	4	3,4	3	27,3	1	16,7	—	—	—	—	
24 år....	7	5,2	5	3,7	4	4,6	5	5,3	8	10,4	1	1,3	—	—	7	6,0	1	9,1	—	—	1	16,7	1	4,0	
25-29 år.	7	5,2	10	7,4	—	—	10	10,6	17	22,1	29	36,7	10	37,0	36	30,8	2	18,2	2	33,3	3	50,0	10	40,0	
30-34 år.	2	1,5	4	2,9	—	—	7	7,5	12	15,6	8	10,1	2	7,4	22	18,8	1	9,1	1	16,7	1	16,7	1	4,0	
35-39 år.	—	—	—	—	—	—	—	—	7	9,1	6	7,6	1	3,7	10	8,6	2	18,2	1	16,7	—	—	—	7	28,0
40 år....	2	1,5	—	—	—	—	—	—	3	3,9	3	3,8	2	7,4	6	5,1	—	—	—	—	—	—	—	2	8,0
Uoplyst..	1	0,7	—	—	1	1,1	—	—	2	2,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Total....	135		136		88		94		77		79		27		117		11		6		6		25		

¹ PrLæ = Praktiserende læger, FaPl = Familieplanlægningsforeningen, MHI = Mødrehjælpens ukendte, MHII = Mødrehjælpens kendte.

9), den ene, MH I, består af kvinder, der søger mødrehjælpen for at få antikonceptionel vejledning, den anden gruppe, MH II, består af kvinder, der tidligere har haft kontakt med mødrehjælpen på grund af abortønske, økonomisk hjælp og lignende. Sammenligningen er foretaget med hensyn til alder, civilstand, social status, udearbejde og tidligere graviditeter, og overensstemmelsen på andre områder end alder og civilstand (tabel 9) er lige så udtalt, blot adskiller naturligvis gruppen MH II sig klart ved at have lavere social status og flere graviditeter. Også i disse materialer har alle de gifte teenagere børn.

Resumé

Som et led i seksualoplysningsudvalgets arbejde er der foretaget en undersøgelse af, til hvilke og hvor mange kvinder københavnske læger giver antikonceptionel vejledning. Det er kun en meget lille del af den praktiserende læges kvindelige patienter, der søger denne vejledning. Kvindelige læger anmodes mere end dobbelt så ofte som deres mandlige kolleger.

25 læger har udfyldt et spørgeskema for 292 kvinder, der søgte antikonception i oktober 1962 og i oktober-november-december 1963, og som næsten alle fik ordineret pessar.

180 er ugifte, 99 gifte og 13 tidligere gifte. Medianalderen er 22 år; blandt ugifte er 43 pct. under 20 år, 17 pct. under 18 år. Skoleuddannelsen var langt bedre end gennemsnitsbefolkningens, og det samme gjaldt den erhvervmæssige placering, ægtefællens sociale status og boligforholdene. 8 pct. af de ugifte har været gravide, og 91 pct. af de gifte har i gennemsnit 1-2 børn hver. Skolen synes at have givet utilstrækkelig oplysning om antikonception.

Materialet er blevet sammenholdt med tilsvarende materialer fra familieplanlægningsklinikken i Lygten og mødrehjælpen i København, og overensstemmelsen er udtalt.

Ved en efterundersøgelse et år efter mødte 74 af 138 indkaldte. Ingen af de 61 pct., som angiveligt havde anvendt pessaret hver gang, var blevet gravide, hvorimod 8 kvinder (11 pct.), der ikke havde været konsekvente i anvendelsen, var blevet uønsket gravide.

Klinikundersøgelsen

Undersøgelsens formål og tilrettelæggelse

Seksualoplysningsudvalget har foretaget en undersøgelse af henvendelserne til de større rådgivningsklinikker i landet for at belyse den eksisterende rådgivningsvirksomhed på det seksuelle område, herunder specielt vedrørende antikonception.

Den nærmere tilrettelæggelse af undersøgelsen er sket i samarbejde med læge Agnete M. Bræstrup, overlæge Henrik Hoffmeyer og socialoverlæge Helge Kjems; daværende forskningsassistent Bent Rold Andersen fungerede som sekretær ved undersøgelsens tilrettelæggelse. Han afløstes senere af forskningsassistent Joop Noordhoek.

Formålet med undersøgelsen var 1) at konstatere hvilke kvinder, der søger vejledning i antikonception på rådgivningsklinikker opgjort efter alder og civilstand, samt efter erhverv og efter antal tidligere fødsler og aborter, herunder specielt antal aborter og fødsler blandt kvinder under 20 år, 2) at undersøge hvorfra de pågældende kvinder modtager tilskyndelse til at rette henvendelse til klinikkerne, 3) at redegøre for de forskellige antikonceptionelle midler, der ordineres, samt for hvilke antikonceptionelle metoder de pågældende kvinder eventuelt tidligere har anvendt og endelig, 4) at efterundersøge og vurdere, i hvilken udstrækning de rådsøgende gennemfører antikonceptionen, og hvilke vanskeligheder og gener af psykisk eller fysisk art der eventuelt er forbundet hermed.

Undersøgelsen omfattede de kvinder, der i året 1963 konsulterede mødrehjælpens klinik i København, Foreningen for Familieplanlægning's klinik i Lygten i København og Klinikken for seksuel og ægteskabelig Rådgivning i Århus samt kvinder, der i perioden 1. 1. - 30. 9. 1964 konsulterede mødrehjælpens seksualklinikker i Ribe amt. Det var i første omgang meningen, at kun de tre førstnævnte klinikker skulle indgå i undersøgelsen,

men da der i oktober måned 1963 blev oprettet seksualklinikker i Ribe amt, fandt man det formålstjenligt også at medtage disse, da befolkningen uden for København således ville få en bredere repræsentation.

Undersøgelsen blev tilrettelagt således, at den skulle gennemføres i to omgange. I første omgang skulle der udfyldes et af tilrettelæggerne udarbejdet spørgeskema vedrørende alle de kvinder, der i året 1963 rettede henvendelse til de ovennævnte klinikker.

Dette skema indeholdt spørgsmål, der skulle tilvejebringe de for undersøgelsens tre førstnævnte formål nødvendige oplysninger. Samtidig blev de pågældende kvinder opfordret til at komme til kontrol året efter, og man anmodede om tilladelse til at sende dem en påmindelse herom, såfremt de ikke mødte af sig selv.

Undersøgelsens anden fase bestod herefter i at udfylde et spørgeskema for de til kontrol mødte kvinder. Spørgsmålene i dette skema skulle belyse, om de pågældende havde anvendt de ordinerede antikonceptionsmidler, og i benægtende fald om dette skyldtes særlige omstændigheder - som f. eks. intet samleje — eller andre årsager. I de tilfælde, hvor pessar var anbefalet, ønskede man specielt at få belyst, om det hos kvinden og/eller hos hendes partner voldte gener af fysisk eller psykisk art at anvende dette, og om der eventuelt var praktiske vanskeligheder forbundet med anvendelsen.

Man måtte senere opgive at gennemføre undersøgelsens andet afsnit i den oprindelige form, idet det viste sig umuligt at få en blot nogenlunde tilfredsstillende mødeprocent til denne efterundersøgelse på trods af, at kun et forsvindende lille antal af de godt 3.300 kvinder, der blev interviewede i undersøgelsens første afsnit, havde afslået at møde til kontrol. Således blev det ved en opgørelse i slutningen af maj måned 1964 konstateret, at

kun ca. en fjerdedel af de i første kvartal 1963 interviewede var mødt til kontrol i første kvartal af 1964, og selv om der formentlig kunne regnes med et større fremmøde under fortsættelsen af efterundersøgelsen, bl. a. fordi flere patienter først henvender sig nogen tid efter forløbet af et år, skønnedes det, at mødeprocenten under alle omstændigheder ville blive så lav, at der ikke med tilstrækkelig sikkerhed ville kunne udledes resultater af denne del af undersøgelsen.

Man besluttede derfor at afbryde undersøgelsen og ved en opgørelse af det indkomne materiale konstatere, om det var muligt at udlede noget generelt om de fremmødte, herunder specielt om fremmødet skulle skyldes utilfredshed med det anviste middel. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at en efterundersøgelse er nødvendig for at kontrollere, om de pågældende har fået de rette pessarer, og alene dette blev patienterne gjort bekendt med, medens efterundersøgelserne statistiske formål ikke blev omtalt. Det ville endvidere være af interesse at sammenligne efterundersøgelsesmødeprocenten hos de praktiserende læger med denne mødeprocent på klinikkerne.

Spørgeskemaerne blev udfyldt af klinikkerne læger eller af særligt kvalificerede socialrådgivere. Efter undersøgelsens afslutning er skemaerne bearbejdet i tabelform af fuldmægtig i sundhedsstyrelsen cand. polit. Erna Frandsen.

Undersøgelsens resultater

Ved opgørelsen af undersøgelsens resultater er mødrehjælpens klientel delt i to grupper, MH I, der består af kvinder der søger mødrehjælpen alene for at få vejledning i antikonception, og MH II, der består af kvinder, der tidligere har haft kontakt med mødrehjælpen af andre årsager (abortønske, økonomisk hjælp m. m.). MH II er langt den største gruppe, idet den består af ialt 1124 kvinder. Opdelingen er foretaget, fordi denne gruppe på de fleste punkter adskiller sig væsentligt fra det klientel, der har søgt klinikken i Århus, familieplanlægningsklinikken i Lyngby eller mødrehjælpen alene for at få vejledning i antikonception. Til gengæld er klientellet på de tre sidstnævnte klinikker stort set ensartet, og materialet fra disse klinikker behandles derfor i det følgende som en samlet

gruppe, med mindre andet udtrykkelig bemærkes. Materialet fra klinikkerne i Ribe amt behandles lige som MH II særskilt, da dette materiale indtager en mellemstilling, idet det indeholder dels kvinder, der er henvist til vejledning i antikonception, når de har henvendt sig til mødrehjælpen i anden anledning, dels kvinder, der gennem annoncering og andet er tilskyndet til selv at rette henvendelse til disse klinikker. I alle tabeller, hvor markante forskelle ikke gør sig gældende, er gifte og tidligere gifte kvinder behandlet under ét.

Fordeling efter alder og civilstand

I løbet af undersøgelsens første etape blev der udfyldt spørgeskemaer for ialt 3.364 kvinder. Heraf var 1.813 ugifte og 1.359 gifte samt 192 fraskilte eller enker, jfr. tabel 1. De ugifte udgør således ca. 54 pct. eller lidt over halvdelen af det samlede materiale. Det skyldes materialet fra MH II (mødrehjælpens kendte), at de ugifte ikke udgør en større procentdel. I dette materiale udgør de ugifte kun 33 pct., medens 68 pct. af det øvrige klientel på de tre store klinikker var ugifte. Kun knapt 23 pct. af materialet fra klinikkerne i Ribe amt var ugifte; men da det samlede materiale fra Ribe kun udgør ialt 169 interviews, forrykker dette ikke gennemsnittet.

Medianalderen for de ugifte er 20 år i materialet fra MH II og 19 år i materialet fra de øvrige klinikker. 53 pct. af de ugifte, der rettede henvendelse til familieplanlægningsklinikken, klinikken i Århus og MH I, var under 20 år, og godt 1 pct. af dette materiale var 30 år og derover. I materialet fra MH II var 48 pct. under 20 år, medens godt 5 pct. var 30 år og derover, og disse tal var for klinikkerne i Ribe amt henholdsvis knapt 58 pct. og lidt under 3 pct. Blandt de gifte og forhen gifte var medianalderen 25-29 år for hele materialet. I materialet fra familieplanlægningsklinikken, klinikken i Århus samt MH I var knapt 7 pct. af de gifte under 20 år og 27 pct. 30 år og derover. I materialet fra MH II var de tilsvarende procenter 10 og 33, medens der blandt de gifte patienter i Ribe amt var knapt 12 pct. under 20 år og 25 pct. på 30 år og derover.

Fordeling efter socialgruppe

Af tabel 2 fremgår, at 53 pct. af de ugifte, der rettede henvendelse til MH I og klinik-

Tabel 1. Fordeling efter alder og civilstand.

Alder	Ugifte						Gifte + forhen gifte					
	Fam.pl. i alt pct.	MH I i alt pct.	Århus i alt pct.	Fam.pl. + MH I + Århus i alt pct.	MH II i alt pct.	Ribe i alt pct.	Fam.pl. i alt pct.	MH I i alt pct.	Århus i alt pct.	Fam.pl. + MH I + Århus i alt pct.	MH II i alt pct.	Ribe i alt pct.
15 år.....	5	4	3	12	7	—	—	—	—	—	—	—
16 år.....	11	25	34	70	31	—	—	—	—	—	3	0,4
17 år.....	54	42	79	175	40	4	4	—	1	0,2	7	0,9
18 år.....	78	76	103	257	55	13	4	3,8	19	2,9	20	2,6
19 år.....	87	57	87	231	42	11,5	10	4,4	24	3,6	49	6,5
20-21 år....	150	88	137	375	74	20,3	45	17,9	95	14,4	80	10,5
22-24 år....	91	31	72	194	60	10,6	87	23,9	157	23,7	134	17,7
25-29 år....	37	5	35	77	37	5,3	110	30,2	32	28,3	214	28,2
30-34 år....	8	1,5	5	14	9	2,6	63	17,3	13	11,5	118	15,5
35 år og derover....	3	0,5	—	5	10	—	44	12,1	22	12,0	118	15,5
I alt.....	524	329	557	1410	365	38	364	113	184	661	759	131
Pct. ugifte....	59,0	74,4	75,2	68,1	32,5	22,5	26	25	24	25	27	26
Mediansalder.	20 år	19 år	19 år	19 år	20 år	19 år	26 år	25 år	24 år	25 år	27 år	26 år

Tabel 2. Fordeling efter civilstand og socialgruppe.¹

	Ugifte												Forhen gifte	Gifte												
	Fam.pl.		MH I		Århus		Fam.pl. + MH I + Århus		MH II		Ribe			MH II ²		Fam.pl.		MH I		Århus		Fam.pl. + MH I + Århus		MH II		Ribe
	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.
Socialgr. I + II	4	0,8	—	—	3	0,5	7	0,5	—	—	—	—	2	1,5	65	18,7	14	14,0	9	5,6	88	14,5	43	6,9	10	7,8
Socialgr. III:																										
Mindre er-																										
hvervsdr.	3	0,6	—	—	—	—	3	0,2	—	—	—	—	—	—	23	6,6	7	7,0	6	3,8	36	5,9	35	5,6	12	9,3
Funktionærer																										
m. v.	308	58,8	172	52,3	273	49,0	753	53,4	116	31,8	7	18,4	39	28,4	78	22,4	18	18,0	36	22,5	132	21,7	133	21,4	16	12,4
Faglærte ar-																										
bejdere.	31	5,9	22	6,7	50	9,0	103	7,3	28	7,7	2	5,2	2	1,5	113	32,5	29	29,0	64	40,0	206	33,9	179	28,8	29	22,5
I alt socialgr. III	342	65,3	194	59,0	323	58,0	859	60,9	144	39,5	9	23,6	41	29,9	214	61,5	54	54,0	106	66,3	374	61,5	347	55,8	57	44,2
Socialgr. IV ...	62	11,8	60	18,2	147	26,4	269	19,1	155	42,5	11	29,0	61	44,5	46	13,2	20	20,0	32	20,0	98	16,1	187	30,1	29	22,5
Studerende og																										
skoleelever. ...	115	21,9	63	19,2	84	15,1	262	18,6	20	5,4	7	18,4	2	1,5	17	4,9	5	5,0	13	8,1	35	5,8	18	2,9	2	1,5
Uoplyst.	1	0,2	12	3,6	—	—	13	0,9	46	12,6	11	29,0	31	22,6	6	1,7	7	7,0	—	—	13	2,1	27	4,3	31	24,0
I alt.	524	100,0	329	100,0	557	100,0	1410	100,0	365	100,0	38	100,0	137	100,0	348	100,0	100	100,0	160	100,0	608	100,0	622	100,0	129	100,0

¹ Med hensyn til den i udvalgets undersøgelser anvendte socialgruppeinddeling henvises til bilag 10.

² Forhen gifte i fam.pl. (16), MH I (13), Århus (24) og Ribe (2) er ikke medtaget.

kerne i Århus og Lygten i København, var funktionærer, 7 pct. var faglærte arbejdere, 19 pct. ufaglærte, og knapt 19 pct. var studerende eller skoleelever. Sammenholdes disse tal med tallene for alle erhvervsudøvende kvinder mellem 14 og 25 år, ses, at funktionærer og studerende og skoleelever udgør en større procentdel af klinikernes patienter end af alle de arbejdende kvinder i denne alder, medens de højeste og laveste samfundsgrupper har en ringere repræsentation i materialet end i hele befolkningen. Opdeles de pågældende klinikkers gifte patienter efter ægtefællens erhverv og sammenlignes med alle erhvervsudøvende mænd mellem 25 og 40 år, gør den samme tendens sig gældende blot i forstærket grad, idet ca. 62 pct. af klinikernes patienter tilhører socialgruppe III mod kun ca. 39 pct. af alle mænd i denne alder, og kun 16 pct. af materialet er ufaglærte arbejdere mod 31 pct. af denne aldersgruppe af den mandlige befolkning. Til gengæld tilhører kun knapt 15 pct. af materialet den højere middelstand mod 29 pct. af alle mænd i denne alder. Folketællingen, hvis erhvervsopgørelse der ovenfor er sammenlignet med, har dog lidt flere personer i gruppen højere middelstand, end den i udvalgets undersøgelser anvendte socialgruppeinddeling har i socialgruppe II.

Materialet fra MH II viser vedrørende de ugifte den modsatte tendens, idet kun knapt 40 pct. af disse kvinder tilhører socialgruppe III, og knapt 43 pct. er ufaglærte arbejdere, d.v.s., at socialgruppe III er underrepræsenteret og socialgruppe IV overrepræsenteret i forhold til samtlige erhvervsudøvende kvinder. De gifte kvinder i dette materiale følger for socialgruppe III's vedkommende de øvrige klinikkers klientel, medens der er færre i socialgruppe II og væsentlig flere ufaglærte arbejdere her end i de øvrige klinikkers materiale.

Vedrørende materialet fra klinikkerne i Ribe amt er erhvervet uoplyst for over 25 pct. af det i forvejen lille materiale, men i øvrigt er tendensen i dette materiale den samme som i materialet fra de tre førstnævnte klinikker.

MH II's forhen gifte er i tabellen opført selvstændigt og inddelt efter eget erhverv. De forhen gifte fra de øvrige klinikker er ikke medtaget på grund af det ringe antal. Erhverv er uoplyst for knapt 23 pct., men det synes dog alligevel med sikkerhed at kunne

siges, at der blandt de tidligere gifte er langt flere ufaglærte end i det øvrige materiale.

Fordeling efter antal fødsler og aborter, herunder antal fødsler og aborter blandt kvinder under 20 år

Af tabel 3 fremgår, at 336 eller ca. 18 pct. af samtlige ugifte i hele undersøgelsesmaterialet havde født tidligere. 288 eller ca. 86 pct. af disse kvinder befandt sig i materialet fra MH II og klinikkerne i Ribe amt. Således havde ca. 75 pct. af de ugifte i MH II's materiale og ca. 40 pct. i materialet fra Ribe amt født tidligere mod kun godt 3 pct. i det øvrige materiale.

Blandt samtlige gifte og tidligere gifte havde godt 94 pct. født en eller flere gange. Næsten halvdelen af kvinderne i materialet fra Ribe amt havde haft 3 barnefødsler eller derover, medens dette kun var tilfældet for ca. 37 pct. af materialet fra MH II og ca. 18 pct. af det øvrige materiale. 1 kvinde fra Ribe amt havde haft 12 fødsler.

Af en ikke her medtaget tabel fremgår, at 143 af samtlige fødsler blandt ugifte fandt sted blandt kvinder under 20 år, heraf 119 i materialet fra MH II og 8 i materialet fra Ribe amt. 5 ugifte kvinder havde født 2 gange tidligere (én i materialet fra Århus og 4 i materialet fra MH II).

135 af de ialt 138 gifte og tidligere gifte kvinder under 20 år havde født tidligere. Heraf havde 31 født 2 gange og 3 født 3 gange (to af disse findes i materialet fra MH II og en i materialet fra Ribe amt).

Af de ugifte kvinder havde 187 haft ialt 212 aborter spontane, legale og illegale (fortrinsvis i materialet fra MH II, således havde næsten 40 pct. af dette materiale haft en eller flere aborter mod 3 pct. af det øvrige materiale), medens 676 kvinder blandt de gifte havde haft ialt 902 aborter. Ca. to trediedele af MH II's gifte kvinder havde aborteret mod ca. en fjerdedel af kvinderne fra Ribe amt og kun ca. en femtedel af de øvrige kvinder.

Blandt de ugifte under 20 år havde ialt 67 aborteret én gang og 4 to gange, henholdsvis 52 og 4 af disse kvinder fandtes i materialet fra MH II. Blandt de gifte og tidligere gifte kvinder under 20 år havde 24 kvinder aborteret. Af disse havde 5 haft to aborter (3 af disse i materialet fra MH II).

Tabel 3. Fordeling efter antal fødsler og civilstand.

Antal fødsler	Ugifte						Forhen gifte + gifte																	
	Fam.pl. i alt pct.	MH I i alt pct.	Århus i alt pct.	Fam.pl. + MH I + Århus i alt pct.	MH II i alt pct.	Ribe i alt pct.	Fam.pl. i alt pct.	MH I i alt pct.	Århus i alt pct.	Fam.pl. + MH I + Århus i alt pct.	MH II i alt pct.	Ribe i alt pct.												
0	507	96,7	329	100,0	526	94,4	1362	96,6	92	25,2	23	60,5	36	9,9	15	13,3	20	10,9	71	10,8	8	1,1	4	3,0
1	16	3,1	—	—	27	4,9	43	3,0	235	64,4	14	36,9	123	33,8	48	42,5	76	41,3	247	37,4	166	21,9	28	21,4
2	1	0,2	—	—	3	0,5	4	0,3	33	9,0	1	2,6	138	37,9	30	26,5	51	27,7	219	33,1	301	39,6	36	27,5
3	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1,4	—	—	46	12,6	17	15,0	25	13,6	88	13,3	197	26,0	29	22,1
4 og flere ...	—	—	—	—	1	0,2	1	0,1	—	—	—	—	19	5,2	3	2,7	12	6,5	34	5,1	87	11,4	34	26,0
I alt.	524	100,0	329	100,0	557	100,0	1410	100,0	365	100,0	38	100,0	364 ¹	100,0	113	100,0	184	100,0	661 ¹	100,0	759	100,0	131	100,0
Fødsler i alt.	18	3,4	0	—	37	6,6	55	3,9	316	86,6	16	42,1	619	170,1	171	151,3	307	166,8	1097	166,0	1740	229,2	353	269,5

¹ Incl. 2 uoplyste.

Tabel 4. Fordeling efter antal aborter og civilstand.

Antal aborter	Ugifte						Gifte + forhen gifte																	
	Fam.pl. i alt pct.	MH I i alt pct.	Århus i alt pct.	Fam.pl. + MH I + Århus i alt pct.	MH II i alt pct.	Ribe i alt pct.	Fam.pl. i alt pct.	MH I i alt pct.	Århus i alt pct.	Fam.pl. + MH I + Århus i alt pct.	MH II i alt pct.	Ribe i alt pct.												
0	510	97,3	317	96,4	542	97,3	1369	97,1	222	60,8	35	92,1	80	76,9	91	80,5	151	82,1	522	79,0	254	33,5	97	74,0
1	14	2,7	11	3,3	14	2,5	39	2,8	126	34,5	3	7,9	66	18,1	16	14,2	26	14,1	108	16,3	378	49,8	24	18,3
2	—	—	1	0,3	1	0,2	2	0,1	12	3,3	—	—	12	3,3	5	4,4	6	3,3	23	3,5	99	13,0	6	4,6
3 og derover.	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1,4	—	—	4	1,1	1	0,9	1	0,5	6	0,9	28	3,7	4	3,1
I alt.	524	100,0	329	100,0	557	100,0	1410	100,0	365	100,0	38	100,0	364 ¹	100,0	113	100,0	184	100,0	661 ¹	100,0	759	100,0	131	100,0
Aborter i alt.	14	2,7	13	39,5	16	2,9	43	3,0	166	45,5	3	7,9	102	28,0	29	25,7	43	23,4	174	26,3	679	89,5	49	37,4
Kvinder med abort.	14	2,7	12	3,6	15	2,7	41	2,9	143	39,2	3	7,9	82	22,5	22	19,5	33	17,9	137	20,7	505	66,5	34	26,0

¹ Incl. 2 uoplyste.

Tabel 5. Fordeling efter henvisning og civilstand.

Henvist til klinik af:	Ugifte									Gifte + forhen gifte										
	Fam.pl.		MH I		Århus		Fam.pl. + MH I + Århus		Ribe	Fam.pl.		MH I		Århus		Fam.pl. + MH I + Århus		Ribe		
	i alt pct.		i alt pct.		i alt pct.		i alt pct.		i alt pct.	i alt pct.		i alt pct.		i alt pct.		i alt pct.		i alt pct.		
Læge	90	17,2	15	4,5	30	5,4	135	9,6	3	7,9	99	27,2	12	10,6	27	14,7	138	20,9	3	2,3
Andet sundheds- pers.	20	3,8	19	5,8	10	1,8	49	3,5	19	50,0	106	29,1	19	16,8	22	12,0	147	22,2	110	84,0
Eget initiativ (incl. læsning).	78	14,9	48	14,6	67	12,0	193	13,7	3	7,9	41	11,3	23	20,4	21	11,4	85	12,9	10	7,6
Andet	336	64,1	247	75,1	450	80,8	1033	73,2	13	34,2	118	32,4	59	52,2	114	61,9	291	44,0	8	6,1
I alt	524	100,0	329	100,0	557	100,0	1410	100,0	38	100,0	364	100,0	113	100,0	184	100,0	661	100,0	131	100,0

Fordeling efter henvisning

Ved en fordeling af materialet, efter hvorfra de pågældende kvinder modtager tilskyn- delse til at henvende sig til klinikkerne, viser sig ret store forskelle fra den ene klinik til den anden samt mellem gifte og ugifte kvinder.

Af tabel 5 ses, at mødrehjælpens klinikker i Ribe amt på dette punkt klart udskiller sig fra de øvrige klinikker, idet 50 pct. af de ugifte og 84 pct. af de gifte og forhen gifte er henvist hertil af andet sundhedspersonale. Ca. 8 pct. er gennem avislæsning eller anden læsning motiveret til at rette henvendelse til disse klinikker, og yderligere spiller henvisning fra læger eller fra skolen en rolle.

For de øvrige klinikkers vedkommende kan generelt siges, at den største del af klientellet, gifte som ugifte, er henvist af andre patienter, der i tabel 5 er henført under »andet« sammen med f. eks. den pågældende kvindes moder, partner, slægt og bekendte, skole m. v. En del patienter (ca. dobbelt så mange gifte som ugifte) er henvist af læger, det gælder specielt for familieplanlægningsklinikken ved-

kommende, og godt 22 pct. af de gifte kvin- der samt knapt 4 pct. af de ugifte henvises til klinikkerne af andet sundhedspersonale, først og fremmest jordemødre og sundheds- plejersker. Dette gælder i særlig grad for familieplanlægningsklinikken, hvilket skyldes, at sundhedsplejerskerne i Københavns kom- mune uddeler pjecer om foreningens virke.

På seksualklinikken i Århus spurgte man i forbindelse med undersøgelsen de rådsø- gende, om de havde fået vejledning om anti- konception hos deres egen læge og i benæg- tende fald hvorfor ikke.

Kun knapt 17 pct. af samtlige adspurgte havde talt med deres egen læge. Blandt de ugifte havde kun godt 10 pct. haft forbin- delse med lægen.

Af tabel 6 ses, at ca. 40 pct. af samtlige kvinder i Århus-materialet angav, at de ikke havde fået vejledning af egen læge, fordi de foretrak klinik. Af mere detaljerede tabeller, der ikke er medtaget her, fremgår, at knapt 4 pct. af samtlige foretrak klinikken, fordi den var billigere end lægen, godt 4 pct. oplyste, at

Tabel 6. Svarene på hvorfor ikke fået vejledning hos egen læge, fordelt efter civilstand (kun Århus).

	Ugifte		Gifte		Forhen gifte		Tilsammen	
	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.	I alt	Pct.
Henv. til klinik af læge	33	5,9	29	18,1	4	16,7	66	8,9
Foretrækker fremmed læge	56	10,1	18	11,3	3	12,5	77	10,4
Foretrækker kvindelig læge	102	18,3	17	10,6	6	25,0	125	16,9
Foretrækker klinikken	230	41,3	55	34,4	8	33,3	293	39,5
Ønsker ikke eller kan ikke få vejledning hos egen læge	128	23,0	35	21,9	3	12,5	166	22,4
Uoplyst og ved ikke	8	1,4	6	3,7	—	—	14	1,9
I alt	557	100,0	160	100,0	24	100,0	741	100,0

det var, fordi klinikkens konsultationstider passede bedre, og knapt 8 pct. af de ugifte anførte, at de følte det lettere og naturligere at komme på en klinik; denne begrundelse er kun anført af ialt 8 gifte og forhen gifte kvinder. Endvidere har ca. 8 pct. af de ugifte fået klinikken anbefalet, medens dette kun var tilfældet med enkelte gifte og ingen forhen gifte.

Crodt 22 pct. af de adspurgte, gifte såvel som ugifte, anførte, at de ikke kunne eller ikke ønskede at få vejledning hos egen læge. Modviljen mod at søge egen læge blev dels begrundet med, at de pågældende ikke kendte deres egen læge, dels med at de kendte ham privat.

Crodt 18 pct. af de ugifte samt 25 pct. af de tidligere gifte kvinder udtalte, at de foretrak en kvindelig læge. Dette anførtes kun af knapt 11 pct. af de gifte kvinder.

Ca. 10 pct. af samtlige foretrækker en fremmed læge fremfor egen læge, og endelig er ca. 9 pct. af samtlige henvist til klinikken af egen læge.

Fordeling efter ordination

Godt 93 pct. af de ialt 3.364 kvinder, der i 1963 rettede henvendelse til de af undersøgelsen omfattede klinikker, fik ordineret pessar (skedepessar eller specialpessar). Af de resterende 221 fik 116 ikke ordineret noget middel, for 33 kvinders vedkommende er det uoplyst, hvilket middel der ordineredes, og kun om 72 (godt 2 pct.) vides det med sikkerhed, at de fik anvist andet end pessar (tabletter, intrauterin prævention samt kondom).

Der er, siden undersøgelsen fandt sted, godkendt 2 nye svangerskabsforebyggende midler. Det drejer sig om svangerskabsforebyggende tabletter samt et par former for intrauterin prævention, der bragtes i handelen henholdsvis oktober og november 1966. Disse midler blev allerede på undersøgelsens tidspunkt ordineret til et mindre antal kvinder, og efter at de nu er endeligt godkendte, bruges de i langt videre udstrækning, jfr. resultaterne i de supplerende undersøgelser bilag 7.

En varierende del af de kvinder, der henvendte sig på rådgivningsklinikkerne, havde ikke; tidligere anvendt svangerskabsforebyggende metoder.

Af tabel 7 ses, at dette blandt de ugifte gjaldt godt 5 pct. på klinikken i Århus, godt

10 pct. på familieplanlægningsklinikken i Lygten, knapt 26 pct. i MH I, 33 pct. i MH 11 og endelig knapt 45 pct. på klinikkerne i Ribe amt og blandt de gifte knapt 8 pct. på klinikken i Århus, henholdsvis godt 10 pct. og knapt 11 pct. på familieplanlægningsklinikken og MH I, lidt over 6 pct. i MH II og godt 24 pct. på klinikkerne i Ribe amt. For en del kvinders vedkommende skyldtes det dog, at de ved henvendelse til klinikken aldrig havde haft coitus.

Det er således vedrørende materialet fra Århus seksualklinik oplyst, at af de ialt 30 ugifte kvinder (16 på 20 år og derunder og 14 over denne alder), der ikke tidligere havde anvendt antikonception, havde 17 ikke haft coitus (henholdsvis 9 under 21 år og 8 på 21 år og derover). Tilsvarende oplysninger foreligger ikke fra de øvrige klinikker.

Af tabel 8 ses, at ca. 57 pct. af de ugifte kvinder, der ikke tidligere havde anvendt præventive midler, var under 20 år. Som nævnt ovenfor var ca. 52 pct. af samtlige ugifte kvinder, der omfattedes af undersøgelsen, under 20 år, så den yngste del af klientellet har ikke i væsentlig højere grad end de ældre forsømt at anvende antikonception.

Opdeles materialet, efter hvilken antikonceptionel metode der tidligere er anvendt, er der stor forskel på ugifte og gifte kvinder og ikke særlig iøjnefaldende forskel på de forskellige klinikkers patienter.

61 pct. af de ugifte anvendte kondom (forholdsvis en del færre af MH II's og Ribe amts patienter), godt 10 pct. benyttede coitus interruptus (jævnt fordelt), og kun lidt under 9 pct. anvendte pessar (forholdsvis flest af MH II's patienter).

Blandt de gifte og forhen gifte anvendte ca. 40 pct. pessar (kun 25 pct. i Århus og godt 21 pct. i Ribe, derimod lidt under 47 pct. af MH II's patienter), 36 pct. anvendte kondom (forholdsvis flest i Århus og færrest af MH II's patienter), og endelig anvendte kun 9 pct. coitus interruptus.

Efterundersøgelsen

Som tidligere nævnt viste det sig umuligt at gennemføre andet afsnit af undersøgelsen som planlagt, og denne efterundersøgelse blev derfor afbrudt i oktober måned 1964.

Der blev efterundersøgt ialt 453 kvinder

Tabel 7. Fordeling efter tidligere anvendt antikonceptionel metode og civilstand.

Metoder	Ugifte							Gifte + forhen gifte																
	Fam.pl.		MH I		Århus		Fam.pl. + MH I + Århus		MH II		Ribe		Fam.pl.		MH I		Århus		Fam.pl. + MH I + Århus		MH II		Ribe	
	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.
Ingen	54	10,3	85	25,8	30	5,4	169	12,0	120	32,9	17	44,7	38	10,4	12	10,6	14	7,6	64	9,7	47	6,2	32	24,4
Coitus inter- ruptus	44	8,4	42	12,8	55	9,9	141	10,0	46	12,6	1	2,6	18	5,0	10	8,9	22	12,0	50	7,6	86	11,3	5	3,8
Kondom	344	65,6	175	53,2	452	81,1	971	68,9	118	32,3	12	31,6	118	32,4	50	44,2	97	52,7	265	40,1	253	33,3	33	25,2
Pessar	52	9,9	17	5,2	17	3,1	86	6,1	70	19,2	2	5,3	150	41,2	41	36,3	46	25,0	237	35,8	353	46,5	28	21,4
Andre meto- der ¹	3	0,6	1	0,3	3	0,5	7	0,5	2	0,5	—	—	8	2,2	—	—	5	2,7	13	2,0	12	1,6	3	2,3
Uoplyst	27	5,2	9	2,7	—	—	36	2,5	9	2,5	6	15,8	32	8,8	—	—	—	—	32	4,8	8	1,1	30	22,9
I alt	524	100,0	329	100,0	557	100,0	1410	100,0	365	100,0	38	100,0	364	100,0	113	100,0	184	100,0	661	100,0	759	100,0	131	100,0

Andre metoder for samtlige patienter:

Sikre dage	5
Cremer	13
Stikpiller	10
Tabletter	7
Udskylning	2
I alt	37

Tabel 8. Fordeling efter alder for ugifte 15–20-årige kvinder, der ikke har anvendt antikonception.

Alder	Fam.pl.		MH I		Århus		Fam.pl. + MHI + Århus		MH II		Ribe		Total ÷ antic.			
	Heraf ÷ antikonception		Heraf ÷ antikonception		Heraf ÷ antikonception		Heraf ÷ antikonception		Heraf ÷ antikonception		Heraf ÷ antikonception					
	I alt	I alt Pct.	I alt	I alt Pct.	I alt	I alt Pct.	I alt	I alt Pct.	I alt	I alt Pct.	I alt	I alt Pct.	I alt	Pct.		
15 år.....	5	1 20,0	4	1 25,0	3	—	—	12	2 16,7	7	7 100,0	—	—	—	9	2,9
16 år.....	11	1 9,1	25	11 44,0	34	2 5,9	70	14 20,0	31	8 25,8	1	—	—	22	7,2	
17 år.....	54	7 13,0	42	10 23,8	79	3 3,8	175	20 11,4	40	18 45,0	4	2 50,0	40	13,1		
18 år.....	78	9 11,5	76	21 27,6	103	6 5,8	257	36 14,0	55	17 30,9	13	4 30,8	57	18,6		
19 år.....	87	11 12,6	57	12 21,1	87	5 5,7	231	28 12,1	42	15 35,7	4	2 50,0	45	14,7		
20 år.....	81	6 7,4	54	18 33,3	73	—	—	208	24 11,5	48	10 20,8	6	3 50,0	37	12,1	
21 år og derover...	208	19 9,1	71	12 16,9	178	14 7,9	457	45 9,8	142	45 31,7	10	6 60,0	96	31,4		
I alt.....	524	54 10,3	329	85 25,8	557	30 ¹	5,4	1410	169 12,0	365	120 32,9	38	17 44,7	306	100,0	

¹ Heraf har 17 ikke haft coitus, 9 blandt 15–20 og 8 blandt 21 og derover. Denne oplysning foreligger ikke for de øvrige klinikker.

omkring et år efter den første konsultation. Dette tal kan ikke sættes i relation til antallet af kvinder, der søgte vejledning i 1963, da efterundersøgelsen som nævnt blev afbrudt, men det fremgår dog tydeligt, at mødeprocenten var så lav, at det er umuligt at udlede sikre resultater af denne del af undersøgelsen. Det ringe fremmøde til denne efterundersøgelse giver en klar fornemmelse af, at en fremtidig vejledning i antikonception så vidt muligt ikke bør baseres på, at patienterne skal møde til kontrol på et senere tidspunkt. Dette gælder så meget des mere, som en stor del af de kvinder, der i det foreliggende tilfælde mødte op til efterundersøgelsen, først gjorde dette efter en skriftlig indkaldelse.

Da Århus seksualklinik i forbindelse med efterundersøgelsen udførte et overordentlig effektivt indkaldelsesarbejde, der fortsattes hele år 1964, nåede denne klinik som den eneste op på en nogenlunde akseptabel mødeprocent (knapt 47 pct.).

Af en ikke her medtaget tabel vedrørende aldersfordelingen vedrørende dette materiale fremgår, at de yngste og de ældste aldersgrupper samt de 18-årige har den højeste mødeprocent blandt de ugifte, medens aldersgruppen 25–29 år har den laveste procent (godt 28 pct.), hvilket sidste måske kan skyldes, at en del af disse kvinder har indgået ægteskab i den mellemliggende tid og straks ønsker at blive gravide. Blandt de gifte findes den laveste mødeprocent (knapt 17 pct.) hos de 18-årige og den næstlaveste (godt 33 pct.)

hos de 25–29-årige. De øvrige aldersgrupper ligger nogenlunde lige (fra ca. 40 pct. til ca. 44 pct.).

Mødeprocenten var for de ugifte 53 pct. og for de gifte og forhen gifte knapt 42 pct.

Af en ikke her medtaget tabel vedrørende fordelingen efter socialgruppe fremgår, at mødeprocenten for såvel de ugifte som de gifte var højest blandt studerende og skoleelever (henholdsvis 73 pct. og 60 pct.). Blandt de ugifte fandtes den næsthøjeste mødeprocent hos faglærte arbejdere (knapt 62 pct.), de ufaglærte arbejdere lå lavest med en mødeprocent på knapt 40. Blandt de gifte var mødeprocenten lavest hos socialgruppe I og II (knapt 13 pct.). Funktionærerne havde blandt de gifte den næsthøjeste mødeprocent (knapt 49 pct.). Det er bemærkelsesværdigt, at mødeprocenten blandt ugifte er så meget højere end blandt gifte. Dette forhold kan måske skyldes, at flere gifte et år efter deres henvendelse til klinikken har ønsket at blive gravide eller allerede er blevet gravide, hvorfor en kontrol har været uaktuel for dem.

Det kan i øvrigt af det forhåndenværende materiale fra såvel Århus som klinikkerne i København ses, at det ikke har været utilfredshed med det anviste middel, som har været drivkraften for de kvinder, der er mødt frem til efterundersøgelse, idet 393 af de i alt 442 (90 pct.) af de fremmødte, der fik anvist pessarer, har udtalt, at såvel hun selv som hendes partner var tilfredse med midlet. 17 af kvinderne var utilfredse med pessaret, medens

deres partnere var tilfredse, og kun i 11 tilfælde var begge parter utilfredse.

Af andre fællestræk hos de fremmødte kan nævnes, at godt 73 pct. af de kvinder, der havde fået anvist pessar, har benyttet dette hver gang, godt 88 pct. følte sig helt trygge ved at bruge pessar, kun ca. 7 pct. bryder sig ikke om at anvende dette, og ca. halvdelen har fået tilfredsstillelsen ved samlivet forbedret efter at have fået pessar, medens kun 16 pct. synes, at der er ulemper ved dette. Endelig har ca. 60 pct. af samtlige de fremmødte (÷ de patienter, der rettede henvendelse til mødrehjælpen udelukkende for at få vejledning i brugen af antikonception, MH I) en stærk motivering for at undgå graviditet.

Resumé

Seksualoplysningsudvalget har iværksat en undersøgelse på de større rådgivningsklinikker her i landet for at konstatere, til hvor mange og til hvilke kvinder der ydes vejledning i antikonception. Undersøgelsen deltes i to afsnit, for det første en registrering af alle kvinder, der i året 1963 henvendte sig til de pågældende klinikker, og dernæst en efterundersøgelse af de samme kvinder et år senere.

Foreningen for Familieplanlægnings klinik i Lygten, Århus seksualklinik samt mødrehjælpens ikke tidligere kendte klienter (MH I) havde over dobbelt så mange ugifte som gifte råde søgende. Medianalderen for de ugifte var 19 år, men over en fjerdedel af disse patienter var i aldersgruppen 20—21 år. For de gifte var medianalderen 25 år, medens kun ca. 27 pct. var over denne alder.

Blandt mødrehjælpens tidligere kendte klienter (MH II) var der derimod dobbelt så mange gifte som ugifte, og klinikkerne i Ribe amt havde over fire gange så mange gifte som ugifte. Medianalderen for MH II's ugifte var 20 år og for de gifte 27 år, 32 pct. var over denne alder. Medianalderen i Ribe amt var henholdsvis 19 år og 26 år.

Over halvdelen af klinikernes patienter befinder sig i socialgruppe III, resten er stort set ufaglærte eller studerende.

18 pct. af de ugifte kvinder, der rettede henvendelse til klinikkerne, havde født tidligere; disse kvinder fandtes hovedsagelig blandt MH II's klienter. Ca. 40 pct. af de ugifte i dette materiale havde aborteret (spontan, legalt eller illegalt) en eller flere

gange, medens dette kun var tilfældet for ca. 8 pct. i materialet fra Ribe amt og ca. 3 pct. af det øvrige materiale.

Ca. 94 pct. af alle de gifte kvinder havde født tidligere, og ca. 38 pct. havde haft en eller flere aborter; som ved de ugifte fandtes også her langt de fleste tidligere aborterende blandt materialet fra MH II.

De fleste af klinikernes klienter er henvist dertil af tidligere klienter. Andre henvises af mødrehjælpen, læger, jordemødre, sundhedsplejersker og hospitaler, og en del kommer af sig selv.

Blandt klienterne på Århus seksualklinik foretrak ca. 40 pct. en klinik fremfor en privat læge. Kun ca. 17 pct. af alle kvinderne i Århus foretrak en kvindelig læge fremfor en mandlig.

I 1963 ordineredes pessar til så godt som alle de kvinder, der rettede henvendelse til klinikkerne (kun om godt 2 pct. vides det med sikkerhed, at de ikke fik pessar).

Inden henvendelsen til klinikken havde godt 60 pct. af de ugifte kvinder anvendt kondom, medens 40 pct. af de gifte kvinder havde anvendt pessar og 36 pct. kondom.

På grund af en svigtende mødeprocent besluttede man at opgive efterundersøgelsen i dens oprindelige udformning og indskrænke den til at omfatte de kvinder, der fik vejledning i antikonception i de tre første måneder af 1963, og som mødte til efterundersøgelse inden 15. oktober 1964.

Mødeprocenten blev imidlertid så lav, at der ikke kan udledes sikre resultater af denne del af undersøgelsen.

Kun Århus seksualklinik fik en nogenlunde pæn mødeprocent. I dette materiale er mødeprocenten blandt ugifte en del større end blandt gifte, mødeprocenten hos studerende og skoleelever er størst, og den er mindst blandt ugifte, ufaglærte arbejdere og blandt de gifte i socialgruppe I + II, endelig møder flest af de yngste og ældste aldersgrupper blandt ugifte til efterundersøgelse, medens aldersgruppen 24-29 år har den laveste mødeprocent såvel blandt gifte som ugifte.

Det fremgår i øvrigt af materialet, at det ikke er utilfredshed med det ordinerede middel, der har motiveret de pågældende til at møde til efterundersøgelse, idet ca. 90 pct. af de fremmødte har udtalt, at såvel hun selv som hendes partner var tilfredse.

De supplerende undersøgelser

I de seneste år er sket en kraftig udvikling inden for antikonceptionel teknik, således godkendtes i efteråret 1966 to nye svangerskabsforebyggende midler: intrauterin prævention og oral antikonception. Dette i forbindelse med den ændring af svangerskabshygiejneloven, der trådte i kraft den 1. oktober 1966 og gik ud på, at kvinder efter en graviditets afslutning skal tilbydes gratis vejledning i antikonception af deres læge eller af ham henvises til anden lægelig vejledning, samt at unge mellem 15 og 18 år kunne få vejledning i antikonception uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver, har ført til, at udvalget anså det for nødvendigt at supplere de i årene 1963/64 foretagne undersøgelser vedrørende antikonceptionel vejledning.

Man anså det for særlig nødvendigt at få suppleret de som bilag 6 og 4 samt 5 refererede undersøgelser: Klinikundersøgelsen, amtsundersøgelsen samt undersøgelsen om vejledning i antikonception hos praktiserende læger i København. Der var navnlig grund til at antage, at oplysningerne om, hvilke midler der ordineres, samt om hvilke kvinder — i relation til alder og civilstand — der søger vejledning, kunne have forandret sig. Man besluttede derfor at foretage nogle mindre supplerende undersøgelser vedrørende disse spørgsmål.

I. Den supplerende klinikundersøgelse

A. Undersøgelsens tilrettelæggelse

Man rettede fra udvalgets side henvendelse til de samme tre klinikker, der i 1963 deltog i den i bilag 6 refererede egentlige klinikundersøgelse, d. v. s. Foreningen for Familieplanlægnings klinik i Lygten i København, mødrehjælpens klinik i København samt Århus seksualklinik, og anmodede om at få oplyst, hvor mange kvinder der for første gang

havde rettet henvendelse til de pågældende klinikker i perioden 1. januar — 30. juni 1968 fordelt efter alder og civilstand, samt hvilke midler der ordineredes til disse kvinder. Man anmodede ligeledes om så vidt muligt at få oplyst, hvilke svangerskabsforebyggende metoder de pågældende havde anvendt forinden henvendelsen til klinikken.

Da det ved undersøgelsen i 1963 viste sig, at de kvinder, der i forvejen havde været i forbindelse med mødrehjælpen i anden anledning, på adskillige områder adskilte sig fra de kvinder, der henvendte sig på mødrehjælpens klinik alene for at få vejledning i antikonception eller til en af de to andre af undersøgelsen omfattede klinikker, anmodede man mødrehjælpen om kun at få de ovennævnte oplysninger vedrørende de kvinder, der henvendte sig udelukkende for at få vejledning i svangerskabsforebyggelse.

B. Undersøgelsens resultater

Fordeling efter alder og civilstand

I undersøgelsesperioden rettede ialt 1.208 kvinder henvendelse til disse 3 klinikker. Dette svarer til et årligt patienttal på 2.416. I hele 1963 konsulterede ialt 2.071 kvinder de samme 3 klinikker. Det giver en stigning på 345 patienter eller ca. 17 pct. i løbet af de sidste 5 år. Den største stigning ligger i mødrehjælpens åbne klinik, klinikken i Århus har en lille stigning, medens Foreningen for Familieplanlægnings klinik i Lygten har haft en tilbagegang af nye patienter. Denne tilbagegang skyldes, at klinikkens kapacitet er begrænset, og da de nye svangerskabsforebyggende midler specielt den intrauterine prævention kræver flere og længere varende konsultationer, har nye patienter måttet henvises til andre af foreningens klinikker.

769 eller ca. 64 pct. af samtlige patienter er ugifte, de resterende er gifte eller tidligere

Tabel 1. Fordeling efter alder og civilstand.

Alder	Ugifte								Gifte + tidl. gifte							
	Fam.pl.		MH i Kbh.		Århus		Samtlige klinikker		Fampl.		MH i Kbh.		Århus		Samtlige klinikker	
	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.
15 år.....	3	2,1	29	9,0	24	7,8	56	7,3	0	—	0	—	0	—	0	—
16 år.....	8	5,7	52	16,1	35	11,4	95	12,4	0	—	0	—	0	—	0	—
17 år.....	10	7,2	78	24,2	55	17,9	143	18,6	1	0,6	1	0,7	0	—	2	0,5
18 år.....	16	11,4	42	13,0	37	12,1	95	12,3	3	1,7	2	1,4	2	1,7	7	1,6
19 år.....	17	12,1	46	14,3	40	13,0	103	13,4	5	2,8	5	3,4	3	2,6	13	3,0
20-21 år.....	43	30,7	37	11,5	59	19,2	139	18,1	20	11,2	14	9,7	18	15,5	52	11,8
22-24 år.....	33	23,6	31	9,6	43	14,0	107	13,9	41	23,0	43	29,7	41	35,3	125	28,5
25-29 år.....	7	5,0	6	1,9	11	3,6	24	3,1	52	29,2	36	24,8	27	23,3	115	26,2
30-34 år.....	1	0,7	0	—	3	1,0	4	0,5	29	16,3	23	15,9	14	12,1	66	15,0
35 år og derover.....	2	1,4	1	0,3	0	—	3	0,4	27	15,2	21	14,5	11	9,5	59	13,4
I alt.....	140	99,9	322	99,9	307	100,0	769	100,0	178	100,0	145	100,1	116	100,0	439	100,0

gifte, jfr. tabel 1. Dette er lidt færre ugifte end i 1963-undersøgelsen, hvor procenten var 68. Medianalderen for ugifte er 18 år og for gifte 25 år. I 1963-undersøgelsen var medianalderen henholdsvis 19 og 25 år. I 1963-undersøgelsen var godt 18 pct. af samtlige ugifte kvinder under 18 år. I nærværende undersøgelse udgør de under 18-årige ugifte godt 38 pct. af samtlige ugifte patienter. Denne stigning blandt de ganske unge patienter er sket på bekostning af et næsten tilsvarende fald i antallet af patienter i aldersgrupperne 18-21 år.

Fordeling efter ordination

Af tabel 2 fremgår, at i første halvår af 1968 fik knapt 88 pct. af samtlige ugifte, der henvendte sig til de tre af undersøgelsen om-

fattede klinikker, ordineret pessar (godt 85 pct. fik almindeligt pessar og kun knapt 3 pct. specialpessar), ca. 6 pct. fik ordineret oral antikonception, knapt 4 pct. fik intrauterin prævention, og 5 ugifte kvinder blev rådet til, at partneren anvendte kondom. I 1963-undersøgelsen fik ca. 96 pct. af de ugifte pessar, d.v.s., at der på klinikkerne kun er indtrådt en mindre ændring af ordinationspraksis for de ugifte til trods for de nye midlers fremkomst.

For de gifte og forhen gifte ser tallene væsentlig anderledes ud. Her fik i første halvår af 1968 godt 17 pct. pessar mod godt 95 pct. i 1963. Godt 70 pct. af disse kvinder fik i 1968 intrauterin prævention mod mindre end 1 pct. i 1963, og 7 pct. fik i 1968 ordineret oral

Tabel 2. Fordeling efter ordination og civilstand.

Ordination	Ugifte								Gifte + tidl. gifte							
	Fam.pl.		MH i Kbh.		Århus		Samtlige klinikker		Fam.pl.		MH i Kbh.		Århus		Samtlige klinikker	
	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.	i alt	pct.
Oral antikonception.....	16	11,4	30	9,3	1	0,3	47	6,1	17	9,6	12	8,3	2	1,7	31	7,1
Pessar (alm. + spec.).....	105	75,0	278	86,3	292	95,1	675	87,8	25	13,0	14	9,7	37	31,9	76	17,3
Intrauterin præv.....	10	7,1	12	3,7	7	2,3	29	3,8	130	73,0	118	81,4	61	52,6	309	70,4
Kondom.....	4	2,9	0	—	1	0,3	5	0,6	0	—	1	0,7	0	—	1	0,2
Andet.....	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	3	2,6	3	0,7
Intet eller uoplyst.....	5	3,6	2	0,6	6	2,0	13	1,7	6	3,4	0	—	13	11,2	19	4,3
I alt.....	140	100,0	322	99,9	307	100,0	769	100,0	178	99,0	145	100,1	116	100,0	439	100,0

antikonception. Konklusionen bliver, at de nye svangerskabsforebyggende midler i høj grad har ændret klinikernes ordinationspraksis for gifte og tidligere gifte kvinder, medens ordinationspraksis for ugifte kvinder kun har gennemgået en mindre ændring. I det hele er klinikkerne overmåde tilbageholdende med hensyn til at anvende oral antikonception, dette gælder specielt seksualklinikken i Århus. Det skal dog i denne forbindelse bemærkes, at man fra Århus klinikken henviser kvinder, der bestemt ytrer ønske om oral antikonception, til egen læge.

Den aktuelle ordination fordelt efter tidligere anvendt metode

På Århus klinikken havde man ikke tidligere konsekvent udspurgt klienterne om, hvilken svangerskabsforebyggende metode de tidligere havde anvendt. For hovedparten af klienter over 20 år var denne oplysning dog indhentet, og da der blev givet meddelelse om nærværende undersøgelse omkring 15. maj 1968, gik man over til at spørge samtlige klienter om den tidligere anvendte metode, men alligevel er denne uoplyst for 250 af Århus klinikens ialt 423 klienter.

I det følgende er derfor materialet fra seksualklinikken i Århus udeladt, idet fordelingen af ordinationerne fremgår af tabel 2.

Af tabel 3 fremgår bl. a., at godt 38 pct. af de kvinder, der rettede henvendelse til de to

klinikker i København, tidligere havde anvendt kondom. Knap 21 pct. havde tidligere anvendt pessar, og godt 13 pct. havde intet middel anvendt. Af disse sidste havde kun knapt 1 pct. aldrig haft coitus.

Hovedparten af dem, der tidligere havde anvendt kondom, fik nu ordineret pessar, ca. 18 pct. fik intrauterin prævention, og ca. 10 pct. fik ordineret oral antikonception.

Af de 164 kvinder, der tidligere havde anvendt pessar, fik lidt under 50 pct. intrauterin prævention, og lidt under 25 pct. af disse fik påny pessar.

Endelig fik langt den overvejende del (lidt under 70 pct.) af de kvinder, der tidligere ikke havde anvendt svangerskabsforebyggende metoder, pessar. Det gjaldt også dem, der ikke havde haft coitus.

II. Den supplerende lægeundersøgelse

For at få suppleret undersøgelse blandt praktiserende læger i Sorø amt (**amtsundersøgelsen**) samt undersøgelsen blandt praktiserende læger i København og Gentofte, jfr. bilag 4 og 5, overvejede man på tilsvarende måde som ved den supplerende klinikundersøgelse at iværksætte supplerende undersøgelser blandt lægerne i Sorø amt og i hovedstadsområdet. Men selv om sådanne undersøgelser kun skulle være af mindre omfang, ville de trods alt blive komplicerede og meget tids-

Tabel 3. Det ordinerede middel fordelt efter den tidligere anvendte metode (bortset fra Århus).

Tidligere anvendte metode	Ordinerede middel							I alt tidl.	
	Oral antikonception	Pessar	Spec. pessar	Intrauterin præv.	Kondom	Andet	Intet eller uoplyst	Abs.	Pct.
Oral antikonception	10	13	—	74	—	—	1	98	12,5
Pessar	27	43	5	87	—	—	2	164	20,9
Intrauterin præv.	1	—	1	6	—	—	7	15	1,9
Kondom	21	218	8	50	2	—	2	301	38,3
Andre metoder (herunder sikre dage) ..	1	2	1	5	—	—	1	10	1,3
Coitus interruptus	1	21	0	10	—	—	—	32	4,1
Intet	8	69	1	19	2	—	—	99	12,6
Intet (hvor dette skyldes aldrig coitus) .	2	3	—	—	1	—	—	6	0,8
Uoplyst	5	35	0	19	—	—	1	60	7,6
I alt ordineret	76	404	16	270	5	—	14	785	100,0
Procentfordeling for ordinationer	9,7	51,5	2,0	34,4	0,6	—	1,8		

krævende. Da udvalget erfarede, at »*Dansk selskab for forskning i almen lægepraksis*« var i færd med at foretage en undersøgelse vedrørende vejledning i brug af antikonception blandt læger over hele landet, valgte man derfor at anmode forsknings-selskabet om tilladelse til at få de undersøgelsesresultater, der var af interesse for seksualoplysningsudvalgets arbejde, stillet til rådighed. Forsknings-selskabet indvilligede straks heri, og de nedenstående tal stammer alle fra den nævnte undersøgelse. Selv om resultaterne af denne undersøgelse ikke kan sammenlignes direkte med resultaterne fra de to tidligere foretagne undersøgelser blandt praktiserende læger, vil man dog ved en sammenligning kunne aflæse nogle tendenser i udviklingen.

A. Undersøgelsens tilrettelæggelse

Forsknings-selskabet opfordrede samtlige sine medlemmer - på daværende tidspunkt 150 alment praktiserende læger spredt over hele landet - til at deltage i projektet. 64 læger fulgte opfordringen, men 5 af disse er senere faldet fra, alle i forsøgsårets sidste del. Disse lægers journaler indgår i materialet indtil deres frafald. Den ene af disse lægers journaler føres videre af en kompagnon. De deltagende læger registrerede samtlige kvinder, der i perioden 1. august 1967 til 1. august 1968 rettede henvendelse til dem om antikonceptionel vejledning, hvad enten dette skete på kvindens eller på lægens initiativ. Alle kvinder er, uanset hvilken antikonceptionel metode der ordineredes, blevet registreret ved hjælp af en primær-journal. De bliver herefter ved hjælp af kontroljournaler kontrolleret 1 måned, 3 måneder, 6 måneder og siden hvert halve år fremover, så længe det er muligt at holde sammen på materialet. Seksualoplysningsudvalget har udelukkende modtaget oplysninger fra primær-journalen.

B. Undersøgelsens resultater

Fordeling efter alder og civilstand

Materialet består af ialt 3.722 kvinder, der i perioden 1. august 1967 til 1. august 1968 rettede henvendelse til en af de i undersøgelsen deltagende 64 alment praktiserende læger.

Af tabel 4 fremgår, at 1104 eller ca. 30 pct. af samtlige patienter er ugifte. 92 kvinder har

Tabel 4. Fordeling efter alder og civilstand.

Alder	Ugifte		Gifte + tidl. gifte	
	I alt	Pct.	I alt	Pct.
15 år.....	24	2,2	—	—
16 år.....	61	5,5	1	—
17 år.....	166	15,0	17	0,6
18 år.....	175	15,9	46	1,8
19 år.....	119	10,8	50	1,9
20-24 år.....	378	34,2	574	22,0
25-29 år.....	139	12,6	1034	39,6
30-34 år.....	22	2,0	561	21,5
35-39 år.....	17	1,5	246	9,4
40 år og derover	3	0,3	81	3,1
I alt ¹	1104	100,0	2610	99,9

¹ Total 3714. Materialet består af 3722 journaler, men 8 kan ikke opdeles efter alder.

tidligere været gifte, men er nu fraskilte eller enker, de afviger ikke væsentligt fra de gifte og er derfor i det følgende slået sammen med denne gruppe. Medianalderen for ugifte er 20 år, og for gifte og tidligere gifte er den 25-29 år. Næsten 23 pct. af de ugifte er under 18 år, medens kun knapt 4 pct. er 30 år og derover.

Sammenlignes disse resultater med resultaterne i de tidligere foretagne undersøgelser blandt praktiserende læger, ses, at forholdsvis færre af patienterne i nærværende undersøgelse er ugifte. (I amtsundersøgelsen var 41 pct. ugifte, og i lægeundersøgelsen i København var ca. 62 pct. ugifte). Medianalderen i denne undersøgelse afviger ikke væsentligt fra medianalderen i de tidligere undersøgelser hverken for ugifte eller gifte.

Tabel 5. Fordeling efter ordination og civilstand.

Ordination	Ugifte		Gifte + tidl. gifte	
	I alt	Pct.	I alt	Pct.
Oral antikon- ception.....	868	78,4	1960	75,0
Pessar (alm. + spec.).....	206	18,6	222	8,5
Intrauterin præv.....	29	2,6	392	15,0
Kondom.....	3	0,3	30	1,1
Andet.....	1	0,1	11	0,4
I alt.....	1107	100,0	2615	100,0

Fordeling efter ordination

Af tabel 5 fremgår, at godt 78 pct. af de ugifte og 75 pct. af de gifte fik ordineret oral antikonception. Det ses således, at de alment praktiserende lægers ordinationspraksis afviger væsentligt fra klinikkernes, hvor som ovenfor nævnt kun henholdsvis ca. 6 pct. og ca. 7 pct. fik oral antikonception. Kun knapt 19 pct. af de ugifte og knapt 9 pct. af de gifte fik pessar, og henholdsvis knapt 3 pct. og 15 pct. fik intrauterin prævention.

Initiativet

Kun i 685 eller godt 18 pct. af de samlede vejledningskonsultationer var det lægen, der tog initiativet til vejledningen. Det drejede sig om 120 ugifte, 557 gifte og 8 tidligere gifte kvinder.

Tabel 6. *Henvendelserne fordelt efter initiativ og civilstand.*

Initiativet taget af	Ugifte	Gifte + tidl. gifte	I alt	Pct.
Lægen.....	120	565	685	18,4
Patienten....	987	2048	3035	81,5
Uoplyst.....	0	2	2	0,1
I alt	1107	2615	3722	100,0

Det ses af tabel 6, at lægen tager initiativet overfor forholdsvis flere gifte end ugifte. I amtsundersøgelsen, bilag 4, er også foretaget en opgørelse af, i hvor mange tilfælde lægen tog initiativet til vejledningen. Det drejede sig her om 14 pct. af vejledningskonsultationerne, og lægen tog også her initiativet overfor forholdsvis flere gifte end ugifte.

En undersøgelse
af
viden, adfærd og holdning på det seksuelle område
blandt mødre, som lige har født
(Mødreundersøgelsen)

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
<i>Undersøgelsesmetode</i>	105
Materialets størrelse og repræsentativitet	106
Ægteskab og erhverv	108
<i>Seksualoplysning</i>	108
Første menstruation	108
Første oplysningskilde	109
Oplysningens udførlighed	110
Alder ved første oplysning	111
Skolens rolle	114
<i>Det aktuelle kendskab til og brug af antikonceptionelle midler</i>	114
Kendskab til antikonceptionelle metoder	114
Antikonceptionelle metoder, der har været prøvet	115
Hvilket middel ansås for mest effektivt	116
Aktuelt anvendte antikonceptionelle metoder	118
Gener ved anvendelsen af antikonception	119
<i>Den seksuelle aktivitets begyndelse</i>	120
Partner ved første coitus	122
Antikonception ved første coitus	123
Alder ved første coitus og ved første konception	124
Ønskelig alder for første coitus	125
<i>Fødsler og aborter</i>	126
Reaktion på abort	126
Tidligere graviditeter og fødsler	127
Ønske om graviditet	130
Anvendelse af antikonception ved første konception	131
Det: ønskede antal børn	132
<i>Kvinder</i> <i>fra</i> <i>brudte</i> <i>hjem</i>	133
<i>Vejledning i antikonception</i>	133
Vejledning af unge	133
Egen læge eller specialklinik	134
<i>Resumé</i>	134

Undersøgelsen er foretaget på foranledning af seksualoplysningsudvalget. Den er tilrettelagt af udvalget og læge Anders Groth og bearbejdet af sidstnævnte med statistisk rådgivning af ekspeditionssekretær Henry Hamtoft, sundhedsstyrelsen.

Udvalget havde oprindeligt som nævnt i betænkning I, side 28, planlagt en undersøgelse omfattende et repræsentativt udsnit af hele landets befolkning, en undersøgelse, der imidlertid af økonomiske og tekniske årsager blev opgivet.

Da udvalget anså det for nødvendigt i sit undersøgelsesmateriale at have oplysninger om et udsnit af den kvindelige befolkning i den fertile alder, som i hvert fald var repræsentativt for størstedelen af denne, besluttede man sig tvunget af omstændighederne til i stedet ved sundhedsplejerskernes bistand at foretage en undersøgelse blandt mødre, der lige havde født. Udvalget var opmærksom på, at sundhedsplejersker vel ikke har speciel uddannelse i optagelse af interviews, men man fandt, at dette opvejedes af fordelene ved, at sundhedsplejerskerne i forvejen havde opnået en god kontakt med de pågældende kvinder.

Formålet med undersøgelsen har været at tilvejebringe oplysninger om kvinders viden, adfærd og holdning på det seksuelle område set i relation til baggrundoplysninger som alder, civilstand, tidligere svangerskaber, skole- og anden uddannelse, social status samt bopæl.

Undersøgelsesmetode

Undersøgelsen blev efter en prøveundersøgelse i 1965 foretaget i januar og februar måned 1966 og omfattede 873 mødre, som havde født i april eller maj måned 1965. Barnet var altså på undersøgelsestidspunktet ca. 9 måneder gammelt. Ved at afgrænse under-

søgelsen således blev det muligt at lade 42 egnede sundhedsplejersker fordelt over hele landet foretage udspørgningen; de havde på det tidspunkt opnået så god kontakt med moderen, at man kunne lade dem stille detaljerede spørgsmål angående moderens viden og adfærd på det seksuelle område. De pågældende mødre blev udvalgt efter en på forhånd fastlagt metode, således at man f. eks. tog hveranden eller hver tredje af de mødre, hvis børn sundhedsplejersken skulle se til i den pågældende periode; det vil sige, at sundhedsplejerskerne ingen mulighed havde for selv at udskille enkelte af kvinderne i deres klientel.

Alle sundhedsplejersker blev personligt instrueret i undersøgelsens metodik af overlæge Kirsten Auken, ekspeditionssekretær Henry Hamtoft og læge Anders Groth, idet der blev afholdt to møder i provinsen og et i København. Endvidere var der udarbejdet en skriftlig instruktion til de enkelte spørgsmål i spørgeskemaet. Valget af sundhedsplejersker som interviewere medførte, at adskillige spørgsmål vedrørende den seksuelle adfærd måtte udgå af spørgeskemaet, idet man mente, at sundhedsplejersken i mindre samfund kunne komme i vanskeligheder ved at stille sådanne spørgsmål, og det er ikke utænkeligt, at enkelte af svarene på de stillede spørgsmål er influeret af valget af sundhedsplejersker som interviewere. Undersøgelsen blev i øvrigt foretaget i samråd med embedslægen og de ledende sundhedsplejersker.

Undersøgelsen skulle foregå så nær barnets 9 måneders fødselsdag som muligt, dog helst når sundhedsplejersken alligevel skulle besøge barnet. Besøget kunne aftales i forvejen uden nærmere besked om årsagen. Ved udspørgningen blev benyttet et spørgeskema, som indeholdt 31 spørgsmål samt mulighed for bemærkninger, som sundhedsplejersken

måtte have angående interviewet og familien (moderen). Nogle få var tilbageholdende med at besvare enkelte af spørgsmålene, men der var i øvrigt ingen vanskeligheder ved udspørgningen, der tog $\frac{1}{2}$ -1 time. Anonymiteten blev stærkt betonet. Mange af de interviewede mødre var glade for anledningen til at drøfte seksuelle problemer og svangerskabsforebyggelse med sundhedsplejersken, og ialt karakteriseredes 786 (94 pct.) som velvilligt indstillede, 33 (4 pct.) som ligegyldige og 13 ($1\frac{1}{2}$ pct.) som modvillige.

Det indsamlede materiale er blevet kodet og sat på hulkort i den medicinal-statistiske afdeling i sundhedsstyrelsen. De foreløbige resultater, meddelt i betænkning I, er fremkommet ved manuel behandling af materialet. De her meddelte resultater er blevet til ved databehandling på NEUGC, Danmarks tekniske højskole. Denne forskel i opgørelsesmetodik kan forklare enkelte uoverensstemmelser mellem resultaterne i betænkning I og de her meddelte.

Materialets størrelse og repræsentativitet

Man udvalgte 873 mødre. Heraf blev 41 (5 pct.) ikke udspurgt, idet 17 ikke kunne træffes, og 4 var flyttet. Det drejer sig oftest om yngre, gifte kvinder. Endvidere nægtede 14 (1,6 pct.) oftest ældre, gifte kvinder, at svare på de stillede spørgsmål, 1 svarede helt upålideligt, 1 var udlænding, 1 ønskede ikke længere sundhedsplejerske, og endelig er 3 kvinder ikke blevet udspurgt, uden at årsagen dertil kendes.

Tilbage er 832 kvinder udspurgt af 42 sundhedsplejersker, der blev udvalgt således,

at man kunne få et tilstrækkeligt stort antal interviews repræsentativt fordelt over by og land, hovedstad, Sjælland, Fyn og Jylland. De 873 udvalgte svarpersoner kunne kun udvælges mellem $\frac{2}{3}$ af alle fødende kvinder, da der endnu ikke findes sundhedsplejersker i hele landet. Dette førte til, at landdistrikter i det nordlige og vestlige Jylland måtte repræsenteres af de distrikter, hvor der fandtes sundhedsplejersker, uden de muligheder for at sprede interviewene, som man ellers havde. Da man fandt, at hovedstadsområdet (København + omegn) kunne beskrives tilstrækkelig sikkert af et relativt mindre antal interviews, blev udvalgsprocenten halveret for dette område, således at det kun indgår i undersøgelsen med 149 (18 pct.) interviews mod provinsens 683 (82 pct.) interviews.

Materialet er ikke repræsentativt for samtlige kvinder mellem 14 og 45 år. For det første får ca. 15 pct. af kvinderne aldrig børn, og dertil kommer, at de, der føder flere børn, har større chance for at komme med i udsnittet end mødre med færre børn. Dernæst er aldersfordelingen indenfor materialet også afvigende fra aldersfordelingen for kvinder i almindelighed. Fødslerne fordeler sig ikke jævnt over disse aldersgrupper, da fertiliteten er højst i aldersgruppen 20-29 år. Kun relativt få kvinder i aldersgruppen under 20 år har født, og man kan derfor ikke drage slutninger til samtlige kvinder under 20 år. I alderen over 20 år er flertallet af den kvindelige befolkning gift (55 pct. af hele aldersgruppen 20-24 år og ca. 80 pct. ved 25-års fødselsdagen), og omtrent $\frac{2}{3}$ har fået 1 barn.

Tabel 1 viser, at det udvalgte udsnit derimod er nogenlunde repræsentativt med hen-

Tabel 1. Det udvalgte materiale og samtlige fødsler i 1965 opdelt på alder.

Alder	Antal levendefødte i 1965		Udvalgte mødre	Heraf spurgt	Heraf ugifte ved fødslen ¹	Beregnet fordeling af 832 fødsler	Beregnet antal ugifte
	I alt	Heraf ugifte					
15-19 år	10.000	3.500	99	95	29	97	28
20-24 år	32.200	2.850	317	304	16	312	22
25-29 år	24.400	950	258	248	11	237	7 $\frac{1}{2}$
30-34 år	12.200	450	137	129	6	118	3 $\frac{1}{2}$
35 år og derover	7.000	350	57	56	2	68	3
Ukendt			5				
I alt	85.800	8.100	873	832	64	832	64

¹ Inden udspørgningen var 15 af disse blevet gift, og af resten levede 24 sammen med barnefaderen.

syn til alder og civilstand for mødre, der fødte levendefødte børn i 1965; ugifte i alderen 20-24 år er dog lidt underrepræsenteret og i alderen 25-34 år overrepræsenteret.

Tabel 2. Skole- og anden uddannelse.

Skoleuddannelse m. v.	832 mødre		Omtrentlig fordeling af kvinder som helhed ¹
	Antal	Pct.	
Folkeskole	442	53	63
Folkeskole + anden uddannelse	126	15	20
Mellemskole-, real- og studentereksamen	63	8	4
Mellemskole-, real- og studentereksamen + anden uddannelse	198	24	13
Uoplyst	3		
I alt	832	100	100

¹ Kilde: Socialforskningsinstituttets publikation nr. 2/1966 Tidens forlag, tabel 3.13. Tabellen inkluderer alle kvinder på 15 år og derover, hvorfor kort skolegang er mere almindelig end blandt de 17-42 årige mødre.

Tabel 2 viser fordelingen og repræsentativiteten med hensyn til skole- og anden uddannelse, tabel 3 med hensyn til egen, faders (ved kvindens 10. år) og ægtefælles sociale status, og endelig viser tabel 4, hvor de udspurgte kvinder var opvokset ved skolegangens begyndelse.

Ved vurderingen af baggrundsfaktorerens betydning for den seksuelle adfærd, viden og holdning må man tage hensyn til disse baggrundsfaktorer eventuelle indbyrdes sam-

Tabel 4. Bopæl.¹

	Bopæl ved skolegangens begyndelse	Bopæl på interviewtidspunktet
Hovedstad	146 ²	149
Provinsby	258	683
Stationsby	121	
Landdistrikt	307	
I alt	832	832

¹ Procentberegning er ikke angivet, da København kun er repræsenteret med halv udvælgelsesprocent.

² Heraf dog 11 delvist opvokset i udlandet.

menhæng. Af detaljerede tabeller, ikke medtaget her, fremgår det, at disse sammenhænger, som man omtrentlig ville forvente. Således udgør kvinder, født i 40'erne, 58 pct. af de københavnske mødre mod kun 48 pct. i provinsen, og samtidig er der en lidt mindre udtalt tendens til, at københavnske mødre har længere skolegang og hyppigere efterfølgende uddannelse end mødre fra provinsen. Desuden er socialgruppe III (især funktionærer og faglærte) som venteligt større i hovedstaden (70 pct.) end i provinsen (55 pct.).

Dernæst har mødre, født i 30'erne, lidt længere skolegang og lidt hyppigere efterfølgende uddannelse sammenlignet med mødre, født i 40'erne, og i særdeleshed sammenlignet med dem fra 20'erne; dette smitter også af på den sociale placering. Dette kan ejheller undre, da tidligt fødende mødre (se side 54) er overrepræsenteret blandt de mødre, der er født i 40'erne.

Endelig er der, som venteligt, flest ugifte i de yngste aldersklasser og antydningvis flere

Tabel 3. Socialgruppeplacering.¹

	Egen socialgruppe		Faders socialgruppe ²		Ægtefælles socialgruppe		Den mandlige befolkning i alderen 25-39 år ³
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Pct.
Socialgruppe I + II	19	2	145	17	124	16	29,3 (29)
Socialgruppe III:							
Funktionærer m. v.	304	37	265	32	235	30	20,5 (21)
Faglærte arbejdere	39	5	86	10	214	27	19,2 (19)
Socialgruppe IV:							
Ufaglærte arbejdere	468	56	271	33	210	27	31,0 (31)
Uoplyst	2	0	65	8	0	—	—
I alt	832	100	832	100	783		100

¹ Med hensyn til den i udvalgets undersøgelser anvendte socialgruppeinddeling henvises til bilag 10.

² Faderens sociale status ved den adspurgtes 10. år.

³ Kilde: Danmarks Statistik, Folketælling 1960, (Statistisk Tabelværk 1964, B. 3).

i hovedstaden, samt en lille tendens til, at de ugifte har kortere skolegang, sjældnere efterfølgende uddannelse og lavere social placering.

Ægteskab og erhverv

Tabel 5 viser, at medianalderen ved ægteskabs indgåelse er 20-21 år, for mandens vedkommende 3-4 år højere. Ved brylluppet var 45 pct. gravide.

Efter ægteskabets indgåelse har 70 pct. været i erhverv, under den aktuelle graviditet

Tabel 5. Alder og eventuel graviditet ved ægteskabets indgåelse.

Alder	Moderen		Ægtefællen		Gravid ved ægteskabets indgåelse Pct.
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	
Under 18 år	36	5	—	—	78
18-19 år	205	26	39	5	59
20-21 år	233	30	146	19	45
22-24 år	205	26	277	35	35
25 år og derover	104	13	321	41	28
I alt	783	100	783	100	45

kun 52 pct. (heri inkluderet de ugifte), og efter denne graviditet højst 36 pct. (inclusive de ugifte), se tabel 6.

Tabel 7 illustrerer det samme som tabel 6, nemlig at hustruens bidrag til familiens økonomi influeres betydeligt af den 9 måneder tidligere overståede fødsel.

Seksualoplysning

Adskillige spørgsmål omhandlede mødrenes viden angående menstruation, konception og

Tabel 6. Erhvervsarbejde før, under og efter graviditeten.

	Efter indgåelse af ægteskab		Under graviditeten ¹		Efter fødslen ¹	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Intet	233	28	394	48	536	64
Hele dagen	311	38	294	35		
Deltidsarbejde	168	20	120	14	296	36
Uoplyst hvor meget	69	8	21	3		
Ugifte	49	6	—	—	—	—
Uoplyst	2	—	3	0	—	—
I alt	832	100	832	100	832	100

¹ De ugifte er her inkluderet.

Tabel 7. Hustruens andel af den samlede indtægt før graviditeten og efter fødslen.

	Før graviditeten		Efter fødslen	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
0	378 ¹	48	523	67
≧ 33%	165	21	88	11
Derover	124	16	56	7
Uoplyst	116	15	116	15
I alt	783	100	783	100

¹ Heri indgår kvinder, der ikke var gift før graviditeten.

antikonception, kilden til denne viden og alderen, da den blev erhvervet. Herom blev der stillet følgende spørgsmål:

- 1) Hvor gammel var De, da De fik menstruation første gang? Vidste De da, hvad det var, eller kom den første menstruation uventet for Dem? Hvem oplyste Dem om menstruationen?
- 2) Hvorfra fik De de første egentlige oplysninger om, hvordan børn bliver til? Hvor gammel var De? Var oplysningerne udførlige nok?
- 3) Hvorfra fik De at vide, at det er muligt at undgå, at samleje fører til graviditet? Hvor gammel var De? Var oplysningerne udførlige nok?

Første menstruation

Af tabel 8 ses, at medianalderen for første menstruation (menarchen) var 13 år. Inden 12 års alderen har 8 pct. haft første menstruation. Medianalderen for første menstruation er i dette materiale tydeligt faldende fra de ældre til de yngre generationer, tabel 15, og den er samtidig lavest i hovedstaden, tabel 13, og i socialgruppe I og II.

Tabel 8. Alder ved første menstruation og kendskab til menstruationen.

Alder	Pct. af 832 mødre	Pct. af aldersgruppen, der ikke kendte noget til menstruationen i forvejen
10 år og derunder	1	45
11 år	7	43
12 år	21	28
13 år	25	26
14 år	21	20
15 år	14	21
16 år og derover	9	13
Uoplyst	1	(...)
I alt	99	25
Personer	832	209
Medianalder	13 år	

Af tabel 8 fremgår yderligere, at ved mænkens indtræden havde U af kvinderne ikke kendskab til menstruationen; der er dog, som naturligt er, flere der ikke har kendskab til menstruationen blandt dem, som får første menstruation i en ung alder (under 12 år = ca. 43 pct.), og færre hos de ældste (ca. 20 pct. for de 14-årige). Af ikke her medtagne

tabeller fremgår endvidere, at uvidenhed om menstruationen er størst blandt de socialt lavt stillede grupper.

Første oplysningskilde

Det ses af tabel 9, at der er nogen forskel med hensyn til første oplysningskilde ved de omtalte 3 forhold, henholdsvis konception, antikonception og menstruation. Man må dog tage i betragtning, at formuleringerne af spørgsmålene ikke er helt de samme for spørgsmålene om konception og antikonception. Spørgsmålet om konception vedrører de første egentlige oplysninger, medens der i spørgsmålet om antikonception mere alment spørges om, hvorfra de pågældendes viden stammer. Men da der i begge spørgsmålene spørges om alderen, og da de er stillet efter hinanden, er der formentlig ikke større forskel i opfattelsen af spørgsmålene, d. v. s., at også med hensyn til antikonception er der svaret på, hvorfra den første egentlige viden stammer om mulighed for antikonception som sådan og ikke om metoderne.

Tabellen viser først, hvorfra mødrenes viden om konception stammer. Det er foræl-

Tabel 9. Kilde til viden om konception, antikonception og menstruation samt oplysningens udførlighed.

Kilde	Konception		Antikonception		Menstruation	
	Pct. af 832	Pct., der fandt oplysningen udførlig nok	Pct. af 832	Pct., der fandt oplysningen udførlig nok	Pct. af 832	Kilde til viden for 623 personer, der vidste om menstruationen før dens indtræden
Forældre alene	25,2	64,8	13,6	82,3	58,4	64,5
Forældre + andre	10,6	56,8	6,5	68,5	5,0	6,3
Partner alene	0	0	10,1	61,9	0	0
Partner + andre	0	0	5,4	64,4	0	0
Familie	4,1	35,3	3,7	70,9	6,3	6,3
Kammerater alene	20,9	17,8	11,9	20,2	9,5	10,1
Kammerater + andre	9,7	28,4	6,1	27,5
Skole alene	7,3	42,6	6,4	52,8	4,1	4,3
Andre kombinationer	7,0	51,7	7,8	61,5	5,3	5,0
Undet, herunder læsning, radio, TV samt læge	12,0	52,0	25,8	57,2	5,3	0,5
Uoplyst	3,2	0,0	2,7	13,6	6,1	3,0
I alt	100,0	43,3	100,0	55,4	100,0	100,0
Personer	832	360		461		623

O forekommer ikke.
... indeholdt i andre grupper.

drene, d. v. s., fortrinsvis moderen, der eventuelt sammen med andre er den vigtigste oplysningskilde. Der er 36 pct., som angiver dette. Forældrene alene udgør 25 pct. af svarene. Kammeraterne er den næststørste gruppe med 21 pct. alene og 31 pct. sammen med andre. Skolen alene har ca. 7 pct., men optræder også sammen med andre kilder i lige så mange tilfælde, hvilket ikke er vist i tabellen, da denne kombination indgår i andre grupper. Oplysning ved læsning og lignende (gruppen »andet«) har også en vis betydning, idet 12 pct. angiver disse kilder.

Viden om antikonception hentes i det store og hele fra samme kilder, men ikke i samme omfang. Den vigtigste kilde er rubriceret under »andet« med 26 pct. Gruppen omfatter først og fremmest læsning, men også radio, TV samt læge. Den næststørste gruppe er forældrene (moderen), der nævnes alene i 14 pct. af tilfældene, og alene eller sammen med andre er oplysningskilde for ialt 20 pct. af de udspurgte. Kammerater nævnes af 18 pct. og partneren af 16 pct. af kvinderne. Disse 2 kilder optræder alene for 12 pct. og 10 pct. Skolen har heller ikke den store betydning, idet kun 6 pct. angiver denne kilde alene og 5 pct. sammen med andre kilder. Man må dog huske, at der ikke er spurgt, om der er modtaget seksualundervisning i skolen.

Tabel 9 viser desuden, hvorfra kendskabet til menstruation stammede. Her er det så ubetinget forældrene, især moderen, der dominerer billedet, idet ialt 63 pct. af alle nævner denne kilde, og moderen alene 58 pct., medens kammerater kun nævnes af ca. 10 pct. Da nogle af de adspurgte måske har nævnt oprindelsen til deres viden, selv om de ikke kendte noget til menstruation før efter dens indtræden, har man særskilt gjort kilden op for de 623 (75 pct.) af de adspurgte, som i forvejen havde kendskab til menstruationen. Fordelingen er omtrent den samme, kun er moderens andel endnu større, medens »andet« næsten er forsvundet. Dette viser, at tilsyneladende meget få kun har læst sig til, at der er noget, der hedder menstruation - hvis man har viden, stammer denne fra andre personer.

Oplysningens udførlighed

Der var ikke udelt tilfredshed med den modtagne oplysning, se tabel 9. Kun 43 pct.

syntes, at oplysningen om konception var tilstrækkeligt udførlig; ved antikonception var andelen 55 pct. Forældrenes oplysning var mest udførlig, idet henholdsvis 65 pct. og 82 pct. fandt oplysningen om konception og antikonception »udførlig nok«. Dernæst nævntes læsning og lignende, og mindst tilfredshed var der med kammeraternes oplysning, hvor kun henholdsvis 18 pct. og 20 pct. anså oplysningen for udførlig nok. 62 pct. var tilfredse med partnerens oplysning om antikonception. De 20-24-årige har oftere fået udførlig antikonceptionsoplysning (64 pct.) end de 30-34-årige (49 pct.). Oplysningen huskes som lige udførlig, hvadenten den er givet tidligt eller sent, og de med lang skolegang og høj social status har ikke fået mere udførlig oplysning end de øvrige, (når bortses fra den oplysning, der gives i skolen). Første graviditet er lidt sjældnere uønsket (37 pct.) blandt dem, der har fået udførlig antikonceptionsoplysning end blandt dem, der ikke har fået udførlig oplysning (48 pct.). Den samme tendens gør sig gældende ved de næste fødsler; der må dog tages det forbehold, at der først blev spurgt om uønskede graviditeter og senere om antikonceptionsoplysningens udførlighed, og svaret på det første spørgsmål kan derfor eventuelt have påvirket svaret om oplysningens udførlighed. Dertil kommer, at de, der har fået udførlige oplysninger, er antydningssvis mere fornuftige i antikonceptionsvalg og i anvendelseshyppighed.

Tabel 10. Alder ved første oplysning om konception og antikonception.

Alder	Konception	Antikonception
9 år og derunder..	12,8	
10 år.....	} 13,7	} 8,7
11 år.....		
12 år.....		
13 år.....	14,5	8,5
14 år.....	15,1	14,9
15 år.....	7,2	12,9
16 år.....	6,5	14,7
17 år.....	} 6,2	13,8
18 + 19 år.....		12,9
20 år og derover ...		4,8
Uoplyst.....	8,7	8,8
I alt.....	100,0	100,0
Personer.....	832	
Medianalder.....	13 år	16 år

Alder ved første oplysning

Tabel 10 viser alderen, da de pågældendes viden om konception og antikonception blev erhvervet. Medianalderen er forholdsvis høj, 13 år for konception og 16 år for oplysning om antikonception. Dette forklarer, hvorfor partneren her spiller en relativ stor rolle. Der er i øvrigt en vis tendens til, at de tidligt kønsmodne (tidligt menstruerede) får tidligere oplysning end resten af materialet.

Tabel 11 belyser forholdet mellem alder ved oplysning om antikonception og alder ved første coitus. Der kan ikke af tabellen udledes nogen tendens i retning af, at tidlig oplysning fører til tidlig indledning af seksuel aktivitet.

Derimod synes der at være en svag tendens til, at de tidligt oplyste hyppigere anvender antikonception ved første coitus.

Af detaljerede tabeller, som ikke er medta-

Tabel 11. Alder ved oplysning om antikonception opdelt på alder ved 1. coitus og anvendelsen af antikonception ved dette.

Alder ved oplysning om antikonception	Procentfordeling af mødrene								Antikonception ved 1. coitus		Personer
	Alder ved 1. coitus										
	15 år	16 år	17 år	18 år	19 år	20 år	I alt	Ja	Nej		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
12 år eller tidligere	10	8	14	25	14	28	99	54	46	72	
13 år	13	17	21	23	15	10	99	54	46	71	
14 år	7	8	23	38	15	18	99	46	54	124	
15 år	8	19	24	22	7	19	99	47	53	107	
16 år	4	19	19	27	14	18	101	53	47	123	
17 år eller senere	2	4	18	29	18	29	100	41	59	262	
Gennemsnit	6	11	20	27	14	22	100	47	53		
Personer	43	81	149	202	110	166	751	351	396	759	

Tabel 12. Kilde til viden om konception, antikonception og menstruation opdelt i hovedstadsområde og provinsen.

Kilde	Procentfordeling af mødrene					
	Hovedstadsområde - Provins					
	Konception		Antikonception		Menstruation	
	H	P	H	P	H	P
Forældre alene	26,2	25,0	18,8	12,5	59,1	58,3
Forældre + andre	14,1	9,8	11,4	5,4	6,0	4,8
Partner alene	0	0	10,0	10,1	0	0
Partner + andre	0	0	5,4	5,4	0	0
Familie	4,7	4,0	4,7	3,5	5,4	6,5
Kammerater alene	12,7	22,7	12,8	11,7	4,7	10,5
Kammerater + andre	6,0	10,6	4,7	6,4
Skole alene	10,1	6,7	8,7	5,9	8,7	3,1
Andre kombinationer	8,1	6,7	8,7	7,6	6,0	5,1
Andre kilder, herunder læsning, radio, TV og læge	15,4	11,3	14,1	28,4	3,4	5,7
Uoplyst	2,7	3,2	0,7	3,1	6,7	6,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Personer i gruppen	149	683				

O. forekommer ikke.
... indeholdt i andre grupper.

get her, fremgår, at de forskellige oplysningskilder har vekslende hyppighed på de enkelte alderstrin. Forældrenes (moderens) betydning som oplysningskilde er størst i de yngste aldre, senere får kammeraterne større betydning.

I tabellerne 12-15 behandles enkeltheder i forbindelse med oplysningsspørgsmålene nemlig dels forskellen mellem hovedstad og provins, dels mellem to generationer af mødre, de 20-25 årige og 30-35-årige. Denne sidste opgørelse foretages med henblik på at belyse udviklingen over 10 år.

Hvad oplysning om konception og antikonception angår, er forældrenes betydning som kilde mindre i provinsen end i hovedstaden, tabel 12. Dette gør sig særligt gældende med hensyn til antikonception, hvor forældrenes andel i oplysningen er henholdsvis 18 pct. og 30 pct., hvilket delvis beror på, at første oplysning, som det fremgår af tabel 12, gives senere i provinsen. Medens det ved oplysning om konception er kammerater, der spiller den største rolle i provinsen (33 pct.), er det ved antikonception »andre kilder« (hovedsagelig læsning) med 28 pct. Skolens andel er også mindre i provinsen, nemlig 6 pct. mod 9-10 pct. i hovedstaden. Med hensyn til oplysning om menstruation er forskellen mellem hovedstad og provins derimod ringe, bortset fra at

skolens andel er 9 pct. i hovedstaden mod 3 pct. i provinsen.

Ifølge tabel 13 er der en vis forskel mellem hovedstad og provins, hvad angår alderen ved oplysning om konception og antikonception, idet medianalderen er noget lavere i hovedstaden. For konception er medianalderen henholdsvis 12 år og 13 år og for antikonception 15 og 16 år. For viden om menstruation synes der ikke at være forskel mellem landsdelene.

Hvad forskellen mellem generationerne angår, er det tydeligt, at der er en tendens til, at forældre nu giver oplysning oftere end før, tabel 14, det gælder særligt for antikonception, hvor andelen er steget fra 11 pct. til nu 25 pct. Kammerater og læsning er de grupper, der er blevet mindre.

Der er forskel mellem generationerne, hvad angår alderen for oplysning om antikonception, idet medianalderen er gået ned med 2 år fra 17 til 15, tabel 15, beregnet uden decimaler; derimod er der ingen mærkbar forskel ved oplysning om konception. Det ses desuden, at medianalderen for første menstruation er faldet fra ca. 14 til ca. 13 år. I løbet af de 10 år synes der at være sket en nedgang i antallet, der ikke vidste i forvejen, hvad menstruation var, nemlig fra 27 pct. til 24 pct.

Tabel 13. Alder ved 1. oplysning om konception og antikonception og ved 1. menstruation opdelt i hovedstadsområde og provinsen.

Alder	Procentfordeling af mødrene					
	Hovedstadsområde - Provins					
	Konception		Antikonception		1. menstruation	
	H	P	H	P	H	P
9 år	16,8	11,9	8,1	8,8	3,4	0,9
10 år	18,1	12,7				
11 år	15,5	15,4	11,4	7,9	11,4	6,0
12 år	15,4	14,4				
13 år	17,4	14,6	20,8	13,6	26,2	25,0
14 år	5,4	8,1	14,1	12,6	24,1	20,8
15 år	4,0	6,4	15,4	14,6	11,4	14,5
16 år	5,4	6,4	14,1	13,8	5,4	9,8
17 år			8,7	13,8		
18 + 19 år	2,0	10,1	4,7	4,8	—	1,3
20 år og derover			2,7	10,1		
Uoplyst	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
I alt	149	683	15	16	13	13
Personer	12	13				
Medianalder						

Tabel 14. Kilde til viden om konception, antikonception og menstruation, opdelt på mødre født 1931/35 og 1941/45.

Kilde	Procentfordeling af mødrene					
	Konception		Antikonception		Menstruation	
	Mødre født i		Mødre født i		Mødre født i	
	1931-35	1941-45	1931-35	1941-45	1931-35	1941-45
Forældre alene.....	25,5	28,3	8,5	17,2	52,9	59,9
Forældre + andre.....	5,9	10,8	2,6	7,6	3,3	8,0
Partner alene.....	0	0	8,5	9,5	0	0
Partner + andre.....	0	0	5,2	6,1	0	0
Familie.....	4,6	2,9	4,6	3,8	11,1	4,8
Kammerater alene.....	23,5	13,4	16,3	8,9	9,2	8,3
Kammerater + andre.....	6,5	9,6	4,6	6,4
Skole alene.....	10,5	9,2	6,5	8,3	3,9	4,4
Andre kombinationer.....	9,1	9,2	7,9	7,0	6,5	5,1
Andre kilder, herunder læsning, radio, TV og læge..	12,4	14,0	30,7	22,3	7,9	4,8
Uoplyst.....	2,0	2,6	4,6	2,9	5,2	5,1
I alt.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Personer i gruppen.....	153	314				

O forekommer ikke.
 ... indeholdt i andre grupper.

Tabel 15. Alder ved 1. oplysning om konception og antikonception og ved 1. menstruation samt kendskabet dertil opdelt på mødre født 1931/35 og 1941/45.

Alder	Procentfordeling af mødrene							
	Konception				1. menstruation			
	Konception		Antikonception		I alt		Pct. af aldersgruppen, der ikke vidste i forvejen	
	Mødre født i		Mødre født i		Mødre født i		Mødre født i	
	1931-35	1941-45	1931-35	1941-45	1931-35	1941-45	1931-35	1941-45
9 år.....	15,7	14,0			—	2,9	—	44
10 år.....	} 12,4	} 15,3	} 3,2	} 9,9	} 5,9	} 8,0	} 44	} 40
11 år.....								
12 år.....								
13 år.....	13,1	15,3	7,9	9,6	13,7	26,1	38	23
14 år.....	15,0	14,0	9,8	17,8	26,8	23,6	37	24
15 år.....	13,1	17,5	9,8	17,8	22,9	22,9	20	22
16 år.....	6,5	8,0	12,4	16,6	16,3	11,8	16	14
17 år.....	5,9	6,4	13,7	15,3	} 12,4	} 4,4	} 11	} 21
18 år.....								
17 år.....								
18 + 19 år.....	7,8	3,2	15,7	12,1				
20 år og derover.....	15,0	8,6	15,0	8,6				
Uoplyst.....	9,8	1,6	9,8	1,6				
Uoplyst.....	10,5	6,3	12,5	8,5	2,0	0,3	(..	..)
I alt.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	27%	24%
Personer.....	153	314					42	76
Medianalder.....	13	13	17	15	14	13		

Nedgangen er størst for de 12 og 13-årige fra 38/37 pct. til 23/24 pct.

Både ved konception og antikonception gælder forøvrigt, at oplysningerne nu anses for udførlige nok af flere end før. Ved oplysningen om konception 49 pct. mod 42 pct., og ved oplysningen om antikonception 61 pct. mod 48 pct. Disse tal fremgår ikke af tabel-lerne.

Skolens rolle

I mødreundersøgelsen er der ikke spurgt, om kvinderne har fået seksualundervisning i skolen. Man får derfor kun noget at vide om skolens rolle, når denne har været en væsentlig kilde til oplysning, ved konception endda første væsentlige kilde. Skolen nævnes derfor kun sjældent, i ca. 7-8 pct. og ca. 5-6 pct. sammen med andet. Dens betydning som første kilde er kun steget lidt i løbet af 10 år.

Tabel 16. Antal mødre, der anfører skolen som oplysningskilde, fordelt efter bopæl.

Geografisk område	Antal mødre	Konception		Antikonception	
		Skole alene	Skole + andre	Skole alene	Skole + andre
København ..	106	14	9	12	12
Københavns omegn.....	43	1	5	1	2
Provinsbyer ..	284	25	28	22	13
Landdistrikter	399	21	21	18	17
I alt.....	832	61	63	53	44

Tabel 16 viser fordelingen af svarene »skole« og »skole + andre« geografisk. Det ses, at skolens betydning er lidt større for oplysning om konception end for antikonception og lidt større for København end for det øvrige land (nuværende bopæl).

Ser man på skoleformen, tabel 17, er procenten lavest for dem uden eksamen og højest for mellem- og realskolen. For gymnasiaster spiller skolens oplysning størst rolle ved antikonception. Man ved dog ikke, på hvilket skoletrin oplysningen er givet til disse sidste grupper.

Det aktuelle kendskab til og brug af antikonceptionelle midler

Alle fik stillet spørgsmålet:

Hvilke midler eller metoder kender De til forebyggelse af svangerskab?

Tabel 17. Antal mødre, der anfører skolen som oplysningskilde, inddelt efter skoleuddannelse.

Skoleuddannelse	Antal mødre	Konception		Antikonception	
		Skole alene	Skole + andet	Skole alene	Skole + andet
Ingen eksamen ..	550	28	31	31	18
Mellemskole- og realeksamen m. v.	233	29	27	15	21
Studentereksamen	25	1	2	6	3
Uoplyst.....	24	3	3	1	2
I alt.....	832	61	63	53	44

Sundhedsplejersken noterede derefter ned, hvad der nævntes spontant, og foreviste så til dem, der ikke nævnte samtlige metoder, et kort med disse angivet på, hvorefter yderligere svar noteredes ned.

Derefter spurgtes om:

Hvilke metoder har De prøvet?

Hvad bruger De nu?

Hvor ofte bruger De det (den anvendte metode): Aldrig, hyppigt, i den farlige periode, sjældent?

Generer den nu anvendte metode?

Hvis der hertil svarede ja, spurgtes så om, hvordan metoden generede, om det var kvinden eller manden, og om genererne var af fysisk eller psykisk art.

Derefter spurgtes om:

Hvorfor er De ophørt med den metode, De tidligere har anvendt?

Hvilket middel, mener De, er mest effektivt?

Hvis ikke dette blev anvendt, blev der spurgt:

Hvorfor bruger De ikke det mest effektive middel?

Kendskab til antikonceptionelle metoder

Ved det første spørgsmål nævner 82 pct. spontant to eller flere sufficente metoder (kondom, pessar eller tabletter; spiral er der ikke spurgt specielt om), 6 pct. nævner kun pessar og 5 pct. kun kondom. Insufficente metoder alene nævnes af 2 pct. (afbrudt samleje 1 pct., sikre dage 1/2 pct. og andet V2 pct.), 42 (5 pct.) nævner intetsomhelst. Af disse 42 er 95 pct. fra provinsen (oftest landdistrikt), 90 pct. har alene gået i folkeskole, 88 pct. tilhører socialgruppe IV med hensyn til

eget erhverv mod kun 28 pct. med hensyn til ægtefælles erhverv. Kun 12 pct. er under 20 år, og resten er nogenlunde ligeligt fordelt aldersmæssigt. 92 pct. er gifte. Hyppigheden af aborter og uønskede graviditeter er i øvrigt lidt mindre blandt disse »uvidende« mødre, end den er i resten af materialet; at forklare dette, bliver for spekulativt.

Ved forevisning af kortet med de antikon-

ceptionelle metoder er der kun 5 (1 pct.), der stadig fastholder, at de ikke kender nogen antikonceptionel metode. De andre 37, der ikke spontant kunne nævne noget middel, kender ved forevisning af kortet alle én eller oftest adskillige af de sufficente metoder. Af de 14 (2 pct.), der spontant kun nævnte insufficente metoder, er det kun 2, der ikke kan supplere med flere af de sufficente metoder.

Tabel 18. Kendskabet¹ til antikonceptionelle metoder fordelt på generation.

Generation	Procentfordeling af 832 mødre										Total
	Ken-der både kondom, pessar og tab-letter	Ken-der kondom og pessar	Ken-der kondom og tab-letter	Ken-der pessar og tab-letter	Ken-der kun kondom	Ken-der kun pessar	Ken-der kun tab-letter	Ken-der kun afbrudt samleje	Ken-der intet middel	Uop-lyst	
Født 1934 eller tidligere.	81,1	9,7	0,4	1,0	1,9	2,1	0,9	0,4	2,0	0,5	172
Født 1935-39.	86,3	10,1	0,4	1,9	0,5	0,6	0,9	—	0,3		243
Født 1940-44.	82,8	9,8	0,6	2,1	2,1	1,8	0,4	0,4	—		306
Født 1945 eller senere.	<u>77,4</u>	<u>17,7</u>	—	<u>0,7</u>	0,6	3,6					111
I alt	82,2	11,2	0,4	1,6	1,7	1,4	0,7	0,1	0,6	0,1	

¹ Summen af det spontant og det efter forevisning af kortet nævnte.

Af tabel 18 fremgår *det totale kendskab til antikonceptionelle metoder*, og forskellen mellem generationerne er, som det ses, ganske ubetydelig. I forbindelse med det ikke helt ringe kendskab til antikonceptionelle metoder er det måske vigtigt at understrege, at det drejer sig om kvinder, der har født og ikke om kvinder i al almindelighed.

Antikonceptionelle metoder, der har været prøvet

Til trods for det ikke helt ringe kendskab til antikonceptionelle metoder, er der dog 50 (6 pct.), der aldrig har anvendt nogen form for antikonception. Disse kvinder har ikke flere børn og fordeler sig aldersmæssigt som det øvrige materiale, og man kan derfor gætte på, at det til en vis grad drejer sig om kvinder, der selv har erkendt deres nedsatte fertilitet. Der er yderligere 51 (5 pct.), der kun har prøvet insufficente metoder. Disse 41 såvel som de 50, der aldrig har anvendt antikonception, er hyppigst fra provinsen, oftest opvokset på landet; de har sjældent længere skolegang eller anden uddannelse og er oftest lavt socialt placeret. Med hensyn til alder og

civilstand fordeler de sig som resten af materialet, og de har ikke haft hyppigere abort eller uønskede graviditeter, ligesom de måske lidt overraskende ikke har fået mindre udførlig oplysning om antikonception end de øvrige mødre.

Af tabel 19 ses det, at kondom er det middel, de fleste (78 pct.) har prøvet, og dernæst kommer pessar med 40 pct. Insufficente metoder har været prøvet af 44 pct., heraf afbrudt samleje 25 pct., sikre dage 12 pct. og

Tabel 19. Den af mødrene prøvede antikonception.

Metode	Antal kvinder, der nævner metoden	Pct. af 819 ¹ mødre, der har prøvet metoden
Ingenting.	50	6
Afbrudt samleje	202	25
Sikre dage	99	12
Andre usikre metoder.	58	7
Kondom.	636	78
Pessar	330	40
Tabletter.	103	13

¹ 13 mødre har ikke besvaret spørgsmålet.

andre usikre metoder 7 pct. Tabletter har været anvendt af 13 pct. Ca. 40 pct. af mødrene har prøvet to eller flere metoder. Det forekommer usandsynligt, at kun 25 pct. af mødrene skulle have prøvet afbrudt samleje, og det er vel rimeligt at tænke sig, at mødrene ved spørgsmålet om, hvilke metoder de har prøvet, først og fremmest har tænkt på de sufficente metoder.

Hvilket middel ansås for mest effektivt

Man ønskede udover at bedømme kendskabet til de antikonceptionelle midler også oplysning om mødrenes viden med hensyn til

dette emne og spurgte derfor om, hvilket middel der var mest effektivt. Af tabel 20 fremgår det, at man i 1966 endnu kunne støde på den opfattelse, at afbrudt samleje eller sikre dage skulle være det sikreste. Tabletmetoden blev først frigivet i efteråret 1966, og dette kan måske forklare, at denne form for antikonception ikke rangerer højere i kvindernes bevidsthed. Spiralmetoden var endnu kun meget lidt kendt på dette tidspunkt. 15 pct. har ikke besvaret dette spørgsmål, men der er ingen specielle karakteristika med hensyn til baggrundsfaktorer for disse 15 pct., lige så lidt som der er nogen udtalte for-

Tabel 20. Den angiveligt mest effektive antikonception opdelt på generation.

Generation	Procentfordeling					
	Afbrudt samleje, sikre dage og andre usikre metoder	Kondom	Pessar	Tabletter og spiral ¹	I alt	Intet nævnt i pct. af hele materialet
Født 1921-29.....	12	41	36	12	101	21
Født 1930-34.....	8	24	37	31	100	19
Født 1935-39.....	3	29	44	24	100	15
Født 1940-44.....	3	24	44	29	100	13
Født 1945 eller senere.....	1	18	52	29	100	12
I alt.....	3	22	37	23	100	15
Personer.....	28	181	309	191	709	123

¹ Spiral nævnes af 31.

Tabel 21. De nu anvendte metoder.

	Eneste eller vigtigste af de nævnte metoder		Metoder der derefter er nævnt		I alt kvinder der har nævnt metoden	Pct. af 819 mødre der tidvis benytter metoden
	Antal	Pct.	Antal	Pct.		
Ingenting.....	141	17	—	—	141	17
Afbrudt samleje.....	54	7	19	11	73	9
Sikre dage.....	17	2	25	15	42	5
Andre usikre metoder.....	16	2	15	9	31	4
Kondom.....	331	40	63	37	394	48
Pessar.....	181	22	44	26	225	27
Tabletter.....	79	10	2	1	31	10
I alt.....	819 ¹	100	168	99		
Kvinder der benytter mere end 1 metode.....			168	20		

¹ Uoplyst 13.

skelle mellem dem, der nævner de forskellige metoder.

Af de mødre, der har svaret på spørgsmålet om mest effektive midler, benytter 61 pct. den metode, de selv anser for mest effektiv. De resterende blev spurgt om, hvorfor de ikke anvendte metoden. Hertil svarede 36, at de var gravide, og 6 ønskede at blive gravide. Af de resterende 217 kvinder, der svarede på dette spørgsmål, angiver 74 (34 pct.), at de ikke

kan lide at gå til læge, 78 (36 pct.) bryder sig ikke om den metode, de anser for mest effektiv (pessar, tabletter), eller de er bange for bivirkninger ved metoden (hyppigst tabletter). 55 (25 pct.) giver andre grunde til, at de vedbliver med den mindre sikre metode. I 6 tilfælde vægrer ægtefællen sig ved, at den mest effektive metode benyttes (pessar og kondom), og kun i 4 tilfælde er det lægen, der afslår at anvise metoden (tabletter). Mod-

Tabel 22. De nu anvendte metoder opdelt på generation, civilstand, bopæl nu, skole- og anden uddannelse, ægtefælles erhverv, haft abort, uønsket 1. graviditet, andre uønskede graviditeter, ønske om flere børn og antikonceptionsoplysningens udførlighed.¹

	Procentfordeling					Personer
	Insuf- ficiente metoder	Kondom	Pessar	Tabletter	Ingenting	
Generation:						
1920-29	24	28	18	6	24	50
1930-34	11	40	18	12	20	103
1935-39	9	47	19	11	14	223
1940-44	9	44	26	11	10	276
1945	12	43	25	8	12	96
Civilstand:						
Ugift	0	28	28	9	35	43
Gift	11	45	21	10	13	705
Bopæl:						
Hovedstad	15	37	30	6	12	134
Provins	10	44	20	11	14	614
Skole- og anden uddannelse:						
Folkeskole	12	45	16	9	18	403
Folkeskole + uddannelse	7	46	21	14	12	111
Mellemskole-, real- og studentereksamen	12	37	32	12	7	59
Mellemskole-, real- og studentereksamen + uddannelse	10	40	33	9	8	173
Ægtefælles erhverv:						
Socialgruppe I + II	8	40	27	13	12	104
Socialgruppe III:						
Funktionærer	11	47	20	8	14	214
Faglærte	10	47	26	8	9	197
Socialgruppe IV:						
Ufaglærte	15	39	16	14	16	190
Haft abort	16	36	22	17	10	110
1. graviditet uønsket	9	39	24	14	14	309
Haft andre uønskede graviditeter	9	36	24	18	13	177
Ønsker ikke flere børn	11	46	16	11	16	272
Udførlig oplysning om antikonception	10	45	23	11	12	417
Ikke udførlig oplysning om antikonception	11	42	21	11	15	294
I alt pct.	11	43	22	10	14	100
Personer	80	322	164	77	105	748

¹ Tabellen er opgjort på basis af de 5 hyppigste kombinationer blandt 748 mødre, og de gravide indgår ikke i tabellen.

standen mod at gå til læge er mest udbredt i de yngste generationer, men derudover adskiller disse 74 mødre sig ikke fra resten af materialet, specielt er der ikke forskel mellem hovedstad og provins.

Aktuelt anvendte antikonceptionelle metoder

Af tabel 21 fremgår det, hvilken metode de pågældende kvinder benytter på interviewtidspunktet. 141 (17 pct.) bruger ingen form for antikonception. Af disse ønsker 6 at blive

gravide nu, og 36 er det allerede. Af de resterende 99 (12 pct.) er der 54, der gerne vil have flere børn senere, nogle dog med visse forbehold, og endelig er der 45 (5 pct.), **der** ikke vil have flere børn, og som altså alligevel ikke benytter nogen form for antikonception. Disse 45 udgør 16 pct. af de 283 kvinder, der ikke ønsker flere børn. Når disse kvinder tilsyneladende ikke er mere påpasselige med antikonception end de øvrige, der ønsker sig flere børn på et senere tidspunkt, så må man for

Tabel 23. Antikonceptionsanvendelseshyppigheden opdelt på generation, civilstand, bopælen, skole- og anden uddannelse, ægtefælles erhverv, haft abort, uønsket 1. graviditet, andre uønskede graviditeter, ønsker om flere børn, antikonceptionsoplysningens udførlighed.

	Procentfordeling af de mødre der bruger antikonception				Bruger ingenting i pct. af gruppen
	Altid	Hyppegt	Sjældent	I alt personer	
Generation:					
1920-29	77	10	13	39	23
1930-34	84	11	5	88	19
1935-39	80	9	11	203	14
1940-44	80	13	8	262	10
1945	84	12	5	86	12
Civilstand:					
Ugift	93	7	0	29	34
Gift	80	12	8	649	12
Bopæl:					
Hovedstad	86	9	5	128	11
Provins	79	12	9	550	14
Skole- og anden uddannelse:					
Folkeskole	80	12	8	337	18
Folkeskole + uddannelse	84	10	6	107	11
Mellemskole-, real- og studentereksamen	86	7	7	56	7
Mellemskole-, real- og studentereksamen + uddannelse	78	12	10	176	7
Ægtefælles erhverv:					
Socialgruppe I + II	73	11	15	105	11
Socialgruppe III:					
Funktionærer	82	9	9	193	13
Faglærte	81	13	6	185	9
Socialgruppe IV:					
Ufaglærte	81	12	7	166	15
Haft abort	88	4	8	102	10
1. graviditet uønsket	83	11	6	280	13
Haft andre uønskede graviditeter	83	9	8	181	13
Ønsker ikke flere børn	85	9	6	237	16
Udførlig oplysning om antikonception	82	10	8	382	11
Ikke udførlig oplysning om antikonception	78	13	9	269	14
I alt pct.	81	11	8	100	13
Personer¹	546	77	55	678	105

¹ Uden for tabellen er: de gravide 36, uoplyst 13 = I alt 49.

det første bemærke, at 11 af dem er ugifte, og de af dem, der eventuelt ikke er seksuelt aktive, behøver naturligvis ikke antikonception (det samme kan eventuelt gælde flere af de gifte), for det andet at de ældre generationer, hos hvem fertiliteten er nedsat, er betydeligt overrepræsenteret blandt dem, der ikke ønsker flere børn. (Af de 30-45-årige ønsker kun 33 pct. flere børn, hvilket for de 15-25-årige er 82 pct.).

Den mest anvendte form for antikonception er kondomet, der i det mindste af og til benyttes af 394 (48 pct.). Som vigtigste metode nævnes den af 331 (40 pct.) og som eneste metode af 296 (36 pct.). Der er altså 11 pct. af dem, der angiver kondom som vigtigste metode, der ind imellem benytter sig af afbrudt samleje eller sikre dage. Kun 3 pct. af de 181 (22 pct.), der angiver pessar som vigtigste metode, bruger tidvis insufficient antikonception som afbrudt samleje og sikre dage. Tabletter anvendes af 10 pct., og insufficient antikonception af 11 pct. (afbrudt samleje 7 pct., sikre dage 2 pct., andre usikre metoder 2 pct.). Iait indrømmer dog 146 (18 pct.), at de tidvis benytter insufficient antikonception.

Af tabel 22 fremgår det, at der bortset fra den ældste generation ikke er store forskelle generationerne imellem i valget af antikonception. Karakteristisk for de ugifte er som tidligere begrundet, at $\frac{1}{3}$ ikke bruger antikonception, men desuden at insufficiante metoder ikke nævnes. I øvrigt gælder det med hensyn til samtlige baggrundsfaktorer, at disse ikke øver væsentlig indflydelse på antikonceptionsvalget. Følgende tendenser kan dog nævnes: i hovedstaden bruges såvel pessar som insufficiante metoder hyppigere end i provinsen, hvor til gengæld anvendelsen af kondom og tabletter er mere udbredt. Anvendelse af insufficient antikonception er hyppigst i socialgruppe IV, der også er den gruppe, der sjældent anvender antikonception; det sidste gælder også for dem, der alene har gået i folkeskole. Erhvervsarbejde har ingen indflydelse på, hvorvidt der anvendes mere eller mindre sufficiante metoder. De, der har haft abort eller uønskede graviditeter, er dem, der hyppigst bruger tabletter, men de er i øvrigt ikke væsentlig fornuftigere i deres antikonceptionsvalg end resten af materialet, og det samme gælder dem, der ikke ønsker flere børn.

Antikonceptionsanvendeshyppigheden

Værdien af sufficient antikonception afhænger af, om den altid anvendes, og man har derfor spurgt om anvendeshyppigheden på interviewtidspunktet, der fremgår af tabel 23. De, der er gravide nu, indgår ikke i tabellen, og der er derfor procentvis færre, der ikke benytter antikonception end i tabel 22. Det er dog de samme 141 kvinder, der ved begge spørgsmål benægter at bruge antikonception; disse 141 er der redegjort for tidligere.

Af de, der benytter antikonception nu, er der 81 pct., der hævder, at de altid anvender metoden, 11 pct. der siger, at de hyppigt gør det, og endelig 8 pct., der kun gør det sjældent. Sammenligner man med valget af antikonceptionel metode, er det også med hensyn til anvendeshyppighed sådan, at der bortset fra den ældste generation ikke er store forskelle generationerne imellem, at de ugifte, der bruger antikonception, er mere påpasselige (93 pct.) end de gifte (80 pct.), og at det samme gælder hovedstaden (86 pct.) sammenlignet med provinsen (79 pct.). Erhvervsarbejde har ingen indflydelse. Det er bemærkelsesværdigt, at de, der er bedst stillet socialt (socialgruppe I og II), synes at være dem, der er mindst påpasselige. I det hele taget gælder det med hensyn til forskelle i anvendeshyppighed, at de er så små, at de ikke siger noget sikkert. Man vil dog alligevel nævne, at de, der har haft abort eller uønskede graviditeter, er antydningvis mere påpasselige, end dem, der ikke har; det samme gælder den antikonceptionsbrugende del af dem, der ikke ønsker flere børn. Endelig er de, der har fået udførlige antikonceptionsoplysninger, lidt mere påpasselige end dem, der ikke har.

Af tabel 24 fremgår det, at de forskellige metoder bortset fra tabletter anvendes omtrent lige hyppigt; kondom er den metode, man oftest ikke er påpasselig med.

Gener ved anvendelsen af antikonception

På spørgsmålet om gener ved den aktuelt anvendte metode svarer 75 (11 pct.), at metoden er forbundet med fysiske gener. Det drejer sig især om pessar og afbrudt samleje for kvindens vedkommende, om kondom og pessar for manden. Endvidere nævner 80 (12 pct.), at metoden er forbundet med psykiske

Tabel 24. De nu anvendte metoder opdelt på anvendeshyppighed.

Metoder	Altid	Hyp- pigt	Sjæl- dent	I alt pct.	Per- soner
Insufficiente metoder	81	9	10	100	78
Kondom	77	15	9	101	321
Pessar	83	10	7	100	163
Tabletter	100	—	—	100	76
Personer	520	70	48		638

gener, det gælder for ganske de samme metoder som ved de fysiske gener for både mandens og kvindens vedkommende. Mange nævner både fysiske og psykiske gener, og ialt har 112 (13 pct.) klaget over gener i forbindelse med antikonceptionsanvendelsen. Generne er omtrent lige hyppige i de forskellige generationer. Det viser sig i øvrigt, at de, der tidligt har fået antikonceptionsoplysning, har færrest gener, men det har formentlig snarere sammenhæng med de personlige faktorer, der betinger den tidlige oplysning end med tidspunktet i sig selv.

Alle kvinder, der har prøvet mere end 1 metode, 40 pct. af samtlige, er blevet spurgt om, hvorfor de ophørte med det tidligere prøvede. Hertil svarede 36 pct., at de fandt metoden »upålidelig« eller foretrak »nyere og bedre metoder«, 33 pct. nævnedes »gener, ubehag, besvær og manglende tilfredsstil-

else«, og dertil kommer 6 pct., hvor partneren ikke »brød sig om metoden«. Endelig ønskede 4 pct. sig et barn, og 20 pct. angiver andre grunde.

Den seksuelle aktivitets begyndelse

De spørgsmål i undersøgelsen, der omhandlede kvindernes første forhold, var følgende:

Blev der brugt forebyggende midler ved Deres allerførste samleje?

Hvor gammel var De, da De havde samleje første gang?

Hvor gammel var han (partneren)?

Af hvilken art var forholdet?

Hvor længe havde de kendt hinanden?

Blev De gift med ham?

Tabel 25-32 viser den seksuelle aktivitets begyndelse og giver yderligere oplysning om enkelte problemer i forbindelse hermed.

Tabel 25 viser, at medianalderen ved første coitus for hele materialet er 18 år. 35 pct. havde deres første forhold, før de fyldte 18 år, og yderligere 26 pct. i løbet af det følgende år. Inden de var 20, havde 75 pct. af de adspurgte deres første coitus.

Medianalderen er tydeligt faldende gennem generationerne. I de ældste generationer er den 19 år, for de 21-25-årige er den 18 år, og for den yngste generation på 20 år og derunder er den 17 år. Man må dog for den yngste generations vedkommende tage hensyn til.

Tabel 25. Alder ved 1. coitus og anvendelsen af antikonception ved dette coitus opdelt på generation og bopæl ved skolegangens begyndelse.

Alder ved 1. coitus	Kumulative procenter								Personer
	Generation				Bopæl				
	1920-34	1935-39	1940-44	1945 og senere	Hovedstad	Provinsby	Stationsby	Landdistrikt	
15 år og derunder ¹	2	3	5	17	9	4	3	6	44
16 år	7	8	17	46	21	12	16	18	90
17 år	19	21	41	75	43	32	32	36	159
18 år	45	46	71	93	63	65	55	60	211
19 år	59	63	88	100	77	79	72	75	122
20 år og derover	100	100	100	(—)	100	100	100	100	193
Uoplyst									13
Medianalder	19 år	19 år	18 år	17 år	18 år	18 år	18 år	18 år	
Anvendelse af antikonception ved 1. coitus (i pct.)	28	48	56	47	42	45	49	50	
Personer	170	238	302	110	143	255	118	304	832

¹ 11 mødre var 14 år og derunder.

at der ikke kan forekomme kvinder med debutalder over 20 år.

I København begynder den seksuelle aktivitet lidt tidligere end i provinsen, idet 43 pct. har haft første samleje inden det 18. år mod 33 pct. i provinsen som helhed. Medianalderen er 18 år, uanset om kvinderne er opvokset i København, en provinsby, en stationsby eller på landet.

Tabel 26 viser, at medianalderen for første coitus er højere med langvarig end ved kort skolegang, og det samme gør sig endnu mere gældende, hvis skolegangen efterfølges af anden uddannelse. Af dem, der ikke har taget nogen uddannelse og alene har gået i folkeskole, har 45 pct. haft første coitus inden det 1. år mod 28 pct. blandt dem, der har taget uddannelse efter folkeskolen. Blandt dem, der

Tabel 26. Alder ved 1. coitus og anvendelsen af antikonception ved dette coitus opdelt på skole- og anden uddannelse samt faders socialgruppe.

Alder ved 1. coitus	Kumulative procenter							Personer	
	Skole- og anden uddannelse				Faders socialgruppe				
	F ¹	F + udd. ²	MRS ³	MRS ⁴ + udd.	Soc.gr. I + II	Soc.gr. III Funkt. Faglærte	Soc.gr. IV		
15 år og derunder	7	6	5	2	4	3	2	9	44
16 år	22	10	16	8	10	12	10	25	90
17 år	45	28	37	20	20	28	37	49	159
18 år	69	54	70	48	44	55	70	75	211
19 år	83	72	86	65	61	72	79	88	122
20 år og derover	100	100	100	100	100	100	100	100	193
Uoplyst									13
Medianalder	18 år	18 år	18 år	19 år	19 år	18 år	18 år	18 år	
Anvendelse af antikonception ved 1. coitus (i pct.)	45	51	48	48	46	49	54	43	
Personer	430	126	63	197	143	263	85	266	832

¹ Folkeskole.

² Folkeskole + uddannelse.

³ Mellemskole-, real- eller studentereksamen.

* Mellemskole-, real- eller studentereksamen - iddannelse.

har taget mellemskole-, real- eller studentereksamen, er den tilsvarende procent 37, og for dem, der har suppleret med uddannelse efter skolen, er procenten 20.

Dernæst viser tabellen, at der er mere end 1 års forskel i medianalderen mellem socialgruppe I + II og socialgrupper IV. Den hyppigste debutalder i socialgruppe I + II er 19 år og nogle måneder, medens den i socialgruppe IV ligger lige omkring 18 års fødselsdagen. Af mere detaljerede tabeller fremgår, at der inden for de enkelte socialgrupper ikke er nogen stor forskel. I socialgruppe II er medianalderen 19 år for såvel børn af gårdejere som for børn af højere middelstand i øvrigt (henholdsvis 61 pct. og 62 pct.). I socialgruppe III er medianalderen 18 år for såvel mindre erhvervsdrivende, husmænd og lignende, som for funktionærer af lavere grad

og faglærte arbejdere (henholdsvis 53 pct., 53 pct., 55 pct. og 70 pct.). Gennemsnitsalderen på interviewtidspunktet for de adspurgte i de tre grupper er dog ikke den samme, idet den er mindst for arbejderne og højest for den højere middelstand. Dette vil nærmest bevirke, at medianalderen faktisk er højere for middelstanden, hvor der er flere, der endnu ikke kan være med i udsnittet. For at eliminere denne forskel har man i tabel 27 beregnet tallene for de tre generationer for sig.

Tabellen viser, at der i hver generation er forskel mellem socialgrupperne, således at børn af socialgruppe II har første coitus senere end børn af socialgruppe III, der igen har coitus senere end børn af socialgruppe IV. Det ses endvidere, at der i hver socialgruppe er en nedgang i medianalderen fra den ældste generation til den yngste.

Tabel 27. Alder ved første coitus i relation til det sociale miljø, opdelt i tre generationer.
(Kumulative procenter).

Alder v. I. coitus	Generation												I alt
	F. 1931-35 (30-34 år)				F. 1936-40 (25-29 år)				F. 1941-45 (20-24 år)				
	S.gr. I+II	S.gr. III	S.gr. IV	I alt	S.gr. I+II	S.gr. III	S.gr. IV	I alt	S.gr. I+II	S.gr. III	S.gr. IV	I alt	
Under 15 år.....	0	0	0	0	0	0	1,4	0,4	0	1,6	1,4	1,3	0,7
15 år.....	3,2	0	3,2	1,4	1,9	1,7	5,6	2,9	2,6	4,9	9,4	6,7	4,2
16 år.....	3,2	5,9	12,9	6,8	7,4	4,2	12,5	7,4	12,8	19,5	28,3	22,7	13,9
17 år.....	9,7	20,0	38,7	21,8	16,7	17,8	27,8	20,5	28,2	43,9	58,0	48,3	32,9
18 år.....	32,3	43,5	71,0	46,9	40,7	50,0	52,8	48,8	56,4	74,0	83,3	76,0	60,2
19 år.....	48,4	57,6	80,6	60,5	61,1	67,8	75,0	68,4	79,5	90,2	94,7	90,7	76,4
20 år.....	58,1	72,9	87,1	72,8	70,4	82,2	83,3	79,9	92,3	97,6	96,4	96,3	85,5
21 år.....	64,5	80,0	90,3	78,9	77,8	81,1	90,3	86,5	97,4	98,3	99,3	98,7	90,2
22 år.....	74,2	81,2	90,3	81,6	83,3	94,1	94,4	91,8	97,4	100,0	100,0	99,7	93,1
23 år og derover....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
I alt antal.....	31	85	31	147	54	118	72	244	39	123	138	300	691
Medianalder.....	20	19	18	19	19	18	18	19	18	18	17	18	18

Alderen ved første coitus har en klar sammenhæng med alderen ved første menstruation, således at jo tidligere kønsmodning indtræder, des tidligere vil den seksuelle aktivitet alt andet lige begynde.

Tabel 28 a viser, at 50 pct. af mødre med menarch i 11 års alderen havde første coitus 17 år gamle eller tidligere mod kun 20 pct. af dem, der blev kønsmodne i 15 års alderen.

Tabel 28 b viser, at 69 pct. af dem, der havde første coitus inden det 17. år, blev

Tabel 28 a. Alder ved I. menstruation fordelt på alder ved I. coitus.

Alder ved I. coitus	Alder ved I. menstruation		
	11 år	13 år	15 år
	Kumulative procenter		
16 år.....	32	23	7
17 år.....	50	43	20
19 år.....	84	84	72
20 år.....	100	100	100

Tabel 28 b. Alder ved I. coitus fordelt på alder ved I. menstruation.

Alder ved I. menstruation	Alder ved I. coitus			
	16 år	17 år	19 år	20 år
	Kumulative procenter			
11 år.....	13	8	8	6
13 år.....	69	61	45	44
15 år.....	97	94	88	81

kønsmodne før eller i 13 års alderen mod kun 44 pct. af dem, der indledte den seksuelle aktivitet 20 år gamle eller senere.

Det er tidligere i tabel 11 vist, at tidlig oplysning om antikonception ikke resulterer i tidlig seksuel debut.

Partner ved første coitus

Partneren ved det første samleje er i almindelighed 2-3 år ældre end kvinden, 17 pct. var 18 år og derunder, 24 pct. var 19-20 år, 22 pct. var 21-22 år, og 37 pct. var 23 år eller derover.

Der blev desuden spurgt om, hvor længe kvinden havde kendt partneren, men dette spørgsmål er så hyppigt blevet misforstået, at det ikke har været muligt at gøre spørgsmålet op.

De fleste mødre angiver at have haft deres første samleje med en, de var forlovet med (57 pct.). Af tabel 29 ses yderligere, at godt 1/3 nævner »gå med« forhold, og kun 3 pct. nævner »andet«, d. v. s. et tilfældigt bekendtskab el. lign. 5 pct. hævder, det var ægtefællen, de havde første samleje med, men spørgsmålet var sådan formuleret, at nogle af mødrene har svaret »min mand« og ikke har nævnt, at samlejet eventuelt fandt sted inden brylluppet. I den ældste 10 års generation er det 9 pct., der nævner ægtefællen mod kun 3 pct. i yngste generation. Tendensen til at indlede seksuel aktivitet i et »gå med« forhold er større i den yngste generation, 40 pct., mod

Tabel 29. Arten af første forhold opdelt på generation og alder ved 1. coitus.
Desuden arten af første forhold i relation til eventuelt ægteskab og anvendelse af antikonception ved 1. coitus.

Forholdets art	Antal	Pct.	Procent for generation			Alder ved 1. coitus			Pct. der blev gift med partner	Pct. der anvendte antikonception ved 1. coitus
			1920-29	1930-39	1940 og senere	16 år	18 år	20 år		
Ægtefælle.....	43	5	9	7	3	0	1	18	100	21
Forlovede	471	57	60	59	55	34	64	63	82	51
»Gik med« ...	296	36	26	32	40	61	35	19	38	45
Andet.....	22	3	4	2	2	5	1	1	6	24
I alt.....		101	99	100	100	100	101	101	66	47
Personer.....	832		53	357	417	89	213	193	541 (af 826)	383 (af 815)

26 pct. i den ældste generation, hvorimod det forholder sig omvendt med hensyn til at indlede seksuelt samliv med sin forlovede. Her må det dog bemærkes, at de forskellige generationer formentlig forstår forskellige ting ved begreber som forlovelse og »gå med« forhold. Der kan ikke i materialet ses nogen tendens til, at den yngste generation oftere skulle indlede seksuelt samliv med en tilfældig forbindelse. Det drejer sig lige som i Kirsten Aukens disputats om så få personer, at der ikke kan drages konklusioner på basis af tallenes indbyrdes størrelsesforhold.

Dernæst viser tabellen, at de tidligt seksuelt aktive oftest betegner deres første forhold som et »gå med« forhold (61 pct.) mod kun 19 pct. af dem, der debuterer 20 år gamle eller senere, og af de sidste hævder 18 pct., at de havde deres første forhold med ægtefællen.

Endelig viser tabellen, at de, der angiver ægtefællen som første partner, sjældent anvendte antikonception ved deres første coitus (21 pct.), at dette er lidt hyppigere blandt forlovede (51 pct.) end i »gå med« forhold (45 pct.), samt at kun 24 pct. af dem, der indledte et tilfældigt forhold, anvendte antikonception.

Antikonception ved første coitus

Af tabel 30 ses, at 47 pct. hævder at have anvendt svangerskabsforebyggende midler ved deres første samleje. Det drejer sig næsten udelukkende om kondom. Derudover har mange formentlig benyttet sig af afbrudt samleje, men de er ikke talt med. Der er ingen sammenhæng mellem alder ved første coitus og brugen af antikonception, og partnerens alder influerer ej heller på dette spørgsmål. I

tabel 25 ses, at det er blevet mere og mere almindeligt at anvende antikonception ved første samleje (28 pct. i de ældste generationer. 56 pct. blandt de 21-25-årige), og at denne forsigtighedsregel synes at være lidt mere udbredt i provinsen (48 pct.) end i hovedstaden (42 pct.). I tabel 26 ses, at forskelle i skolegang, uddannelse og socialgruppe ikke giver væsentlige forskelle i hyppigheden af antikonceptions anvendelse ved første coitus, men at de forskelle, der er, dog går i den retning, man ville vente.

Det er tidligere i tabel 11 vist, at tidlig oplysning om antikonception antydningssvis øger sandsynligheden for, at antikonception bliver anvendt, og det samme gælder, hvis oplysningen har været udførlig.

Tabel 30 viser yderligere, at 65 pct. angiver at være blevet gift med den mand, de

Tabel 30. Alder ved 1. coitus i relation til anvendelsen af antikonception ved dette coitus, samt om kvinden blev gift med partneren.

Oplyst alder ved 1. coitus	Procent der anvendte antikonception v. 1. coitus	Blev gift med partneren	Personer
15 år og derunder .	40	36	44
16 år.....	54	58	90
17 år.....	45	61	159
18 år.....	46	60	211
19 år.....	54	78	122
20 år og derover...	45	78	193
I alt pct.....	47	65	
Personer.....	383	541	819

havde første samleje med, og naturligvis stiger sandsynligheden derfor, jo senere den seksuelle debut finder sted. Ikke desto mindre oplyser 58 pct. og 61 pct. af dem, der var henholdsvis 16 og 17 år ved deres første samleje, at de blev gift med partneren. Denne overraskende høje procent¹ kan ikke skyldes misforståelse af spørgsmålet, da dette var ganske klart og entydigt, men den kan eventuelt skyldes, at svarpersonen tenderer til at give »pæne« svar i en sådan interviewsituation. I øvrigt må man erindre, at adskillige relativt hurtigt er blevet gravide, hvilket derefter har ført til ægteskab; for de senere debuterende, der sjældnere var gravide ved ægteskabets indgåelse, gælder dette argument ikke i samme grad.

I tabel 29 kan man se, at 82 pct. af dem, der havde deres første samleje med forlovede, blev gift med ham, mod kun 38 pct. af dem, der var i et »gå med« forhold. Mere detaljerede tabeller viser, at der kun er en svagt udtalt sammenhæng mellem første partners alder og sandsynligheden for, at forholdet ender med ægteskab, og tendensen til, at dette sker, er kun antydningvis højere blandt dem, der med hensyn til skolegang, uddannelse og ægtefælles erhverv er bedst stillede. Det er altså i langt højere grad kvindens alder, der er afgørende for, om et forhold fører til ægteskab, end det er partnerens alder. For dem, der bor i provinsen, fører første forhold for 67 pct. vedkommende til ægteskab mod kun 58 pct. i hovedstaden.

Alder ved første coitus og ved første konception

Tabel 31 a. viser, at der er en tydelig sammenhæng mellem alderen ved den seksuelle aktivitets begyndelse og alderen ved første befrugtning (konception). Af dem, der debuterer 15 år gamle eller tidligere, er 59 pct. blevet gravid inden det 18. år, og som helhed er over halvdelen af dem, der debuterer 17 år gamle eller tidligere, blevet gravide senest 2 år efter den seksuelle aktivitets begyndelse.

Man kan altså på basis af tabel 31 a. som helhed konkludere, at udførlig oplysning om antikonception blandt andet med henblik på at gøre brugen af antikonception til en accepteret norm er særdeles tiltrængt for dem, der tidligt indleder den seksuelle aktivitet.

Tabel 31 b. viser, at længere skolegang og/eller efterfølgende uddannelse tilsyneladende øger tidsintervallet mellem 1. coitus og 1. konception. Man har dog ingen sikkerhed for, om ikke netop en tidlig graviditet for adskillige af mødrene har betinget, at de ikke fik nogen uddannelse, og dette reducerer naturligvis til en vis grad konklusionens værdi.

Tabel 31 c. viser, at faderens sociale status kun moderat påvirker tidsintervallet mellem 1. coitus og 1. konception, og som i tabel 31 b, er tallene så små, at tabellen kun kan antyde en tendens.

Dernæst viser tabel 31 a., at de tidligt debuterende langt oftere står alene med barnet ved første fødsel. Af dem, der debuterer 15 år gamle, er 43 pct. ugifte ved første fødsel, af

Tabel 31 a. Alder ved første coitus i relation til visse forhold i forbindelse med graviditet.

Oplyst alder ved 1. coitus	Procentfordeling vandret				Procent ugift v. 1. fødsel	Procent der har haft abort	Procent med 1. graviditet uønsket	Procent med andre uønskede graviditeter
	Alder ved 1. konception							
	16 år og derunder	17 år	18-19 år	20 år og derover				
15 år og derunder	41	18	20	20	43	19	75	53
16 år	19	27	31	23	26	22	62	46
17 år	—	18	49	33	15	15	48	41
18 år	—	—	32	67	12	11	42	37
19 år	—	—	24	76	12	17	38	41
20 år og derover	—	—	—	100	7	12	21	29
I alt pct.	4	7	26	62	15	14	41	38
Uoplyst	1	0	3	8	12	1	4	5
Personer	37	62	215	517	132	119	343	204

¹ Jfr. B. E. Olsen og E. Mannicke, der i Socialrådgiveren nr. 7, p. 148-154, 1968, anfægter denne procent og snarere mener, den må ligge mellem 33-50 pct.

Tabel 31 b. Alder ved 1. coitus fordelt efter alder ved 1. konception og opdelt på skole- og anden uddannelse.

Alder ved 1. konception	Alder ved 1. coitus											
	16 år eller tidligere				17 år				18-19 år			
	F ¹	F + udd. ²	MRS ³	MRS + udd. ⁴	F ¹	F + udd. ²	MRS ³	MRS + udd. ⁴	F ¹	F + udd. ²	MRS ³	MRS + udd. ⁴
Kumulative procenter (lodret)												
16 år eller tidligere	31	15	30	0	—	—	—	—	—	—	—	—
17 år	57	30	50	21	20	13	15	17	—	—	—	—
18-19 år	82	61	70	64	72	43	92	54	36	22	50	14
20 år eller senere	99	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100	100
Personer	96	13	10	14	98	23	13	24	163	54	30	87

¹ Folkeskole.

² Folkeskole + uddannelse.

³ Mellemskole-, real- eller studentereksamen.

⁴ Mellemskole-, real- eller studentereksamen + uddannelse.

Tabel 31 c. Alder ved 1. coitus fordelt efter alder ved 1. konception og opdelt på faders socialgruppe.

Alder ved 1. konception	Alder ved 1. coitus								
	16 år eller tidligere			17 år			18-19 år		
	Social- gruppe I + II	Social- gruppe III	Social- gruppe IV	Social- gruppe I + II	Social- gruppe III	Social- gruppe IV	Social- gruppe I + II	Social- gruppe III	Social- gruppe IV
Kumulative procenter (lodret)									
16 år eller tidligere . . .	46	20	24	—	—	—	—	—	—
17 år	69	45	49	7	17	20	—	—	—
18-19 år	84	65	85	64	60	71	25	24	41
20 år eller senere . . .	99	100	100	100	100	100	100	100	100
Personer	13	40	67	14	65	65	59	151	101

de 16-årige 26 pct. mod kun 7 pct. af dem, der var 20 år eller derover ved den seksuelle debut.

De tidligt debuterende har hyppigere end materialet som helhed haft abort, og de er langt oftere blevet uønsket gravide første gang. 75 pct. af de, der debuterede 15 år gamle eller tidligere, blev uønsket gravide første gang mod kun 21 pct. af dem, der debuterede 20 år gamle eller senere. Tendensen til, at en af de følgende graviditeter er uønsket, er også større blandt de tidligt debuterende, men knapt så udtalt.

Ønskelig alder for første coitus

For om muligt at belyse mødrenes holdning med hensyn til den ønskelige alder ved den

seksuelle aktivitets begyndelse, stillede man til alle følgende spørgsmål:

Hvilken alder synes De, en mand skal have nået, før han har samleje?

Hvilken alder mener De, en kvinde bør have nået, førend hun har samleje?

Mange var naturligvis tilbøjelige til at give et individualiseret svar af typen: » - det kommer an på—«, men af hensyn til kodificeringen var sundhedsplejerskerne instrueret om så vidt muligt at få præciseret den alder, mødre mente gjaldt for de fleste.

Tabel 32 viser, at den foretrukne medianalder for kvinder er 18 år. Kun 16 pct. mente, at det var ønskværdigt at have første samleje 17 år gammel eller tidligere. For mødre født 1940 eller senere er denne procent

Tabel 32. Faktisk alder ved 1. coitus opdelt på ønskelig alder ved 1. coitus.
Endvidere direkte sammenligning mellem ønsket og faktisk alder.

Alder ved 1. coitus	Ønskelig alder					Personer
	17 år og derunder	18 år	19 år	20 år	Moden	
	Kumulative procenter vandret					
15 år og derunder	37	74	88	95	100	43
16 år	29	82	86	95	100	82
17 år	34	75	82	97	100	154
18 år	11	67	80	94	100	201
19 år	3	57	72	94	100	107
20 år og derover	1	31	43	87	100	177
Personer	119	347	83	167	48	764
Ønskelig alder	16	61	72	94	100	774
Faktiske alder	35	61	75	84		820

24, i hovedstaden 21 pct., i socialgruppe IV 20 pct., og for dem, der alene har gået i folkeskole 19 pct.

Man har endvidere i tabel 32 sammenholdt den faktiske alder ved første samleje med den af mødrene ønskede alder. Ser man på de kumulative procenter angivet forneden på tabellen, er der ved 18 år ret god overensstemmelse mellem den faktiske alder for første coitus, og den man anser for passende, men hvis man som ovenfor i tabellen deler aldersgrupperne op, viser det sig, at der kun er en vis sammenhæng mellem holdningen og den faktiske adfærd, således at de tidligt debuterende angiver en lavere ønskelig alder end de sent debuterende, en ønskelig alder, der dog f. eks. for dem, der debuterer 17 år gamle, i 66 pct. af tilfældene ligger over den faktiske debutalder. Man må dog antage, at ret mange har haft første coitus indenfor de sidste måneder af deres 18. år, og det kan derfor ikke anses for inkonsekvent, at de på det abstrakte spørgsmål om den passende alder, svarer 18 år. Af tabeller, der ikke er medtaget her, fremgår det, at holdningen ikke er influeret af, om de pågældende har haft abort eller uønskede graviditeter.

De adspurgte kvinder mener, at den passende alder for mænd burde være højere; medianalder 20 år. Som Hertofts undersøgelse viser, lever mændene bestemt ikke op til disse mødres forhåbninger, den faktiske medianalder for mænd er 17 år, jfr. betænkning I, side 65.

Fødsler og aborter

De 832 mødre har tilsammen 1712 børn, og **119** (14 pct.) af mødrene har haft ialt 144 aborter.

I tabel 33 ses det, at de 1712 børn svarer til et gennemsnit på 2,10, et gennemsnit der naturligvis er højest i den ældste 10-års generation, 3,74, mod 1,56 i den yngste generation. På ganske samme måde forholder det sig med hyppigheden af abort, der er 28 pct. for den ældste generation mod 10 pct. i den yngste. I øvrigt hæfter man sig ved, at *aborthyppigheden* er højere i hovedstaden end i provinsen til trods for, at den yngste 10-års generation er repræsenteret med 58 pct. i København mod 48 pct. i provinsen, hvilket tenderer til at gøre forskellen mindre, end den i praksis må være. Endvidere er der en svag tendens til, at aborthyppigheden er højest hos dem med lang skolegang, en forskel der dog er så lille, at den kan forklares med, at den yngste 10-års generation med færrest aborter er underrepræsenteret blandt dem med lang skolegang og efterfølgende uddannelse (19 pct.) i forhold til den mellemste generation (31 pct.).

Reaktion på abort

Ved udarbejdelsen af spørgeskemaet skønnede man det ikke muligt at lade sundhedsplejerskerne spørge om, hvorvidt aborterne var spontane, legale eller illegale, og man indskrænkede sig derfor til at søge kvindernes reaktion på aborten oplyst.

Af tabel 33 fremgår det, at ca. halvdelen af

Tabel 33. Gennemsnitlig antal børn, hyppigheden af abort samt reaktionen derpå i relation til generation, civilstand, bopæl nu, skole- og anden uddannelse, samt socialgruppe (egen, faders, ægtefælles).

	Gennem- snitligt antal børn	Haft abort	Reaktion på aborten ¹	
			Ked af det	Ikke ked af det
	Antal	Pct.	Pct.	Pct.
Generation:				
1920-29	3,74	28	53	47
1930-39	2,48	17	59	41
1940	1,56	10	39	61
Civilstand:				
Ugift	1,65	16	25	75
Gift	2,12	14	53	47
Bopæl:				
Hovedstad	1,89	19	35	64
Provins	2,14	13	56	44
Skole- og anden uddannelse:				
Folkeskole	2,26	14	43	57
Folkeskole + uddannelse	1,81	9	82	18
Mellemskole-, real- og studentereksamen	2,17	16	70	30
Mellemskole-, real- og studentereksamen + uddannelse	1,88	18	51	49
Eget erhverv:				
Socialgruppe I + II	2,00	11	0	100
Socialgruppe III:				
Funktionærer m. v.	1,88	16	60	40
Faglærte arbejdere	1,85	8	100	0
Socialgruppe IV:				
Andre arbejdere	2,26	14	45	55
Ægtefælles erhverv:				
Socialgruppe I + II	2,28	16	55	45
Socialgruppe III:				
Funktionærer	2,15	13	64	36
Faglærte arbejdere	1,95	13	44	56
Socialgruppe IV:				
Andre arbejdere	2,16	16	49	51
Faders erhverv:				
Socialgruppe I + II	2,34	10	53	47
Socialgruppe III:				
Funktionærer m. v.	2,04	13	60	40
Faglærte arbejdere	1,93	13	73	27
Socialgruppe IV:				
Andre arbejdere	2,07	16	39	61
Gennemsnit	2,10	14	51	49

¹ Grupperne er små.

kvinderne svarede nej til spørgsmålet, om de blev kede af aborten, det gælder især de ugifte (75 pct.), den yngste 10-års generation (61 pct.) samt i hovedstaden (64 pct.).

Tabel 34 viser, at jo yngre den aborterende kvinde er på aborttidspunktet, desto sjældnere bliver hun ked af det, og det samme gælder, hvis hun er ugift på aborttidspunktet,

hvilket gælder for 37 (32 pct.). Aborterne faldt for 85 pct. vedkommende sted inden 4. måned.

Tidligere graviditeter og fødsler

Tabel 35 viser alderen ved henholdsvis 1. konception (befrugtning) og ved første fødsel. 99 (12 pct.) har konciperet som 17-årige

Tabel 34. Aborterende mødre fordelt på alder og civilstand ved 1. abort og yderligere opdelt efter reaktion på aborten.

Alder og civilstand ved 1. abort	Alder	Reaktion på aborten		Personer
		Ked af det	Ikke ked af det	
	%	%	%	
16 år eller derunder . . .	5	50	50	6
17-19 år: ugift.	16	36	64	19
gift.	3			3
20-24 år: ugift.	6	44	56	9
gift.	31			36
25 år og derover:				
ugift.	3	67	33	3
gift.	35			40
Uoplyst	—	—	—	7
I alt.	99	52	48	123
I alt ugift	32	32	68	37
I alt gift	68	61	39	79
Uoplyst	—	—	—	7
I alt.	100	52	48	123

eller tidligere, og 50 (6 pct.) har født. Ved konception før det 20. år er kun 12 pct. gifte, men inden fødslen er over 3/4 blevet gift. Af samtlige mødre har 123 (15 pct.) født første gang uden for ægteskab.

Af tabel 36 ses, at de tidlige konceptioner (unge mødre) er hyppigst i de yngste generationer, hvilket man på grund af undersøgelsens udvælgelsesmetode også ville forvente. Man ved dog, jfr. betænkning I, side 13, at tidlige konceptioner er blevet hyppigere i de senere år. At tidlige konceptioner forekommer oftere blandt de ugifte kan alene skyldes, at de yngste generationer er overrepræsenteret blandt de ugifte, og det samme gælder forskellen mellem hovedstad og provins. Der er en udtalt tendens til, at lang skolegang og efterfølgende uddannelse giver sene førstefødsler; 49 pct. af dem, der kun har gået i folkeskolen, har født inden det 20. år mod kun 24 pct. af dem, der efter folkeskolen har suppleret med en uddannelse.

Den samme tendens gør sig gældende i for-

Tabel 35. Alder og civilstand ved henholdsvis 1. konception og 1. fødsel samt ønsket om 1. graviditet og reaktionen derpå.

Alder	1. konception		1. fødsel		1. konception			
					Ønske om 1. graviditet		Reaktion på 1. graviditet	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Pct. ja	Pct. nej	Pct. glad	Pct. ligeglad eller ked af det
16 år ¹ og derunder	37	4,5	27	3,2	5	95	36	64
17 år:								
Ugift	59	7,0	23	2,8	24	76	47	53
Gift	3	0,4						
18-19 år:								
Ugift	181	21,8	46	5,5	32	68	62	38
Gift	34	4,1	124	14,9	91	9	97	3
20-24 år:								
Ugift	168	20,2	38	4,6	43	57	76	24
Gift	209	25,1	396	47,6	91	9	95	5
25 år og derover:								
Ugift	140	16,9	12	1,4	85	15	94	6
Gift			166	20,0				
Uoplyst	1	—	—	—	—	—	—	—
I alt.	832	100	832	100	59	41	77	23
Civilstand:								
Ugift	445	54	123	15	34	66	65	35
Gift	386	46	709	85	80	20	88	12

¹ 4 var under 15 år, 8 var 15 år.

Tabel 36. Alder ved 1. konception i relation til generation, civilstand, bopæl, skolegang og ægtefælles sociale status.

	Alder ved 1. konception (procentfordeling vandret)				Personer
	16 år og derunder	17 år	18-19 år	20 år og derover	
Generation:					
1920-29	4	4	13	79	53
1930-34	0	5	17	78	119
1935-39	3	3	14	80	242
1940-44	4	6	29	61	306
1945 og senere	14	27	59	0	111
Civilstand:					
Gift	4	7	26	64	782
Ugift	16	18	27	39	49
Bopæl:					
Hovedstad	6	10	25	59	146
Provins	4	7	25	64	685
Skole- og anden uddannelse:					
Folkeskole	7	10	31	51	441
Folkeskole + uddannelse	2	4	18	76	126
Mellemskole-, real- og studentereksamen	6	6	43	44	63
Mellemskole-, real- og studentereksamen + uddannelse	0	4	14	83	198
Ægtefælles socialgruppe:					
Socialgruppe I + II	1	3	12	84	124
Socialgruppe III:					
Funktionærer	1	5	20	75	235
Faglærte	3	8	29	60	214
Socialgruppe IV:					
Ufaglærte	9	10	38	43	209
I alt pct.	4	8	26	62	
Personer	37	62	215	517	831

hold til ægtefællens sociale status, således at kun 16 pct. i socialgruppe I + II har født inden det 20. år mod 57 pct. i socialgruppe IV.

Ifølge tabel 37 er forskellen noget mindre end efter tabel 36, og særligt sammenholdt med 20-24-årige er der ikke så megen forskel i sociale grupper, men man må alligevel konkludere, at de unge mødre i lidt højere grad stammer fra den ufaglærte del af arbejderklassen.

Medens der i tabel 38 ikke er nogen forskel med hensyn til alderen for viden om konception, har de unge mødre fået viden om anti-konception tidligere end materialet som helhed. Dette kan dog forklares alene ud fra de unge mødres lavere gennemsnitsalder. Der er derimod ingen forskel med hensyn til konceptions- og antikonceptionsoplysningernes udførlighed.

De tidligt koncipierende er som tidligere

nævnt tidligt blevet kønsmodne og har oftest haft en tidlig seksuel debut, og som tabel 41 viser, er de på konceptionstidspunktet hyppi-

Tabel 37. Unge mødres socialgruppering sammenholdt med socialgrupperingen af førstegangs-fødende ialt.

	102 unge mødre	286 første- gangs- fødende	161 første- gangs- fødende i alder. 20-24 år	300 mødre i alt i alderen 20-24 år
	%	%	%	%
Socialgruppe II	10	16	13	13
Socialgruppe III:				
Funktionærer m. v.	24	32	28	29
Faglærte arbejdere	12	13	15	12
Socialgruppe IV:				
Andre arbejdere	54	39	44	46
	100	100	100	100

Tabel 38. Alder ved 1. oplysning om konception og antikonception.

Konception			Antikonceptionen		
Alder v. 1. opl.	102 unge mødre	832 mødre	Alder v. 1. opl.	102 unge mødre	832 mødre
	%	%		%	%
u. 12 år...	32	30	u. 14 år..	29	19
12 år.....	17	16	14 år....	17	16
13 år.....	22	16	15 år....	17	13
14 år og derover...	29	38	16 år og derover..	37	52
	100	100		100	100

gere uvidende om antikonception, hvilket gælder for 18 pct mod kun 4 pct i resten af materialet.

Ønske om graviditet

Alle fik stillet følgende spørgsmål:

Da De første gang var gravid, var det efter ønske?

Syntes De, at det var for tidligt?

Var de næste graviditeter efter ønske?

Hvordan reagerede barnets fader?

Hvordan reagerede De selv?

På spørgsmålet om den første graviditet var efter ønske, angav 42 pct., at den var uønsket, tabel 39. Den hyppigste begrundelse herfor er, at graviditeten indtrådte »for tidligt«, at kvinden ikke var gift eller færdig med sin uddannelse o. lign. Alligevel var halvdelen glade for den uønskede graviditet. Vender man spørgsmålet om og ser på, hvor mange af dem, der blev kede af graviditeten, der primært havde ønsket den, gælder dette 10 pct. (tabel 40).

Barnefaderens reaktion på graviditeten hævdes kun sjældent at være uoverensstemmende med moderens reaktion. I de 90 (12 pct.) tilfælde, hvor reaktionen ikke var overensstemmende, var det for 2 5's vedkommende sådan, at moderen blev glad - faderen blev ked af det eller ligeglad -, og i 65 tilfælde var det omvendt. Af de 185, der ikke reagerede positivt på graviditeten, er det kun 13, der svarede, at de var ligeglade, resten angav at være blevet kede af det.

Uønsket første graviditet er langt hyppigst blandt tidligt koncipierende og ugifte (tabel 35). De, der blev gravide før det 17. år, ønskede kun for 5 pct. vedkommende barnet, og af dem, der blev det før det 18. år, ønskede

Tabel 39. Ønske om 1. graviditet og reaktion på graviditeten opdelt på generation, skole- og anden uddannelse samt ægtefælles erhverv.

	Ønsket 1. graviditet		Reaktion på graviditeten		Total
	Pct. ja	Pct. nej	Pct. glad	Pct. ligeglad eller ked af det	
Generation:					Antal
1934 eller tidligere.....	66	34	83	17	172
1935-39.....	67	33	80	20	242
1940-44.....	56	44	78	22	305
1945 eller senere.....	35	65	63	37	111
Skole- og anden uddannelse:					
Folkeskole.....	55	45	72	28	439
Folkeskole + uddannelse.....	61	39	81	19	126
Mellemskole-, realeksamen og studentereksamen.....	56	44	83	17	63
Mellemskole-, real- og studentereksamen + uddannelse	65	35	86	14	198
Ægtefælles erhverv:					
Socialgruppe I + II.....	73	27	87	13	124
Socialgruppe III:					
Funktionærer m. v.....	71	29	88	12	235
Faglærte arbejdere.....	57	43	79	21	213
Socialgruppe IV:					
Andre arbejdere.....	47	53	65	35	210
I alt pct.....	58	42	77	23	832

Tabel 40. Relationen mellem ønsket 1. graviditet og reaktionen derpå.

	Reaktion på 1. graviditet				
	Glad	Ligeglad ¹ eller ked af det	Glad	Ligeglad ¹ eller ked af det	I alt
	%	%	%	%	%
Ønsket 1. graviditet	73	10	96	4	100
Ikke ønsket 1. graviditet	27	90	50	50	100
I alt	100	100			

¹ Af de kede af det, er det kun 13, der siger ligeglad.

Tabel 41. Anvendelse af antikonception ved 1. graviditet fordelt på alder ved 1. konception.

	Alder ved 1. konception (procentfordeling lodret)				I alt pct.	Personer
	16 år og derunder	17 år	18-19 år	20 år og derover		
Ønskede barn	8	16	29	62	48	396
Antikonception svigtede	16	11	14	7	10	79
Kendte ikke antikonception	19	18	7	2	5	44
Sjusk o. l.	54	53	48	28	37	302
I alt pct.	4	8	26	62	100	
Personer	36	61	210	514		821

24 pct. barnet. Det skal dog her indskydes, at da der senere blev spurgt om anvendelsen af antikonception i forbindelse med den første graviditet, var der, som det ses af tabel 41, en noget mindre tendens til at angive, at graviditeten var ønsket, idet ialt kun 48 pct. angav, at årsagen til, at de ikke anvendte antikonception, var den, at de ønskede barnet. Primært havde 59 pct. hævdet, at de ønskede barnet (tabel 35).

Af dem, der var ugifte på konceptionstidspunktet, var der 66 pct., der angav, at de ikke ønskede den første graviditet, og alligevel blev kun godt halvdelen af disse kede af graviditeten (tabel 35).

Tabel 39 viser, at uønskede graviditeter er hyppigst i de yngste generationer, blandt dem med kort skolegang og ingen efterfølgende uddannelse, og ganske det samme gælder for reaktionen på graviditeten. Den sociale status spiller en ganske betydelig rolle, således at kun 27 pct. af mødrene i socialgruppe I + II blev uønsket gravide mod 53 pct af mødrene i socialgruppe IV. Der er ingen forskel mellem hovedstad og provins.

Anvendelse af antikonception ved første konception

Tabel 42 viser svarene på spørgsmålet:

Gjorde De noget for at forebygge første graviditet?

Mødre, der første gang blev uønsket gravide, begrundet dette forskelligt. 19 pct. hævder at have brugt antikonception, samt at denne svigtede; det drejer sig oftest om kondom og pessar. 12 pct. hævder, at de ikke

Tabel 42. Anvendelse af antikonception ved 1. graviditet opdelt på ønsket om 1. graviditet.

Begrundelse for ikke at have anvendt antikonception	1. graviditet (procentfordeling lodret)	
	ønsket	ikke ønsket
Ønskede børn	78	5
Antikonceptionen svigtede	3	19
Kendte ikke antikonception	1	12
Sjusk og lignende grunde	19	64
I alt pct.	101	100

kendte til antikonception på konceptionstidspunktet, og resten, 69 pct., giver andre grunde (se senere) til ikke at have anvendt antikonception, bl. a. hævder 5 pct., at de alligevel ønskede barnet.

Ukendskab til svangerskabsforebyggende midler ved første konception er langt det almindeligste blandt de lidt ældre mødre med kort skolegang og lav social status. Der er kun ringe forskel mellem hovedstad og provins. Som tidligere nævnt har 60 pct. af disse »uvidende« mødre først fået oplysning om antikonception 17 år gamle eller senere mod 35 pct. i hele materialet, og den oplysning, de har fået, har kun for 41 pct.'s vedkommende været udførlig mod 55 pct. i hele materialet. Det skal samtidig bemærkes, at kun 40 pct. af disse »uvidende« mødre fik deres første barn inden det 20. år.

De 313 mødre (64 pct.), der gav andre grunde til ikke at have anvendt antikonception nævner hyppigst, at det skyldtes sjusk, hastværk og ubetænksomhed. Nogle få nævner, at partneren lovede at passe på, andre at de ikke på det pågældende tidspunkt havde

noget antikonceptionelt middel, og endelig nævnes, at den brugte metode generede og blev opgivet.

I øvrigt viser tabel 42, at højst 78 pct. af dem, der primært angav at ønske graviditeten, virkelig havde planlagt denne, idet 3 pct. nævner, at antikonceptionen svigtede, 1 pct. at de ikke kendte til antikonceptionelle midler og 19 pct., at de sjuskede eller lignende med antikonceptionen.

De følgende graviditeter er sjældnere uønsket. Af kvinder med mere end et barn har 38 pct. senere haft en eller flere uønskede graviditeter, og højst 15 pct. har været uønsket gravide hver gang. De uønskede graviditeter er ligesom ved første graviditet hyppigst blandt unge og ugifte, samt dem med kort skolegang og uden efterfølgende uddannelse og endelig blandt dem med lav social status. Tabel 43 viser, at kvinder, der første gang var uønsket gravide, ikke er blevet »klogere« ved de følgende graviditeter, idet de stadig bliver uønsket gravide, 52 pct. ved de følgende graviditeter mod kun 28 pct. blandt dem, hvis første graviditet var efter ønske.

Tabel 43. Relationen mellem ønsket om første graviditet og ønsket om de følgende graviditeter.

	Ønsket følgende graviditeter	Uønsket følgende graviditeter	Ønsket følgende graviditeter	Uønsket følgende graviditeter	I alt
	%	%	%	%	%
1. graviditet ønsket.....	67	42	72	28	100
1. graviditet uønsket.....	33	58	48	52	100
I alt pct.....	100	100			

Taget som helhed har kvinder, der har fået en eller flere uønskede graviditeter, fået senere og mindre udførlig oplysning om antikonception sammenlignet med resten af materialet.

Det ønskede antal børn

Alle er blevet spurgt, om de ønskede flere børn, og i givet fald hvor mange. På basis af disse svar har man beregnet det ønskede antal børn, men der indgår dog den fejlmulighed, at man af svarene ikke kan se, om mødre med 3, 4 eller flere børn i virkeligheden ønskede, at de ikke havde fået så mange, og dertil kommer, at der i de senere anførte gennemsnitstal ikke er indregnet, at knap 5 pct. øn-

skede sig 5 eller flere børn. Det er mest almindeligt at ønske sig 2 eller 3 børn, men der er stor spredning.

Af tabel 44 fremgår det, at mødre i hovedstaden ønsker sig antydningvis færre børn (2,59) end de i provinsen (2,69). Der er ikke væsentlige forskelle mellem generationerne og mellem gifte og ugifte. De med lang skolegang og uddannelse, samt de med høj social status ønsker sig lidt flere børn end de øvrige (folkeskole 2,67, mellemskole-, real- eller studentereksamen + uddannelse 2,79, ægtefælle socialgruppe I + II 2,93, socialgruppe IV 2,13).

Erhvervsarbejde under graviditeten ned sætter ikke det ønskede antal børn (hjemme-

Tabel 44. Procentfordeling af ønsket antal børn opdelt på generation, civilstand og nuværende bopæl.

Antal børn	Generation				Civilstand		Nuværende bopæl	
	1934 el. tidligere	1935-39	1940-44	1945 el. senere	Gift	Ugift	Hovedstad	Provins
	%	%	%	%	%	%	%	%
0-1.....	7	15	6	9	6	16	9	6
2.....	39	38	36	36	38	26	43	36
3.....	29	43	37	37	37	34	28	39
4 ¹	25	14	21	18	19	24	20	19
Gennemsnitlig antal ønskede børn	2,72	2,65	2,72	2,65	2,65	2,66	2,59	2,69
Antal personer ²	140	199	263	103	667	38	125	580

¹ 3 pct. ønskede sig angiveligt 5 børn, 1 pct. 6 børn og knapt 1 pct. 7 børn. Dette er der ikke korrigeret for i gennemsnitstallene.

² 127 personer kunne ikke udtale sig.

gående 2,69, heltidsbeskæftigelse 2,61, deltidbeskæftigelse 2,87), og det samme gælder for erhverv efter fødslen (hjemmegående 2,68, erhverv nu 2,71, erhverv senere 2,64).

Kvinder fra brudte hjem

Da man ønskede et groft mål for barndoms-hjemmets betydning for de pågældende kvinders viden og adfærd på det seksuelle område, blev alle spurgt, om de var født uden for ægteskab, om de var opvokset hos begge forældre, samt om hvorledes forholdene var i deres barndomshjem.

140 (17 pct.) var opvokset i »brudt hjem«, heraf dog kun 6 på institution. I 60 tilfælde skete bruddet i løbet af de første 2 leveår; i 91 tilfælde inden det 7. år og i 122 tilfælde inden det 11. år. Af detaljerede tabeller ikke medtaget her fremgår det, at mødre, der er opvokset i brudt hjem har fået lige så tidlig og udførlig oplysning som resten af materialet. De indleder oftest den seksuelle aktivitet lidt tidligere, — 45 pct. inden det 18. år mod 33 pct. i resten af materialet, og de bliver tidligere gravide, - 18 pct. inden det 18. år mod restens 11 pct. De har hyppigere haft abort, - 21 pct. mod restens 13 pct., var oftere uønsket gravide både første gang, — 49 pct. mod restens 40 pct., og ved senere graviditeter, — 52 pct. mod restens 36 pct. Tendensen til at indlede seksuel aktivitet tidligt og få abort eller uønskede graviditeter er antydningssvis størst, jo tidligere bruddet i hjemmet er sket. Disse forskelle mellem mødre fra brudte hjem og de øvrige mødre kan ikke alene tilskrives

forskelle med hensyn til generation, skolegang og anden uddannelse eller social status, da forskellene de to grupper imellem på disse områder er så små, at de langt fra kan være den eneste årsag. I øvrigt skal det anføres, at kun 8 pct. af mødre opvokset i brudt hjem karakteriserer forholdene i deres barndomshjem som dårlige mod 4 pct i resten af materialet.

Forholdene i barndomshjemmet karakteriseres i øvrigt af 40 pct. som særdeles gode, af 55 pct. som almindelige og af 5 pct. som dårlige. Der er kun ubetydelige forskelle med hensyn til viden og adfærd de to første grupper imellem, hvorimod der for dem, der er opvokset i et dårligt hjem, gælder ganske det samme (også med hensyn til størrelsesorden) som for dem, der er opvokset i brudt hjem, d.v.s. en tendens til tidlig seksuel debut, tidligere første graviditet, hyppigere abort og uønskede graviditeter.

Vejledning i antikonception

Vejledning af unge

Man har endvidere i undersøgelsen søgt belyst mødrenes indstilling til vejledning i antikonception til unge uden samtykke fra indehaveren af forældremyndigheden.

Med henblik herpå stillede man følgende spørgsmål til alle, der havde døtre:

Hvis Deres datter i 15-18-års alderen uden Deres vidende gik til en læge, klinik eller mødrehjælpen om tilpasning af pessar, synes De da, lægen skulle hjælpe hende?

Og til alle, der ikke havde døtre:

Hvis De havde en datter mellem 15 og 18 år, som uden Deres vådende gik til en læge, klinik eller mødrehjælpen om tilpasning af pessar, synes De da, lægen skulle hjælpe hende?

Eller skal lægen nægte, hvis pigen ikke vil sige det til sine forældre?

Af svarene fremgår, jfr. tabel 45, at flertallet går ind for, at lægen skal oplyse pigen. 82 pct. svarede ja, uden hensyn til om de havde døtre eller ikke. På det suggestive spørgsmål, om lægen skulle nægte at hjælpe pigen, svarede kun 74 pct. nej, og resten fordelte sig med 17 pct. ja og 10 pct. »ved ikke« svar.

Tabel 45. Indstillingen til vejledning af piger mellem 15 og 18 år uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Skal lægen hjælpe?	Hovedstaden	Øerne	Jylland	Provinsen i alt	Hele Danmark
	%	%	%	%	%
Ja: De der har døtre	75	87	91	84	83
De der ikke har døtre	88	78	79	78	81
I alt	81	83	81	82	82
Skal lægen nægte? Nej	73	76	73	74	74
Antal mødre der svarede	150	302	352	654	804
Pct. heraf der har døtre	62	65	69	67	66

Egen læge eller specialklinik

For at bedømme behovet for oprettelsen af specielle klinikker til at give vejledning i antikonceptionel teknik, stillede man til alle spørgsmålet:

Hvis De selv skulle søge seksuel vejledning eller råd om svangerskabsforebyggende midler, ville De så helst henvende Dem til Deres egen læge, en fremmed læge eller en specialklinik?

Derefter spurgte man:

Ville De foretrække en kvindelig læge?

Af tabel 46 ses, at kun 95 (11 pct.) foretrak specialklinik, og heraf foretrak omtrent halvdelen, at der var kvindelig læge på klinikken, 48 pct. foretrak egen læge, og heraf kunne 16 pct. med hensyn til dette spørgsmål ønske sig, at egen læge var kvinde. Kun 3 pct.

foretrak fremmed læge. Endelig har 2 pct. fremsat andre ønsker, der ikke er nærmere specificeret. I alt foretrak 22 pct. en kvindelig læge til vejledning i antikonception.

23 pct. af dem, der er opvokset i København, foretrækker specialklinik, i provinsbyer 11 pct., i stationsbyer 9 pct. og på landet kun 7 pct. Dette kunne tyde på, at ønsket om specialklinik til en vis grad afhænger af, om man via egen eller andres erfaring har stiftet bekendtskab med sådan en klinik. I øvrigt skal det bemærkes, at hvis udvælgelsesprocenten for mødre opvokset i hovedstaden ikke havde været halveret, ville godt 14 pct. foretrække specialklinik.

Der er i øvrigt ingen væsentlige forskelle mellem dem, der foretrækker specialklinik respektive egen læge med hensyn til generation, civilstand, skole, uddannelse og social placering.

Tabel 46. Hvem foretrækkes til vejledning i antikonception.

	I alt	Pct.	Heraf pct. ¹ der ønsker kvindelig læge
Egen læge	700	84	16
Fremmed læge	22	3	59
Specialklinik	95	11	48
Andet	15	2	60
I alt	832	100	22

Resume

Der redegøres for en interviewundersøgelse af viden, adfærd og holdning på det seksuelle område blandt 873 mødre, som havde født 9 måneder inden interviewet. Interviewene foretoges af sundhedsplejersker og fordeltes repræsentativt over hele landet, dog således at udvalgsprocenten for København halveredes. Frafaldet var 5 pct. Det udvalgte udsnit er nogenlunde repræsentativt med hensyn til

alder og civilstand for mødre der fik levende-fødte børn i 1965.

Af undersøgelsens vigtigste resultater kan følgende nævnes. Oplysning om menstruation, konception og antikonception gives oftest og mest udførligt af forældre, især moderen. Denne viden erhverves gennemsnitlig henholdsvis før 13-års alderen, i 13-års alderen og i 16-års alderen. I de yngste aldre er hyppigheden af forældre som oplysningskilde størst, senere får kammerater større betydning. Den givne oplysning anses kun af ca. 50 pct. for tilstrækkeligt udførlig. 25 pct. havde ingen viden om menstruation, da de første gang fik den.

Kun 0,6 pct. af mødrene kendte intet til antikonception; 2 pct. nævnte spontant 2 eller flere sufficente metoder. 6 pct. havde aldrig anvendt antikonception og 5 pct. kun prøvet insufficente metoder. Den på interviewtidspunktet mest benyttede metode var kondom, der anvendtes af 40 pct. Derefter kom pessar 22 pct., tabletter 10 pct. og insufficente metoder tilsammen 11 pct.; 16 pct. anvendte ingen form for antikonception, uanset om de ønskede flere børn eller ej. 81 pct. af dem, der brugte antikonception, angav, at de altid anvendte metoden, 11 pct. gjorde det hyppigt og 8 pct. kun sjældent. 13 pct. havde gener af den anvendte metode. 37 pct. anså pessar for at være det mest effektive middel, 23 pct. nævnte tabletter eller spiral, 22 pct. kondom, og 3 pct. nævnte insufficente metoder. 35 pct. benyttede ikke den metode, de anså for mest effektiv.

Medianalderen ved første samleje var 18 år; den var faldende gennem generationerne og også afhængig af bopæl, skolegang og efterfølgende uddannelse samt social status. Der var endvidere en klar sammenhæng med alderen ved første menstruation, således at jo tidligere kønsmodning indtrådte, des tidligere begyndte alt andet lige den seksuelle aktivitet.

Den første partner var i almindelighed et par år ældre. 5 pct. opfattede sig som forlovet med ham, 36 pct. nævnte et fast »gå med« forhold, 5 pct. ægtefællen, og kun 3 pct. nævnte andre muligheder, som f. eks. en tilfældig forbindelse og lignende. 65 pct. hævdede at være blevet gift med den første partner. 47 pct. anvendte et svangerskabsforebyggende middel ved det første samleje.

Mødrenes svar på spørgsmålet om den øn-

skelige alder ved første samleje gav en medianalder på 18 år, men der var dog en klar tendens til at angive den ønskelige alder lidt højere end den faktiske.

14 pct. havde aborteret; halvdelen var kede af aborten. 12 pct. havde konciperet som 17-årige eller tidligere, og 6 pct. havde født. Ved konception før det 20. år var kun 12 pct. gifte. Der var en klar sammenhæng mellem sene førstefødsler og lang skolegang, anden uddannelse og høj social status.

42 pct. angav, at første graviditet var uønsket, oftest fordi den indtrådte »for tidligt«. Alligevel blev halvdelen glade for den oprindeligt uønskede graviditet. Uønskede graviditeter var hyppigst i den laveste socialgruppe. Højest 32 pct. havde planlagt første graviditet.

12 pct. af dem, der var uønsket gravide første gang, hævdede, at de intet kendte til antikonception på konceptionstidspunktet, 19 pct. angav, at antikonceptionen svigtede, og 64 pct. indrømmede, at de havde sjusket eller lignende.

De, der tidligt har første samleje, har i særlig høj grad brug for en udførlig og forhåbentlig normdannende oplysning om antikonception, da de særligt ofte bliver uønsket gravide i en tidlig alder med betydelig øget risiko for at blive enlig moder.

Af kvinder med mere end ét barn havde 38 pct. senere haft én eller flere uønskede graviditeter. Det er i øvrigt mest almindeligt at ønske sig to eller tre børn.

For kvinder opvokset i brudt hjem var der en tendens til tidlig seksuel debut, tidlig graviditet samt hyppigere abort og uønskede graviditeter.

82 pct. syntes, at en læge uden forældrenes samtykke kunne give antikonceptionel vejledning til piger mellem 15 og 18 år.

Til vejledning i antikonceptionel teknik foretrak 84 pct. egen læge, 11 pct. specialklinik og 3 pct. fremmed læge. Iait foretrak 22 pct., at det var en kvindelig læge. Ønsket om specialklinik var i høj grad afhængigt af kendskabet til sådanne klinikker, idet 23 pct. af dem, der var opvokset i København, foretrak specialklinik mod kun 7 pct. af dem, der var opvokset på landet.

Undersøgelsen blev foretaget på foranledning af det af regeringen nedsatte seksualoplysningsudvalg. Den blev tilrettelagt af udvalget og læge Anders Groth og bearbejdet af sidstnævnte.

Lise Freundt

Undersøgelse
af kvinder indlagt på hospital
med abort

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
<i>Kapitel 1.</i> Indledning	143
<i>Kapitel 2.</i> Antallet af aborter.	148
<i>Kapitel 3.</i> Problemstilling.	150
<i>Kapitel 4.</i> Udvælgelsen af materialet	152
<i>Kapitel 5.</i> Undersøgelsesmetoder.	154
<i>Kapitel 6.</i> Opdeling af materialet	157
<i>Kapitel 7.</i> Alder.	160
<i>Kapitel 8.</i> Civilstandsfordeling.	163
<i>Kapitel 9.</i> Skolegang, uddannelse og erhverv.	165
<i>Kapitel 10.</i> Opvækstmiljø.	169
<i>Kapitel 11.</i> Barnefaderen	172
<i>Kapitel 12.</i> Ægteskab.	176
<i>Kapitel 13.</i> Religion.	177
<i>Kapitel 14.</i> Børn	179
<i>Kapitel 15.</i> Seksuelle forhold	183
<i>Kapitel 16.</i> Seksualoplysning	187
<i>Kapitel 17.</i> Antikonception	191
<i>Kapitel 18.</i> Tidligere aborter.	195
<i>Kapitel 19.</i> Nuværende abort	197
<i>Kapitel 20.</i> Relationen mellem legale og illegale aborter.	201
<i>Kapitel 21.</i> Somatisk tilstand.	202
<i>Kapitel 22.</i> Psykisk tilstand	204
<i>Kapitel 23.</i> Abortmotiver.	208
Litteraturliste.	211

Forord

Det foreliggende arbejde er redegørelse for resultaterne af en undersøgelse, som er foranlediget foretaget af seksualoplysningsudvalget. Udførelsen af undersøgelsen og udarbejdelsen af redegørelsen for denne er udført af læge Lise Freundt. Udvalgets nu afdøde formand, overlæge, dr.med. Kirsten Auken, har taget aktivt del i planlægningen og under arbejdets udførelse bistået med råd.

Efter at undersøgelsen var tilendebragt, og redegørelsen i alt væsentligt var udarbejdet, afgik læge Lise Freundt ved døden. Litteraturlisten er derfor udarbejdet af forfatterens ægtefælle, professor, dr.med. E.A. Freundt, på grundlag af de foreliggende kartotekskort.

I tilslutning til hvert kapitel var der refereret typiske og belysende tilfælde som dokumentation. Disse beskrivelser er for at sikre anonymiteten i denne udgave skilt ud, men vil blive duplikeret i et antal eksemplarer til brug for særligt interesserede.

KAPITEL 1

Indledning

Det forhold, at en graviditet kunstigt kan afbrydes, før barnet er levedygtigt, har utvivlsomt været kendt fra de ældste tider i så godt som alle kulturer og samfund. Imidlertid har svangerskabsafbrydelserne specielt i de sidste decennier været særligt talrige inden for vor kulturkreds. I adskillige arbejder har man både her og i andre lande forsøgt at belyse årsagerne til og baggrunden for de mange provokerede aborter, men når dette problem tages op, er det nok ikke uvæsentligt at gøre sig klart, at fosterfordrivelse ej heller hos primitive var en ukendt foreteelse.

Devereux (1960) har i sit arbejde, der bygger på et umådelig stort kildemateriale, beskæftiget sig indgående hermed. Det fremgår heraf, at man intet generelt kan sige om aborternes antal på disse lavere kulturtrin, men der nævnes eksempler på, at kvinder har kunnet afbryde op til 16 svangerskaber, før de gennemførte en graviditet. Motiverne for fosterfordrivelse synes at have været mangfoldige. Således har trangen til at bevare kvindelig skønhed bevæget nogle til at fremkalde abort; for andre har coitusforbud under graviditeten og i lactationsperioden været årsag til, at graviditeten ikke ønskedes gennemført. Også sorg over nylig at have mistet et barn kan have været motivet for abort. Af andre - for os mere nærliggende og indfølelige grunde - kan nævnes fremskreden alder, ekstrem ungdom, ægtefællens utroskab o.s.v. Illegitimitet har blandt visse primitive formentlig lige så hyppigt været abortårsag som i vor tid, også i samfund, hvor et barn født uden for ægteskab, i hvert fald i princippet, var accepteret. Holdningen til abort har varieret fra fuld billigelse til fordømmelse, afhængig af, om fosteret betragtedes som »et stykke træ«, eller som et selvstændigt besjælet væsen. Det kan nævnes,

at der inden for den enkelte gruppe ikke altid anlagedes samme synsmåde i sagen; indstillingen har formentlig endog inden for samme familie kunnet variere. Straffen for abort har været afhængig af holdningen, men kun sjældent høres om virkelig streng straf.

Fra historisk tid foreligger der talrige vidnesbyrd om indstillingen til kunstig svangerskabsafbrydelse (*Essen-Möller* (1928), *Millar* (1934), *Johnsson* (1945), *Klintskog* (1952), *Taylor* (1955), *Rydberg* (1952), *Stolts* (1954) og *Sauvy* (1961)). Man skal ikke her komme nærmere ind på abortlovgivningens udvikling i de forskellige lande, men eksempelvis nævne, at aborter hverken var usædvanlige i det gamle Hellas eller i det gamle Rom. Der fandtes ikke love, der forbød indgrebet. Aristoteles skal således have anbefalet svangerskabsafbrydelse, når familien havde nået en passende størrelse. Hippokrates tog principielt afstand fra fosterfordrivelse, men billigede indgrebet i særlige tilfælde, blot måtte læger ikke befatte sig dermed. Noget senere høres her i Europa fra forskellige steder om love, der forbød fosterfordrivelse. Det ser imidlertid ud til, at man kun sjældent har overholdt disse, men at lovens udøvere oftest har søgt at finde formildende omstændigheder - i alt fald for kvinderne.

En virkelig fordømmende holdning over for svangerskabsafbrydelse fremkom med den kristne kirkes udvikling. I middelalderen påbød den i reglen dødsstraf for indgrebet, og loven synes ikke helt sjældent at være blevet overholdt.

I vor tid varierer lovene inden for dette specielle område fra land til land (*Millar* (1934), *Johnsson* (1945), *Hoffmeyer* (1949), *Klintskog* (1952), Betænkning angående æn-

dring af svangerskabslovgivning, København 1954, *Gebhard et al.*, (1958)). Abortproblemet art og omfang er imidlertid i så høj grad afhængig af lovgivningen, at det forekommer væsentligt at fremdrage eksempler fra lande med forskelligartet lovgivning. Det skal først påpeges, at den religiøse indstilling i et land er af afgørende betydning for den officielle holdning. Katolicismens stilling til svangerskabsafbrydelse er allerede nævnt, og det er velkendt, at aborter fremdeles principielt er forbudt i katolske lande. Derimod anlægges de fleste ikke-katolske former for kristendom en mere tolerant synsmåde i sagen. Andre religioner som f.eks. buddhismen og shintoismen tager overhovedet ikke stilling til dette problem. Endvidere skal det nævnes, at ikke så få lande efterhånden må betragtes som irreligiøse, og specielt i sådanne spiller andre anskuelser end de religiøse en rolle for den måde, man søger at løse abortproblemet på. Socialøkonomiske betragtninger over det hensigtsmæssige i at øge respektiv reducere en befolkning kan her få afgørende betydning. For en fuldstændigheds skyld skal det nævnes, at mens befolkningspolitiske betragtninger nogle steder er de væsentligste, spiller hensynet til det enkelte individ andre steder tydeligt den største rolle.

I katolske lande som f.eks. Frankrig (*Watson*, (1952)), er lovgivningen dikteret af katolicismens synsmåde. Svangerskabsafbrydelse er kun tilladt på meget snæver medicinsk indikation, nemlig hvor kvindens liv er truet, såfremt graviditeten gennemføres. Der udføres overensstemmende hermed kun et ringe antal terapeutiske aborter; illegal svangerskabsafbrydelse er imidlertid ej heller her nogen ukendt foreteelse. Men på grund af de fremdeles ret strenge straffeforanstaltninger unddrager flertallet af de aborterende kvinder sig indlæggelse, hvilket medfører, at det er vanskeligt at danne sig et skøn over de ulovlige aborters antal. Det bør tillige nævnes, at antallet af komplikationer efter illegale aborter formentlig er større end f.eks. her i landet, netop fordi kvinderne ikke lader sig behandle efter indgrebet. I andre katolske lande her i Europa er forholdet formentlig tilsvarende, og det samme gælder utvivlsomt ligeledes i flere af de stater i U.S.A., hvor størstedelen af befolkningen er katolikker. For en fuldstændigheds skyld skal det nævnes, at problemerne omkring de uønskede

graviditeter yderligere vanskeliggøres af, at den katolske kirke hidtil har forbudt brugen af præventive midler.

Stor interesse knytter der sig til de lande, der har indført næsten fri adgang til abort; dette gælder f.eks. her i Europa for Rusland og flere østeuropæiske stater (*Essen-Möller* (1928), *Berg* (1931), *Bovin* (1934) *Johnsson* (1945), *Bager* (1946), *Tietze og Lehfeldt* 1961), *Mellgren* (1961)). De rapporter, der foreligger om forholdene fra disse lande, er ikke alt for talrige, men det ser ud til, at man af de der indhøstede erfaringer kan drage nogenlunde ensartede konklusioner. Aborternes antal stiger enormt, ikke blot i byerne, men også på landet. Det er vanskeligt at gøre befolkningen interesseret i anvendelsen af præventive midler, hvorfor antallet af konceptioner tiltager. De illegale aborter ophører ikke, men aftager dog betydeligt; der ses kun få komplikationer efter ulovlige svangerskabsafbrydelser, da kvinderne ikke undlader at lade sig indlægge. Dette sidste skyldes dog formentlig også, at svangerskabsafbrydelse sædvanligvis skal finde sted meget tidligt i graviditeten. Der foreligger rapporter om, at de talrige aborter i alt fald i de første år mødte stor modstand blandt gynækologerne.

Medens man som nævnt i ovennævnte lande har været noget tilbageholdende med at redegøre for abortforholdene, gælder dette ikke for Japan, hvor man efter krigen som bekendt ligeledes har haft næsten uindskrænket adgang til svangerskabsafbrydelse (*Nakatsu* (1955), *Koguchi* (1955), *Muramatsu* (1955), *Inghe* (1954), *Burch* (1955), *Pommerenke* (1955), *Kiser* (1956)). Her vanskeliggøres undersøgelser af abortklientellet imidlertid af, at aborterne ikke registreres nogetsteds. Det anslås dog, at ikke mindre end 50 pct. af samtlige graviditeter afbrydes, og alt i alt ser det ud til, at man har indhøstet omtrent samme erfaringer som i Østeuropa. Modstanden mod den frie adgang til aborter synes imidlertid i Japan at have været yderst ringe, hvilket utvivlsomt må ses på baggrund af, at den japanske livsindstilling er fundamentalt forskellig fra f.eks. indstillingen her i Vesteuropa, og det skal her nævnes, at såvel barnemord som svangerskabsafbrydelse op gennem tiderne synes at have været praktiseret i langt videre udstrækning i Japan end inden for vor kulturkreds. Overbefolkningsproblemet, som specielt efter krigen i dette

land var stort, synes imidlertid at være løst ved den frie adgang til abort.

Medens man i de hidtil omtalte stater stort set enten har forbudt svangerskabsafbrydelse eller givet fri adgang dertil, har man bl.a. her i de skandinaviske lande søgt at løse abortproblemet på en måde, der afviger noget herfra. Generelt kan det siges om forholdene her, at svangerskabsafbrydelse ikke alene er tilladt efter den såkaldte etiske indikation, hvor kvinden er besvangret i forbindelse med visse kønsfrihedsforbrydelser, og efter den eugeniske indikation, efter hvilken det må antages, at barnet vil blive arveligt belastet, men også efter en ret bred medicinsk indikation. Loven tillader således ikke blot abort, hvor kvindens liv er truet, men stort set også, hvor der er fare for hendes helbred såvel i legemlig som i sjælelig henseende. Det må dog oplyses, at Norge endnu ikke har udformet en moderne lovgivning på dette område, men retspraksis viser, at den medicinske indikation også der tolkes bredt. Island indførte, som det første land, allerede i 1935 love, der giver fri adgang til abort nogenlunde overensstemmende med ovenstående, Finland derimod først i 1950. I Sverige og Danmark ændredes lovgivningen første gang i henholdsvis 1938 og 1939, og specielt i disse 2 lande har forholdene inden for dette område taget en næsten ensartet udvikling. Denne er særdeles udførligt beskrevet i såvel de danske som de svenske abortbetænkninger (Betænkning angående ændring af svangerskabslovgivningen m.v., 1936, 1954. Statens Offentliga Utredningar, 1935, 1944, 1953). I Sverige har tillige bl.a. *Eklblad* (1955) gjort rede for den historiske udvikling. Her skal man kun i hovedtrækkene gennemgå lovgivningens ændring og udvikling i Danmark.

Ifølge Christian V's danske lov straffedes svangerskabsafbrydelse med døden. I loven stod, at letfærdige kvindfolk, som deres foster ombringe, skulle miste deres hals og deres hoved sættes på en stage. Denne lov gjaldt i ca. 200 år; først i 1866 nedsattes straffen til forbedringshus fra 8 måneder til 8 år.

I begyndelsen af dette århundrede og ikke mindst under og efter første verdenskrig synes der imidlertid at være sket en ændring i indstillingen til uønskede graviditeter. Både i Danmark og i udlandet var det tydeligt, at de illegale aborter var tiltaget betydeligt, og den ændrede holdning gav sig tillige udtryk i, at

de kvinder, der anklagedes for svangerskabsafbrydelse, ganske blev frifundet af de nævninge, der dømte i sagerne. På denne baggrund nedsattes 1932 den første svangerskabskommission, og på grundlag af dennes arbejde vedtoges svangerskabsloven af 1939, hvorefter en kvinde, som tidligere beskrevet, kan få sit svangerskab afbrudt på medicinsk, etisk og eugenisk indikation. Et flertal af kommissionens medlemmer havde foreslået, at der indførtes en ren social indikation, men dette forslag lykkedes det ikke at få rigsdagen til at gå ind for. Den medicinske indikation blev imidlertid udformet således, at den alvorlige fare for kvindens liv eller helbred ikke alene kan skyldes sygdom, men tillige kan være begrundet i andre forhold, herunder i et vist omfang bl.a. de sociale forhold, hvorunder kvinden lever.

Efter at denne lov havde fungeret i lidt over 10 år, nedsattes igen en kommission, dels for at undersøge, hvorvidt de indhøstede erfaringer gav anledning til ændring af loven, dels for at fastslå, hvilke opgaver og midler der burde tillægges mødrehjælpsinstitutionerne, som i de foregående år var blevet udbygget betydeligt. Tillige tilsigtede man at komme med forslag, der kunne imødegå den uensartede fortolkning af loven, som fra forskellig side hævdedes at finde sted. Ved lovens fornyelse i 1956 ændrede man, for at skaffe mere klarhed, ordlyden af den medicinske indikation, idet det i loven direkte anførtes, at man ved bedømmelsen af faren for kvindens helbred også skal tage hensyn til truende fysiske og psykiske svækkelsestilstande og til de forhold, hvorunder kvinden må leve. Men som det vil være fremgået, ændrede dette ikke i hovedprincippet adgangen til lovlige aborter, derimod skete der en ændring af de rent praktiske foranstaltninger; således udbyggedes mødrehjælpsinstitutionerne yderligere, og der oprettedes i tilslutning til disse de såkaldte samråd, sædvanligvis bestående af en socialrådgiver, en psykiater og en gynækolog, som i alle abortsager, hvor sociale forhold spiller ind, skal have den endelige afgørelse af sagerne. Tidligere havde 2 læger, hvoraf den ene i almindelighed var kvindens sædvanlige læge, stillet indikationerne. Endvidere ændrede man tidsfristen for afbrydelserne fra slutningen af tredje til slutningen af fjerde svangerskabsmåned, idet man specielt fra psykiatrisk

side havde påpeget det hensigtsmæssige i en forlængelse af observationstiden af disse patienter.

Det vil være bekendt, at antallet af legale aborter såvel i Danmark som i andre lande, der har foretaget tilsvarende ændringer i lovgivningen, er steget stærkt ikke blot i absolutte tal, men også i relation til fødselshyppigheden i de første år efter lovens ikrafttræden. Også mod forventning og meget mod det i loven tilsigtede steg ikke alene de lovlige aborter, men også de ulovlige i denne periode. Disses antal tiltog endog ikke blot i takt med, men også langt mere end de legale (*Morville* (1947), *Kæm* (1947 a, b, 1950), *Fenger og Lindhardt* (1952), *Jensen* (1955)).

Man har tidligere været inde på flere af årsagerne til, at loven, efter at den havde fungeret i nogle år, blev taget op til revision. Det skal imidlertid her påpeges, at den enorme stigning i samtlige provokerede aborter måske var den væsentligste anledning til de fornyede overvejelser.

Hvorvidt årsagerne til stigningen af både de legale og illegale aborter må søges i samme tilgrundliggende faktorer, eller om den udvidede adgang til lovlig svangerskabsafbrydelse har medført den såkaldte abortmentalitet, blev ikke mindst her i landet ivrigt diskuteret. *Helweg* (1940, 1948) og andre pointerede, at vi havde fået den nye lov, fordi der var sket en mentalitetsændring i befolkningen, som krævede den, og han bestred således, at de illegale aborter var en følge af den ændrede lovgivning. Lignende synspunkter tilsluttede sig bl.a. *Hjalmar Kæm* (1947) og *Teit Kæm* (1947 b, 1952). Andre var imidlertid talsmænd for den opfattelse, at den ændrede holdning til uønskede svangerskaber var en følge af den nye svangerskabslov (*Morville* (1947), *Clemmesen* (1947, 1952) og andre).

Det er fra mange sider påpeget, at det først og fremmest er de ændringer, der skete i de sociale forhold, der har forandret indstillingen til dette problem. Den ændrede samfundsstruktur, som industrialiseringen førte med sig, har utvivlsomt påvirket også kvinderne, som efterhånden fandt, at de ikke ubetinget var forpligtede til at føde børn. Medens en forøgelse af familien tidligere havde øget dens samlede arbejdskapacitet, ind-

skrænkede et barn nu kvindens indtjeningsmuligheder, idet det afskar hende fra at tage del i erhvervslivet. På samme tidspunkt blev der mulighed for at opnå langt flere materielle goder, og det er naturligt, hvis kvindens ønske om at få del i disse er steget i takt hermed. Det kan i alt fald ikke bestrides, at der fandt en mentalitetsændring sted, og f.eks. den agitation, der herhjemme fandt sted i tyverne under devisen »frivilligt moderskab«, må ses som et udtryk herfor. At den ændrede holdning efterhånden måtte afspejle sig i lovgivningen forekommer særdeles nærliggende. Imidlertid kan det vel ej heller afvises, at den nemmere adgang til legal abort og den betydelige nedsættelse af straffeforanstaltningerne for kriminel abort tillige havde ændret kvindernes indstilling til uønskede graviditeter. Det forekommer derfor forfatteren sandsynligst, at der i disse årsagsforhold ikke er tale om et enten eller, men om et både og.

Man kommer herved ind på spørgsmålet om lovens præventive virkning, hvilket imidlertid her kun kort skal berøres (*Essen-Möller* (1928), *Kross* (1944), *Amen* (1944), *Bundesen* (1944), *Calderone* (1960)). Det er allerede nævnt, at illegale aborter findes alle vegne på trods af meget forskelligartet lovgivning. Fri adgang til svangerskabsafbrydelse får ikke de kriminelle aborter til helt at forsvinde, og totalt forbud øger måske endog deres antal samtidig med, at risikoen ved disse bliver større, idet kvinderne undlader at lade sig behandle. Det skal imidlertid her påpeges, at der - uanset hvordan lovene er udformet - næsten overalt synes at være en udpræget tilbøjelighed til enten helt at unddrage kvinderne straf eller til at nedsætte denne mest muligt. Dette må utvivlsomt ses som et udtryk for, at de fleste finder det urimeligt at pålægge kvinderne selv straf, og at lovene ikke er overensstemmende med den almindelige indstilling i befolkningen. Det kunne herefter umiddelbart forekomme meningsløst at opretholde kriminalisering af visse abortformer, men det må her påpeges, at konsekvensen af ikke at påbyde straf må blive fuld legalisering af alle abortformer og dermed indførelse af forhold, som trods alt er væsensforskellige fra dem, der for øjeblikket findes her i landet.

Sluttelig skal man berøre de forskelligartede og ofte helt modstridende synspunkter, der anlægges, når spørgsmålet om, hvorvidt fosteret skal beskyttes frem for moderen, tages

op. Talrige af de forfattere, der har beskæftiget sig med abortproblemet, er kommet ind på disse moralsk-etiske betragtninger (*Essen-Möller* (1928), *Haffner* (1939), *Black* (1944), *Bager* (1946), *Bremer* (1951), *T horsen* (1954), *Lindberg* (1954), *Simons* (1954), *Stoltz* (1954), *Rydberg* (1952), *Helweg* (1948), *Søndergaard* (1954), *Calderone* (1960)). Det er tydeligt, at man her ofte har centreret problemstillingen omkring, hvorvidt fosteret kan betragtes som besjælet eller ikke. Når man således i antikkens Rom ikke modsatte sig svangerskabsafbrydelse, var det netop, fordi man betragtede fosteret som en ubesjælet del af kvindens legeme, som hun selv måtte råde over, og når kanonisk ret lige-stillede fosterfordrivelse med mord, var årsagen hertil, at man ligefrem havde vedtaget, at fosteret på et bestemt tidspunkt efter undfangelsen var besjælet. For så vidt som hverken fosteret eller det barn, der lige er født, efter moderne psykoanalytiske synsmåder har et bevidsthedsliv, forekommer det ikke længere rimeligt at gøre dette til det centrale i vurde-

ringen. Problemet må være, om det individ, der senere vil udfolde et bevidst sjæleliv, har større ret til beskyttelse end det i bevidsthedsmæssig henseende fuldt udformede. Her må man imidlertid gøre sig klart, at indstillingen i høj grad er dikteret af følelser og derfor for så vidt uden for en realitetsbetonet diskussions rækkevidde. Det er tidligere nævnt, at den religiøse indstilling er afgørende for den synsmåde, man anlægger i sagen, men det må påpeges, at også mennesker, for hvem religionen ikke spiller nogen større rolle, har vidt forskellige anskuelser. Ved en gennemlæsning af litteraturen er der imidlertid visse forhold, der tyder på, at følelserne på dette område næppe er ganske uden relation til den rolle, den pågældende må påtage sig omkring løsningen af abortproblemet. Således påberåber psykiatere, socialrådgivere og andre, der ser de nødtilstande, som uønskede graviditeter fører med sig, langt sjældnere, at fosteret ubetinget har ret til at leve, end f.eks. gynækologer, der oftest udelukkende må påtage sig den meget ubehagelige tilintetgørelse af fosteret.

KAPITEL 2

Antallet af aborter

Denne undersøgelse giver, som det vil fremgå af det følgende, ikke oplysninger om totalantallet af hospitaliserede aborter, og man forventede ej heller med sikkerhed at kunne fastslå procenten af spontane respektive illegale aborter ud fra dette materiale. De snart talrige forsøg, der er gjort for at finde frem til såvel det samlede antal aborter som den indbyrdes relation mellem spontane og illegale aborter, skal imidlertid kort gennemgås.

Såfremt antallet af fødsler sættes i relation til antallet af hospitaliserede aborter gennem en længere årrække, får man et skøn over abortprocentens variation - dog forudsat, at den procentdel af kvinderne, der lader sig indlægge, er nogenlunde konstant. Da den spontane abortprocent formentlig ikke varierer væsentligt, skyldes ændringerne hovedsageligt de illegale aborter. Beregninger af denne art er i Danmark foretaget af *Kæm* (1947 a, b, 1950), *Østergaard* (1948), *Fenger og Lindhardt* (1952), *Hoffmeyer og Nørsgaard* (1964) samt *Bræstrup* (1964). Det fremgår heraf, at antallet af aborter fra 1940-50 tiltager meget hurtigere end antallet af fødsler, og at der herefter sker et moderat fald. Tilsvarende beregninger er foretaget af *Berg* (1931) på et norsk materiale og af *Apajalathi* (1939) på et finsk. Disse forfattere lægger tillige antallet af febrile aborter — som i de fleste tilfælde må antages at være kriminelle - til grund for vurderingen. Begge forfattere finder, at antallet af illegale aborter i undersøgelsesperioderne er i stærk stigning. Før i tiden, da antallet af dødsfald efter illegale svangerskabsafbrydelser ikke var ganske ubetydeligt, fik man ligeledes gennem dette et vist indtryk af hyppigheden af kriminelle aborter (*Bundesén*, 1944; *Wetterdahl*, 1947).

Imidlertid får man ved de ovennævnte metoder som nævnt kun et indtryk af variationen af abortantallet. Et forsøg på at vurdere den absolutte procent af spontane aborter er imidlertid gjort af *Kæm* (1950), som fandt, at frafaldsprocenten blandt kvinder, der var indtegnet til fødsel på et kommunalt hospital i København, var ca. 9. Dette vil sige, at den spontane abortprocent for denne gruppe kvinder formentlig må ligge lidt over dette tal. *O ram* (1948) slutter ud fra anslåede minimumsværdier for illegale aborter, at den spontane abortprocent er lavere end den af *Kæm* fundne, nemlig 5-7. *Javert* (1957) mener, at tallet må ligge imellem de nævnte. På grundlag af graviditetsforløbet blandt et meget stort antal kvinder kommer han til, at ca. 8 pct. aborterer spontant. Imidlertid synes det i mangfoldige arbejder at være almindeligt at operere med en spontan abortprocent på 10.

I øvrigt har man ved en direkte udspørgen af forskellige kvinder forsøgt at få oplysninger om aborternes antal og fordeling. *Bremer* (1951) har ud fra sit specielle materiale fundet, at ca. 6 pct. af graviditeterne ender med spontan abort, og at ca. 8 pct. afbrydes illegalt. *Tietze* (1949) har ud fra oplysninger hidrørende fra kvinder, der behandles af en gynækolog i tilslutning til en kriminel abort, fundet frem til, at 7 pct. af disse kvinders tidligere ikke aktivt afbrudte svangerskaber er endt med spontan abort. *Wiehl og Berry* (1937) oplyser på grundlag af interviewer, foretaget ved husbesøg af særligt rutinerede udspørgere, at 14 pct. af de udspurgte kvinders tidligere graviditeter var endt med abort, og at ca. 1/2 af disse var illegale. Flere forfattere har selv interviewet kvinderne under indlæggelsen for abort og på grundlag heraf vurderet procenten af spontane og illegale aborter:

disse undersøgelser vil man imidlertid først senere omtale.

Man skal ikke her komme nærmere ind på det totale antal aborter, men blot nævne, at antallet af ikke-legale hospitaliserede aborter i 1940 androg 4945, i 1950 12219 og i 1960 10885. Den stærke stigning i det første 10-år synes som nævnt at være efterfulgt af et moderat fald; men det må fremhæves, at der fremdeles består en meget stor forskel mellem antallet af fødsler og antallet af konceptioner.

Det samlede antal aborter kan naturligvis kun beregnes, såfremt hospitaliseringsfrekvensen er kendt; forsøg på at anslå denne er f.eks. gjort af *Oram* (1948). På grundlag af en undersøgelse, der er foretaget ved at udsende spørgeskemaer til læger uden for hovedstadsområdet, finder man, at ca. 20 pct. af de aborter, som lægerne får kendskab til, behandles hjemme. *Østergaard* (1947), der har gennemgået journalmaterialet fra en 3-årig periode på en afdeling i Storkøbenhavn, kommer frem til, at ca. 20 pct. af aborterne ikke medfører indlæggelse. *Hoffmeyer* (1949) påviser på grundlag af graviditetsforløbet og

indhentede oplysninger om hospitalisering blandt kvinder, der har fået afslag på ansøgning om legal abort, at kun ca. 1/2 af disse patienter har været indlagt i tilslutning til aborten. I et senere arbejde, der bygger på et lignende udgangsmateriale samt på oplysninger fra forskellige tidligere undersøgelser, anfører *Hoffmeyer og Nørgaard* (1964), at mellem 50 og 70 pct. af de ikke-legale aborter hospitaliseres. *Aldén* (1953), der i Sverige har undersøgt en gruppe kvinder, hvis illegale aborter er kommet til politiets kendskab, finder, at ca. 50 pct. har været indlagt i tilslutning til den pågældende abort. Det skal nævnes, at de meget tidlige aborter, som hverken læger, jordemødre eller andre får kendskab til, i de fleste undersøgelser er ladet ude af betragtning. Disse formentlig oftest komplikationsfri aborter er imidlertid næppe belastende for kvinderne, og de frembyder hverken sociale eller behandlingsmæssige problemer. Det synes derfor rigtigst ikke at medtage disse i undersøgelser over aborter - et synspunkt, som bl.a. *Hoffmeyer og Nørgaard* (1964) tilslutter sig.

KAPITEL 3

Problemstilling

Som det vil være fremgået af det foregående, afbrydes der her i landet — trods vor relativt liberale svangerskabslovgivning — fremdeles et meget stort antal graviditeter illegalt. Medens man flere gange, ikke mindst fra svensk side, har foretaget meget grundige undersøgelser over, hvilke social-psykiatriske problemer de legale aborter frembyder, foreligger der kun få arbejder, der belyser tilsvarende forhold omkring de kvinder, der gennemgår en illegal abort. Dette skyldes vel, at disse patienter ikke er direkte tilgængelige for undersøgelse, samt at de fleste på forhånd anser det for umuligt at indhente blot nogenlunde pålidelige oplysninger af disse kvinder. Dog har flere læger - oftest gynækologer - i tidens løb på forskellig måde forsøgt at vurdere, hvilke af de hospitaliserede aborter der er spontane, og hvilke der er provokerede; på grundlag af en sådan vurdering har man i disse undersøgelser hovedsagelig været interesseret i at få somatiske, patogenetiske og behandlingsmæssige problemer belyst, omend forhold som alder, civilstand o. l. i flere arbejder også er søgt klarlagt: *Berg* (1931), *Richter* (1922), *Westmann & Leissner* (1932), *Watkins* (1933), *Næslund* (1933), *Brunner* (1941), *Wetterdahl* (1947), *Tietze* (1949), *Davis* (1950). Enkelte forfattere har dog også været interesserede i en bredere social-psykiatrisk undersøgelse af de kvinder, der udsætter sig for en illegal abort. Dette gælder således *Inghe* (1943) og *Jonsson* (1943), der har foretaget undersøgelser af patienter, der har været indlagt på Sabbatsberg Sjukhus i Stockholm i tilslutning til abort. Disse arbejder må betegnes som særdeles omfattende og grundige, men resultaternes værdi forringes i nogen grad af, at der ikke er foretaget opdeling af patienterne efter aborttype. Forfat-

terne skønner, hovedsagelig på grundlag af tidligere undersøgelser, at kun ca. 1/5 af de hospitaliserede aborter er spontane, og ud fra den betragtning, at materialet således er domineret af de illegale, behandles alle abortkategorier under ét.

Af andre undersøgelser, der belyser forholdene omkring kvinder, der selv sørger for afbrydelse af en uønsket graviditet, bør *Bremers* arbejde fra 1951 nævnes. Forfatteren, der har fungeret både som eneste læge og fødselshjælper i et isoleret landdistrikt i Nordnorge, har formentlig fået kendskab til flertallet af de graviditeter, der indtrådte i undersøgelsesperioden. Antallet af aborterende kvinder er ikke stort, men på trods heraf er det lykkedes forfatteren at få væsentlige og interessante problemer belyst.

I denne sammenhæng bør *Ald éns* arbejde fra 1953 omtales. Det grunder sig på oplysninger fra illegalt aborterende kvinder, der fra 1947-49 er kommet til politiets kendskab i Sverige. Materialet er, som påpeget af forfatteren, ikke repræsentativt for kriminelle aborter, bl.a. fordi kun ganske få af disse kvinder selv har foretaget indgrebet. Imidlertid har undersøgelsen absolut interesse, og det er på trods af, at oplysningerne ikke er indhentet af forfatteren selv, men hidrører fra doms- og forundersøgellesprotokoller, lykkedes at give et godt indtryk af forholdene omkring disse aborter.

Hamilton (1940) har på grundlag af interview af ca. 500 abortpatienter indlagt på Bellevue Hospital i New York ligeledes søgt at undersøge baggrunden for aborterne. Hun kommer ind på mange relevante og væsentlige spørgsmål, men sammenligningen mellem de to hovedgrupper, de spontane og de illegale, må nok tages med forbehold, da forfat-

teren lægger patientens eget udsagn om abortens art til grundlag for rubriceringen. Ligeledes må det påpeges, at man nok ikke bør drage generelle konklusioner ud fra dette materiale, der udelukkende hidrører fra den dårligst bemidlede del af befolkningen.

Da der således kun foreligger få arbejder vedrørende patienter, der gennemgår en illegal abort, tilsigter denne undersøgelse først og fremmest en nærmere redegørelse for denne patientkategori. Undersøgelsen omfatter udelukkende hospitaliserede patienter, hvilket skyldes, at det kun undtagelsesvis er muligt at finde frem til de patienter, der ikke indlægges i tilslutning til abort.

Som nævnt skiller de illegale aborter sig ikke umiddelbart ud fra de spontane - dette vil i alt fald kun sjældent være tilfældet. For at få et indtryk af, hvilken art abort det drejer sig om, er det derfor nødvendigt at undersøge samtlige patienter med samme grundighed. De spontane aborter frembyder formentlig specielle problemer, omend disse snarere må formodes at være af medicinsk-gynækologisk end af social-psykiatrisk art. For at få dette belyst er de spontane aborter fuldt ud medinddraget i denne undersøgelse. En sammenligning af de to abortkategorier har formentlig også værdi, så meget mere som det i en undersøgelse som denne ville være vanskeligt at finde frem til et sammenligneligt normalmateriale.

En prøveundersøgelse afslørede meget hurtigt, at de kvinder, der aborterer illegalt, adskiller sig væsentligt fra dem, der gennemgår en legal abort. Disse sidste var forfatteren bekendt såvel gennem arbejde i mødrehjælpen som gennem arbejde i psykiatriske hospitaler. Man fandt det derfor hensigtsmæssigt også at medinddrage disse patienter i undersøgelsen. Herved har man fået mulighed for inden for samme undersøgelse at kunne sammenligne alle tre typer af aborter indbyrdes.

Problemstillingen og de forudfattede hypo-

teser, man arbejdede efter, blev selvsagt til en vis grad bestemmende for udformningen af det til undersøgelsen anvendte spørgeskema (jfr. Kapitel 5). De spørgsmål, der er anvendt, er dog kun delvis udarbejdet af forfatteren selv, idet man oprindeligt havde planlagt at korrellere herværende undersøgelse med en større undersøgelse udført af Socialforskningsinstituttet. Ordlyden af spørgsmålene blev derved i flere tilfælde noget afvigende fra den ordlyd, forfatteren selv ville have givet spørgsmålene, og spørgeskemaet var oprindeligt noget mere omfattende end det, man har gjort brug af.

Det må formodes, at en kvindes rent ydre forhold, såsom bolig, økonomi, arbejde o.l., er med til at afgøre, hvorvidt hun ønsker at gennemføre en graviditet eller ej. Det følelsesmæssige miljø, såvel under opvæksten som senere, har formentlig også afgørende betydning; man må her gøre sig klart, at vi kommer ind på forhold, som det er vanskeligt at opstille skematisk og medinddrage i en undersøgelse af et større antal personer. Naturligvis har man også fundet det af stor vigtighed at få oplysninger om seksuelle forhold, f.eks. tidspunktet for det seksuelle samlivs begyndelse, kvindens libido, brug af antikonception, seksualoplysning m.m. Patienternes indstilling til og følelser for børn og deres større eller mindre trang til at blive mødre har man ligeledes indhentet oplysninger om. Endvidere har man fundet det af interesse at undersøge kvindernes psykiske tilstand - ikke mindst for at kunne sammenligne den illegale med den legale gruppe. Når man også er gået ret grundigt ind på patienternes somatiske sygdomme og helbredstilstand, er det især for at få lejlighed til at se, om de spontane aborter med hensyn hertil afviger fra de andre grupper. Man formodede, at oplysninger om somatiske sygdomme måske kunne være vejledende i bedømmelsen af, hvorvidt en abort er spontan.

KAPITEL 4

Udvælgelsen af materialet

En gennemgang af litteraturen vedrørende aborter viser, at de tilgrundliggende undersøgelser er foretaget både efter principielt forskellige metoder og på grundlag af principielt forskellige udgangsmaterialer. I flertallet af de tidligere refererede arbejder har man baseret undersøgelsen på et allerede foreliggende journalmateriale - oftest hidrørende fra patienter, der indlægges for abort, men enkelte gange også fra kvinder, der har været hospitaliseret af andre grunde. Nogle undersøgelser baserer sig på oplysninger, der er indhentet af praktiserende gynækologer, som har behandlet en større gruppe abortpatienter; andre er indsamlet ved interviewer foretaget ved husbesøg af et repræsentativt udsnit af den pågældende befolkning. Endelig har enkelte forfattere - i lighed med, hvad man har gjort i denne undersøgelse - baseret undersøgelsen på et interview, der er foretaget under indlæggelsen for aborten med henblik på at få enkelte eller flere forhold detaljeret belyst. *Richter* (1922) har således personligt udspurgt alle febrile abortpatienter, medens *Magid* (1931) og *Westman & Leissner* (1932) har interviewet samtlige abortpatienter inden for undersøgelsesperioderne. Endelig beror de i det foregående kapitel nævnte undersøgelser af *Hamilton* (1940), *Inghe* (1943) og *Jonsson* (1943) også på personlige interviews. I førstnævnte arbejde er samtlige patienter inden for undersøgelsesperioderne interviewet, medens man i de sidstnævnte af praktiske grunde kun har talt med lidt over halvdelen af de indlagte abortpatienter. For næsten alle undersøgelser gælder imidlertid, at de kun omfatter patienter fra et enkelt hospital.

I denne undersøgelse har man derimod for at få et nogenlunde repræsentativt udsnit af

abortpatienter inden for det Stor-Københavnsske område interviewet patienter på i alt 3 forskellige hospitaler, nemlig Københavns Amtssygehus i Gentofte, Københavns Amtssygehus i Glostrup samt Bispebjerg Hospital. De 2 førstnævnte hospitaler modtager hver for sig patienter fra forskellige områder af Københavns amt, hvorimod Bispebjerg Hospital modtager et helt tilfældigt udvalg af abortpatienter fra hele Københavns kommune. Det antal patienter, man har undersøgt fra de forskellige områder, svarer nogenlunde til befolkningens talmæssige fordeling inden for de 2 bydele (135 patienter fra Københavns amt, 169 fra Københavns kommune). Private hospitaler er ikke medtaget i undersøgelsen, da disse talmæssigt kun spiller en ringe rolle her i landet. Undersøgelsen er kun foretaget på gynækologiske afdelinger, idet langt de fleste abortpatienter indlægges i disse.

Man overvejede at lade undersøgelsen omfatte patienter fra hele landet, men da det viste sig, at der kun indlægges et sparsomt antal abortpatienter på de enkelte hospitaler uden for de største byer, ville dette tidsmæssigt have betydet en væsentlig forlængelse af undersøgelsen. Da det tillige gennem snart talrige undersøgelser er vist, at abortproblemet er størst inden for hovedstadsområder, afstod man herfra.

Udvælgelsen af patienterne inden for den enkelte afdeling er foretaget på den måde, at man den pågældende dag har undersøgt alle de abortpatienter, der var oppegående, efter at der var foretaget abrasio. Det viste sig hurtigt, at dette antal var så beskedent, at det altid var muligt at medtage alle de patienter, der opfyldte denne betingelse. På udskrivningsdagen er ingen patienter interviewet, idet det allerede i prøveundersøgelsen viste

sig, at kvinderne den dag er utilbøjelige til at væbne sig med den tålmodighed, som var nødvendig for, at en undersøgelse af denne art kunne gennemføres tilfredsstillende.

Efter en prøveundersøgelse i januar, februar, marts 1963 påbegyndtes den egentlige undersøgelse i april 1963; den blev afsluttet i april 1964.

KAPITEL 5

Undersøgelsesmetoder

Undersøgelsen er baseret på et éngangs-interview foretaget personligt af forfatteren. Fra begyndelsen stod det klart, at udfaldet af arbejdet beroede på, om det var muligt at etablere en tilfredsstillende kontakt med disse kvinder, og af den grund mente man, at det måske kunne være uhensigtsmæssigt at anvende et spørgeskema. Imidlertid viste det sig, at det ikke var muligt at få alle de ønskede oplysninger, såfremt de skulle indhentes i almindelig samtaleform. Man valgte da at indlede undersøgelsen ganske frit og først fremdrage spørgeskemaet, når man skønnede, at dette ikke virkede forstyrrende på kontakten. Så vidt muligt har man fulgt spørgeskemaet, men i samtaleens løb har man altid, når dette var påkrævet, drøftet forefaldende problemer med patienterne. Først og fremmest har man haft for øje at tilfredsstille deres kontaktbehov og give kvinderne råd og vejledning i den for dem ofte vanskelige og belastende situation. Man har lagt stor vægt på, at interviewet ikke oplevedes ubehageligt af patienterne. Kun på den måde har man ment det muligt at indhente de oplysninger, det drejede sig om. Undersøgelsen er således foretaget efter andre principper end dem, f.eks. Socialforskningsinstituttet bringer i anvendelse.

I prøveundersøgelsen nægtede én kvinde at medvirke, men i den egentlige undersøgelse har man intet frafald haft. Dette skyldtes formentlig, at de første interviews gav fingerpeg om, på hvilken måde det var mest hensigtsmæssigt at indlede samtalen. Undersøgeren har præsenteret sig som psykiater og meddelt patienterne, at man var interesseret i at foretage en særlig undersøgelse, som krævede mere omfattende oplysninger, end man kunne indhente gennem de foreliggende journaler. Man har fremhævet, at samtalen var frivillig,

og at den på ethvert tidspunkt ville kunne afbrydes. Ligeledes har man meddelt patienterne, at enkelte spørgsmål ville kunne udelades, hvis de oplevedes særlig ubehageligt. Kun i ét tilfælde har man imidlertid følt sig tilskyndet til at tilbyde en patient afbrydelse af interviewet. Det drejede sig her om en særdeles velbevagvet patient, der havde udtalt skyldfølelse, efter at hun selv havde foretaget abort. Hun ønskede dog at føre undersøgelsen til ende.

I prøveundersøgelsen forsøgte man indledningsvis at klargøre undersøgelsens egentlige formål for nogle af patienterne, men dette viste sig i reglen i så høj grad at vanskeliggøre og forsinke kontaktetableringen, at man i selve undersøgelsen undlod dette. Derimod har man efter samtaleens afslutning i næsten alle tilfælde kunnet give kvinderne sandfærdige oplysninger om, hvad samtalen havde til sigtet at belyse. Man har anmodet alle kvinderne om ikke at omtale undersøgelsen blandt medpatienterne. Så vidt man har kunnet skønne, er denne opfordring efterkommet, idet ingen af de patienter, man har talt med, synes at have haft kendskab til undersøgelsen på forhånd; i alt fald har ingen afsløret dette.

Samtalen har fundet sted på et kontor eller en undersøgelsesstue, som af de pågældende afdelinger med stor imødekommenhed blev stillet til disposition. Man har herved kunnet gennemføre samtalen uden udefra kommende forstyrrelser, der ville have virket særdeles uheldige for en undersøgelse af denne art. Interviewet har været langvarigt, i reglen har det strakt sig over flere timer.

Det har i så godt som alle tilfælde været overraskende let at etablere en helt tilfredsstillende kontakt med patienterne. Dette skyl-

des formentlig, at en abort - af hvad art den end er - i reglen er en psykisk belastning for kvinden, som sjældent har haft lejlighed til at drøfte problemerne omkring denne på neutralt plan med sine omgivelser.

Spørgeskemaet var opbygget på den måde, at man indledte med neutrale emner for først til slut at gå over til forhold, som det måtte formodes at være vanskeligst at indhente oplysninger om. Dog er spørgsmålet om tidligere aborter placeret først i skemaet, og det viste sig i flere tilfælde mest hensigtsmæssigt at vente med at berøre dette emne indtil slutningen af interviewet. Efterhånden erfarede man, at enkelte spørgsmål oplevedes ubehageligt af patienterne - og måske også af undersøgeren - og de blev derfor udeladt. F.eks. fandt man det vanskelig at få oplysninger om tidligere seksuelle forhold, især hvis kvinderne på tidspunktet for samtalen levede i harmoniske og stabile forhold. Det ville i hvert fald have været yderst tidsrøvende, såfremt man skulle have indhentet helt pålidelige og fyldestgørende oplysninger herom.

Diskussion af metoden

I flere af de allerede omtalte arbejder diskuteres det, hvorvidt det ved en direkte udspørgen af patienterne som den, der ligger til grund for det foreliggende arbejde, overhovedet er muligt at indhente tilstrækkeligt pålidelige oplysninger vedrørende aborter.

Wetterdahl (1947) fremhæver, at patienterne altid er indstillet på at benægte abortive indgreb, og at man kun ved at lægge pres på kvinderne kan indhente oplysninger om provokationsmetoder. *Davis* (1950) hævder på linje hermed, at almindelig udspørgen er nytteløs, og at patienterne kun vedgår illegal abort, når de stilles over for en pludselig anklage. Mange andre forfattere er imidlertid enige om, at man ved en udspørgeteknik, der muliggør etableringen af en tilfredsstillende kontakt, kan indhente de ønskede oplysninger. *Wiehl & Berry* (1937) anfører således, at antallet af de aborter, man i de tidligere nævnte undersøgelser fik oplysning om, steg til det dobbelte, efter at den rette kontakt var etableret med kvinderne. *Whelpton* (1944) fremhæver, at mange af disse patienter endog er særdeles tilfredse med at kunne drøfte problemerne omkring en abort med andre. Denne forfatter har tillige påpeget det uhen-

sigtsmæssige i på forhånd at lade patienterne vide, hvilke oplysninger man er interesseret i at indhente, og såvel han som *Magid* (1931) har gjort opmærksom på, at man først i slutningen af samtalen bør gå ind på de problemer, som er vanskeligst at komme på talefod med patienterne om.

Ud fra sin erfaring med det foreliggende undersøgelsesmateriale må forfatteren, som det allerede vil være fremgået, i alt væsentligt slutte sig til sidstnævnte undersøgere.

Pålideligheden af de indhentede oplysninger vedrørende neutrale emner som erhverv, antal børn o. l. kræver ingen nærmere omtale. Endvidere er de oplysninger, man får om patienternes somatiske sygdomme, formentlig korrekte (man har ikke specielt udspurgt om kønssygdomme). Det samme gælder utvivlsomt også oplysninger om de rent ydre forhold såvel under opvæksten som senere i livet. Langt mere diskutabel er pålideligheden af de oplysninger, man får, når man kommer ind på områder som forhold mellem patienten og forældrene, forholdet til partneren o. s. v. Man må imidlertid her fremhæve, at disse forhold ikke belyses ved hjælp af et enkelt spørgsmål, men gennem en lang række. Til lige er man som anført altid gået ud over skemaet, hvor man har fundet dette nødvendigt for at få et fyldestgørende indblik i patienternes følelsesmæssige forhold til omgivelserne. I øvrigt er der måske grund til her at fremhæve, at den opfattelse, som man undertiden møder, at de fleste mennesker søger at skjule utilfredsstillende forhold, ikke er i overensstemmelse med almindelig psykiatrisk erfaring. Tværtimod viser det sig, at flertallet endog særdeles gerne giver udtryk for både negative og aggressive følelser, såfremt der gives dem lejlighed dertil. Seksuelle forhold forekommer det ej heller vanskelig at komme på talefod med patienterne om, når man ser bort fra det allerede anførte om tidligere forbindelser. Her viste det sig også, at mange var særdeles tilfredse med den lejlighed, der blev givet dem også til at få drøftet disse emner. Hvad oplysninger om abortens art angår, vidste man på forhånd, at helt ærlige svar var umulige at opnå, idet alle tidligere undersøgelser har vist dette. Formentlig er hovedårsagen hertil, at patienterne af abortørerne meget kraftigt er blevet pålagt ikke at afsløre sagens rette sammenhæng. Frygten for straf spiller formentlig også en rolle, omend det er

forfatterens indtryk, at denne ikke er stor. Endvidere gør almindelig moralopfattelse sig utvivlsomt her gældende. Eksempelvis kan det nævnes, at det ser ud til, at flere ugifte end gifte vedgår illegal abort. Dette skyldes formentlig, at kvinderne finder det langt mere moralsk fordømmende, at en ægteskabelig graviditet afbrydes end en uægteskabelig. Man vil her fremhæve, at man aldrig har presset patienterne for oplysninger og i særdeleshed ikke om oplysninger vedrørende sidstnævnte emne. Både af hensyn til patienterne og af hensyn til de pågældende hospitalsafdelinger har man ikke fundet dette forsvarligt. Kun ganske enkelte patienter har virket umiddelbart upålidelige. Man har imidlertid gjort disse opmærksomme på den opfattelse, man havde af deres oplysningers værdi, og man har anmodet dem om kun at fortsætte samtalen, hvis de var i stand til at give nogenlunde korrekte oplysninger. Ingen har af den grund ønsket interviewet afbrudt, men man har imidlertid her kun i den endelige opgørelse medtaget de svar, som forekom sandfærdige.

Som tidligere nævnt er undersøgelsen baseret på et enkelt interview. Skulle flere have fundet sted, måtte man sædvanligvis enten have opsøgt kvinderne efter udskrivelsen eller have indkaldt dem til ambulant undersøgelse. Man har ment, at en sådan gentagen udspørgen i alt fald for en stor del af patienterne ville have været ret belastende. Det bør dog oplyses, at flere af de tidligere nævnte undersøgere har interviewet patienterne flere gange under indlæggelsen. Undersøgeren har i disse tilfælde imidlertid været den behandlende gynækolog, som daglig har haft kontakt med patienterne. Endvidere bør det bemærkes, at man kun har talt med patienterne selv og aldrig med de pårørende. En medinddragen af disse i undersøgelsen har man af hensyn til patienterne ikke fundet forsvarlig. I litteraturen har man kun én gang set dette gjort (*Magid* (1931)), men forfatteren fremhæver, at han af hensyn til patienten har været yderst forsigtig i sin udspørgen af de pårørende. De indhentede oplysninger er altid korreleret med de i journalerne foreliggende, ligesom man for de legale aborters vedkommende har rekvireret mødrehjælpens journaler.

Som anført har alle interviewene fundet sted, efter at kvinderne havde aborteret. For bedst at kunne sammenligne de forskellige tilfælde indbyrdes har man ment, at det var vigtigt, at kvinderne blev undersøgt på samme tidspunkt i sygdomsforløbet. Tillige gav et interview efter aborten bedst mulighed for en vurdering af kvindernes reaktion på denne. Flere tidligere forfattere (*Richter* (1922), *Hamilton* (1940) o.a.) har imidlertid påpeget, at man havde bedst mulighed for en sådan undersøgelse umiddelbart efter, at patienterne var indlagt i hospitalet. De føler sig nemlig på dette tidspunkt mere afhængige af terapeuten, og de er klar over, at den bedste behandling vil kunne institueres, såfremt de giver sandfærdige anamnesticke oplysninger. I prøveundersøgelsen forsøgte man derfor at henlægge enkelte samtaler til dette tidspunkt, men dette viste sig forbundet med så store vanskeligheder, at det ret hurtigt måtte opgives; dels var flere patienter forpinte, og dels skulle der ofte så hurtigt foretages abrasio, at det ikke var muligt at få den fornødne tid og ro til interviewet. Når samtalen på dette tidspunkt har været mulig i flere af de ovennævnte undersøgelser, må det formodes at skyldes, at den behandlende gynækolog selv har talt med patienterne, samt at man ikke har ønsket at få helt så mange oplysninger som i herværende undersøgelse.

Det kan i et arbejde som dette kritiseres, at undersøgelsen er foretaget af kun én person, og således i meget høj grad beror på dennes personlige vurdering af patienterne. De fleste af de tidligere lignende undersøgelser er foretaget af flere læger, men det er tydeligt, at det oftest er gjort af praktiske grunde, og at man har ment, at den mest ensartede vurdering netop ville fremkomme, såfremt den samme læge talte med samtlige patienter. Det er flere gange fremhævet, at man altid har måttet gå ud over spørgeskemaet, og man er ganske på det rene med, at undersøgelsen herved har mistet i objektivitet. Imidlertid har man, som det gentagne gange er anført, ikke fundet det muligt at gennemføre undersøgelsen på anden måde, og man vil skønne, at det, selv om man kan betvivle resultaternes absolutte rigtighed, kan have værdi at sammenligne de forskellige abortgrupper indbyrdes.

KAPITEL 6

Opdeling af materialet

Som det allerede er anført, er det ikke sjældent vanskeligt at afgøre, hvorvidt en abort er spontan eller provokeret. Som yderligere understregning af vanskelighederne kan der være grund til at henvise til *Kcerns* påpeging af, at der ofte rent faktisk er en flydende overgang mellem spontane og provokerede aborter, idet flere af de såkaldte illegale aborter har fundet sted efter brug af utjenlige midler (*Kæm* (1950)).

Af tidligere forsøg på at angive retningslinjer for en rubricering skal især fremhæves *Magids* meget detaljerede behandling af dette spørgsmål (*Magid* (1931)). Han påpeger, at symptomerne ved en spontan abort sjældent begynder akut, medens dette oftest vil være tilfældet ved en provokeret. Endvidere fremhæver han, at patienter, der har aborteret spontant, vil svare mere omgående, sikkert og præcist på de stillede spørgsmål end de patienter, der selv sørger for afbrydelsen. Tillige anføres det, at objektive fund som temperaturforhøjelse, sekundær infektion og andet giver fingerpeg for rubriceringen, men at dette absolut ikke er sikkert vejledende. Specielt fremhæves det af *Magid*, at til eksempel en spontan abort forårsaget af en almen infektion kan være ledsaget af temperaturforhøjelse. Lignende betragtninger anføres af *Hoffmarin* (1961).

Wetterdahl (1945, 1947) anfører, at sikkert: illegale er kun de aborter, hvor man hos kvinderne kan påvise læsioner efter indgreb, samt de, der vedgås af patienterne. Sikre spontane er bl. a. aborter hos kvinder, der enten er behandlet for sterilitet, eller som før aborten har udtrykt ønske om at få et barn. Men i det hele synes alle forfattere enige om, at det i de fleste tilfælde ud fra de somatiske

fund ikke er muligt at drage sikre differentiaaldiagnostiske slutninger. Den rette rubricering må derfor som tidligere påpeget for en stor del bero på, om man ved en hensigtsmæssig udspørgen af patienterne er i stand til at få disse til at give pålidelige oplysninger.

På dette grundlag inddeler *Westman & Leissner* (1932) i det tidligere nævnte arbejde deres abortmateriale i 3 grupper. Første gruppe omfatter de patienter, der vedgår illegalitet. I anden gruppe benægtes provokation af kvinderne, men alle forhold - herunder kvindernes holdning og adfærd - taler for illegalitet. Endelig er de patienter, hvor alt tyder på, at aborten er spontan, indeholdt i gruppe 3. Forfatterne fremhæver, at grænsen mellem gruppe 2 og 3 beror på et subjektivt skøn, men de mener ikke, at rubriceringen af den grund bliver alt for uøjagtig.

I denne undersøgelse er materialet, som det fremgår af tabel 1, opdelt i 4 hovedgrupper, de legale, illegale, spontane og ikke-rubricerbare aborter. Yderligere er gruppen af illegale aborter opdelt i de indrømmede, d. v. s. de sikkert illegale og de formentlig illegale. Tilsvarende er der skelnet mellem de sikre og de formentlig spontane aborter. I det følgende vil man ofte for nemheds skyld benævne grupperne illegale, formentlig illegale, samt spontane og formentlig spontane.

Til de enkelte grupper skal der knyttes nogle kommentarer med angivelse af de kriterier, som i denne undersøgelse er lagt til grund for opdelingen.

Rubriceringen af de *legale* aborter frembyder selvsagt ingen problemer. Det drejer sig for det store flertals vedkommende om patienter, der har fået deres sager behandlet i mød-

rehjælpen, hvilket jo her i landet er det mest almindelige. Da undersøgelsen omfatter et ganske tilfældigt udvalg af hospitaliserede abortpatienter, har man imidlertid også interviewet patienter, der har fået foretaget abort på ren medicinsk indikation, og nogle af disse patienter var henvist direkte fra medicinsk afdeling eller fra speciallæge.

De patienter, der vedgår *illegal* provokation, udgør i lighed med de foregående for alles vedkommende en sikker gruppe.

Det er ovenfor nævnt, at man ud fra den somatiske undersøgelse kun sjældent med sikkerhed kan udtale sig om abortens art. I denne undersøgelse drejede det sig om ganske få patienter, og disse havde, allerede inden forfatteren talte med dem, vedgået provokation. Som fremhævet af blandt andre *Westman & Leissner* (1932) samt *Wetterdahl* (1947), viste det sig også her, at patienter, der efter et abortivt indgreb bliver alvorligt syge, næsten altid spontant giver sandfærdige oplysninger om abortens art. Om dette skyldes, at disse kvinder i deres sygdomspåvirkede tilstand ikke evner at skjule sagens rette sammenhæng, eller om det skyldes, at de mener, at de ved at unddrage lægerne relevante oplysninger har ringere chance for at få institueret den rette terapi, skal man ikke tage stilling til her.

Til den *formentlig illegale* gruppe er henregnet det ikke helt ubetydelige antal patienter, der ikke under interviewet har indrømmet provokation, men hvor såvel patienternes ydre forhold som deres adfærd og holdning under samtalen efter undersøgerens opfattelse gør illegalitet særdeles sandsynlig.

Det ligger i sagens natur, at diagnosen *spontan abort* i næsten alle tilfælde ud fra en meget formalistisk betragtning alene må bero på en større eller mindre grad af sandsynlighed. Alligevel har man ment det berettiget på grundlag af en kritisk vurdering af alle foreliggende omstændigheder at rubricere et relativt stort antal tilfælde som »sikkert spontane«.

Selv om man i den foreliggende undersøgelse i intet tilfælde har fået sikkert kendskab til, at nogle af kvinderne før aborten havde udtrykt ønske om at få børn, og kun en enkelt havde ladet sig undersøge for sterilitet, fandt man adskillige andre forhold, der med meget stor sandsynlighed begrundede klassificeringen af aborten som spontan. Dette gjaldt så-

ledes, hvor ægteskab var indgået på grund af graviditeten, hvor kvinderne allerede havde indmeldt sig til fødsel, eller hvor en utvivlsom somatisk årsag fandtes til aborten. Endvidere skønnede man, at de kvinder, der havde ladet sig underkaste behandling for at bevare graviditeten, højst sandsynligt måtte have aborteret spontant.

For at give et indtryk af, i hvilket omfang hver enkelt af de nævnte faktorer er indgået i de diagnostiske overvejelser, skal følgende tal anføres: Hos 12 patienter fandtes en somatisk sygdom som f. eks. svær diabetes, thyreotoxicose, fibromyoma uteri m. m., som med meget stor sandsynlighed havde medført abort. 13 kvinder havde før abortens indtræden indmeldt sig til fødsel; 8 havde fastsat bryllup, og 2 var blevet gift på grund af den aktuelle graviditet. I alt 40 var blevet behandlet for at bevare graviditeten. Det er af andre forfattere (*Magid* (1931), *Hoffmann* (1961)) påpeget, at længere tids blødning eller blødning tidligt i graviditeten taler for spontan abort. I denne undersøgelse gav i alt 48 patienter oplysning om sådanne blødningsforhold, men man skønnede dog ikke, at det i alle disse tilfælde drejede sig om sikre spontane aborter.

Til *formentlig spontane* aborter er henregnet sådanne tilfælde, hvor forhold som de ovenfor anførte vel har peget i retning af spontan abort, men hvor disse vidnesbyrd dog har været af knap så overbevisende art som i foregående gruppe.

De *urubricerede* aborter omfatter tilfælde, hvor der foreligger forhold, der med næsten samme sandsynlighed peger på begge alternativer. Det har dog kun været nødvendigt at henføre få patienter til denne kategori. Det bør imidlertid sluttelig pointeres, at det helhedsindtryk, man gennem samtalerne har fået af kvinderne, i adskillige tilfælde har været altafgørende for rubriceringen, og mange af de forhold, man har draget slutninger ud fra, lader sig vanskeligt opstille talmæssigt eller skematisk. Det kan f. eks. nævnes, at forfatteren fandt, at en illegal abort utvivlsomt for mange kvinder findes så moralsk anstødelig, at de kun i yderste nødsfald vil ty til denne udvej. For andre er de hindringer, der skal overvindes, hvis graviditeten skal afbrydes uden om loven, så store, at de næppe har den styrke, som dette ville kræve. Men kun totalindtrykket af kvindernes personlighed kan være vejledende i sådanne betragtninger.

På basis af interview-metoden har flere forfattere, som allerede flere gange nævnt, forsøgt at opdele et abortmateriale som det foreliggende efter abortens art. I de allerfleste undersøgelser er de legale svangerskabsafbrydelser imidlertid ikke medtaget, og de to øvrige hovedgrupper er i reglen ikke yderligere delt op. Som nævnt har dog *Westman & Leissner* (1932) opereret med 2 illegale grupper ganske på linje med, hvad man har gjort i denne undersøgelse. Det kan nævnes, at disse forfattere har fundet, at kun Ve af de ikke-legale aborter er sikre spontane, og at mere end halvdelen af samtlige abortpatienter indrømmer provokation. Denne undersøgelse baserer sig på abortpatienter fra Stockholm, og det samme gør den undersøgelse, der er foretaget af *Richter* (1922). Sidstnævnte forfatter har fået samtlige febrile abortpatienter til at indrømme provokation.

Disse arbejder er imidlertid af ældre dato og derfor nok ikke direkte sammenlignelige med nærværende undersøgelse. Det samme gælder i øvrigt de fleste andre tilsvarende undersøgelser, der tilmed alle hidrører fra patientmaterialer uden for Skandinavien.

Det skal dog nævnes, at *Hoffmann* (1961) på basis af udspørgen af patienter anslår, at mellem 66 og 97 pct. af de ikke-legale aborter er kriminelle; *Brunner* (1941) finder, at ca. $\frac{2}{3}$ af svangerskabsafbrydelserne er inducerede. *Hamilton* (1940) har fået ca. Vs af patienterne til at indrømme, at aborten ikke var spontan, og endelig anslår *Magid* (1931) i sin undersøgelse, at ca. Vs af aborterne er provokerede.

Det ses således, at den anslåede illegale abortprocent, både ud fra undersøgelser, der baserer sig på direkte interviews, og ud fra de tidligere nævnte forskelligartede metoder, angives af højst varierende størrelsesorden.

Tabel 1. Fordelingen af forskellige aborttyper.

Aborttype	Antal	Antal
Legale.....	74	74
Illegale.....	63	} 132
Formentlig illegale.....	69	
Spontane.....	79	} 90
Formentlig spontane.....	11	
Urubricerede.....	8	8
I alt.....	304	304

KAPITEL 7

Alder

De aborterende kvinders aldersmæssige fordeling er belyst i mange af de tidligere omtalte undersøgelser. Som det vil være fremgået, hidrører de fleste af disse fra hospitaliserede abortpatienter, og da flere forfattere mener, at særligt de yngre ugifte patienter unddrager sig indlæggelse, påpeges det, at man ikke ud fra sådanne materialer kan drage generelle slutninger om samtlige aborterende kvinders aldersmæssige fordeling. Man vil ikke her gå nærmere ind på disse overvejelser, men blot nævne, at de undersøgelser, der hidrører fra ikke-indlagte patienter, ikke synes at afvige væsentligt fra de øvrige, hvad alderen angår. (*Brunner* 1941, *Tietze* 1949). De fleste forfattere finder, at hovedkontingenten af abortpatienter leveres af kvinder i alderen fra 20-30 år, dog synes der at være en tendens til en moderat forskydning mod yngre aldersgrupper i de nyere arbejder. Som det vil fremgå at bl. andre *Bræstrup*'s undersøgelse (*Bræstrup* 1964) og som påpeget af *Kæm* (1950), findes flertallet af fødende kvinder netop inden for samme aldersklasse. Imidlertid peger forskellige forhold på, at aborterne ikke udgør nogen konstant procentdel af det samlede antal konceptioner inden for de forskellige aldersgrupper. Kun relativt få forfattere går imidlertid nærmere ind på dette problem.

Således finder *Brunner* (1941) i sin undersøgelse over abortpatienter, der hidrører fra en gynækologisk praksis, og som væsentligst omfatter gifte kvinder, at der i de ældre aldersklasser findes flest inducerede aborter; han fremhæver samtidig, at også den spontane abortprocent er højst blandt de ældste af kvinderne. *Dunn* (1944) påpeger på grundlag af beregninger foretaget ud fra antallet af abortdødsfald pr. 1000 fødsler, at aborternes

relative hyppighed er størst i begyndelsen og slutningen af kvindens fertile periode. *Collins* (1951) påpeger, at de hospitaliserede abortpatienter i hans undersøgelse hovedsageligt består af unge ugifte og ældre gifte kvinder med mange børn. *Inghe* (1934) opdeler primært de patienter, han undersøger, i gifte og enlige; han finder, at der i forholdet til det totale antal fødsler indlægges flest abortpatienter blandt gifte i de ældste aldersklasser, blandt enlige derimod flest i alderen fra 25-30 år.

En inddeling efter såvel alder som civilstand og aborttype vil blive noget uoverskuelig. Civilstandsfordelingen for hele materialet vil blive omtalt senere, men det skal her nævnes, at den yngste aldersgruppe som ventet næsten kun består af ugifte kvinder. I aldersklassen fra 20 til 24 år er ca. halvdelen af kvinderne gift, og herefter findes kun få ugifte. De tidligere gifte udgør en aftagende del af de 4 ældste aldersgrupper. Dette giver tabel 2 en oversigt over.

Materialets aldersmæssige fordeling vil fremgå af tabel 3. I modsætning til de fleste af de nævnte undersøgelser medinddrager denne også legale abortpatienter. Disses aldersfordeling er berørt i talrige undersøgelser; man skal ikke her komme nærmere ind på disse, men blot nævne, at gennemsnitsalderen for de legale aborter oftest ligger højere end de ikke-lovlige aborters. Imidlertid vil en udelukkelse af de legale aborter i denne opgørelse kun i ringe grad ændre de forskellige aldersklassers indbyrdes fordeling, og tallene skulle derfor være sammenlignelige med de tidligere undersøgelser af andre hospitaliserede abortmaterialer.

Det fremgår, at flertallet af patienterne også i denne undersøgelse er mellem 20 og 30

år gamle. De ganske unge udgør en ret stor del, nemlig ialt 14 pct. Til sammenligning kan tjene, at *Berg* (1931) fandt, at 5 pct. af abortpatienterne tilhørte denne aldersklasse, *Haffner* (1939) ca. 3 pct., *Inghe* (1943) ca. 5 pct. og *Tietze* (1949) 9 pct. Selv om tallene måske ikke er direkte sammenlignelige, synes der at være en tendens til, at antallet af aborterende patienter blandt teenagere er i tiltag; såvel dette, som de stigende antal fødsler blandt ganske unge bekræfter formodningen om den tiltagende seksuelle aktivitet i disse aldersklasser. I øvrigt vil det samme fremgå, når man senere bl. a. vil omtale alderen ved det seksuelle samlivs begyndelse.

Slutteligt skal det nævnes, at den andel, de ældste aldersklasser udgør, derimod synes at være omtrent den samme, som man har fundet i de tidligere nævnte arbejder.

I tabel 4 er den procentiske fordeling af de forskellige abortformer udregnet for hver aldersklasse for sig. Det ses, at procenten af illegale aborter er højere i den alleryngste aldersgruppe end i de øvrige. Endvidere fremgår det, at procenten er stigende for de legale i de ældste aldersklasser. Samtidig er der en tendens til, at den procentiske andel af de illegale falder, således at der til en vis grad be-

står omvendt proportionalitet mellem disse to abortgrupper. Dette betyder imidlertid næppe, at de kvinder, der ikke kan få bevilget abort, i reglen selv sørger for afbrydelsen, men dette skal man senere vende tilbage til. At der er flest legale blandt de ældre kan ikke undre; i disse aldersklasser findes bl. a. de forskellige belastningssyndromer, hvorimod de unges abortønske ofte hovedsageligt vil vise sig at være begrundet i rent ydre vanskeligheder.

Procenten af spontane aborter er i dette materiale lavest for de yngste og ældste aldersgrupper. Dette kunne synes at modsige de fleste gynækologers antagelse af, at den spontane aborthyppighed netop i disse aldersklasser er størst. Man må imidlertid her påpege, at undersøgelsen har vist, at de illegale afbrydelser nu ofte finder sted meget tidligt i svangerskabet, og en del af disse graviditeter afbrydes derfor formentlig før det tidspunkt, hvor kvinderne ville have aborteret spontant. Endelig må det erindres, at der her ikke er tale om den spontane abortprocent i forholdet til antallet af samtlige konceptioner, men derimod om de enkelte aborttypers indbyrdes fordeling. En lav procent beregnet på denne måde er ikke ensbetydende med en ringe spontan aborttilbøjelighed.

Tabel 2. Civilstandsfordelingen inden for de forskellige aldersgrupper.

	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	≥ 40 år
Ugift.....	39	38	8	2	0	0
Gift.....	4	39	53	39	28	16
Tidligere gift.....	1	4	15	10	3	5
I alt.....	44	81	76	51	31	21

Tabel 3. Aldersfordeling.

	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	≥ 40 år	I alt
Legale.....	9	16	18	9	11	11	74
Illegale.....	14	20	13	9	4	3	63
Formentlig illegale.....	14	16	14	15	6	4	69
Spontane.....	2	23	26	17	8	3	79
Formentlig spontane.....	1	2	5	1	2	0	11
Urubicerede.....	4	4	0	0	0	0	8
I alt.....	44	81	76	51	31	21	304
	= 14%	= 27%	= 25%	= 17%	= 10%	= 7%	= 100%

Tabel 4. Procentisk fordeling af de forskellige aborttyper inden for de enkelte aldersgrupper.

	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	≥ 40 år
	%	%	%	%	%	%
Legale.....	20	20	24	18	36	52
Illegale.....	64	45	35	48	32	33
Spontane.....	6	30	41	36	32	14
Urubricerede.....	9	5	0	0	0	0
I alt.....	100	100	100	100	100	100

KAPITEL 8

Civilstandsfordelrig

At uønskede graviditeter er et problem såvel for den gifte som ugifte kvinde, fremgår af samtlige undersøgelser over aborter. Den indbyrdes relation mellem gifte og enlige varierer imidlertid meget i de forskellige materialer. De undersøgelser, der foreligger fra de skandinaviske lande, hidrører næsten alle fra indlagte patienter. Blandt disse udgør gruppen af enlige stort set en langt større procentdel i de ældre arbejder end i de senere. *Richter* (1922), hvis undersøgelse omfatter patienter fra et hospital i Oslo, finder, at lidt mere end halvdelen er ugifte; også i *Westman & Leissners* undersøgelse (*Westman & Leissner* 1932), der hidrører fra hospitaliserede patienter i Stockholm, er gruppen af enlige af næsten samme størrelse. I *Inghes* og *Jonssons* undersøgelser (*Inghe* 1943, *Jonsson* 1943) findes ganske tilsvarende tal. Kærn påpeger, at den stærke stigning, der senere påvises i antallet af aborterende kvinder, hovedsageligt skyldes, at gifte kvinder med flere børn ikke ønsker at føre graviditeterne til ende, og i hans undersøgelse fra 1950 (*Kæm* 1950), der hidrører fra et københavnsk hospital, findes kun 36 pct. enlige.

De arbejder, der foreligger fra angelsaksiske lande, hidrører ikke blot fra indlagte abortpatienter, men nogle er baseret på undersøgelser over ambulante patienter. Relationen mellem gifte og ikke-gifte synes her afhængig af udgangsmaterialernes art, idet de enlige i reglen udgør en langt mindre del blandt indlagte end blandt ikke-indlagte kvinder. F. eks. finder *Watkins* (1933) 19 pct. enlige, *Hamilton* (1940) 28 pct. og *Davis* (1950) 14 pct.; disse undersøgelser hidrører alle fra hospitalsmaterialer. *Tietze* (1949) og *Gebhard et al.* (1958), hvis udgangsmaterialer er ikke-indlagte kvinder, finder derimod,

at de enlige udgør en betydelig større procentdel, nemlig henholdsvis 51 og 45. Denne forskel i civilstandsfordelingen mellem ambulante og hospitaliserede patienter tyder på, at den tidligere nævnte påstand om, at ugifte kvinder i højere grad unddrager sig indlæggelse, gælder i alt fald for disse lande.

Man skal ikke gøre nærmere rede for civilstandsfordelingen i undersøgelser over legale aborter, men blot nævne, at de gifte i disse materialer altid udgør en betydelig større del end de enlige.

For en fuldstændigheds skyld skal det nævnes, at en stor del af de kvinder, der konciperer i ugift stand, indgår ægteskab på grund af graviditeten. *Inghe* (1943) har beregnet, at $\frac{1}{5}$ af de kvinder, der bliver gravide ugifte, indgår ægteskab før fødslen; lige så mange aborterer, og endelig føder den sidste $\frac{1}{5}$ uden at være blevet gift. Herhjemme er dette spørgsmål berørt af bl.a. *Landgreen Jensen* (1955). Han finder, at knapt halvdelen af de kvinder, der bliver gravide som ugifte, indgår ægteskab med barnefaderen før fødslen, 27 pct. aborterer, og omtrent lige så mange føder uden at være blevet gift.

Det må imidlertid stærkt fremhæves, at de forskellige abortmaterialers civilstandsfordeling i sig selv intet siger om forskellen i abortfrekvensen i og uden for ægteskab. Også dette er berørt af flere forfattere. Af de allerede nævnte abortprocenter i *Inghes* og *Landgreen Jensens* materialer fremgik, at ca. halvdelen af de kvinder, der ikke bliver gift i tilslutning til graviditetens indtræden, aborterer. *Apajalathi* (1939) har beregnet forskellen i aborthyppigheden mellem gifte og enlige. Han finder, at mens $\frac{1}{5}$ af gifte kvinders graviditeter slutter med abort, er dette tilfældet for $\frac{2}{3}$ af de ikke-giftes. *Brunner* (1941)

kommer frem til, at ca. 30 pct. af de kvinder, der bliver gravide i ægteskab, aborterer, legalt eller illegalt, hvorimod mere end 80 pct. af de uægteskabelige graviditeter ender med abort.

At inducerede aborter er hyppigst blandt ugifte fremgår i øvrigt også af, at antallet af komplikationer i tilslutning til aborterne altid findes væsentligt højere hos enlige kvinder end hos gifte.

På grundlag af de aktuelle graviditeter kan man i denne undersøgelse intet sige om forskellen i aborthyppigheden i og uden for ægteskab. Man skal imidlertid påpege, hvad der tidligere er anført, at 10 af kvinderne havde planlagt eller indgået ægteskab på grund af graviditeten. Tillige skal det nævnes, at man ud fra patienternes oplysninger om forløbet af tidligere graviditeter har beregnet abortprocenten for henholdsvis gifte og ikke-gifte. Man vil senere komme ind på dette, men skal allerede her nævne, at det antal svangerskaber, denne gruppe kvinder har gennemført som ugifte, er ganske umådeligt ringe.

Af tabel 5 fremgår civilstandsfordelingen for dette materiale. Fordelingen er udregnet for samtlige abortpatienter, men en udeldelse af de legale vil også her kun ændre tallene ubetydeligt. Det fremgår, at størstedelen af kvinderne i dette materiale er gift, men totalantallet er nok for ringe til, at man ud fra denne undersøgelse kan drage generelle slutninger om civilstandsfordelingen blandt ho-

spitaliserede abortpatienter i det københavnske område.

Den indbyrdes fordeling af de forskellige arter af aborter i relation til civilstanden har det ikke mindst interesse at undersøge; dette vil fremgå af tabel 6. Især bemærker man den høje illegale abortprocent blandt såvel ugifte som tidligere gifte. De illegale aborter udgør i forhold til de øvrige abortkategorier den laveste procentdel blandt gifte, men tallet er dog heller ikke her helt ubetydeligt. Den spontane abort er dog - ifølge denne undersøgelse - den hyppigste abortform blandt gifte. Det ses også, at abortprocenten af legale aborter er lavere blandt ugifte end blandt gifte. Om dette skyldes, at de ugifte slet ikke søger lovlig svangerskabsafbrydelse, eller det skyldes, at de får afslag på deres ansøgning om legal abort, skal man vende tilbage til. Endelig vil det af tabellen fremgå, at den relative hyppighed af legale aborter er størst blandt tidligere gifte.

Af den senere omtale af motiverne for kvindernes ønske om svangerskabsafbrydelse, vil det meget tydeligt fremgå, at det, at en kvinde ikke har mulighed for ægteskab med barnefaderen på det pågældende tidspunkt, særdeles ofte er altafgørende for udgangen af graviditeten. Man skal ikke her komme nærmere ind på overvejelser omkring dette forhold.

Tabel 5. Civilstandsfordeling.

	Ugift	Gift	Tidligere gift	I alt
Legale.....	16	45	13	74
Illegale.....	30	21	12	63
Formentlig illegale.....	24	36	9	69
Spontane.....	14	64	1	79
Formentlig spontane.....	0	9	2	11
Urubicerede.....	3	4	1	8
I alt.....	87 = 29%	179 = 59%	38 = 12%	304 = 100%

Tabel 6. Procentisk fordeling af de forskellige aborttyper i relation til civilstanden.

	Ugift	Gift	Tidligere gift
Legale.....	16 = 18%	45 = 25%	13 = 34%
Illegale.....	54 = 62%	57 = 32%	21 = 55%
Spontane.....	14 = 16%	73 = 41%	3 = 8%
Urubicerede.....	3 = 4%	4 = 2%	1 = 3%
I alt.....	87 = 100%	179 = 100%	38 = 100%

KAPITEL 9

Skolegang, uddannelse og erhverv

Det er almindelig kendt, at en families børneantal sædvanligvis varierer med familiens sociale placering, således at de lavest placerede gennemsnitligt vil have flest børn. Dette beror formentlig på mange forskellige forhold. Antallet af levende fødte vil således f.eks. være afhængig af seksualvaner, brug af antikonception samt det enkelte individs respektive parrets fertilitet. Endvidere vil reproduktiviteten naturligvis også variere med antallet af aborter - såvel spontane som provokerede.

Den uddannelse, de enkelte familiemedlemmer har fået, bestemmer ikke sjældent, hvilket socialt lag familien tilhører, og det forekommer derfor naturligt i denne undersøgelse at sætte såvel patienternes skolegang som uddannelse i relation til antallet og arten af svangerskabsafbrydelser.

Dette spørgsmål har man kun set berørt i ganske enkelte tidligere arbejder vedrørende aborter. *Pearl* (1937) har i sin *undersøgelse*, der hidrører fra et meget stort hospitalsmateriale fra New York og *Chicago* vist, at antallet af illegale aborter stiger med kvindernes uddannelsesniveau. *Hamilton* (1940), hvis materiale ligeledes er fra et stort amerikansk bysamfund, finder, at de kvinder, der i hendes undersøgelse vedgår illegalitet, gennemsnitligt har en bedre skoleuddannelse end dem, der ikke gør det. Om dette betyder, at der blandt de bedst uddannede reelt induceres flere aborter, eller det blot skyldes, at de dårligst uddannede ikke tør indrømme provokation, fremgår imidlertid ikke klart af undersøgelsen.

I denne undersøgelse synes der at være en tydelig forskel i den skoleuddannelse, de forskellige grupper af aborterende kvinder har fået, og tallene modsiger absolut ikke, hvad

man i ovennævnte undersøgelser er kommet frem til. Tabel 7, 8 og 9 giver en oversigt over kvindernes skolegang. Det fremgår, at den legale gruppe gennemgående har den ringeste uddannelse, den spontane den bedste, mens den illegale indtager en mellemstilling. Ganske tilsvarende forhold afspejler sig, når man inddeler efter, hvorvidt kvinderne har gennemgået en faglig uddannelse eller ej. De 3 følgende tabeller viser dette (tabel 10, 11 og 12).

At det næppe beror på en tilfældighed, at kvinderne i den legale gruppe gennemsnitlig har en ringere uddannelse end kvinderne i den illegale gruppe, skal man her kort komme ind på. Dels gennem denne undersøgelse, og dels gennem tidligere samtaler med kvinder, der har gennemgået en abort, har forfatteren tydeligt fået det indtryk, at det af en kvinde næsten altid kræver en betydelig modenhed, selvstændighed og robusthed at få afbrudt en graviditet illegalt, hvad enten hun selv udfører indgrebet, eller hun henvender sig andetsteds desangående. Ofte må hun alene tage ansvaret for afgørelsen, og oftest overlades det til hende selv at finde ud af, hvor og hvordan indgrebet skal udføres. At kvinderne i den illegale gruppe i forhold til den legale gruppe gennemsnitligt har lagt bedre evner for dagen kan derfor ikke undre. Det umiddelbare indtryk, man fik af de kvinder, der havde gennemgået en ikke-lovlig abort, var da også, at de ofte virkede endog særdeles modne og velbegavede. I øvrigt vil man påpege, at mange andre forhold naturligvis spiller ind her, men disse vil man først berøre i en anden sammenhæng.

For en fuldstændigheds skyld skal det anføres, at man ikke ud fra de i tabel 10—12 anførte tal må slutte, at de bedst uddannede

kvinder har den højeste spontane abortprocent - hvilket umiddelbart måske kunne synes at fremgå. Disse tal viser derimod, at der blandt de bedst begavede formentlig forsætligt afbrydes det ringeste antal graviditeter, formentlig bl. a. på grund af, at denne gruppe i større udstrækning er i stand til at gøre brug af antikonceptionelle midler.

Berg (1931) har undersøgt, hvilke erhvervsgrupper de tidligere omtalte abortpatienter hidrører fra. Han finder, at der i forhold til hele befolkningen i Oslo kun findes en sikker overvægt af aborterende kvinder blandt gifte industriarbejdere. *Apajalathi* (1939) kommer frem til, at aborter er hyppigst i de erhverv, hvis udøvere er dårligt lønnet. *Inghe* (1943) finder, at abortprocenten er højest blandt servitricer og frisører. Dernæst følger ekspeditricer og industriarbejdere. Han påpeger bl.a., at kvinderne inden for disse erhvervsgrupper hyppigst kommer i kontakt med andre mennesker.

I den foreliggende undersøgelse har man ikke foretaget en fuldstændig inddeling efter samtlige erhverv, men kun medtaget de største erhvervsgrupper. En medtagen af alle erhverv ville for de sjældnest forekommende give så små tal, at man ikke ville være i stand til at drage slutninger derudfra. De medtagne indbefatter imidlertid mere end 80 pct. af samtlige patienter. Tabel 13 viser, at det største kontingent af abortpatienter leveres af kontorister, fabriksarbejdere og ekspeditricer, men da disse erhverv er de hyppigst forekommende i det hele taget, kan dette næppe undre. Den indbyrdes fordeling af de forskellige aborttyper inden for de forskellige erhverv har det større interesse at undersøge. Denne viser (tabel 14), at den illegale abort er relativt hyppigst blandt ekspeditricer, fabriksarbejdere, servitricer og damefrisører. Dog er tallene for de 2 sidste grupper så små, at de må tages med forbehold. Den legale abort er ifølge resultaterne af denne undersøgelse relativt hyppigst blandt rengøringsarbejdere, dernæst følger husmødre og fabriksarbejdere. Spontane aborter forekommer derimod forholdsvis hyppigst blandt kontorister og hjemmegående husmødre.

Undersøges slutteligt, hvilke erhvervsgrupper, der ialt får provokeret flest aborter, finder man, at dette er tilfældet for fabriksarbejdere og ekspeditricer (tabel 15).

Ovennævnte inddeling er foretaget efter kvindernes erhverv på tidspunktet for aborten. Men det har vist sig, at hvis de hjemmegående husmødre rubriceres efter deres tidligere erhverv, ændres den procentiske fordeling kun meget lidt. Dette kunne tyde på, at de enkelte erhvervsgruppers »abortvaner« holder sig, også efter at kvinderne har opgivet deres selverhverv. Måske kan det bero på, at aborternes relation til erhvervet er sekundært i forhold til andre faktorer.

68 pct. af samtlige kvinder havde udearbejde på tidspunktet for undersøgelsen. Af ugifte var, som ventet, kun ganske få uden erhverv, af de gifte havde ca. halvdelen selv arbejde. Til sammenligning tjener, at *Inghe* (1943) i sin undersøgelse fandt, at 70 pct. af samtlige aborterende kvinder havde udearbejde og 38 pct. af de gifte. Ca. Vs af de gifte selverhvervende i begge de provokerede grupper har oplyst, at de ville have været tvunget til at fortsætte deres udearbejde, både før og efter en evt. fødsel, af økonomiske grunde. Det samme gælder for ca. 90 pct. af de enlige i begge de provokerede grupper. Arbejdsbyrdens betydning for, hvorvidt graviditeten føres til ende, skal man i øvrigt senere komme ind på under omtalen af motiverne for svangerskabsafbrydelsen.

I denne undersøgelse har man tillige spurgt alle kvinder, såvel ude- som hjemmearbejdende, om de havde en eller anden form for vanskeligheder med at klare deres arbejde. Dette spørgsmål besvaredes bekræftende af $\frac{3}{4}$ i den legale gruppe, af mindre end $\frac{1}{4}$ i den illegale og af ca. Vio i den spontane. Disse tal viser i sig selv ganske tydeligt, at de kvinder, der gennemgår en legal abort, har langt større vanskeligheder end de øvrige ved at klare, hvad der er dem pålagt i tilværelsen. Man vil senere komme ind på talrige andre forhold, der peger i samme retning.

Ca. 10 pct. af kvinderne i den legale gruppe mod 5 pct. i den illegale skifter arbejde i tilslutning til aborten. Enkelte af disse patienter siger op af egen fri vilje. 2 fordi barnefaderen, som de nu har brudt med, har været ansat på samme arbejdsplads som de selv. 2 fordi de føler sig trætte og ikke vil arbejde foreløbigt. Størsteparten bliver imidlertid sagt op, simpelthen fordi de har været sygemeldt gennem en længere periode. Selv om tallene fra denne undersøgelse er små, bør det bemærkes, at det antal kvinder, der ufrivilligt

mister deres arbejde på grund af den forsømmelse, som aborten medfører, er noget større i den legale end i den illegale gruppe. Om dette skyldes, at de kvinder, der får bevilget legal abort, må forsømme oftere på grund af de ikke sjældent tidsrøvende ambulante undersøgelser, skal man imidlertid ikke tage stilling til her, bl.a. fordi disse tal er meget beskedne.

Ca. $\frac{1}{3}$ af de gifte i begge de provokerede grupper oplyser, at de ville have været tvunget til at fortsætte deres selverhverv, både før og efter en evt. fødsel, af økonomiske grunde. Det samme gælder for knapt 90 pct. af de enlige i begge grupper. Arbejdsbyrdens betydning for, om graviditeten føres til ende, skal man i øvrigt senere komme ind på under omtalen af motiverne for afbrydelsen.

Tabel 7. Skoleuddannelse inden for de forskellige abortgrupper.

	Folkeskole	Eksamen- skole u. eksam.	Mellem- skole el. realk- samen	Stu- denter- eksa- men	I alt
Legale	56	2	12	4	74
Illegale . . .	34	7	18	4	63
Formentlig illegale	48	3	14	4	69
Spontane . . .	39	4	31	5	79
Formentlig spontane	8	1	2	0	11
Urubricerede	6	0	1	1	8
I alt	191	17	78	18	304

Tabel 8. Skoleuddannelse inden for de forskellige abortgrupper.

	Kvinder uden eksamen	Kvinder med eksamen	I alt
Legale	58	16	74
Illegale	41	22	63
Formentlig illegale	51	18	69
Spontane	43	36	79
Formentlig spontane	9	2	11
Urubricerede	6	2	8
I alt	208	96	304

Tabel 9. Skoleuddannelse inden for de forskellige abortgrupper.

Udregnet procentisk for hver aborttype.

	Kvinder uden eksamen	Kvinder med eksamen	I alt
	%	%	%
Legale	79	21	100
Illegale	69	31	100
Spontane	58	42	100

Tabel 10. De aborterende kvinders faglige uddannelse.

	Ikke- fag- lærte kvin- der	Kvin- der i uddan- nelse	Fag- lærte kvin- der	I alt
Legale	40	3	31	74
Illegale	22	11	30	63
Formentlig illegale	31	8	30	69
Spontane	17	4	58	79
Formentlig spontane	7	0	4	11
Urubricerede	4	2	2	8
I alt	121	28	155	304

Tabel 11. De aborterende kvinders faglige uddannelse.

	Ikke- faglærte kvinder	Faglærte kvinder og kvinder i uddan- nelse	I alt
Legale	40	34	74
Illegale	22	41	63
Formentlig illegale	31	38	69
Spontane	17	62	79
Formentlig spontane	7	4	11
Urubricerede	4	4	8
I alt	121	183	304

Tabel 12. De aborterende kvinders faglige uddannelse udregnet procentisk inden for hver aborttype.

	Ikke- fag- lærte kvinder	Faglærte kvinder og kvinder i uddannelse	I alt
	%	%	%
Legale	54	46	100
Illegale	39	61	100
Spontane	27	73	100

Tabel 13. De aborter ende kvinders erhverv (kun de største erhvervsgrupper er medtaget).

	Legale	Illegale	Formentlig illegale	Spontane	Formentlig spontane	Urubricerede	I alt
Rengøringsassistenter o. l. . .	8	3	3	5	1	0	20
Syersker	1	3	2	5	0	0	11
Fabriksarbejdere	10	9	7	5	0	1	32
Ekspeditricer	5	7	11	4	2	0	29
Kontorister	13	16	11	20	1	1	62
Servitricer o. l.	0	0	8	0	0	0	8
Damefrisører	0	3	2	1	0	0	6
Hjemmegående	29	12	19	25	6	5	96
I alt	66	53	63	65	10	7	264

Tabel 14. De aborterende kvinders erhvervmæssige fordeling udregnet procentisk.

	Legale	Illegale	Spontane	I alt
	%	%	%	%
Rengøringsassistenter o. l. . .	3	2	2	8
Syersker	$\frac{1}{4}$	2	2	4
Fabriksarbejdere	4	6	2	12
Ekspeditricer	2	7	2	11
Kontorister	5	10	8	23
Servitricer	0	3	0	3
Damefrisører	0	2	$\frac{1}{4}$	2
Hjemmegående	11	12	12	36
I alt	26	45	29	100

Tabel 15. De aborterende kvinders erhvervmæssige fordeling udregnet procentisk.

	Provokerede	Spontane	I alt
	%	%	%
Rengøringsassistenter o. l.	5	2	7
Syersker	$2\frac{1}{4}$	2	4
Fabriksarbejdere	10	2	12
Ekspeditricer	9	2	11
Kontorister	15	8	23
Servitricer	3	0	3
Damefrisører	2	$\frac{1}{4}$	2
Hjemmegående	23	12	36
I alt	69	29	100

KAPITEL 10

Opvækstmiljø

Fra et psykiatrisk synspunkt betragtes forholdene under opvæksten som fundamentale for personlighedsudviklingen; i talrige arbejder har man derfor søgt at belyse såvel de rent ydre forhold i barndom og ungdom som det følelsesmæssige miljø, patienterne er opvokset i. Også i flere undersøgelser over aborter er disse forhold i en vis udstrækning søgt belyst - dette gælder dog især de arbejder, der vedrører legale aborter.

Ekblad (1955), der har efterundersøgt patienter, som i Stockholm har fået foretaget legal abort, kommer frem til, at ikke mindre end 43 pct. af kvinderne selv betegner deres barndomsmiljø som disharmonisk. Endvidere finder han, at 37 pct. er opvokset i brudte hjem. I *Hööks* undersøgelse (*Höök*, 1963), der vedrører kvinder, der har fået afslag på deres ansøgning om legal abort, viser det sig - overraskende nok — at en nøjagtig lige så stor procentdel ikke er opvokset med begge forældre indtil det fyldte 16 år. Ingen af disse forfattere har kunnet sammenligne dette tal med ganske tilsvarende undersøgelser af normalbefolkningen; men *Ekblad*, der tidligere har undersøgt en repræsentativ gruppe af normale 20-årige, sammenholder resultatet af denne undersøgelse med de aborterende kvinders forhold. Det fremgår, at kun 27 pct. i normalmaterialet er opvokset i brudte hjem mod som nævnt 37 pct. i abortmaterialet. *Höök* sammenligner med en undersøgelse, der er foretaget over et udsnit af den svenske befolkning, der er født i årene 1920-1929. Også hun finder en forskel på 10 pct. mellem de to materialer, således at kvinderne i hendes undersøgelse hyppigst er opvokset i brudte hjem. *Höök* angiver ikke, hvor mange patienter, der er opvokset i disharmoniske miljøer, men hun anfører, at mange af kvinderne selv mener, at

konflikter med forældrene er medvirkende årsag til, at graviditeterne ønskes afbrudt.

Kun i ganske få af de tidligere omtalte undersøgelser af materialer, der indbefatter illegale abortpatienter, har man interesseret sig for patienternes opvækstforhold; kun en enkelt, nemlig *Hamilton*, er gået ind på forhold, som man også i denne undersøgelse har beskæftiget sig med. Hun fandt således, at 20 pct. beskriver barndomsmiljøet som egentlig disharmonisk, medens to tredjedele fortæller, at deres forhold under opvæksten har været tilfredsstillende.

I denne undersøgelse har man på linje med, hvad man i øvrigt har gjort, undersøgt forholdene for hver af de tre abortgrupper for sig. Man fandt herved, at 20 pct. i den spontane gruppe, 30 pct. i den legale og 40 pct. i den illegale var opvokset i brudte hjem. Ved et brudt hjem har man her forstået et hjem, hvor patienterne ikke konstant har boet sammen med begge forældre indtil deres fyldte 15. år. Et materiale, der umiddelbart kan sammenlignes med dette, har forfatteren af herværende arbejde ej heller kunnet finde. I denne forbindelse skal man imidlertid nævne den undersøgelse, som *Lomholt* har foretaget af et større antal patienter, som har været indlagt i dermatovenerologisk afdeling på Marselisborg hospital i Århus (*Lomholt*, 1958). I denne finder forfatteren, at 30 pct. ved 16 års alderen havde andre opdragere end deres egne forældre. Såvel dette, som resultaterne af den nævnte svenske undersøgelse kan - omend sidstnævnte ej heller er direkte sammenlignelig med herværende undersøgelse - tyde på, at i alt fald patienterne i den illegale gruppe noget hyppigere udgår fra brudte hjem end normalbefolkningen. At lidt færre i dette materiales legale gruppe er

opvokset i brudte hjem end i de af *Höök* og *Ekblad* foretagne undersøgelser kan måske skyldes, at det ikke drejer sig om ganske ensartede materialer. Som tidligere nævnt medinddrager denne undersøgelse nemlig også en del kvinder, der er indstillet til legal svangerskabsafbrydelse på ren medicinsk og eugenisk indikation.

Det skal nævnes, at man har inddelt patienterne fra brudte hjem efter de forskellige og hyppigst forekommende opdragerkonstellationer, f. eks. enlig moder, moder og stedfader, bedsteforældre, institution o. a. De enkelte undergrupper bliver imidlertid her så små, at man næppe kan drage generelle slutninger derudfra; det skal dog påpeges, at ingen gruppe synes påfaldende hyppigt repræsenteret inden for bestemte abortformer.

Man har endvidere i lighed med *Hamilton* og *Ekblad* i herværende arbejde søgt at få kvinderne til at give udtryk for deres egen oplevelen af det miljø, de er opvokset i; 15 pct. i den spontane mod henholdsvis 35 pct. og 40 pct. i den legale og illegale gruppe beskriver deres forhold i barndommen som egentlig disharmonisk. Det fremgår, at disse tal afviger noget fra, hvad *Hamilton* fandt, men dette beror formentlig på, at materialerne er forskelligartede; som det tidligere vil være fremgået, medinddrager *Hamilton* alle arter af aborter i sin undersøgelse. Det fremgår imidlertid, at det antal patienter, der i herværende undersøgelse er opvokset i disharmoniske hjem, ikke afviger meget fra, hvad *Ekblad* fandt i sin undersøgelse.

Man vil imidlertid her påpege, at man — som ved flere andre af de resultater, man i denne undersøgelse er kommet frem til — næppe så meget bør hæfte sig ved de absolutte værdier, som ved relationen mellem de forskellige abortkategorier. Af tallene fremgår i al fald tydeligt, at der er forskel mellem de forhold, de tre forskellige grupper har haft under opvæksten.

Man har endvidere søgt at danne sig et indtryk af, hvor mange af patienterne, der har følt sig virkelig følelsesmæssigt frustrerede i barndommen. Man fandt, at dette var tilfældet for ganske få i den spontane gruppe, hvorimod ca. 15 pct. i begge de provokerede grupper havde følt sig frustrerede.

Man har ikke fundet det muligt at få absolutte tal for de økonomiske forhold under kvindernes opvækst, men man har her igen

holdt sig til kvindernes egen oplevelen af hjemmets økonomi. Ifølge denne har 25 pct. i den legale, 10 pct. i den illegale og kun ganske enkelte i den spontane gruppe fundet, at de økonomiske forhold under opvæksten var meget dårlige.

Såfremt man fastholder, at forholdene under opvæksten er afgørende for den senere udvikling, kan man vel forvente, at forældrenes uddannelsesniveau ikke er uden betydning for individets udvikling. Man har derfor også undersøgt dette. Det viste sig, at overordentlig få af de aborterende kvinders forældre havde taget en eksamen. Det drejer sig om 10 pct. for fædrenes vedkommende og om endnu færre for mødrenes. Der er imidlertid her — ganske svarende til kvindernes egen skoleuddannelse — en tendens til, at den spontane gruppes forældre er de bedst uddannede, den legale gruppes derimod den dårligst uddannede. Forskellen er dog her kun ringe og ikke statistisk signifikant. Af mødrene har, ifølge patienternes oplysninger, kun ca. 15 pct. i alle tre grupper en faglig uddannelse; derimod er der en forskel, hvad patienternes fædre angår. Her er ca. halvdelen i den legale gruppe faglærte mod ca. to tredjedele i den illegale og endnu flere i den spontane.

Da man efter moderne psykiatriske betragtningsmåder også tillægger det betydning for et barns udvikling, om moderen selv har taget sig af det gennem hele dets opvækst, har man spurgt kvinderne om, hvor mange af deres mødre, der i patienternes barndom har haft udearbejde. Ca. halvdelen har haft en eller anden form for selverhverv i begge de provokerede grupper mod en tredjedel i den spontane. Ikke mindre interessant er det imidlertid, at kvinderne i den illegale gruppe langt oftere synes at have oplevet dette som en belastning end kvinderne i den legale. Nogen forklaring herpå forekommer det umiddelbart vanskeligt at give, men det kan i denne sammenhæng påpeges, at flere forhold synes at pege på, at patienterne i den illegale gruppe følelsesmæssigt har været dårligere tilpasset i opvæksten end patienterne i den legale gruppe. Dette vil i øvrigt også fremgå af flere andre af denne undersøgelses resultater.

Undersøger man, hvor mange af disse patienter, der har følt meget nær tilknytning til den ene eller begge forældre, findes ingen større forskel grupperne imellem; dog ser det ud til, at flest i den spontane abortgruppe har

følt sig meget bundet til begge forældre og flest i den illegale udelukkende til faderen. Da det sidste vel næppe er gennemsnitligt, peger også dette på en noget usædvanlig følelsesmæssig tilpasning af patienterne i den illegale gruppe.

Man skal senere komme ind på, hvorvidt der i disse patienters slægt har været egentlige psykiske lidelser. Allerede her skal man imidlertid omtale, at alle patienter er spurgt om, hvorvidt de har fundet, at forældrene har frembudt en eller anden form for nervøse symptomer eller på anden måde har været psykisk afvigende. Det må imidlertid pointeres, at de anførte resultater kun beror på kvindernes eget skøn og ikke kan tages som udtryk for, hvorvidt forældrene frembød egentlige neuroser, psykosier eller anden psykisk abnormitet. Man bør imidlertid her igen næppe hæfte sig så meget ved de absolutte tal, som ved den indbyrdes fordeling mellem grupperne. Man fandt, at flest i den legale gruppe besværede sig over, at forældrene ikke havde været normale i psykisk henseende. Imidlertid frembyder — ifølge de oplysninger, man på denne måde har fået — mødrene langt hyppigere afvigelser end fædrene. For disses vedkommende var tallene udtrykt i procent ca. 50, 30 og 20 for henholdsvis den legale, illegale og spontane gruppe mod ca. det halve

for fædrenes. Ligeledes synes flest af fædrene i den legale gruppe at have været drikfældige. Tallet er her ca. 15 pct. og jævnt faldende gennem de to følgende grupper.

Somatiske sygdomme blandt forældrene har det været noget vanskeligt at overskue, men der synes at være en tendens til, at forældrene til kvinderne i den illegale gruppe gennemsnitlig har haft det bedste helbred, medens der har været flest legemlige sygdomme blandt den legale gruppes forældre. Den spontane gruppe indtager med hensyn til disse forhold en mellemstilling.

I de første interviewer forsøgte man at gå ind på patienternes forhold til deres søskende, idet blandt andet *Hamilton* har påvist, at flere af de kvinder, der vedgik provokation, havde dårligt forhold til deres nærmeste — herunder netop til deres søskende. En sådan udspørgen viste sig imidlertid at føre meget vidt og at være særdeles tidsrøvende. Man opgav derfor denne til fordel for en udspørgen om andre forhold, som det forekom mere relevant at medtage. Man har derfor kun fået oplysning om patienternes antal af søskende. Det viste sig, at den legale gruppe gennemsnitlig udgik fra de største søskendeflokke, de spontane fra de mindste, men nogen større forskel grupperne imellem synes der ikke at være.

KAPITEL 11

Barnefaderen

Kun i enkelte af de arbejder, der også omfatter illegale aborter, har man beskæftiget sig med barnefædrenes erhvervsforhold. *Hamilton* (1940) finder uden i øvrigt at gå i detaljer, at der, hvad mændenes beskæftigelsesforhold angår, ikke synes at være forskel mellem de forskellige abortgrupper. *Inghe* (1943), der som tidligere nævnt ikke har opdelt sit materiale i spontane og illegale aborter, undersøger kun beskæftigelsesforholdene for de gifte patienters mænd. Han sammenligner disse med normalbefolkningens og kommer herved frem til, at aborthyppigheden synes at være relativt stor i nogle arbejdsgrupper, men lav inden for middelklassen.

I de 2 omfattende svenske undersøgelser over kvinder, der henholdsvis har fået foretaget legal abort og har fået afslag på deres ansøgning om denne (*Ekblad* (1955), *Höök* (1963)), er partnernes beskæftigelsesforhold indgående undersøgt. Disse forfattere har delt materialet i 3 sociale grupper og finder, som man vel på forhånd måtte vente, at flere af mændene i afslagsmaterialet end i abortmaterialet tilhører de højere sociale lag. Denne forskel synes imidlertid udelukkende at bero på en forskellig placering af de gifte kvinders mænd, idet de ugiftes partnere er ensartet socialt placeret i de 2 undersøgelser. Det fremgår endvidere af »Beretning om Mødrehjælpsinstitutionernes virksomhed« (1963), at der blandt de abortsøgende gifte kvinders mænd er en overvægt af ufaglærte arbejdere.

I herværende undersøgelse er der ikke foretaget en inddeling efter social placering, men på linje med, hvad man i øvrigt har gjort, er partnernes skole- og faguddannelse belyst. Dette viser igen, at den legale gruppes partnere er den dårligst udrustede; i denne har Vs taget en eksamen mod ca $\frac{2}{3}$ s i den spontane. Den illegale gruppe indtager her som ved

flere andre forhold en mellemstilling mellem disse to grupper. Med hensyn til videreuddannelsen er forholdene næsten ens for de to provokerede grupper, idet ca. 40 pct. i hver af disse er ufaglærte mod ca. 20 pct. i den spontane. Da den sociale placering gennemsnitligt vil være nogenlunde proportional med uddannelsen, vil det af denne undersøgelse fremgå, at den spontane gruppes partnere gennemgående er bedst placeret, den legale dårligst. I øvrigt kan det påpeges, at partnernes skoleuddannelse nogenlunde svarer til kvindernes egen inden for hver enkelt af de tre grupper, hvorimod mændene gennemsnitligt har en bedre faglig uddannelse end patienterne selv. Den relative fordeling grupperne imellem svarer dog også her til patienternes.

Kun i arbejder, der udelukkende vedrører legale aborter, er barnefædrenes somatiske og psykiske helbredstilstand belyst. *Schlaug* (1952) har foretaget en speciel undersøgelse over abortsøgende kvinders mænd. Materialet hidrører fra en større by i Sverige og omfatter i alt 488 patienter. Han finder, at 25 pct. er psykisk afvigende i sværere grad. Det konkluderes, at mændene oftest bidrager til insufficienstilstanden, og det påpeges, at en analyse af begge parter er nødvendig i abortsituationen. *Elisabeth Sjövall* (1952) finder ligeledes i sin undersøgelse over Göteborgs abortklientel fra 1951, der omfatter i alt 748 kvinder, at barnefaderens tilstand spiller en afgørende rolle for udfaldet af graviditeten, og også hun kommer til, at 25 pct. af partnerne er psykisk afvigende. I de nævnte undersøgelser af *Ekblad* og *Höök* er tilsvarende forhold belyst. *Ekblad* finder, at ca. halvdelen af partnerne på en eller anden måde er psykisk afvigende, *Höök* derimod kun 20 pct. Førstnævnte forfatter finder i sit materiale ligeledes flest somatisk syge, nemlig 10 pct. mod *Höök* 6 pct.

Disse forskelle måtte man, som Höök i øvrigt også gør opmærksom på, vente på forhånd.

I denne undersøgelse har man fundet, at 18 pct. af partnerne angives at være somatisk syge i den legale gruppe mod kun få procent i de øvrige. At procenten af somatisk syge i heiværende arbejdes legale gruppe er større end i de ovenfor refererede, beror formentlig bl. a. på, at forfatteren i denne undersøgelse har medtaget også mindre alvorlige somatiske sygdomme.

Psykisk sygdom eller afvigelse har man fundet: hos 36 pct. i den legale gruppe, 12 pct. i den illegale og hos ganske få i den spontane. At tallet her for den legale gruppe ikke helt svarer til Ekblads, beror formentlig igen til dels på, at ikke ganske samme kriterier for psykisk afvigelse er anvendt i de 2 undersøgelser. Men også dette vil man senere komme nærmere ind på. Drikfældige angives 18 pct. af den legale gruppes mænd at være; det tilsvarende tal i Ekblads undersøgelse er 25 pct. I den illegale og den spontane gruppe er drikfældigheden langt mindre end i den legale. Man har ikke specielt udsurgt om kriminalitet, men har kun fået oplysninger herom, når disse fremkom spontant. Den egentlige kriminalitetsfrekvens har derfor ikke kunnet udregnes på grundlag af disse interviewere.

Mens kvindernes civilstand er belyst i de fleste undersøgelser over såvel legale som illegale aborter, har man kun sjældent for de ikke-giftes vedkommende foretaget en nærmere opdeling efter arten af forholdet til barnefaderen. *Jonsson* (1943), der har undersøgt abortpatienter i Stockholm, inddeler de forskellige ikke-ægteskabelige forhold i samle-vende, fast forbindelse og kortvarigt forhold; han finder, at langt de fleste af de enlige kvinders graviditeter opstår i det, han kalder fast forbindelse. *Aldén* (1953), der som før nævnt har undersøgt illegalt aborterende kvinder, som politiet har fået kendskab til, har inddelt forholdet til barnefaderen på en anden måde. Han opstiller 4 typer af forhold, nemlig tilfældig forbindelse, fast forhold, for-lovelse og ægteskab.

Da forfatteren af herværende undersøgelse skønnede, at netop forholdet til barnefaderen måtte være af stor betydning for udfaldet af graviditeten, er man også her gået nærmere ind på forholdets art og har fundet det praktisk at anvende en opdeling, der ganske sva-

rer til Aldéns. Det bør påpeges, at flere typer af forhold kunne opstilles, men dette er ikke gjort, da resultaterne herved nok ville blive noget vanskeligere at overskue. Dog har man her som selvstændig gruppe opstillet de kvinder, der var gravide med deres tidligere ægte-fælle, idet disses antal i dette materiale ikke var helt ubetydeligt.

Tabel 16 giver en oversigt over de forskellige forbindelser, og man skal indledningsvis redegøre for karakteren af disse. Ved et løst forhold har man her forstået en kortvarig forbindelse, væsentligst af seksuel natur. Det viste sig, at denne gruppe kom til at omfatte ikke blot, hvad man sædvanligvis forstår ved letlevende eller seksuelt afsporede kvinder, men at det i nogle tilfælde drejede sig om patienter, der som reaktion på en eller anden form for skuffelse uden omtanke havde kastet sig ud i det første, det bedste forhold, der bød sig til. Den næste gruppe, der er kaldt gå-med forhold, drejer sig om noget længerevarende forbindelser, som i alt fald af kvinderne har været anset for at være ret stabile, skønt ægteskab aldrig har været på tale. Denne gruppe omfatter en relativt stor procentdel af de ikke-gifte. Forholdenes relative instabilitet har imidlertid for en stor del af gruppens vedkommende netop afsløret sig i relation til aborten; et ikke helt ubetydeligt antal af disse forbindelser er netop ved graviditetens indtræden blevet opløst, idet en af partnerne ved denne lejlighed er blevet klar over, at en fortsættelse af bekendtskabet ikke var ønskelig.

Her i Danmark synes de egentlige forlovelser i nogen grad at være gået af mode i de senere år. Man har derfor i den tredje kategori fundet det mest praktisk at medinddrage ikke blot de officielle forlovelser, men også forhold, hvor ægteskab har været planlagt, og hvor parrets omgivelser har haft fuldt kendskab til forbindelsen. Denne gruppe omfatter i alt 18 pct.

Man har allerede omtalt, at flertallet af patienterne i denne undersøgelse er gift. Her skal man blot oplyse, at kun én af de gifte kvinder var gravid i et extra-matrimonielt forhold.

Af denne undersøgelse synes det som nævnt at fremgå, at det seksuelle forhold ikke helt sjældent fortsætter efter en separation eller skilsmisse; dette gælder for 8 af kvinderne i denne undersøgelse.

Den procentiske fordeling, der fremgår af

tabellen, er ikke sammenlignelig med Aldéns udregninger, idet det som anført drejer sig om helt forskellige udgangsmaterialer. Det skal imidlertid nævnes, at Aldén kun fandt ca. halvt så mange gifte, som man har fundet i dette arbejde, men derimod langt flere løse forhold.

Den indbyrdes fordeling af de forskellige abortkategorier inden for de enkelte typer af forhold fremgår af tabel 17. Det totale antal graviditeter i de helt løse forhold er så ringe, at man nok skal være forsigtig med at drage konklusioner derudfra. Man vil dog bemærke, at mens der i alle de øvrige forhold afbrydes flere graviditeter illegalt end legalt, er tallene for disse to aborttyper her lige store. Dette kan måske skyldes, at det, at en kvinde bliver gravid i et helt løst forhold, ofte medfører en så kraftig akut psykisk reaktion, at hun opfylder betingelserne for lovlig svangerskabsafbrydelse. Det umiddelbare indtryk, man fik ved at tale med disse kvinder, bekræftede i alt fald denne formodning.

I gå-med forholdene har man, som det fremgår af tabellen, ikke ment, at der i noget tilfælde var tale om spontane aborter, hvilket jo nok kan give anledning til overvejelser. Man vil imidlertid også her gøre opmærksom på, at de fleste graviditeter afbrydes ret tidligt, når dette sker uden om loven. Det er derfor sandsynligt, at flere af disse kvinder ville have aborteret spontant, såfremt svangerskabet ikke aktivt var blevet afbrudt på et tidligere tidspunkt. Det fremgår i øvrigt af tabellen, at den illegale abort i denne art af forhold er den hyppigste form for abort.

Ej heller i forlovelser er illegale svangerskabsafbrydelser ifølge de foreliggende tal nogen sjælden foreteelse. Rent umiddelbart kan det undre, at en kvinde, der før eller senere kan regne med ægteskab med barnefaderen, afbryder graviditeten illegalt. Oftest er det imidlertid rent ydre vanskeligheder, der tvinger hende dertil, og ikke mindst i denne gruppe ville en tilstrækkelig effektiv materiel støtte formentlig kunne virke abortforebyggende. Det var i alt fald forfatterens indtryk, at mange af netop disse kvinder gerne selv ville have gennemført graviditeten, hvis de ydre forhold havde tilladt det.

I ægteskab synes den spontane abort at være den hyppigst forekommende form for abort. Men af tabellen fremgår, at tallene for de øvrige typer ikke er helt ubetydelige, og

det ses, at de provokerede aborter tilsammen udgør en større procentdel end de spontane. Det totale antal af svangerskaber i forbindelser mellem fraskilte eller separerede ægtefæller er ikke så stort, at man kan drage generelle slutninger af de forskellige aborttypers indbyrdes fordeling inden for denne kategori.

I beskrivelsen af forholdet til barnefaderen kan man også lægge hovedvægten på, hvordan kvinden selv rent følelsesmæssigt oplever forbindelsen. Det viste sig atter her, at kvinderne i den legale gruppe gennemsnitligt lever under de mest utilfredsstillende forhold. Næsten halvdelen af kvinderne i denne gruppe beskriver forholdet som disharmonisk mod ca. $\frac{1}{3}$ i den illegale og kun enkelte i den spontane.

Man har intetsteds set en helt tilsvarende udspørgen af patienterne, men det kan her nævnes, at *Jonsson* (1943) finder, at kun få af kvinderne i hans materiale havde egentlig aversion mod barnefaderen.

En speciel gruppe udgør de kvinder, der følelsesmæssigt er stærkt bundet til barnefaderen, men som på trods heraf ikke kan fortsætte forholdet. Disse udgør Vs af kvinderne i den legale gruppe, ¹A i den illegale og ganske enkelte i den spontane. I adskillige af disse tilfælde drejer det sig om partnere, der er gift eller forlovet med en anden end patienten; men det kan også være drikfældighed, manglende evne til at forsørge familien eller andet, der vanskeliggør en fortsættelse af forbindelsen.

Barnefaderens indstilling til allerede fødte børn kan vel også tænkes at have betydning for, hvorvidt kvinden ønsker at føre graviditeten til ende eller ej. Dette har man derfor også forsøgt at danne sig et indtryk af. 10 pct. af de kvinder, der i den legale gruppe har børn, siger, at barnefaderen ganske mangler interesse for disse. Tallet er for de øvrige grupper knapt halvt så stort; man ser således atter, at vanskelighederne synes at være størst for den legale gruppes kvinder.

Barnefaderens holdning til graviditet og abort er overraskende nok kun sjældent gjort til genstand for nærmere undersøgelse tidligere. *Bovin* (1934), der har redegjort for forholdene i Ruslands første periode med fri adgang til abort, oplyser, at en enkelt russisk gynækolog har undersøgt dette specielle spørgsmål. Denne fandt, at 65,5 pct. af partnerne var ganske indifferente i deres holdning til graviditet og abort, 11,5 pct. tvinger kvin-

derne til svangerskabsafbrydelse, mens 15 pct. principielt er imod denne. *Jonsson* (1943) er gået ind på tilsvarende forhold. Han finder, at godt halvdelen af samtlige barnefædre er imod barnets fødsel; for de ugifte alene drejer det sig dog om flere, nemlig om ca. $\frac{2}{3}$. Det fremhæves imidlertid, at barnefædre sjældent indtager en alt for bestemt holdning, og at kun 6 har overtalt kvinden til afbrydelsen; nogle flere har indirekte tvunget patienten til abort ved helt at lade hende i stikken efter svangerskabets indtræden.

Det indtryk, man fik af barnefædrenes holdning til graviditet og abort gennem de aktuelle interviewer, svarer ganske til, hvad man i den refererede russiske undersøgelse har fundet. Flertallet af mændene er helt indifferente i deres holdning; dette gælder både for gifte og enlige. Ifølge kvindernes oplysninger har mændene i reglen intet imod, at barnet bliver født, men på den anden side modsætter de sig absolut ikke svangerskabsafbrydelsen — blot kvinden selv vil ordne det fornødne omkring denne. Det altovervældende indtryk var, at partnerne omkring aborten ingen støtte yder kvinderne, og at de i denne specielle situation intet ansvar ønsker at påtage sig.

Enkelte tvinger dog — direkte eller indi-

rette - kvinderne til afbrydelsen. Det drejer sig her hovedsageligt om mænd, der på tidspunktet for graviditetens indtræden er gift eller forlovet med en anden end patienten. Denne gruppe omfatter ialt 7 pct. i den legale gruppe og 14 pct. i den illegale. Ifølge patienternes oplysninger svigter 18 pct. af barnefædrene i den legale gruppe kvinderne efter graviditetens indtræden mod ca. halvt så mange i den illegale.

Nogle få af barnefædrene ønsker dog, i modstrid med kvinden, at graviditeten skal føres til ende. I nogle af disse tilfælde drejede det sig om holdningsløse eller drikfældige mænd, der netop gennem den af kvinden uønskede graviditet ville tvinge hende til at fortsætte forholdet.

Endelig skal det nævnes, at 7 af partnerne i den legale gruppe og 9 i den illegale var uvidende om graviditetens indtræden — og således sparet for de problemer, som det uønskede svangerskab fører med sig. Det bør dog pointeres, at det her ikke blot drejede sig om tilfælde, hvor forholdet var gledet ud eller opløst, før kvinden var klar over, at hun var gravid. Enkelte kvinder ønsker ikke selv at informere barnefæderen om graviditeten, da de ikke på grund af denne vil gøre sig afhængig af den pågældende mand.

Tabel 16. Arten af forhold til barnefæderen sammenholdt med de forskellige aborttyper.

	Legale	Illegale	Formentlig illegale	Spontane	Formentlig spontane	Urubricerede	I alt
Gravid i løst forhold	6	2	4	0	0	0	12 = 4%
Gravid i gå-med forhold	15	21	14	0	0	1	51 = 17%
Gravid i forlovelse	5	17	13	15	2	2	54 = 18%
Gravid i ægteskab	45	21	35	64	9	4	178 = 59%
Gravid med tidligere ægtefælle	3	2	3	0	0	1	8 = 3%
I alt	74	63	69	79	11	8	304 = 100%

Tabel 17. Den procentiske fordeling af forskellige aborttyper inden for de enkelte arter af aborter.

	Legale	Illegale	Spontane	Urubricerede	I alt
	%	%	%	%	
Gravid i løst forhold	(50)	(50)	0	0	100% (12)
Gravid i gå-med forhold	30	68	0	2	100% (51)
Gravid i forlovelse	9	30	17	2	100% (54)
Gravid i ægteskab	25	31	41	3	100% (178)
Gravid med tidligere ægtefælle	(33)	(56)	0	(11)	100% (8)

KAPITEL 12

Ægteskab

I de foregående kapitler har man allerede berørt forskellige forhold, der vedrører gifte kvinder og deres ægtefæller; her skal forhold, der specielt knytter sig til ægteskabet, omtales.

For det første har man beregnet, i hvilken alder kvinderne i de tre forskellige abortgrupper indgår ægteskab. Det viste sig, at kvinderne i de to provokerede grupper havde giftet sig yngst; gennemsnitsalderen ved brylluppet var for den legale gruppe 20,7 år, for den illegale 20,5, hvorimod denne alder for den spontane gruppe var 22,1 år. Lignende beregninger har man ikke set foretaget i tidligere undersøgelser over aborterende kvinder, men til sammenligning skal anføres, at kvindernes gennemsnitsalder ved indgåelse af ægteskab i Danmark i 1957 var 23,1 år og i 1963 22,4 år. Endvidere skal det nævnes, at vielsesalderen for den gruppe kvinder, der blev interviewet i »Familienlever« (*Auken et al.* 1962) gennemsnitlig var 22,9 år. Det fremgår således, at de patienter, der i herværende undersøgelse aborterer spontant, synes at ligge nær ved gennemsnitsbefolkningen med hensyn til alder ved ægteskabs indgåelse, mens de kvinder, der har gennemgået en provokeret abort, ifølge disse tal derimod har indgået ægteskab ret meget tidligere end gennemsnitligt.

At en uønsket graviditet kan fremskynde tidspunktet for et ægteskabs indgåelse eller måske endog være årsagen til brylluppet, er en kendt sag. Beregner man ud fra de oplysninger, disse kvinder har givet, hvor mange, der har været gravide ved giftermålet, finder man da også en stor forskel mellem de provokerede og den spontane gruppe. Såvel i den legale som illegale gruppe har ikke mindre end ca. 70 pct. været gravide ved brylluppet mod 25 i den spontane. Ej heller dette har man set beregnet i tidligere abortundersøgelser, og til sammenligning skal man derfor igen anføre, at 39 pct. af de kvinder, der i Dan-

mark blev gift i fertil alder i 1963, fødte børn, før der var gået 9 måneder efter brylluppet, samt af 42 pct. af brudene i »Familien lever« var gravide. Det fremgår således, at langt flere af kvinderne i dette materiales provokerede gruppe gifter sig på grund af en graviditet, end kvinderne i gennemsnitsbefolkningen.

Det følelsesmæssige forhold mellem ægtefællerne har man kun i enkelte undersøgelser over ikke-legale aborter interesseret sig for. *Hamilton* (1940) nævner, at over 80 pct. af patienterne i hendes undersøgelser hævder, at ægteskabet er harmonisk, og *Jonsson* (1943) angiver, at kun få af kvinderne ønsker graviditeten afbrudt på grund af, at ægteskabet er disharmonisk. I flere undersøgelser over legale abortpatienter anføres, at dårlige ægteskabelige forhold er medvirkende abortårsag, men nøjagtig angivelse af, hvor hyppigt de ægteskabelige forhold er utilfredsstillende, har man ikke fundet. Derimod fremgår af »Redegørelse for Mødrehjælpens Familievejledning i København« (1954), at for 33 pct. af de patienter, der henvender sig der, er et disharmonisk ægteskab hovedproblemet.

Under omtalen af barnefaderen har man nævnt, at knapt halvdelen af kvinderne i den legale gruppe og ca. Vs i den illegale beskrev forholdet som disharmonisk. Dette gjaldt imidlertid for alle 3 civilstandsgrupper, og såfremt man undersøger tilsvarende forhold for de gifte patienter, synes et mindre antal at have grund til utilfredshed. Af disse beskriver nemlig kun 25 pct. i den legale og 10 pct. i den illegale gruppe forholdet til manden som disharmonisk. Hvor stor en rolle disse forhold spiller for kvindernes abortønske skal man omtale under motiverne for svangerskabsafbrydelse, men allerede her skal det nævnes, at en relativt ringe procentdel angiver dårlige ægteskabelige forhold som det væsentligste motiv for graviditetens afbrydelse.

KAPITEL 13

Religion

I indledningen har man været inde på, at religionen kan spille en rolle for såvel holdningen til svangerskabsafbrydelse som abortlovgivningen; men ikke blot disse forhold berøres af den religiøse indstilling, denne påvirker også seksualmoralen og kønslivet som sådant. Man skal ikke her komme ind på de undersøgelser, der beskæftiger sig hermed, men eksempelvis blot nævne, at *Kinsey et al.* (1948) anfører, at der gennemgående er mindre seksuel aktivitet blandt religiøst overbevidste end blandt indifferente; dette giver sig bl. a. udtryk i, at de religiøst aktive i mindre grad indlader sig i før-ægteskabeligt seksuelt samliv. *Auken* (1953) har i sin undersøgelse også interesseret sig for disse forhold. Hun har bl. a. spurgt kvinderne om deres stilling til før-ægteskabeligt samliv og fundet, at langt flere af de ikke-religiøse finder før-ægteskabeligt samliv forsvarligt end de religiøst aktive.

Skandinavisk litteratur berører kun yderst sjældent de aborterende kvinders religiøse indstilling, hvorimod flere amerikanske forfattere har undersøgt også disse forhold indgående. I de fleste af disse arbejder har man udelukkende interesseret sig for, hvilken trosretning kvinderne vedkender sig, men i enkelte er man tillige gået ind på, om kvinderne i religiøs henseende kan betragtes som aktive eller passive.

Af dem, der har opdelt de aborterende kvinder efter trosretning, kan nævnes *Millar* (1934); han har undersøgt forholdene omkring et par tusinde kvinder, der har været indlagt i Cincinnati General Hospital fra 1918 til 1934 i tilslutning til en ikke-terapeutisk abort. I undersøgelsesperioden fandtes 6 gange så mange protestanter som katolikker i materialet, men denne fordeling sættes imidlertid ikke i relation til fordelingen i befolk-

ningen, hvorfor resultaterne ikke lader sig vurdere. I pågældende tidsrum var i øvrigt antallet af indlagte protestantiske abortpatienter stigende, mens antallet af katolske abortpatienter var faldende. Et tilsvarende forsøg på at undersøge relationen mellem hyppigheden af illegale aborter og kvindernes konfession er foretaget af *Brunner og Newton* (1939) på grundlag af et materiale af flere tusinde gifte kvinder, der af forskellig årsag var indlagt i New York University College Clinic. Nogen større forskel mellem de forskellige grupper fandt de ikke, idet 12 pct. af katolikerne, 14 pct. af protestanterne og 13 pct. af jøderne tidligere har gennemgået en illegal abort. I overensstemmelse hermed fandt *Brunner* (1941) i en senere undersøgelse over forløbet af et stort antal graviditeter blandt patienter i en gynækologisk praksis ligeledes, at det antal graviditeter, der ender med abort, er af omtrent samme størrelse for kvinder, der tilhører de tre nævnte trosretninger; 27 pct. af katolikkernes graviditeter ender med illegal abort, medens det samme er tilfældet for 23 pct. af protestanternes og 26 pct. af jødernes.

I stedet for blot at tage hensyn til den trosretning, som kvinderne formelt bekender sig til, har *Gebhard et al.* (1958) lagt hovedvægten på en gruppering efter graden af den religiøse aktivitet, idet de har skelnet mellem religiøst aktive, moderat aktive og inaktive. Der viste sig herved en betydelig forskel i aborthyppighed grupperne imellem, idet de inaktive ca. 6 gange så hyppigt har gennemgået en illegal abort som de aktivt religiøse. I denne forbindelse kan det videre nævnes, at disse forfattere også har fundet, at før-ægteskabeligt coitus forekommer mindst hyppigt hos de aktivt religiøse, samt at der blandt

disse er en større tilbøjelighed til at indgå ægteskab på grund af et svangerskab, der er opstået i en uægteskabelig forbindelse.

Grunden til, at man i skandinavisk litteratur ikke har interesseret sig for at undersøge de aborterende kvinders religiøse indstilling, er formentlig den, at religionen i vore dage ingen større rolle synes at spille for store dele af befolkningen. Man skal ikke gå nærmere ind på dette, men blot nævne, at **kirkegangs-**procenten i Danmark er 4. Tillige er en inddeling efter trosretning her i landet ikke mulig, da de fleste af dem, der vedkender sig en religion, tilhører samme kirkesamfund, nemlig den protestantiske kirke.

Når man alligevel i den foreliggende undersøgelse har fundet det af interesse at vurdere patienternes religiøse indstilling, skyldes det, at man fandt det påfaldende, at de fleste af de aktivt religiøse kvinder udviklede en betydelig skyldfølelse efter en provokeret abort og gennemgående oplevede denne mere belastende end gennemsnitligt. Ved de aktivt religiøse har man her forstået kvinder, der i alt

fald nu og da går i kirke, og for hvem religiøse betragtninger spiller en rolle, når de stilles over for væsentlige problemer. En inddeling af de øvrige patienter i religiøst inaktive og negative viste, at langt de fleste tilhørte førstnævnte kategori. Nogen forskel i indstilling til eller reaktion på aborten sporedes imidlertid ikke mellem disse to grupper.

I alt 16 patienter svarende til ca. 5 pct. af samtlige aborterende kvinder vurderes som virkeligt religiøse. Af disse havde 6 aborteret spontant, 7 havde gennemgået en illegal abort og 3 en legal. De kvinder, der havde aborteret illegalt, var alle blevet tvunget til aborten af omgivelserne, og de kvinder, der havde gennemgået en legal abort, synes at have haft meget tungtvejende medicinske indikationer. Medens de religiøse patienter i den spontane gruppe ikke fandtes mere påvirket af aborten end de ikke-religiøse, var som nævnt de aktivt religiøse kvinder i begge de provokerede grupper meget belastede af aborten, selvbebrejdende og ulykkelige, da man talte med dem.

KAPITEL 14

Børn

At graviditeter særdeles ofte er uvelkomne hos gifte kvinder, der allerede har flere børn, fremgår af talrige abortundersøgelser. *Haffner* (1939) finder i sit abortmateriale fra et hospital i Oslo, at 75 pct. af kvinderne har 2 børn eller derover. *Simons* (1939) udtaler på grundlag af sin hospitalsundersøgelse i Minnesota, at aborttallet i relation til fødselstallet stiger med næsten 100 pct. efter 3. graviditet. *Brunner og Newton* (1939) finder, at gifte abortpatienter i New York gennemsnitligt har mere end 2 børn. *Hamilton* (1940) synes imidlertid ikke at finde nogen signifikant forskel mellem børneantallet i abortmateriale og i et tilfældigt udvalg af befolkningen; såvidt man kan se, kan dette bero på, at der i hendes materiale, der hidrører fra den fattigste del af befolkningen, findes relativt flere spontane aborter end i de fleste andre undersøgte abortmaterialer. *Inghe* (1943) finder, at abortklientellets børneantal på aborttidspunktet svarer til gennemsnitsbefolkningens, men han påpeger, at såfremt den aktuelle graviditet var blevet gennemført, ville antallet af børn for de gifte kvinders vedkommende have oversteget antallet af børn i gennemsnitsbefolkningen. *Whelpton* (1944) udtaler på grundlag af interviewundersøgelsen fra Indianapolis, at abortprocenten stiger proportionalt med antallet af graviditeter. *Tietze* (1949) finder i sin undersøgelse over illegale aborter, at de gifte patienter gennemsnitligt har 2 eller flere børn, og at antallet af illegale aborter stiger med antallet af fødsler; han konkluderer, at fremkaldelse af abort bruges som middel til børnebegrensning i ægteskaber. *Bremer* (1951) pointerer, at adskillige kvinder i hans undersøgelse ønsker svangerskabsafbrydelse, da de allerede har flere børn. *Collins* (1951) påviser på linje hermed,

at de fleste aborterende kvinder har 2 til 4 graviditeter bag sig, og *Simon* (1954) fastslår, at en graviditet i reglen er uvelkommen, når et ægtepar har 2 til 3 børn. I adskillige af de ovenfor refererede undersøgelser påpeges det endvidere, at abortmateriale, foruden af gifte kvinder med flere børn, for størstedelen består af ugifte og i reglen barnløse kvinder. Man skal ikke komme nærmere ind på de undersøgelser, der er foretaget over legale abortmaterialers børneantal, men eksempelvis nævne, at det af »Beretning om Mødrehjælpsinstitutionens virksomhed« (1963) fremgår, at de gifte kvinder i mødrehjælps klientel har langt flere børn end gennemsnitsbefolkningen; flertallet har 3 eller flere børn på tidspunktet for henvendelsen, 10 pct. har 5 børn eller derover. Af næsten alle undersøgelser over legale aborter fremgår i øvrigt, at også dette abortklientel hovedsageligt består af gifte kvinder med mange børn samt af unge ugifte; dog er der oftest en tendens **til**, at den førstnævnte kategori udgør en større del end i ikke-legale abortmaterialer og de ugifte en tilsvarende ringere del.

I herværende undersøgelse har man foretaget en inddeling af de aborterende kvinder efter aborttype, civilstand og børneantal; resultatet heraf er fremstillet grafisk i fig. I. Det ses, at den gruppe, der procentisk udgør den største del af de illegale aborter, er de ugifte barnløse kvinder, men det fremgår endvidere, at gifte kvinder med 2 eller 3 børn leverer et lige så stort kontingent til de illegale aborter. Man kan således også på grundlag af denne undersøgelse konkludere, at graviditeter oftest er uvelkomne hos ugifte barnløse og hos gifte med flere børn, og at illegale aborter blandt disse kvinder næppe er nogen sjælden foreteelse.

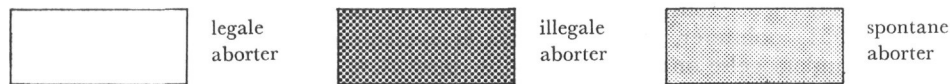
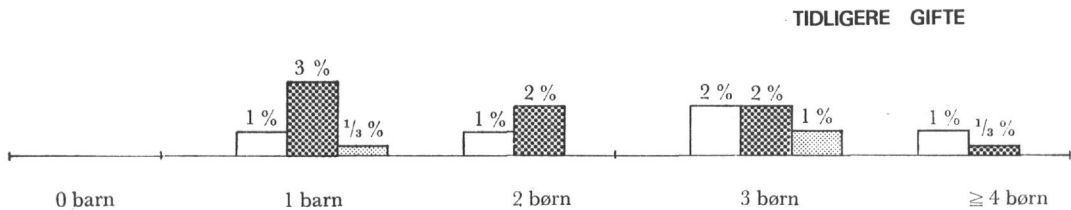
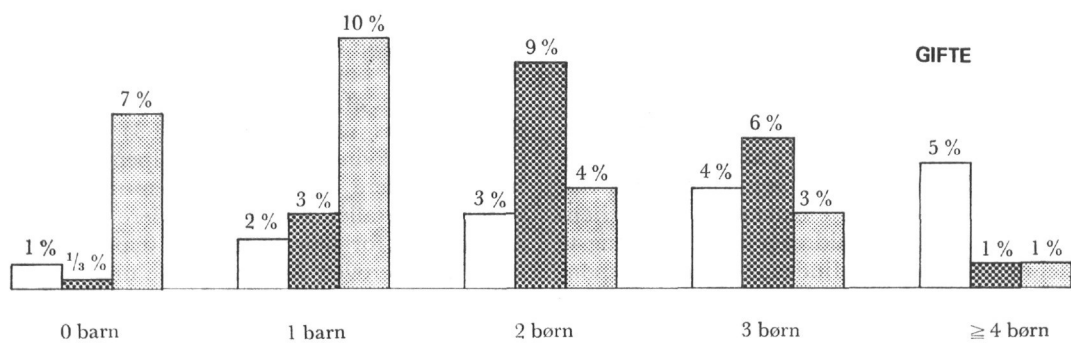
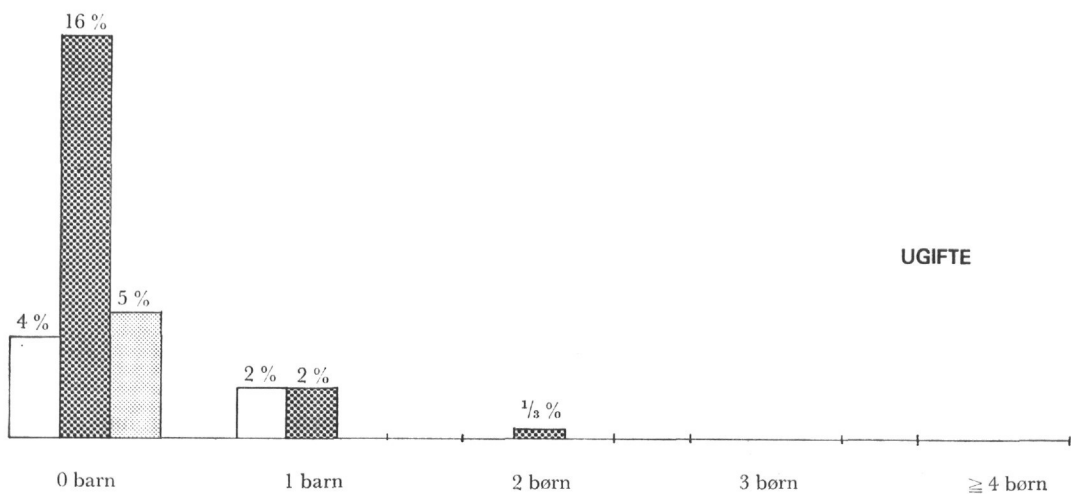


Fig. 1 — Relation mellem aborttype og civilstand og børneantal.

Relationen mellem aborttyperne indbyrdes har man til en vis grad været inde på under omtalen af civilstandsfordelingen, og man skal derfor blot her gentage, hvad der fremgår af figuren, at spontane aborter hyppigst forekommer hos gifte kvinder med ingen eller 1 barn, og at legale aborter synes at være relativt hyppigst forekommende hos gifte kvinder med mange børn samt hos tidligere gifte med 1 eller flere børn.

Man har ment det af interesse at beregne det gennemsnitlige antal børn blandt de forskellige aborttyper. Udregnes dette for samtlige patienter, finder man - som ventet — at dette er højest blandt gifte i den legale gruppe, lavest i den spontane (henholdsvis 2,23 i den legale, 1,22 i den illegale og 1,06 i den spontane gruppe). Beregnes antallet kun for de gifte patienter stiger det især i den illegale gruppe, der som allerede anført for en stor del udgøres af ugifte barnløse kvinder. Men tallet er dog også her højest for de legale, lavest for de spontane, nemlig henholdsvis 2,82 for legale, 2,11 for illegale og 1,22 for spontane.

Formentlig kan også andre forhold, der har relation til børnene, have betydning for, om en kvinde ønsker at gennemføre en graviditet eller ej. F. eks. er børnenes helbredstilstand afgørende for kvindernes arbejdsbyrde, og man har derfor søgt at danne sig et skøn herover. Det viste sig, at 8 pct. af kvinderne i den legale gruppe har børn med egentlig kronisk sygdom, medens det samme kun er tilfældet for ganske få af patienterne i de to andre grupper. Tillige oplyste ca. ¹/_U af patienterne i den legale gruppe, at deres børn ofte var legemlig syge mod 10 pct. i de to følgende. En eller anden form for nervøse symptomer har ifølge kvindernes udsagn ikke mindre end 50 pct. af den legale gruppes børn mod halvt så mange i de to følgende. Tilsvarende undersøgelser har man ikke tidligere set foretaget i abortmaterialer og har derfor intet sammenligningsgrundlag. Man vil imidlertid påpege, at man atter her ikke bør hæfte sig så meget ved de absolutte procenter som ved relationen mellem grupperne indbyrdes. Af denne fremgår i alt fald tydeligt, at kvinderne i den legale gruppe ikke blot har flest børn, men også har de største vanskeligheder med disse.

Sluttelig har man søgt at vurdere, om patienterne selv synes, at de havde problemer

med at klare opdragelsen af børnene i det daglige, og her fandt man igen en udtalt forskel mellem grupperne, idet kvinderne i den legale gruppe ganske tydeligt oftest følte sig insufficiante i deres mødreroller.

Drøftelsen af disse forhold med patienterne har tillige afsløret, at ikke så få har andet end positive følelser over for den yngre generation. Således har 25 pct. af kvinderne i den legale gruppe tydeligt lagt ambivalente eller endog rent negative følelser over for et eller flere af deres børn for dagen; den tilsvarende procentdel for begge de øvrige grupper var 10.

Disse tal hidrører, som det vil være fremgået, fra kvinder, der allerede har børn; men såvel gennem denne undersøgelse som gennem tidligere arbejde, specielt i mødrehjælpen, er forfatteren blevet klar over, at et ikke helt ubetydeligt antal kvinder, også før de nogensinde har født, ikke føler den trang til at blive mødre, der er sædvanlig for kvinder. Alt i alt har man fået indtryk af, at der blandt samtlige kvinder er en jævn overgang fra dem, der har udtalt moderlige følelser til dem, der har egentlig aversion mod at blive mødre. På grundlag af samtalerne med kvinderne i denne undersøgelse har man skønnet, at for henimod 10 pct. i begge de provokerede grupper spiller et nedsat eller et manglende moderinstinkt en rolle for graviditetens afbrydelse. Det kan oplyses, at enkelte af disse kvinder selv synes at være på det rene med deres følelsers karakter, men for de fleste ligger sagen ikke klar, og de forklarer - både sig selv og omgivelserne — at forskellige uhenigtsmæssige ydre forhold hindrer dem i at føre graviditeten til ende.

Årsagsforholdet er her sikkert særdeles kompliceret og vanskeligt at udrede, og denne undersøgelse har ikke afgivet tilstrækkeligt grundlag for en redegørelse herfor. Det skal dog nævnes, at forfatteren fandt det påfaldende, at flere af disse kvinder selv synes at have haft et køligt forhold til deres egne mødre, og at man endvidere bemærkede, at nogle af de kvinder, der på et tidligere tidspunkt havde bortadopteret et barn, i påfaldende grad var uinteresserede i at føre den pågældende graviditet til ende.

Det kan i denne forbindelse nævnes, at ialt 11 af kvinderne i dette materiale havde bortadopteret et barn; 6 havde nu fået foretaget legal abort, 4 indrømmede, at de selv var an-

svarlige for graviditetens afbrydelse, medens 1 patient er rubriceret i den formentlig illegale gruppe. Ikke alle disse kvinders indstilling til graviditeterne var imidlertid som ovenfor beskrevet. Tværtimod så det for enkeltes vedkommende ud til, at de selv havde været stærkt optaget af at få et erstatningsbarn, og dette havde utvivlsomt medført, at deres børneflokk var blevet større end den ellers ville være blevet. Naturligvis kan man ikke af så ringe et antal drage generelle slutninger, men med det anførte har man villet påpege, at en bortadoption af et barn ifølge denne undersøgelse følelsesmæssigt synes at afficere en kvinde i udtalt grad, og ligegyldig hvorledes kvindernes senere indstilling til at sætte børn i verden var, bebrejdede flertallet sig selv, at de var gået med til at give et barn fra sig.

Sluttelig har man udregnet gennemsnitsalderen ved første fødsel for de 3 abortgrupper. Denne viste sig at ligge lavest for den legale gruppe, hvor den var 20,6 år, medens den for den illegale gruppe var 21,0 og for den spontane 23,2; det ses, at forskellen mellem de to første grupper kun er ringe, men at første fødsel i den spontane gruppe gennemsnitlig finder sted senere for de provokerede gruppers vedkommende. I øvrigt skal det bemærkes, at fordelingen nogenlunde svarer til al-

dersfordelingen ved indgåelse af ægteskab. Det er nærliggende at antage, at dette skyldes de forhold, som allerede er påpeget, nemlig at kvinderne i de provokerede grupper ofte gifter sig på grund af en graviditet, medens det første svangerskab for den spontane gruppes vedkommende ofte først indtræder senere i ægteskabet.

Til sidst skal man nævne, at 16 af patienterne havde gennemført en graviditet i ganske ung alder, d. v. s. før det fyldte 18. år. Af disse havde 5 nu gennemgået en legal abort, 7 en illegal, 3 en spontan og 1 en »urubriceret« abort. Det viste sig, at disse kvinder gennemsnitligt udgik fra dårligere miljøer end de øvrige patienter i undersøgelsen, idet halvdelen var udgået fra brudte hjem, og kun 5 var opvokset under harmoniske forhold.

To af kvinderne havde bortadopteret disse børn; påfaldende var det imidlertid, at begge disse patienter havde beskrevet deres opvækstforhold som særdeles gode. Alle de øvrige kvinder beholdt selv børnene; ikke mindre end 11 blev gift med barnefaderen, 9 før og 2 efter fødslen. Hvordan det videre er gået denne gruppe kvinder og deres børn, er det vanskeligt på det foreliggende grundlag at udtale sig om, da mange endnu var ret unge, da man talte med dem.

KAPITEL 15

Seksuelle forhold

De talrige undersøgelser, der foreligger over seksuelle forhold, skal man ikke her komme nærmere ind på, men specielt henviser til de omfattende undersøgelser der i U.S.A. er foretaget af *Kinsey*, (*Kinsey et al.* 1948, *Gebhard et al.* 1958) og her i landet af *Auken* (*Auken* 1953). Overraskende nok har man i de arbejder, der foreligger over aborteren de kvinder, kun sjældent interesseret sig for seksuallivet som sådant. I *Hamiltons* undersøgelse (*Hamilton* 1940) oplyses det, at 73 pct. af de aborterende kvinder finder glæde i det seksuelle samliv, samt at 87 pct. konstant eller periodisk opnår orgasme ved coitus. *Svanberg* (1949), der i Sverige har undersøgt komplikationer efter legale aborter, oplyser, at abortindgrebet ikke påvirker kvindens libido og evne til at opnå orgasme.

I den foreliggende undersøgelse er kvinderne spurgt, om de generes af graviditetsangst, om de sædvanligvis har lyst til seksuelt samliv, og om de opnår tilfredsstillelse under coitus. Oprindeligt havde man planlagt at undersøge variationen af disse forhold i hele kvindens fertile periode, og specielt undersøge aborters og fødslers påvirkninger heraf. Det viste sig imidlertid hurtigt, at mange kvinder havde svært ved med sikkerhed at gøre rede herfor, og at sådanne oplysninger oftest var meget tidsrøvende at indhente. — Da det endvidere vil være vanskeligt at give en overskuelig oversigt herover, afstod man herfra. Man har da udelukkende indhentet oplysninger om det seksuelle samliv i tidsrummet før aktuelle graviditets indtræden. Dette kunne alle kvinder hurtigt og sikkert svare på, og som tidligere påpeget havde ingen modvilje mod at udtale sig herom.

Svarene var især for den legale gruppes vedkommende overraskende for forfatteren, der

gennem sit arbejde i mødrehjælpen havde fået det indtryk, at flertallet af de kvinder, der henvender sig der, klager over såvel udtalt graviditetsangst som nedsat libido og frigiditet. I denne undersøgelse hævdede imidlertid mindre end halvdelen af kvinderne i den legale gruppe, at de til stadighed frygtede en graviditets indtræden, og kun ca. en tredjedel var generet af nedsat libido med periodisk eller konstant nedsat evne til at opnå orgasme. For kvinderne i den illegale gruppe lå tallene endnu lavere. Her generedes kun en tredjedel af graviditetsangst, en femtedel klagede over manglende lyst til seksuelt samliv og omtrent ligeså mange over frigiditet. I den spontane gruppe havde kun få været ængstelige for, at et svangerskab skulle indtræde, derimod besværede også en femtedel af disse patienter sig over nedsat libido og frigiditet. Det kan her nævnes, at de fleste af de kvinder, der først meget sent havde indledt seksuelt samliv, fandtes i den spontane gruppe, og påfaldende mange af disse klagede over total frigiditet.

At relativt få af kvinderne i begge de provokerede abortgrupper besværer sig over graviditetsangst, kan nok give anledning til undren; mest nærliggende er det at antage, at anvendelsen af effektive præventive midler er årsag hertil. Imidlertid har det vist sig, hvilket i øvrigt vil fremgå af et følgende kapitel, at det antal, der bruger antikonception, specielt for den illegale gruppes vedkommende er langt mindre end antallet af de kvinder, der ikke frygter en graviditets indtræden. Graviditetsangsten må derfor bestemmes af andre faktorer end den reelle risiko for en graviditets opståen. Utvivlsomt er årsagsforholdet her særdeles kompliceret og vanskeligt at udrede, men forhold som kønsdriftens

styrke, fortrængte moderimpulser, trangen til at binde partneren til sig o.l. spiller sikkert en rolle for kvinderne her. I øvrigt skal det nævnes, at det for enkelte af kvinderne synes så enkelt at sørge for afbrydelsen af et uønsket svangerskab, at dette kan borteliminere en eventuel graviditetsangst.

Forskellen mellem de svar, man har fået af patienterne i mødrehjælpen og i denne undersøgelse, kan bero på, at de kvinder, der anmoder om legal abort, mener, at de øger deres chancer for at blive indstillet til svangerskabsafbrydelse ved at give udtryk for, at det seksuelle samliv for deres eget vedkommende absolut ikke er forbundet med nogen lystfølelse.

I øvrigt var det tydeligt, at der i de ældste aldersgrupper var langt flere frigide end i de yngre; dobbelt så mange af de kvinder, der var over 35 år, klagede over frigiditet som i aldersgrupperne mellem 20 og 30 år. Specielle forhold gjorde sig gældende for de helt unge; her klagede kun få over manglende lyst til seksuelt samliv, mens 20 pct. angav, at de kun sjældent eller aldrig opnåede tilfredsstillelse under coitus.

Såfremt man beregner den procentdel af samtlige patienter, der klager over frigiditet, er tallene sammenlignelige med resultaterne af Hamiltons undersøgelse. Der synes at være nogenlunde overensstemmelse mellem de to grupper af aborterende kvinder; i dette arbejde klager 25 pct. over frigiditet, mens den tilsvarende procentdel i Hamiltons undersøgelse er 27. Til sammenligning skal tillige resultaterne af Aukens undersøgelse anføres. I denne var 20 pct. konstant og knapt halvdelen periodisk frigide. Selvom tallene i dette og Aukens materiale ikke er direkte sammenlignelige, er forskellen så udtalt, at det umiddelbart kunne se ud til, at kvinderne i et abortmateriale gennemsnitligt har større lyst til og udbytte af det seksuelle samliv end kvinderne i et tilfældigt udsnit af befolkningen.

Et vist udtryk for den seksuelle aktivitet får man ved at undersøge alderen ved første coitus. Mens det som nævnt er forfatterens indtryk, at flere forhold omkring det senere seksuelle samliv står mindre klart i kvindernes erindring - dette gælder naturligvis især for de kvinder, der har været seksuelt aktive igennem en længere årrække - synes man altid at kunne få meget præcise oplysninger om det

første seksuelle forhold. Dette synspunkt giver i øvrigt også Auken udtryk for, idet hun siger, at tidspunktet for det første seksuelle samliv »altid er en klart markeret milepæl i en ung kvindes seksualliv«. Mens blandt andre Auken særdeles detaljeret har gjort rede for såvel alderen ved første samleje, som andre forhold der omkring, har ingen i specielle abortmaterialer gjort dette til genstand for nærmere undersøgelse.

Af tabel 18 kan alderen ved første coitus aflæses, dels for samtlige kvinder i undersøgelsen, dels for de enkelte grupper. Det fremgår af denne, at kvinderne i de to provokerede grupper tydeligt indleder seksuelt samliv før kvinderne i den spontane. Udregnes gennemsnitsalderen for første coitus, finder man, at den er 17,7 for kvinderne i den legale gruppe, 17,5 for kvinder i den illegale og 18,5 for kvinderne i den spontane; for samtlige patienters vedkommende er denne alder 17,9 år. Auken fandt i sit materiale en gennemsnitsalder på 19,1 år. Disse tal er som tidligere anført ikke direkte sammenlignelige; for det første hidrørte kvinderne i Aukens materiale, i modsætning til dette, fra en blandet by- og landbefolkning, og for det andet drejede det sig ikke om aborterende kvinder. Om den udtalte forskel i gennemsnitsalderen ved første coitus skyldes disse forhold, eller om den seksuelle aktivitet nu indledes på et tidligere tidspunkt, end da Auken foretog sin undersøgelse, kan man derfor intet sikkert slutte om ud fra disse tal.

Man har ment det af interesse at undersøge, om forholdene under kvindernes opvækst påvirkede den seksuelle adfærd i ungdomsårene. For at få et groft skøn herover har man for samtlige kvinder i materialet sat alderen ved første coitus i relation til forholdene i barndomshjemmene, dels med hensyn til, om dette har været helt eller brudt, dels med hensyn til, om miljøet er beskrevet som harmonisk eller disharmonisk. Resultaterne heraf fremgår af tabel 19 og 20. Det ses tydeligt af begge tabeller, at jo mere utilfredsstillende miljøet i barndommen er, jo tidligere indleder kvinderne det seksuelle samliv.

Endvidere har man sat alderen ved første samleje i relation til kvindernes egen uddannelse. Dette er dels baseret på, hvorvidt kvinderne har taget eksamen eller ej, og dels på hvorvidt de har gennemgået en faglig uddan-

nelse. Af begge tabeller (tabel 21 og 22) fremgår klart, at de bedst uddannede indleder seksuelt forhold på et senere tidspunkt end de øvrige. Det skal her anføres, at *Kinsey et al.* 1948 tydeligt fandt korrelation mellem skoleuddannelsen og den seksuelle aktivitet i ungdomsårene, således at de dårligst uddannede indleder seksuelt samliv på det tidligste tidspunkt.

Arten af de forhold, hvori det seksuelle samliv indledes, har Auken ligeledes gjort til genstand for indgående undersøgelse. Hun opstiller ialt 5 typer forhold. Bortset fra gruppen forlovede, der deles i to undergrupper, svarer opdelingen til, hvad man har foretaget i denne undersøgelse. Auken finder, at 1,4 pct. indleder seksuelt forhold i ægteskab, ca. 52 pct. i forlovelse, ca. 45 pct. i gå-med forhold og ca. 2 pct. i tilfældigt bekendtskab. De tilsvarende tal for denne undersøgelse fremgår af tabel 23. Det ses, at der specielt i grupperne forlovede og gå-med forhold er en forskel mellem de to materialer, således at et væsentligt større antal af kvinderne i denne undersøgelse indleder seksuelt forhold i relativt løsere forbindelser.

Tabellen viser endvidere fordelingen på de 3 abortkategorier. Det ses, at kvinderne i den illegale gruppe synes at indlede seksuel forbindelse i de løseste forhold, mens kvinderne i den spontane gruppe ofte udskyder den seksuelle aktivitet til forholdet kan betragtes som mere stabilt. Det ses, at tallene for den spontane gruppe ligger nærmest resultaterne fra Aukens undersøgelse, hvilket vil sige, at kvinderne i den spontane abortgruppe svarer bedst til et normalmateriale.

Arten af de forhold, det seksuelle samliv indledes i, er i tabel 24 for samtlige kvinders vedkommende sat i relation til alderen, og det fremgår, som ventet, at jo yngre kvinderne er, jo løsere synes forholdet at være.

Mens denne undersøgelse blev foretaget, var der i dagspressen en diskussion om seksuelle forhold, og her hævdedes blandt andet fra flere sider, at unge piger ofte tvinges til at indlede seksuelt forhold mod deres eget ønske, og før end de selv føler egentlig lyst dertil. Man tilføjede da et spørgsmål herom og fik ialt stillet dette til knapt halvdelen af patienterne. 20 pct. besvarede spørgsmålet bekræftende. De allerfleste af disse synes at have ladet sig overtale af partnerne af angst for, at forholdet ellers skulle blive opløst, mens kun ganske enkelte havde været udsat for egentlig vold. I Aukens materiale har knapt halvdelen af de erfarne kvinder angivet, at de kun gik med til coitus efter pres af manden; 11, d.v.s. ca. 4 pct., angiver, at der var blevet anvendt vold. Nogen umiddelbar forklaring på den store forskel mellem disse to undersøgelser forekommer det umiddelbart vanskeligt at give.

Naturligvis ville det også have været af interesse i en undersøgelse som denne at få oplysninger om, hvor mange mænd disse kvinder havde haft seksuelt forhold til. Som allerede berørt i indledningen fandt man imidlertid, at nogenlunde korrekte oplysninger herom ville være så tidsrøvende at indhente, at man efter få interviewer opgav dette. Det samme fandt man i øvrigt var tilfældet for coitusfrekven-

Tabel 18. Alder ved første coitus dels for samtlige patienter, dels for de forskellige abortgrupper.

Alder ved første coitus	Samtlige patienter	Legale aborter	Illegale aborter	Spontane aborter
III 15 år.....	23 = 8%	8 = 11%	10 = 7%	2 = 2%
16 år.....	68 = 23%	17 = 23%	37 = 28%	12 = 13%
17 år.....	66 = 22%	14 = 19%	30 = 23%	22 = 24%
18 år.....	62 = 21%	16 = 22%	24 = 18%	20 = 22%
19 år.....	34 = 11%	7 = 9%	13 = 10%	13 = 14%
20 år.....	24 = 8%	7 = 9%	11 = 8%	6 = 7%
IV 21 år.....	27 = 9%	5 = 7%	7 = 5%	15 = 17%
I alt.....	304 = 100%	74 = 100%	132 = 100%	90 = 100%

Tabel 19. Alder ved første coitus sammenholdt med om kvinderne er opvokset i helt eller brudt hjem.

Alder ved første coitus	Helt barndomshjem	Brudt barndomshjem
≤ 15 år	15 = 7%	8 = 8%
16 år	39 = 19%	29 = 29%
17 år	44 = 22%	22 = 22%
18 år	42 = 21%	20 = 20%
19 år	24 = 12%	10 = 10%
20 år	18 = 9%	6 = 6%
≥ 21 år	21 = 10%	6 = 6%
I alt	203 = 100%	101 = 100%

Tabel 20. Alder ved første coitus i relation til patienternes beskrivelse af barndomshjemmet.

Alder ved første coitus	Harmonisk barndomshjem	Disharmonisk barndomshjem
≤ 15 år	11 = 7%	11 = 11%
16 år	31 = 20%	28 = 28%
17 år	31 = 20%	26 = 26%
18 år	33 = 21%	19 = 19%
19 år	22 = 14%	10 = 10%
20 år	15 = 9%	3 = 3%
≥ 21 år	16 = 10%	3 = 3%
I alt	159 = 100%	100 = 100%

Tabel 21. Alder ved første coitus i relation til skoleuddannelsen.

Alder ved første coitus	Kvinder, der ikke har eksamen	Kvinder, der har mellem- eller real-eksamen	Kvinder, der har studenter-eksamen
≤ 15 år	21 = 10%	2 = 3%	0 = 0%
16 år	53 = 25%	13 = 17%	2 = 11%
17 år	44 = 21%	21 = 26%	1 = 5%
18 år	45 = 22%	16 = 21%	1 = 5%
19 år	17 = 8%	11 = 14%	6 = 33%
20 år	14 = 7%	5 = 6%	5 = 28%
≥ 21 år	14 = 7%	10 = 13%	3 = 17%
I alt	208 = 100%	78 = 100%	18 = 100%

Tabel 22. Alder ved første coitus i relation til om kvinderne er ufaglærte eller faglærte.

Alder ved første coitus	Ufaglærte kvinder	Faglærte kvinder og kvinder i uddannelse
≤ 15 år	16 = 13%	7 = 4%
16 år	35 = 29%	33 = 19%
17 år	28 = 23%	38 = 21%
18 år	22 = 18%	40 = 22%
19 år	9 = 7%	25 = 14%
20 år	5 = 4%	19 = 10%
≥ 21 år	6 = 5%	21 = 11%
I alt	121 = 100%	183 = 100%

Tabel 23. Forholdets art ved første coitus dels for samtlige patienter, dels for de enkelte abortgrupper.

	Samtlige patienter	Legale aborter	Illegale aborter	Spontane aborter
Løst forhold	19 = 6%	8 = 11%	10 = 8%	0 = 0%
Gå-med forhold	216 = 72%	52 = 70%	104 = 78%	55 = 61%
Forlovelse	62 = 21%	12 = 16%	18 = 14%	30 = 33%
Ægteskab	7 = 2%	2 = 3%	0 = 0%	5 = 6%
I alt	304 = 100%	74 = 100%	132 = 100%	90 = 100%

Tabel 24. Alder ved første coitus i relation til forholdets art.

	≤ 15 år	16 år	17 år	18 år	19 år	20 år	≥ 21 år	I alt
Første coitus i løst forhold	7	4	4	3	0	1	0	19
Første coitus i gå-med forhold	16	57	52	45	23	15	8	216
Første coitus i forlovelse	0	7	10	13	9	8	15	62
Første coitus i ægteskab	0	0	0	1	2	0	4	7
I alt	23	68	66	62	34	24	27	304

KAPITEL 16

Seksualoplysning

Det er en udbredt antagelse, at antallet af uønskede graviditeter - og dermed også antallet af aborter - vil kunne nedsættes væsentligt, såfremt de unge bibringes en tilstrækkelig viden om seksuelle forhold. Det er derfor overraskende, at kvindernes seksualoplysning i ingen af de tidligere refererede arbejder vedrørende aborter er gjort til genstand for nærmere undersøgelse. Imidlertid har *Auken* (1953) undersøgt disse forhold indgående for et tilfældigt udsnit af kvinder her i landet.

Efterhånden er der vist almindelig enighed om, at skolen eller hjemmet, eller eventuelt både skolen og hjemmet bør give de unge oplysninger om seksuelle forhold, og i diskussioner om dette spørgsmål drøfter man nu sjældent, hvorvidt der bør gives egentlig seksualundervisning eller ej, men snarere på hvilken måde og på hvilket tidspunkt med mere en sådan bør gives.

Ved at spørge patienterne om, hvorfra de har fået seksualoplysning, har man fået et indtryk af, om denne gruppe af seksuelt aktive kvinder har modtaget en egentlig belæring om seksuelle forhold, eller om de på en mere eller mindre tilfældig måde har tilegnet sig den nødvendige viden herom.

I tabel 25 er de væsentligste seksualoplysningskilder anført, dels for samtlige patienter, dels for kvinderne i de forskellige abortgrupper. Man har kun anført de hyppigst forekommende, men flere kunne medtages. Det kan f.eks. nævnes, at et par af patienterne fortalte, at en god venindes mor havde givet dem seksualoplysning, mens nogle andre havde fået deres væsentligste viden på dette område af deres svigermødre; disse, samt andre mere eller mindre nærstående personer, spiller imidlertid talmæssigt en ringe rolle sammenlignet med de andre. Det fremgår af tabel

25, at i alt 94 eller 31 pct. havde fået deres væsentligste viden af forældrene. Da det i dette materiale udelukkende drejede sig om kvinder, har de allerfleste naturligvis fået oplysning af deres mødre, men det skal dog nævnes, at ialt 3 af patienterne udtrykte fuld tilfredshed med den viden, som netop faderen havde bibragt dem. I Aukens undersøgelse angav kun 12 pct., at de havde deres egentlige viden fra moderen og slet ingen fra faderen.

Den procentdel af patienterne, som i denne undersøgelse havde fået seksualundervisning i skolen, er ligeledes større end i Aukens. I den foreliggende undersøgelse har 16 pct. fået de væsentligste oplysninger af skolen, i Aukens derimod kun 3 pct. Selvom de to materialer, som flere gange nævnt, ikke er direkte sammenlignelige, er forskellen her dog så udtalt, at man ud fra denne måske tør formode, at forældre og skole nu udviser større aktivitet end tidligere, hvad seksualundervisning angår.

Af tabellen ses endvidere, at ialt 11 pct. af kvinderne har fået oplysning af søstre og 7 pct. af kæresten; den tilsvarende procentdel i Aukens undersøgelse var for begge disse kilder vedkommende 8 1/2.

Undersøgelsen afslørede tillige, at en meget stor del af kvinderne havde fået oplysninger af jævnaldrende, nemlig ialt 48 pct. Mens flere af patienterne angav f.eks. både skole og hjem som hovedoplysningskilde, var der kun få af dem, der var blevet oplyst af jævnaldrende, der angav mere end én væsentlig oplysningskilde. Dette vil sige, at knapt halvdel af samtlige kvinder har været henvist til at indhente oplysning om seksuallivet på mere eller mindre tilfældig måde. Auken fandt i sin undersøgelse, at en ganske tilsvarende pro-

centdel, nemlig 46, hovedsagelig havde fået oplysning af kammerater. Det fremgår i øvrigt af tabel 25, at færrest i den spontane abortgruppe og flest i den legale havde indhentet oplysninger på den omtalte måde.

Det ses, at 14 pct., med omtrent lige mange i de 3 abortgrupper, har tilegnet sig en væsentlig del af deres viden ved læsning af bøger. Den tilsvarende procentdel i Aukens materiale var kun 3.

Sluttelig skal det nævnes, at ialt 135 kvinder på en eller anden måde har fået seksualoplysning fra hjemmet og 103 fra skolen. Lidt over halvdelen var tilfredse med de oplysninger, hjemmet har givet, derimod kun knapt en tredjedel med skolens oplysninger.

Et groft skøn over kvaliteten af seksualoplysningerne har man fået ved at lade patienterne svare på, om de har været tilfredse med de oplysninger, de har fået eller ej. Det skal her påpeges, at de fleste har besvaret dette spørgsmål hurtigt med klart ja eller nej, og ikke så få af de »utilfredse« har i denne forbindelse tydeligt lagt aggressioner overfor den ældre generation for dagen. Såfremt de fandt, at de havde manglet viden, blev ansvaret herfor nemlig altid placeret hos forældrene eller andre opdragere - og aldrig f.eks. på skolen eller andre af de nævnte oplysningskilder. Gennem det spørgsmål, man senere stillede, om hvem der bør give seksualundervisning, fik man imidlertid tydeligt indtryk af, at kvinderne lige så gerne ville oplyses af skolen som af hjemmet. Men når de ikke bibringes tilstrækkelig viden, oplever de altså, at det først og fremmest er hjemmet, der har svigtet.

Af tabel 26 fremgår, at forældrene ifølge kvindernes eget skøn er bedst til at give oplysninger om seksuelle forhold, idet 80 pct. af de patienter, der har modtaget oplysninger herfra, er helt tilfredse med disse. Knapt så godt står det til, når skolen giver seksualundervisning; kun 64 pct. udtrykker tilfredshed hermed. Det skal her omtales, at seksualundervisningen i skolen varetages enten af børnenes sædvanlige lærere eller af skolelæger. Man har i tabellen ikke adskilt disse grupper, men det skal anføres, at det af undersøgelsen klart fremgik, at kvinderne oftest havde foretrukket at blive undervist af deres sædvanlige lærere fremfor af skolens læger. Årsagerne hertil er formentlig flere, men man vil tro, at det spiller en rolle, at børnene sædvanligvis har langt mere kontakt med deres lærere,

og at den undervisning, disse giver, i reglen udstrækkes over et længere tidrum end den, der gives af lægerne.

Kun ca. en tredjedel af dem, der har fået seksualoplysning af søstre, udtrykker tilfredshed hermed, men i flere af disse tilfælde fik man til gengæld indtryk af, at oplysningerne var givet på en for patienterne helt ideel måde. Når så mange er utilfredse med kærsten som oplyser, er det oftest, fordi kvinderne synes, at de ad denne vej får deres viden på et altfor sent tidspunkt. Det samme gælder i øvrigt, hvad bøger angår; patienterne er i reglen blevet ret gamle, før de har forstået at tilegne sig passende litteratur om seksuelle emner.

Kun få synes, at kammerater har kunnet give fyldestgørende oplysninger, men det bør påpeges, at den viden, som indhentes ad denne vej, ikke altid forekommer patienterne utilstrækkelig. Specielt gav flere af de patienter, der havde gået i eksamensskole, således udtryk for tilfredshed med de oplysninger, en veninde fra klassen havde givet.

Som det allerede er nævnt, gav de fleste kvinder udtryk for, at skolen og hjemmet bør give seksualundervisning. Alt i alt vil man imidlertid af undersøgelsen konkludere, at der næppe kan siges noget generelt om, hvem kvinderne foretrækker at blive undervist af. Det væsentlige synes at være, at kvinderne på forhånd har en god kontakt med den, undervisningen gives af, og at vedkommende forstår at udtrykke sig tilstrækkeligt frit og ugenert om seksuelle forhold.

Man har endvidere sat kvaliteten af seksualoplysningerne i relation til kvindernes egen uddannelse, dels med hensyn til, om de har taget en eksamen, dels med hensyn til, om de har gennemgået en faglig uddannelse. Resultaterne heraf fremgår af tabel 27 og 28. Det ses, at procenten af »tilfredse« er højest blandt de bedst uddannede i begge grupper.

Endelig er abortens art sat i relation til, om seksualoplysningen har været tilfredsstillende eller utilfredsstillende. Af tabel 29 fremgår, at kvinderne i den spontane abortgruppe åbenbart har fået de bedste oplysninger, og kvinderne i den legale gruppe de ringeste, mens de illegale indtager en mellemstilling. Såfremt man kan tænke sig, at kvinderne i den spontane gruppe her repræsenterer en normalgruppe, vil dette sige, at kvinderne i de provokerede grupper har fået dårligere seksualundervisning end gennemsnitligt, en

mulighed der nok kan give anledning til eftertanke.

Auken nævner i sit arbejde, at det er vanskeligt af alle kvinderne at få koncise svar på, hvornår de vidste sikker besked om de forskellige forhold vedrørende seksuallivet. Nogle kvinder vil svare præcist, men mange husker intet bestemt tidspunkt, idet den ene erfaring gradvis har lagt sig til den anden. Dette svarer ganske til den erfaring, man har fået gennem denne undersøgelse. I de første interviewer forsøgte man at få at vide, i hvilken alder kvinderne havde tilegnet sig de forskellige oplysninger, men svarene var især for de lidt ældres vedkommende så upræcise, at de forekom forfatteren uden større værdi. Et spørgsmål kunne man dog altid med sikkerhed få besvaret, nemlig spørgsmålet om, hvorvidt kvinderne vidste besked om menstruationsforhold ved menarchen; kun dette er derfor registreret. - Auken fandt i sin undersøgelse 30,6 pct. af kvinderne uvidende om disse forhold, da første menstruation indtrådte og - overraskende nok - fandt man, at det samme var tilfældet for en lige så stor procentdel i dette materiale, nemlig ialt 31 pct. Flere af disse kvinder angav, at menstruationen ligefrem kom som et chok for dem. Det viste sig imidlertid, at ikke helt få af patienternes mødre netop på tidspunktet for første menstruation havde følt sig foranlediget til at give døtrene seksualoplysninger. Men de kvinder, der var uvidende i forvejen, fik sjældent på grund af menarchen fyldestgørende oplysninger om kønslivet; mange udtrykte det således: »Så fortalte mor mig lidt -«.

Det viste sig atter, at kvinderne i den legale gruppe også her havde størst grund til at udtrykke utilfredshed; 39 pct. af disse var nemlig uvidende ved menstruationens indtræden,

hvorimod dette var tilfældet for 28 pct. i den illegale og 30 pct. i den spontane gruppe.

Formentlig kunne man også have fået ret præcise svar, hvis man havde spurgt, om kvinderne havde fuldstændig viden om coitus ved det første samleje; men desværre er dette spørgsmål ikke stillet. Det skal imidlertid oplyses, at skønt man ret indgående har drøftet netop første samleje med en del af patienterne, og skønt flere som anført har oplyst, at de er tvunget ind i det første forhold, har ingen spontant tilkendegivet, at de var uvidende om, hvad samlejet var, da de første gang indlod sig herpå.

Det fremgår af spørgeskemaet, at man har spurgt, om man i kvindernes hjem frit har kunnet drøfte seksuelle emner. Kun ialt 2 af patienterne viste sig at have været på talefod med begge forældre om disse forhold, og heraf udgik den ene patient fra et lægehjem. Af de øvrige oplyste en del af dem, der havde modtaget seksualoplysning af moderen - men langt fra dem alle - at de nok kunne drøfte seksuelle forhold med hende, når dette var påkrævet; men kun ganske enkelte synes at have kunnet tale frit og ugenert om seksuelle emner med deres moder.

Alle kvinder, der havde børn i eller over skolealderen, blev spurgt, om de havde givet deres egne børn seksualundervisning. Mange besvarede spørgsmålet bekræftende, men nærmere adspurgt afslørede størsteparten, at bortset fra oplysninger om, hvor børn kommer fra, lod de oplysninger, disse kvinder havde bibragt: den yngre generation, også meget tilbage at ønske. Der var således ganske tydelig ikke overensstemmelse mellem de krav, kvinderne selv havde stillet til den ældre generation, og med det de selv på dette punkt havde kunnet yde deres egne børn.

Tabel 25. Væsentligste seksualoplysningskilde dels for samtlige patienter, dels for de enkelte abortgrupper.

	Samtlige patienter	Legale aborter	Illegale aborter	Spontane aborter
Forældre.....	94 = 31%	17 = 23%	43 = 33%	31 = 34%
Skole.....	47 = 16%	8 = 18%	25 = 19%	10 = 11%
Søstre.....	32 = 11%	10 = 14%	13 = 10%	8 = 9%
Kæreste.....	22 = 7%	6 = 8%	8 = 6%	8 = 9%
Kammerater.....	145 = 48%	39 = 53%	66 = 50%	40 = 44%
Bøger.....	43 = 14%	10 = 14%	19 = 14%	14 = 16%
I alt.....	(304 = 100%)	(74 = 100%)	(132 = 100%)	(90 = 100%)

Tabel 26. Seksualoplysningens kvalitet sammenholdt med væsentligste seksualoplysningskilde.

	Utilfredsstillende seksualoplysninger	Tilfredsstillende seksualoplysninger	I alt
Forældre . . .	19 = 20%	75 = 80%	94 = 100%
Skole	17 = 36%	30 = 64%	47 = 100%
Søstre	19 = 59%	13 = 31%	32 = 100%
Kæreste	19 = 86%	3 = 14%	22 = 100%
Kammerater	122 = 84%	23 = 16%	145 = 100%
Bøger	30 = 70%	13 = 30%	43 = 100%

Tabel 27. Seksualoplysningens kvalitet sammenholdt med om kvinderne har taget eksamen.

	Utilfredsstillende seksualoplysning	Tilfredsstillende seksualoplysning	I alt
Kvinder, der ikke har eksamen . . .	139 = 67%	69 = 33%	208 = 100%
Kvinder, der har eksamen	47 = 49%	49 = 51%	96 = 100%

Tabel 28. Seksualoplysningens kvalitet sammenholdt med om kvinderne er faglærte eller ufaglærte.

	Utilfredsstillende seksualoplysning	Tilfredsstillende seksualoplysning	I alt
Ufaglærte . . .	82 = 68%	39 = 32%	121 = 100%
Faglærte samt kvinder i uddannelse	104 = 57%	79 = 43%	183 = 100%

Tabel 29. Seksualoplysningens kvalitet sammenholdt med abortens art.

	Utilfredsstillende seksualoplysning	Tilfredsstillende seksualoplysning	I alt
Samtlige kvinder	186 = 61%	118 = 39%	304 = 100%
Legale aborter	56 = 76%	18 = 24%	74 = 100%
Illegale aborter	79 = 60%	53 = 40%	132 = 100%
Spontane aborter	47 = 52%	43 = 48%	90 = 100%

KAPITEL 17

Antikonception

I nogle af de refererede undersøgelser over aborterende kvinder har man redegjort for, i hvor vid udstrækning prævention har været brugt af patienterne; i de fleste af disse har man søgt at belyse årsagerne til eventuel manglende brug af forebyggende midler og er da i reglen kommet ind på, hvorvidt ukendskab til disse synes at have spillet en rolle. En systematisk undersøgelse af, hvilket kendskab kvinderne har haft til antikonception, og hvorfra deres viden hidrører, har man dog ikke set i disse arbejder.

I denne undersøgelse har man spurgt patienterne om, hvorfra deres viden om prævention hovedsageligt hidrører, samt om hvilke metoder de havde kendskab til. Undersøgelsen afslørede hurtigt, at en stor del af patienterne havde været henvist til at indhente også disse oplysninger fra jævnaldrende. Selv om skole og hjem taler med de unge om kønslivet, indlader de sig åbenbart langt fra altid på at sætte de unge ind i, hvad der findes af forebyggende midler, og hvordan disse anvendes. Skolen har således kun i knapt halvdelen af tilfældene ledsaget seksualundervisningen med oplysninger om antikonception og hjemmet i godt halvdelen af tilfældene. Alt i alt har kun 1/5 af kvinderne i denne undersøgelse fået egentlig undervisning i disse forhold. En trediedel hævder, at den væsentligste del af deres viden om antikonception hidrører fra kammerater, medens 1/6 har fået oplysning herom af deres partner. Medens ikke helt få f.eks. synes tilfredse med den viden, en mere erfaren veninde har givet dem, er næsten alle utilfredse med kæresten som oplyser; den viden, han bibringer dem, gives nemlig i reglen først kortere eller længere tid efter, at det seksuelle samliv er indledt.

Det kan næppe overraske, at mange af

kvinderne har suppleret deres viden på dette område gennem læsning; imidlertid angiver kun 1/6, at bøger har været den væsentligste oplysningskilde. Dette skyldes formentlig, at de fleste først ret sent kommer i besiddelse af litteratur om dette emne, og derfor i reglen forinden har indhentet oplysninger fra anden side. Særlig overraskende har det været at erfare, at ikke færre end 1/7 af patienterne først har fået fuld rede på disse forhold, da de i tilslutning til en fødsel eller abort er kommet i kontakt med læger eller jordemødre. - Tabel 30 giver en oversigt over disse forhold.

En gennemgang af de undersøgelser, der beskæftiger sig med anvendelsen af antikonception i tilfældige udsnit af befolkningen, vil føre for vidt. Her skal det blot nævnes, at *Auken* fandt, at kun 24 pct. af kvinderne i hendes materiale konstant havde anvendt antikonception; i alt ca. 52 pct. brugte coitus interruptus, 11 pct. condom, 29 pct. condom + coitus interruptus, og kun ganske enkelte pessar eller udskylninger. Derimod skal man nedenfor redegøre for de arbejder, der beskæftiger sig med aborterende kvinders anvendelse af antikonception.

Westman & Leissner (1932), der har undersøgt 350 hospitaliserede abortpatienter i Stockholm om antikonception har været anvendt, finder, at flertallet, nemlig 242, overhovedet ikke anvender prævention; 26 anvender coitus interruptus, og kun 82 bruger konstant kemiske eller mekaniske midler. Årsagerne til den manglende brug af antikonception angives af patienterne at være dårlig økonomi, æstetiske hensyn, ubetænksomhed i o. 1. Af *Hamiltons* undersøgelse (*Hamilton*, 1940) fremgår ikke klart, om de forskel-

lige midler bruges konstant, men det nævnes, at af de 532 patienter, som undersøgelsen omfatter, har 90 taget udskylninger, 40 har anvendt condom, 31 coitus interruptus, medens 46 har anvendt skiftende metoder. Godt halvdelen af kvinderne hævder, adspurgt herom efter aborten, at være interesseret i henvisning til en fødselskontrol-klinik.

Inghe (1943), der også er gået særdeles grundigt ind på disse forhold, påpeger indledningsvis, at de mest effektive antikonceptionelle metoder må være underrepræsenteret i et abortmateriale, som netop omfatter kvinder, for hvem den præventive teknik har svigtet. Af de 773 patienter, der er udspurgt om antikonception i pågældende undersøgelse, angiver $\frac{4}{5}$ at de af og til har søgt at hindre en graviditets indtræden. Antikonception synes imidlertid sjældent anvendt konstant, og mange har skiftet mellem forskellige metoder; 70 pct. har anvendt coitus interruptus, 40 pct. condom, 20 pct. udskylninger og kun ganske enkelte pessar. Det fremhæves, at der er en diskrepans mellem abortklientellets kendskab til og anvendelse af antikonception; helt uvidende om prævention er dog kun 6 pct. Af dem, der trods tilstrækkelig viden herom, ikke bringer antikonception i anvendelse, angiver mange sløseri som årsag; andre siger, at de fandt det ubekvemt, besværligt eller lignende. Økonomiske grunde anføres af 13 pct., moralske eller etiske derimod kun af 4 pct. Enkelte undlader at bruge pessar, fordi de generer sig for at gå til læge desangående. 25 pct. undlader at bruge condom, fordi dette angiveligt nedsætter evnen til at opnå orgasme.

Man skal ikke komme ind på de undersøgelser, der er foretaget over anvendelsen af antikonception i legale abortmaterialer, men blot nævne *Hoffmeyers* undersøgelse (*Hoffmeyer*, 1951). I denne er 426 gravide kvinder, hvoraf størsteparten har ansøgt om legal abort, meget detaljeret spurgt om, hvad de har anvendt af antikonception. Det viste sig, at 16 pct. ikke havde kendskab dertil; 18 pct. havde brugt condom, 10 pct. pessar, og kun i alt 20 pct. af kvinderne havde konstant anvendt antikonception. Egentlig prævention med mekaniske eller kemiske midler anvendes hovedsagelig af de ældre og gifte patienter. Det viste sig, at 17 pct. af dem, der er oplært i brugen af pessar, overhovedet ikke anvender det. Efter aborten angav 68 pct. at være inte-

resseret i oplæring i brug af pessar, men kun 40 pct. mødte til denne. Det anføres, at motiverne til den manglende brug af antikonception er varierende. *Hoffmeyer* mener, at ord som tankeløshed o. l. dækker over forskellige konkrete motiver, og det fremhæves, at problemet ikke er et spørgsmål om rent teknisk vejledning, men at det må ses i sammenhæng med psykologiske og sociale faktorer.

Endelig skal i denne forbindelse *Bræstrups* arbejde nævnes (*Bræstrup*, 1964). Der redegøres i dette detaljeret for fødslers og hospitaliserede aborters variation i de sidste decennier, og det påvises, at der er sket et fald i samtlige aborter siden 1956; på basis heraf konkluderes, at abortmentaliteten lader sig omstemme til en præventionsmentalitet.

Som tidligere nævnt havde samtlige kvinder i denne undersøgelse en klar erindring om første coitus, og man kunne derfor uden vanskelighed få svar på, hvorvidt de havde manglet kendskab til antikonception på dette tidspunkt. Ikke færre end 125 af patienterne besvarede dette spørgsmål bekræftende. Igen viste det sig, at kvinderne i den legale gruppe havde været dårligst oplyst. I denne angav 55 pct., at de ikke havde haft tilstrækkeligt kendskab til præventive midler, da de indledte seksuelt samliv, mod hhv. 40 og 29 pct. i den illegale og spontane gruppe. Som ventet viste kvindernes viden herom sig tillige at variere med alderen; således havde de kvinder, der allerede meget unge var seksuelt aktive, langt oftere manglet viden end dem, der først sent begyndte seksuelt samliv.

Det fremgår af ovenstående, at i alt ca. 2/3 af kvinderne havde kendskab til antikonception ved første coitus; imidlertid afsløredes det, at langt fra alle omsætter deres viden i praksis, idet kun 1/3 af samtlige patienter havde anvendt prævention ved første samleje.

Det viste sig, at de fleste kvinder havde vanskeligt ved med sikkerhed at huske, hvornår og hvor længe de i øvrigt havde anvendt de forskellige former for antikonception. Ligeledes havde mange ingen klar erindring om, hvorvidt de forskellige graviditeter var opstået uden eller med anvendelse af prævention. Derimod kunne samtlige patienter sikkert besvare spørgsmålet om, hvad der var anvendt af forebyggende midler på konceptionstidspunktet for aktuelle graviditet. Dette spørgsmål koncentrerede man sig derfor først

og fremmest om at få besvaret. I 204 tilfælde, svarende til 67 pct., var der blandt samtlige patienter ikke anvendt antikonception; procentvis fordelte anvendelsen sig således: 55 pct. af kvinderne i den legale gruppe havde ikke brugt prævention mod 61 pct. i den illegale og 81 pct. i den spontane. Det ses således, at over halvdelen i begge provokerede grupper ikke anvender nogen form for antikonception - til trods for at graviditeten i høj grad har vist sig at være uønsket. 42 patienter hævder, at graviditeten er opstået trods anvendelsen af pessar, og 38 at de var blevet gravide på trods af, at der er anvendt condom. 24 har brugt andre metoder, hovedsagelig kemiske midler eller Ogino-Knausmetoden. Det bør nævnes, at man ikke specielt har spurgt alle patienterne, om coitus interruptus har været anvendt, og kun ganske enkelte har spontant angivet dette som en præventiv metode. Da ingen af disse havde gennemført dette konsekvent, har man imidlertid registreret disse patienter i den gruppe, der ikke har anvendt antikonception. Det bør ligeledes oplyses, at oral prævention på tidspunktet for denne undersøgelse kun havde været anvendt i meget begrænset udstrækning her i landet; kun 2 af patienterne i dette materiale havde brugt dette middel, men ingen før nuværende graviditets indtræden. Den intrauterine spiral havde ingen af kvinderne i denne undersøgelse brugt.

Samtlige kvinder, der ikke har anvendt antikonception, er udspurgt om årsagen hertil. I alt 70 oplyser, at partneren var uinteresseret i at anvende antikonception, og mange af disse hævder, at det beror på ham, at prævention ikke har været anvendt. 10 af patienterne fortæller, at lysten til det seksuelle samliv hos en eller begge parter er så ringe, at en gennemførelse af dette ikke kan ske på blot nogenlunde tilfredsstillende måde, hvis præventive midler anvendes; denne gruppe omfatter hovedsagelig de ældre patienter. Ikke mindre end 158 var eller havde været i besiddelse af pessar. Som det vil være fremgået, blev det imidlertid kun anvendt af en fjerdedel af disse. En femtedel angiver, at årsagen til, at pessaret ikke blev brugt, var, at det generede rent mekanisk, og en fjerdedel undlader at bruge det, da de finder brugen af det uæstetisk eller lignende. Af de tidligere refererede undersøgelser fremgår, at dårlig økonomi af og til er anført som årsag

til manglende brug af antikonception. I denne undersøgelse angav imidlertid kun 2 af patienterne denne grund. Det drejede sig i begge tilfælde om kvinder, der ikke havde haft penge til at anskaffe et pessar; af disse var den ene en 16-årig skoleelev, hvem moderen havde nægtet at give det fornødne beløb. 3 ganske unge kvinder sagde, at de havde generet sig for at henvende sig nogetsteds angående antikonception. Sluttelig skal det nævnes, at i alt 8 af patienterne på tidspunktet for aktuelle graviditets indtræden ikke havde haft tilstrækkeligt kendskab til præventive midler. Det drejer sig i de fleste tilfælde om ganske unge kvinder, men kun for enkeltes vedkommende var det pågældende forhold det allerførste.

Imidlertid kunne mere end halvdelen af de patienter, der havde undladt at bruge antikonceptionelle midler, ikke angive nogen konkret årsag hertil. Adskillige bruger udtryk som glemsomhed, sjuskeri, tankeløshed o. l. Formentlig dækker dette over et komplekst årsagsforhold, hvor såvel bevidste som ubevidste motiver gør sig gældende. Man skal ikke komme nærmere ind på disse, men eksempelvis nævne, at mange kvinder i selve coitusituationen måske ikke har den aversion mod at blive gravide, som de har både før og efter denne. Ligeledes vil man påpege, at nærhed mellem parterne utvivlsomt spiller en ikke uvæsentlig rolle her. Alt i alt ser det derfor ud til, at andre forhold end kvindernes faktiske viden om præventive midler spiller ind her. Af *Hoffmeyers* undersøgelse, som ovenfor er refereret, fremgår, at egentlig antikonception hovedsagelig anvendes af de lidt ældre gifte patienter, og på grundlag af det indtryk, man har fået gennem denne undersøgelse, kan man tilslutte sig dette. Præventive midler anvendes tydeligt hyppigst af partnere, der har samlevet gennem længere tid, hvorimod det for unge uden seksuel erfaring synes langt vanskeligere at sætte aktivt ind med graviditetsforebyggende midler.

Spørgsmålet om, hvorvidt en graviditet er planlagt, er det vanskeligt at få sikkert besvaret, idet en planlagt graviditet ofte forveksles med, hvad man vil kalde en accepteret graviditet. Det er et kendt forhold, at mange graviditeter ikke netop er ønskede på det pågældende tidspunkt, men at den ene eller begge parter i løbet af en meget overskuelig tid af finder sig dermed og endog glæder sig til at

få barnet. Man har imidlertid, da man stillede dette spørgsmål, nøje forklaret kvinderne, hvad man mente med udtrykket. Det viste sig herefter, at i alt 56 af de 90 graviditeter i den spontane gruppe var, hvad man forstår ved egentlig planlagt. For en fuldstændigheds skyld bør det nævnes, at ikke alle graviditeter i de provokerede grupper var

uønskede af kvinderne. Der er næppe tvivl om, at nogle af patienterne selv netop havde ønsket sig at blive gravide enten for at binde partneren til sig gennem en graviditet eller for at bedre et forhold i en kritisk periode. At det i de pågældende tilfælde imidlertid ikke lykkedes for kvinderne at få deres ønske opfyldt, behøver man næppe at tilføje.

Tabel 30. Kvindernes væsentligste oplysningskilde vedr. antikonception.

Forældre	Skole	Søster	Kæreste	Kammerater	Bøger	Læge, jordemoder o. l.
15%	6%	7%	16%	34%	16%	14%

KAPITEL 18

Tidligere aborter

Som tidligere berørt har man i mange arbejder interesseret sig for at beregne, hvor stor en procentdel af samtlige konceptioner, der fører til abort; derimod har kun få forsøgt at anslå, hvor mange svangerskabsafbrydelser kvinderne i et abortklientel har bag sig. Eksempelvis kan det dog nævnes, at *Watkins* (1933) finder, at 52 pct. af patienterne i et abortklientel har aborteret før, mens dette er tilfældet for 80 pct. af kvinderne i *Hamiltons* materiale. Endvidere fremgår det af beretning om mødrehjælpinstitutionernes virksomhed 1963, at ca. Vs af de abortsøgende kvinder oplyser, at de tidligere har aborteret - legalt, illegalt eller spontant - på det tidspunkt, hvor de ansøger om legal abort.

I denne undersøgelse har man detaljeret udspurgt kvinderne om tidligere aborter, og i så vidt udstrækning, som det har været muligt, har man forsøgt at vurdere, af hvilken art de tidligere svangerskabsafbrydelser har været; men inddelingen har naturligvis for disse aborters vedkommende været vanskeligere end for de aktuelle. Flere af de tidligere aborter er da også placeret i den urubricerbare gruppe.

Det viste sig, at 137 kvinder, svarende til 42 pct. af samtlige patienter, tidligere havde gennemgået ialt 241 aborter. Relationen mellem de tidligere og de aktuelle aborter fremgår af tabel 31. Det ses, at 44 pct. af de tidligere aborter i den legale gruppe har været legale, 68 pct. har i den illegale været illegale, og 54 pct. i den spontane gruppe har tidligere været spontane. Det ser således ud til, at en kvinde, når hun har aborteret mere end én gang, hyppigst aborterer på samme måde som tidligere. Dette synes at være særlig udtalt for de illegale aborters vedkommende, og der kan da også blandt sygehistorierne fremdrages

flere eksempler på, at kvinder har gennemgået flere illegale aborter.

Det er vist en almindelig antagelse, at en illegal abort ikke sjældent medfører sterilitet; man kan ikke ud fra dette materiale tage stilling til dette spørgsmål, men blot påpege, at adskillige af de kvinder, som man er kommet i kontakt med ved denne undersøgelse, åbenbart trods en tidligere kriminell abort igen er blevet gravide. Det er ligeledes en almindelig opfattelse, at kvinder, der får provokeret en abort - dette gælder for så vidt både legal og illegal afbrydelse - hyppigere aborterer spontant i et senere svangerskab end andre. Hvorvidt dette er tilfældet, kan man heller ikke på grundlag af dette materiale udtale sig sikkert om, men det skal blot påpeges, at en stor procentdel af kvinderne i den spontane gruppe tidligere har fået afbrudt et svangerskab legalt eller illegalt. Af tabellen fremgår endvidere, at patienterne i den illegale gruppe noget hyppigere end patienterne i de øvrige grupper har aborteret før. Beregnes antallet af tidligere svangerskabsafbrydelser for kvinderne i de 3 grupper, finder man, at kvinderne i den legale gennemsnitlig har 0,77 abort bag sig, i den illegale 0,86 og i den spontane 0,72.

På grundlag af oplysningerne vedrørende forløbet af patienternes tidligere graviditeter har man beregnet, at 54 pct. af disse er afsluttet med abort. Lignende beregninger har man ikke fundet i tidligere tilsvarende undersøgelser, men til sammenligning skal eksempelvis anføres resultaterne af *Hoffmeyer & Nørsgaards* særdeles grundige og omfattende undersøgelse (*Hoffmeyer & Nørsgaard*, 1964). Ifølge disse udgør abortprocenten i forhold til samtlige graviditeter i 1960-61 maksimalt 25 og minimalt 20 pct. At tallene i denne under-

søgelse ligger højere skyldes utvivlsomt, at udgangsmaterialet har været aborterende kvinder.

I det tidligere kapitel vedrørende civilstandsfordeling er abortprocenten i og uden for ægteskab berørt; det fremgik heraf, at denne procent altid er fundet betydeligt højere for ugifte end for gifte. Forløbet af disse patienters tidligere graviditeter bekræfter dette; det har vist sig, at abortprocenten - udregnet på basis af kvindernes civilstand på aborttidspunktet - er 80 for de ugifte mod 29 for de gifte. Beregnes tilsvarende tal for samtlige svangerskaber, hvilket vil sige, at den aktuelle graviditet inkluderes i beregningen, stiger tallene betydeligt. Procenten er da for gifte 49 og for ugifte 90. At disse tal synes særdeles høje, må atter ses på baggrund af, at undersøgelsen primært omfatter aborterende patienter.

Man har tidligere omtalt relationen mellem børneantal, civilstand og aktuelle abort; i kapitel 14 er der bl. a. givet en grafisk fremstilling af dette. Her har man på basis af samtlige aborter, som kvinderne har gennemgået, samt kvindernes børneantal på tidspunkterne for de forskellige aborter, opstillet tabel 32. Det fremgår bl. a. af denne, at den illegale abort er hyppigst blandt kvinder med flere børn, samt at den legale abort først er den

hyppigst forekommende aborttype, når kvinderne har 4 børn eller derover.

Spørgsmålet om, i hvor vid udstrækning kvinder lader sig indlægge i tilslutning til abort, er berørt i diskussionen om aborthypighed; man skal henvisse hertil og blot nævne det seneste af de refererede arbejder, nemlig *Hoffmeyer & Nørgaards*. Disse forfattere fandt dels på basis af egne, dels på basis af tidligere undersøgelser, at hospitaliseringsfrekvensen for en blanding af spontane og illegale aborter mest sandsynligt må ligge mellem 50 og 70 pct. I dette arbejde har man ud fra oplysninger omkring forholdene ved kvindernes tidligere aborter forsøgt at bedømme hospitaliseringsfrekvensen for disse. Man kom frem til, at kvinderne i 75 pct. af tilfældene havde ladet sig indlægge efter ikke-legale aborter, og det viste sig, at de ikke hospitaliserede svangerskabsafbrydelser hyppigst drejede sig om spontane aborter, der jo ikke sjældent forløber komplikationsfrit. Påstanden om, at specielt illegale aborter unddrager sig indlæggelse, kunne derfor ikke bekræftes af denne undersøgelse. - Når hospitaliseringsfrekvensen i dette arbejde er højere end tidligere anslået, beror dette formentlig på, at udgangsmaterialet er kvinder, som netop har ladet sig indlægge i tilslutning til en abort.

Tabel 31. Relationen mellem nuværende og tidligere aborter.

	Nuværende legal abort	Nuværende illegal abort	Nuværende spontan abort	Nuværende urubricerede abort	I alt
Tidligere legal abort	26 44%	15 13%	8 12%	1 —	50 21%
Tidligere illegal abort	12 21%	77 68%	10 15%	0 —	99 41%
Tidligere spontan abort	15 26%	6 5%	35 54%	1 —	57 24%
Tidligere urubriceret abort	4 7%	16 14%	12 19%	3 —	35 14%
I alt	57 100%	114 100%	65 100%	5 —	241 100%

Tabel 32. Relation mellem abortens art og antal og børn på aborttidspunktet.

	Legal	Illegal	Spontan	Urubricerbar	I alt
0 børn	17 14%	55 45%	44 36%	7 6%	123 100%
1 barn	19 15%	47 37%	54 43%	7 5%	127 100%
2 børn	21 17%	64 52%	21 17%	18 14%	124 100%
3 børn	36 30%	58 48%	20 17%	6 5%	120 100%
≥ 4 børn	31 61%	7 14%	8 16%	5 10%	51 100%

KAPITEL 19

Nuværende abort

I de fleste større abortundersøgelser findes oplysninger om, på hvilket tidspunkt svangerskabsafbrydelserne har fundet sted. I mange af disse arbejder er tidsangivelserne imidlertid ikke særlig nøjagtige, f. eks. oplyses det blot, om afbrydelserne har fundet sted før eller efter tredje måned; da de illegale og spontane aborter tilmed ofte ikke har kunnet differentieres, er det vanskeligt på grundlag af den foreliggende litteratur at sige noget generelt om, på hvilket tidspunkt af graviditeten aborter oftest finder sted. Der synes dog at være nogenlunde enighed om, at de fleste hospitaliserede spontane eller illegale svangerskabsafbrydelser forekommer i tredje måned, hvorimod de ikke hospitaliserede aborter i reglen finder sted lidt før.

På grundlag af de oplysninger, man gennem denne undersøgelse har fået om afbrydelsestidspunkterne, har man kunnet opstille tabel 33. Ifølge denne afbrydes relativt mange aborter legalt på et ret sent tidspunkt - ialt 42 pct. i eller efter 13. svangerskabsuge. Som bekendt tillader loven her i landet afbrydelse på ikke-vital indikation indtil 16. uge, og det er derfor for så vidt ikke overraskende, at mange af disse aborter finder sted på et ret fremrykket stadie af graviditeten. Ved ændringen af svangerskabsloven i 1956 gjorde specielt psykiatere sig til talsmænd for, at den øvre grænse blev forrykket, således at man havde lejlighed til at observere og behandle patienterne gennem et så langt tidsrum som muligt. Hvorvidt ændringen har virket efter sin hensigt, foreligger der ikke arbejder, der kan belyse; man skal imidlertid her påpege, at denne undersøgelse ganske tydeligt har vist, at de sene afbrydelser er en langt større belastning for kvinderne end de tidlige. Mens kun Vs af patienterne i sværere grad fandtes

psykisk belastet efter de tidlige legale afbrydelser, var over 80 pct. af de kvinder, der først havde fået foretaget aborten sent, meget påvirket af denne.

De illegale afbrydelser finder, som det fremgår af tabellen, sted tidligere end de legale - gennemsnitligt udregnet 3 uger før de legale. Dette kan mest enkelt forklares ved, at en illegal afbrydelse formentlig ofte finder sted ret hurtigt, efter at kvinderne har taget deres beslutning om ikke at føre graviditeten til ende, hvorimod der fra det tidspunkt, patienterne henvender sig om legal abort, oftest vil gå nogle uger, før sagen er behandlet. Det ses, at procenten af illegale afbrydelser er størst i 9.-10. uge, men det fremgår også, at ikke helt få afbrydelser finder sted tidligere. Det kan oplyses, at det i sidstnævnte tilfælde meget ofte drejer sig om kvinder, der tidligere har fået afbrudt et svangerskab og som straks, da de erkender den uønskede graviditet, ved, hvordan sagen rent praktisk skal gribes an. I den illegale gruppe fandt man — som i den legale — at de sene afbrydelser er oplevet mere belastende for kvinderne end de tidlige; men det bør påpeges, at den procentdel, der i den illegale gruppe føler sig svært traumatiseret af aborten, kun andrager det halve af, hvad den gør i den legale gruppe. Denne forskel kan umiddelbart forekomme overraskende, idet det vel ingenlunde kan formodes, at det reelt er forbundet med færrest vanskeligheder at få afbrudt et svangerskab illegalt. Når man senere omtaler den psykiske tilstand, vil det imidlertid fremgå, at den psykiske struktur af kvinderne i disse to abortgrupper er forskellig, og de procentvise forskelle, der her er fundet, er sandsynligvis udtryk for, at kvinderne i de to abortgrupper primært har helt forskellig psykisk bæreevne.

De spontane aborter synes at have en op-hobning omkring samme tidspunkt som de legale; problemerne omkring disse, der er af ren gynækologisk art, skal man imidlertid ikke komme ind på her.

De nærmere forhold omkring selve abortindgrebet er det, som man tidligere har været inde på, særdeles vanskeligt at få pålidelige oplysninger om. Blandt andet vidner de stærkt divergerende resultater af tidligere undersøgelser herom. *Hamilton* anfører, at frygten for straf får mange til at skjule sandheden; det er vel tvivlsomt, om dette forhold her i landet har nogen betydning. Derimod er det - som også påpeget af *Hamilton* — formentlig rigtigt, at frygten for moralsk fordømmelse kan få nogle kvinder til at skjule sagens rette sammenhæng. I de fleste arbejder anføres, at en stor del af aborterne udføres af kvinderne selv. Imidlertid må man nok stille sig tvivlende over for, hvorvidt dette er i overensstemmelse med de faktiske forhold. Som påpeget bl. a. af *Richter* (1922) og *Wetter dahl* (1947) ser det for det første ud til, at abortørerne har en ganske speciel evne til at aftvinge kvinderne et bindende tavshedslofte, og for det andet viser de undersøgelser, hvori interviewerne har haft en særlig avanceret udspørgeteknik, at kun få kvinder selv indlader sig på i alt fald instrumentelle indgreb. Af disse arbejder skal særlig *Gebhard* et al. 's (1958) nævnes. Mens flere forfattere anfører, at mere end 50 pct. af indgrebene udføres af patienterne selv, oplyses det i pågældende undersøgelse, at kun 1 pct. er selvprovokerede.

Oplysninger om, at adskillige aborter er fremkaldt af f. eks. fysisk anstrengelse eller forskellige medikamenter, må man utvivlsomt stille sig tvivlende overfor. Såfremt det af og til sker, at en abort fremkaldes ved disse - efter de flestes mening — utjenlige midler, beror det på, at nogle kvinder har en stor tilbøjelighed til at abortere spontant. Atter her skal *Gebhard et al.* 's resultater nævnes. De fandt, at mindre end 10 pct. af de kriminelle aborter var medikamentelt fremkaldt, og slet ingen kvinder havde aborteret efter fysisk anstrengelse.

Det er lykkedes enkelte undersøgere af få et ret klart indblik i, hvordan de fleste kvinder går frem, når de ønsker at fremkalde en abort. Her skal specielt *Aldéns* (1953) undersøgelse nævnes. Der anføres her, at de al-

lerfleste først forsøger flere af de ovenfor nævnte såkaldte utjenlige midler, og først når disse har vist sig ikke at føre til det ønskede mål, går kvinderne over til instrumentelle indgreb. Mange forfattere (*Inghe, Simons, Davids, Richter, Brunner & Newton, Watkins, Haffner, Westman & Leissner, Wetterdahl* m. fl.) gør detaljeret rede for, hvilke instrumenter, der hyppigst benyttes i abortivt øjemed. Man skal ikke her gå nærmere ind på disse, men blot anføre, at kateteret eller sonden synes at være det hyppigst brugte instrument, men ikke helt få betjener sig dog af den såkaldte livmodersprøjte.

Man har tidligere gjort opmærksom på, at man i denne undersøgelse ikke har lagt pres på kvinderne for at få dem til at udtale sig. Det følger heraf, at de oplysninger, man har fået vedrørende abortindgrebet, er mangelfulde. Såfremt det er rigtigt, at kun få kvinder selv fremkalder abort, har oplysningerne ej heller været pålidelige. Af de 47 patienter, der har givet oplysninger om, hvem der har fremkaldt aborten, hævder 27, at de ikke har fået hjælp af andre. 10 fortæller, at de har været hos læger, 6 hos jordemødre eller sygeplejersker og 4 hos personer, der ikke har relation til den medicinske profession. Ifølge denne undersøgelse ser det ud til, at kvinden selv oftest betjener sig af kateteret, mens læger og jordemødre i reglen ved hjælp af livmodersprøjten giver sæbevandsinjektion.

De forfattere, der har forsøgt at finde frem til forskellige kriterier for, om en abort er spontan eller illegal, kommer ind på, hvorvidt temperaturforhøjelse i tilslutning til en abort kan være afgørende for rubriceringen af denne. Der synes imidlertid at være enighed om, at man ikke ud fra dette forhold alene kan drage sikre slutninger. En illegal abort kan udmærket forløbe afebrilt, ligesom en spontan abort kan være ledsaget af temperaturforhøjelse. Derimod er alle undersøgere af den opfattelse, at den procentdel af aborterne, der er ledsaget af temperaturforhøjelse, altid er langt højere blandt illegale end blandt spontane.

I blandede abortklienteller synes antallet af febrile aborter at variere mellem 40 og 60. Som flere gange nævnt er kun få materialer opdelt efter abortens art, og af disse har kun *Simons* (1939) nøjagtigt angivet, hvor mange i hver gruppe, der forløber henholdsvis med

og ilden temperaturforhøjelse. Af hans undersøgelse fremgår, at 80 pct. af de spontane ikke ledsages af feber mod ca. 60 pct. af de kriminelle. I denne undersøgelse havde 7 pct. i den legale gruppe, 49 pct. i den illegale og 15 pct. i den spontane gruppe haft temperaturforhøjelse til over 38 grader. Af speciel interesse finder man det at nævne, at procentdelen af febrile var nøjagtig lige så stor blandt de kvinder, der vedgår provokation, som blandt dem, der ikke gjorde det. Blandt de spontane gjorde anamnesen det i flere tilfælde sandsynligt, at patienterne før aborten havde haft akutte almeninfektionssygdomme, der kan have været årsag til aborten. Man skal imidlertid ikke gå nærmere ind på disse årsager, da det falder uden for dette arbejdes rammer at belyse de forskellige sygdomme, der kan forårsage spontan abort. Helt sikre tegn på infektion i underlivsorganerne var der på undersøgelsestidspunktet kun fundet hos 3 af patienterne i den illegale gruppe; de mere usikre fund har man ikke opgjøret. Det skal imidlertid bemærkes, at underlivssygdomme efter aborter oftest først afslører sig nogen tid efter aborten, på hvilket tidspunkt man ikke har haft lejlighed til at se patienterne. Komplikationer efter provokerede aborter skal man ej heller her gå nærmere ind på, men man vil dog nævne, at risikoen for mere kroniske komplikationer ifølge enkelte danske arbejder ikke synes at være overvældende stor (*Kæm* 1950, *Fabricius-Møller* og *Oram* 1951).

Ikke blot somatiske, men også psykiske følgetilstande kan som tidligere nævnt udvikle sig efter aborter. Som blandt andre påpeget af *Ekblad* opleves en provokeret abort af de fleste som en unaturlig løsning på den konflikt, som den uønskede graviditet har medført, og det kan derfor ikke undre, at selvbebrejdelser, skyldfølelse og andre reaktioner ofte ses i tilslutning til abortindgrebet. Flere forfattere har interesseret sig herfor. Således oplyser *Hamilton* (1940), at ca. halvdelen af patienterne i hendes materiale udelukkende følte sig tilfredse og lettede efter aborten, medens de øvrige i mere eller mindre udtalt grad fortrød indgrebet. *Malmfors* (1951), der har efterundersøgt kvinder, der har fået foretaget legal abort, finder, at 40 pct. er helt tilfredse, medens ca. 20 pct. har egentlig skyldfølelse. Lignende tal finder *Aren* (1958), medens *Ekblad* (1955), der detaljeret har undersøgt

dette spørgsmål, kom til resultater, der afviger noget herfra. I pågældende arbejde har forfatteren undersøgt kvindernes reaktion på aborten, dels få dage efter at denne har fundet sted og dels ved efterundersøgelsen, der blev foretaget 2-3 år efter indgrebet. *Ekblad* fandt, at medens 88 pct. var helt tilfredse umiddelbart efter svangerskabsafbrydelsen, var dette tal dalet til 65 ved den næste undersøgelse.

I denne undersøgelse har man skønnet, at $\frac{2}{3}$ af kvinderne i den legale mod knap 40 pct. i den illegale gruppe har følt aborten svært psykisk belastende. Mange af disse kvinder har på et eller andet tidspunkt fortrudt, at de ikke har ført graviditeten til ende, men vedvarende eller sværere skyldfølelse mener man kun, der har været tale om hos ca. 20 pct. af patienterne i begge de provokerede grupper. *Ekblad* fandt i sin undersøgelse, at de psykisk raske sjældnere var selvbefrejdende end de kvinder, der havde afvigende personlighedsstruktur; den samme tendens er tydeligt fremgået af herværende undersøgelse. Ligeledes fandt man her som i *Ekblads* arbejde, at de kvinder, der af deres omgivelser var tilskyndet til abort, langt oftere var selvbefrejdende end dem, der selv havde truffet afgørelsen. Denne forskel var betydelig, idet man 4 gange så hyppigt iagttagt udtalt skyldfølelse hos de kvinder, der havde været udsat for pres, som hos dem, der selv havde truffet afgørelsen.

Det er en almindelig antagelse, at en uønsket graviditet af og til er så belastende for en kvinde, at der foreligger fare for suicidium. Ikke mindst fordi denne risiko er afgørende i indikationsstillingen ved legale aborter, har forskellige forfattere på forskellig måde søgt denne belyst. Således anfører *Lindberg* (1948) og *Höök* (1963), at medens henholdsvis 12 pct. og 18 pct. af kvinderne i deres afslagsmaterialer truer med suicidium under sagens behandling, gør ingen senere alvor af disse trusler. *Hult gren* (1959), der har undersøgt forløbet af graviditeten efter afslag på abortansøgning hos et umådeligt stort antal patienter, finder, at én kvinde suiciderer efter afslaget. *Aren & Åmark* (1957) påviser, at kun en ringe del af de kvinder, der fremsætter suicidaltrusler, erindrede dette ved en senere undersøgelse, og *Ekblad* (1955) finder, at kun 3 pct. af de abortsøgende har egentlige suicidaltanker før svangerskabsaf-

brydeisen. *Ettlinger og Flordh* (1955) oplyser, at 2,5 pct. af de kvinder, der indlægges for suicidalforsøg, angiver, at en graviditet er årsag til deres desperate handling. *Bengtsson* (1947) finder, at ca. 8 pct. af de kvinder, der har suicideret i en 20-årig periode, var gravide, og for alle disse synes graviditeten at have været årsag til selvmordet. Sluttelig skal det oplyses, at *Rosenberg & Silver* (1965) mener, at det antal gravide kvinder, der fra 1961 til 1963 har suicideret i et bestemt område i Californien, er mindre, end man efter statistiske beregninger skulle have ventet.

Sammenfattende kan man på grundlag af de refererede undersøgelser konkludere, at risikoen for selvmord blandt abortsøgende er ringe, formentlig næppe større end i normalbefolkningen. Imidlertid skal man påpege, at de forfattere, der har underkastet disse materialer en nærmere undersøgelse, alle finder, at suicidalfare er størst blandt de kvinder, der har en afvigende personlighedsstruktur, og som er forladt af barnefaderen (*Bengtsson, Lindberg, Höök og Ekblad*).

I herværende undersøgelse er man kommet

til resultater, der stemmer overens med de tidligere. I alt angav 10 kvinder i den legale og 4 i den illegale gruppe, at de havde haft suicidal tanker, før aborten havde fundet sted. Man vil påpege, at der her var en betydelig forskel på kvinderne fra de to abortkategorier. Samtlige 10 patienter i den legale gruppe fandtes svært neurotiske, og flere tillige karakterafvigende; de fleste var gift, og kun 3 havde ikke mulighed for ægteskab med barnefaderen. De 4 kvinder fra den illegale gruppe fandtes derimod normale i psykisk henseende; de var imidlertid alle enten før eller efter, de var blevet klar over graviditeten, forladt af partneren. Medens suicidal tanker blandt kvinderne i sidstnævnte gruppe havde været et isoleret fænomen, angav 7 af de 10 patienter i den legale gruppe, at de tidligere ved andre former for belastning havde haft lignende tanker. Sluttelig skal det oplyses, at man har skønnet, at virkelig alvorlig fare for selvmord kun havde foreligget i ét tilfælde. Det drejede sig om en 26-årig ugift og personligheds-mæssigt svært afvigende kvinde.

Tabel 33. Tidspunkt for aborten.

	5. og 6. uge		7. og 8. uge		9. og 10. uge		11. og 12. uge		13. og 14. uge		≥ 15. uge	I alt	
Legale	0	0%	3	4%	19	26%	21	28%	20	27%	11	15%	74 = 100%
Illegale	2	2%	26	20%	36	27%	28	21%	27	20%	13	10%	132 = 100%
Spontane	5	6%	18	20%	27	30%	19	21%	8	9%	13	14%	90 = 100%

KAPITEL 20

Relationen mellem legale og illegale aborter

I flere svenske og danske arbejder har man forsøgt at finde frem **til**, hvor mange aborter der er blandt de kvinder, som får afslag på deres ansøgning om lovlig svangerskabsafbrydelse. De resultater, man kommer **til**, varierer betydeligt fra undersøgelse til undersøgelse. Nogle mener således, at mindre end 10 pct. aborterer, medens andre anslår, at næsten halvdelen af de kvinder, der ikke indstilles til lovlig svangerskabsafbrydelse, aborterer på anden måde (*Lindberg, Malmfors, Elisabeth Sjövall, Torsten Sjövall, Hultgren, Hultin og Ottosson*). Det ser imidlertid ud til, at disse aborters antal altid er fundet størst i de arbejder, hvor man baserer undersøgelsen på metoder, der giver de mest pålidelige og fyldestgørende oplysninger. Af danske arbejder, der belyser dette forhold ud fra meget store materialer, skal *Hoffmeyer* og *Nørgaards* undersøgelse nævnes (*Hoffmeyer og Nørgaard, 1964*). I denne er graviditetsforløbet blandt af slagspatienter i København fra 1948 til 1950 og i hele Danmark fra 1958 til 1959 undersøgt på basis af oplysninger fra patienterne selv, praktiserende læger, hospitaler samt folkeregistre. Kun i 2 pct. af tilfældene kunne man ikke indhente oplysninger om svangerskabsforløbet. Forfatterne fandt, at medens 37 pct. af de københavnske patienter ikke føder, er den tilsvarende procentdel for patienter fra hele landet 17.

Herværende undersøgelse har naturligvis ikke afgivet basis for tilsvarende beregninger. Derimod har man kunnet udspørge de kvinder, der har fået foretaget legal abort om, hvad udfaldet af graviditeten ville være blevet, hvis der ikke var fundet indikation for

lovlig svangerskabsafbrydelse, og man har kunnet få oplysninger om, hvor mange af kvinderne i den illegale gruppe, der har ansøgt om legal abort i aktuelle graviditet. Med hensyn til det første spørgsmål kunne 4 patienter ikke med sikkerhed udtale sig om, hvad der ville være sket ved et eventuelt afslag. 16, svarende til 22 pct., hævdede, at de selv ville have sørgt for afbrydelsen, medens 54 (74 pct.) angav, at de ville have gennemført graviditeten.

Med hensyn til det andet spørgsmål oplyste 13 af 132 kvinder i den illegale gruppe, at de havde søgt om legal abort. 11 havde fået afslag, medens sagen i 2 tilfælde endnu var uafgjort. Begge disse kvinder regnede imidlertid med et negativt udfald af sagen. Som det vil være fremgået, har ikke så få af de kvinder, der nu har gennemgået en illegal abort, tidligere fået svangerskabet afbrudt på lovlig vis. Ingen af disse patienter henvendte sig imidlertid i mødrehjælpen i aktuelle graviditet. Årsagen hertil synes ret ofte at være den udbredte misforståelse, at man ikke 2 gange kan få foretaget en legal abort.

Spørgsmålet om, hvor mange af kvinderne fra den illegale gruppe, der opfylder lovens betingelser for afbrydelse, har man forsøgt at vurdere. Forfatteren mener, at 5 af patienterne i den illegale gruppe uden al tvivl ville være blevet indstillet til legal abort, hvis de havde henvendt sig på rette sted desangående. 110 tilfælde mener man, der ville have været tvivl om afgørelsen. Tilbage bliver imidlertid 117, svarende til 90 pct. af patienterne i den illegale gruppe, der efter forfatterens skøn ikke opfylder lovens betingelser for abort.

KAPITEL 21

Somatisk tilstand

I interviewet er patienterne spurgt om, hvilke legemlige sygdomme de har haft såvel i barne- som voksenalder. Man har i en undersøgelse som denne naturligvis ikke kunnet indhente helt udtømmende oplysninger herom, men et groft skøn over morbiditeten har man ment det muligt at få. Som en særlig gruppe har man udskilt de patienter, der tydelig har haft en forøget sygelighed. Man har her medregnet såvel patienter, der har haft mindre alvorlige, men recidiverende lidelser, samt patienter, der har haft kortere varende, men mere alvorlige sygdomme. Til de første er f. eks. medregnet patienter med recidiverende tonsillitis, otitis og infektioner i respirationsvejene. Alvorligere sygdomme har man anset nefritis, basedow, diabetes og andet for at være. I nogle tilfælde har man naturligvis været noget i tvivl i vurderingen, men man bør her, som ved flere andre opgørelser i denne undersøgelse, ikke hæfte sig så meget ved de absolutte tal som ved relationen grupperne imellem.

Man fandt på denne måde, at 20 pct. af patienterne i den legale gruppe i barndommen havde haft en forøget sygelighed mod ca. halvt så mange i de 2 andre grupper. I voksenalder synes morbiditeten i den legale og spontane gruppe derimod at være af samme størrelsesorden, idet ca. 25 pct. af kvinderne i begge disse abortkategorier gav oplysninger om, at de ret ofte havde været syge. I den illegale gruppe var tallet her kun 8 pct.. På grundlag af disse tal ser det således ud til, at kvinderne i den legale gruppe allerede fra barndommen har en forøget sygelighed, hvad legemlige sygdomme angår, medens dette for kvinderne i den spontane gruppe først er tilfældet, når de bliver voksne.

I ovennævnte redegørelse er gynækologiske

sygdomme ikke medtaget, idet man fandt det hensigtsmæssigt at undersøge forholdene omkring disse for sig selv. Her viste det sig, at der ikke var nogen større forskel mellem grupperne. Ca. 25 pct. i alle 3 abortkategorier oplyste, at de tidligere havde haft underlivssygdomme af den ene eller anden art. Umiddelbart før graviditetens indtræden havde derimod 13 pct. i den spontane gruppe haft sådanne sygdomme mod ca. 8 pct. i de 2 andre grupper.

Menstruationsuregelmæssigheder synes at være hyppigst blandt kvinder i den spontane gruppe. Af disse angav ca. 30 pct., at menstruationen gennem en længere periode nu eller tidligere havde været uregelmæssig, i de 2 andre grupper var det tilsvarende tal omkring 20 pct..

Alderen ved menstruationens indtræden er udregnet for de 3 grupper hver for sig. Kvinderne i den illegale gruppe er menstrueret tidligst, medens kvinderne i den spontane er menstrueret senest. Tallene er for den legale, illegale og spontane gruppe hhv. 13,2, 13,6 og 14,1 år. Man bemærker, at denne aldersfordeling nogenlunde svarer til forholdet mellem aldersfordelingen ved første coitus; det ser derfor umiddelbart ud til, at der er proportionalitet mellem menstruationens indtræden og alderen ved første coitus.

Det har i denne undersøgelse været iøjnefaldende, at kvinderne i den legale gruppe langt hyppigere har følt sig belastet af tidligere graviditeter og fødsler end kvinderne i de øvrige grupper. Om der har været noget reelt grundlag for kvindernes klager, er det vanskeligt at tage stilling til, men det forekommer, at det også har værdi at anføre de oplysninger, man har fået om kvindernes subjektive oplevelse af tilstanden. For det første

er patienterne spurgt om, hvordan graviditeterne er forløbet, og man har ladet kvinderne selv vurdere, om de mener, at de har befundet sig dårligere end sædvanlig i de tidligere graviditeter. Dette spørgsmål besvarer næsten 50 pct. i den legale gruppe bekræftende mod kun halvt så mange i de øvrige. Ligeledes oplyser flest af kvinderne i den legale abortkategori, at fødslerne har været langvarige og besværlige, men noterer man kun de tilfælde, hvor der har været reelle komplikationer, viser det sig, at der ikke er nogen sikker forskel mellem grupperne.

Da man har ment, at trætheden efter en fødsel sædvanligvis har tabt sig i løbet af 3 måneder efter denne, er patienterne spurgt om, hvorvidt dette har været tilfældet for deres eget vedkommende. Her viser det sig, at kun en trediedel i den legale gruppe har følt sig restitueret efter dette tidsinterval, hvori- mod ca. 80 pct. i de øvrige grupper på dette tidspunkt føler sig helt raske.

Netop i den legale gruppe finder man procentvis det største antal kvinder med helt små børn, d. v. s. børn under 2 år, og adskillige af disse hævdede, at de endnu ikke havde rettet sig efter forrige graviditet, da nuværende indtrådte. Men også selv om fødslen ligger mere end 2 år tilbage i tiden, er det langt fra sjældent af kvinderne i den legale gruppe at høre, at de endnu ikke har genvundet deres helbred efter en fødsel.

Man kunne tro, at denne træthed kunne hænge sammen med, at kvinderne i den legale gruppe omkring fødsel og graviditet har de vanskeligste ydre forhold og modtager mindst hjælp udefra. Det er også sandsynligt, at dette er tilfældet, men det skal imidlertid nævnes, at en lige så stor del i alle 3 grupper nemlig ca. $\frac{1}{3}$ har ekstrahjælp i hjemmet ved og omkring fødslen. Derimod udtaler langt flere af kvinderne i den legale gruppe, at de kunne have ønsket sig mere hjælp i huset omkring de tidligere fødsler.

KAPITEL 22

Psykisk tilstand

Da flertallet af legale svangerskabsafbrydelser i alt fald her i Skandinavien sker på grund af enten rent psykisk lidelse eller psykisk sygdom i forbindelse med somatisk, er det naturligt, at man i talrige undersøgelser over legale aborter har søgt at belyse patienternes psykiske tilstand. Dette er i reglen gjort ved, at materialerne er inddelt efter de hyppigst forekommende diagnostiske grupper. Man skal ikke komme ind på alle disse arbejder, men blot nævne, at det af de fleste af disse synes at fremgå, at medens psykoser, epilepsi og svære intelligensdefekter tilsammen kun andrager omkring 10 pct. blandt de abortsøgende, udgør gruppen af psykoneuroser oftest langt over halvdelen af materialerne. De resterende psykiske afvigelser ses oftest under diagnosen karakterafvigelser og umodne, respektive psykoinfantile personligheder. I mange undersøgelser anføres, at kun en mindre del af de abortsøgende - i reglen mellem 10 og 30 pct. — ikke er psykisk afvigende.

Medens flertallet af de kvinder, der lider af psykoser m. m., indstilles til abort, får langt flere af dem, der tilhører neurosegruppen, afslag på deres ansøgning. Dette gælder specielt de lettere og de akutte tilfælde, medens de sværere kroniske hyppigere indstilles til svangerskabsafbrydelse. Blandt disse overvejer patienter med astheniske symptomer i de fleste materialer. Det fremhæves fra mange sider, at disse tilfælde af kronisk belastning med indskrænket psykisk vitalitet kan være vanskelige at bedømme. Det pointeres imidlertid altid, at det bør være kvindens præmorbid personligheds symptomer - og ikke hendes reaktion i abortsituationen - der bør være afgørende for indikationsstillingen.

Medens man i flere undersøgelser over ikke-legale aborter har interesseret sig for kvin-

dernes sociale baggrund, har man i disse arbejder ikke på samme måde som i undersøgelser omhandlede legale aborter søgt at vurdere kvindernes psykiske tilstand. I *Bremers* undersøgelse (1951) nævnes dog, at blandt de kvinder, der anmoder om abort, er de fleste psykisk naturlige. De psykisk devierende er oftest depressive, og for mange spiller trætheden efter hurtigt på hinanden følgende fødsler en rolle. Nærmest som et kuriosum fra denne undersøgelse vil man nævne, at *Bremer* fandt, at graviditeter hos ugifte hyppigere gennemføres af psykisk devierende end af psykisk normale. I *Hamiltons* (1940), *Aldéns* (1953) og *Jonssons* (1943) undersøgelser kan man kun gennem de anførte abortmotiver få indtryk af, for hvor mange kvinder sygdom er en væsentlig årsag til ønsket om svangerskabsafbrydelse. I førstnævnte forfatters materiale drejer dette sig kun om meget få, men i *Aldéns* og *Jonssons* undersøgelser angiver ca. 20 pct. af de gifte og få procent af de ugifte psykisk lidelse som abortmotiv. Det bør imidlertid anføres, at langt flere end de nævnte utvivlsomt også i disse materialer er psykisk afvigende. Mange undersøgelser vedrørende kvinder, der søger legal abort, har nemlig vist, at kvinderne selv langt oftere angiver, at vanskelige ydre forhold - og ikke sygdom - er årsag til, at et svangerskab ikke kan føres til ende.

I denne undersøgelse har man anset det for meget væsentligt at få patienternes psykiske tilstand belyst. Bl. a. beroede spørgsmålet om, hvorvidt nogle af kvinderne i den illegale gruppe skulle vise sig at opfylde betingelserne for legal abort, netop på en vurdering heraf. Dette er derfor forsøgt i så vid udstrækning, som en undersøgelse af denne art har afgivet basis for. For det første har man fået oplyst,

hvor mange af patienterne, der tidligere - bortset fra indlæggelser i tilslutning til ansøgning om legal abort - har været indlagt i psykiatrisk hospital. Det drejede sig om i alt 16, hvoraf 9, d. v. s. godt halvdelen, tilhørte den legale gruppe. Af disse havde 4 været sikkert psykotiske, og ikke mindre end 3 af disse psykoser var opstået i relation til tidligere fødsler. Af de øvrige havde 2 været indlagt i tilslutning til suicidalforsøg og 3 på grund af neurotiske tilstande med blandede depressive og anxiøse symptomer. Af sidstnævnte indlæggelser havde 2 fundet sted kort tid efter en fødsel. 3 kvinder tilhørende den illegale gruppe havde været indlagt i psykiatrisk hospital. For 2 af disse havde indlæggelserne været forårsaget af depressioner; væsentligt er det at fremhæve, at begge disse kvinder 2 gange tidligere havde fået foretaget legal abort. For den sidstes vedkommende har indlæggelsen utvivlsomt været forårsaget af en sværere karakterafvigelse. Fra den spontane gruppe havde 4 patienter været indlagt i psykiatrisk hospital af forskellige årsager. Kun én synes imidlertid at have været psykotisk (endog en depression). Netop denne patient havde søgt legal svangerskabsafbrydelse omkring den aktuelle graviditet, men aborterede spontant, før sagen var afgjort i mødrehjælpen.

For de illegale og spontane aborter findes med hensyn til disse tal ingen sammenlignelige resultater fra andre undersøgelser. Derimod kan det med hensyn til de legale nævnes, at medens ca. 4 pct. i *Ekblad's* (1958) og *Hööks* (1963) materialer tidligere havde været indlagt i psykiatrisk hospital, er den tilsvarende procentdel i denne undersøgelse ca. 13. Nogen umiddelbar **forklaring på denne** store forskel forekommer det imidlertid ikke forfatteren mulig at give.

I øvrigt har man skønnet, at yderligere 3 patienter tidligere formentlig har haft lettere tilfælde af maniodepressiv psykose, uden at dette har medført indlæggelser. Alle disse tilfælde hidrørte fra kvinder i den legale gruppe. Såfremt denne vurdering er rigtig, vil det sige, at knapt 10 pct. af kvinderne i den legale abortkategori på et eller andet tidspunkt havde frembudt psykotiske symptomer. Også dette tal er langt højere end de tilsvarende af *Ekblad* fundne.

Medens man med nogenlunde sikkerhed kan bedømme, om en patient har haft psyko-

tiske symptomer, er det langt vanskeligere at tage stilling til, om en person kan betegnes som normal, neurotisk eller karakterafvigende, idet denne vurdering ganske afhænger af, hvilke kriterier man opstiller. Når resultaterne af disse afvigelses hyppighed i befolkningen varierer fra undersøgelse til undersøgelse, beror dette således langt snarere på forskellige undersøgelsesprincipper og metoder end på en reel forskel i morbiditeten. For i så vid udstrækning som muligt at undgå at tage stilling til, om disse patienter skal betegnes som normale eller syge i psykisk henseende, har man i stedet for at opstille forskellige diagnostiske grupper opstillet en række af de hyppigst forekommende og lettest iagttagelige symptomer. Dels på basis af patienternes egne oplysninger, dels på basis af det indtryk, man gennem interviewet har fået af dem, har man beregnet, hvor mange af kvinderne der i hver abortkategori har frembudt neurotiske symptomer i hhv. lettere og sværere grader.

Nogle patienter synes aldrig at have haft nervøse symptomer, og de kan derfor med sikkerhed betegnes som psykisk sunde. Andre har kun frembudt ét eller få symptomer i lettere grad, og formentlig bør også flere af disse betegnes som værende inden for det normale område. Anderledes forholder det sig med de patienter, der frembyder talrige lette eller enkelte svære symptomer. De bør karakteriseres som psykisk afvigende. Men det ses, at man på denne måde kommer udenom en skarp afgrænsning af normalitetsbegrebet, og samtidig får man mulighed for en mere kvantitativ vurdering af de forskellige gruppers neurotiske symptomer. Inden man går over til en nærmere beskrivelse af enkeltsymptomerne, skal det oplyses, at man har fundet det mest hensigtsmæssigt først og fremmest at give en beskrivelse af kvindernes totalpersonlighed. Man har derfor i så vid udstrækning, som det har været muligt, bestræbt sig på kun at anføre de symptomer, som i længere tid - og også før den aktuelle graviditet - har været tilstede.

Af tabel 34 fremgår, hvilke neurotiske symptomer man har opstillet. Det først anførte, det astheniske, er væsentlig karakteriseret ved en udtalt træthed uden påviselig legemlig årsag. Dette symptom besværer mange patienter, specielt i den legale gruppe, sig over. Knapt halvdelen oplyser, at de permanent føler sig meget trætte, og kun $\frac{1}{3}$ klager

slet ikke over dette symptom. Kun få af kvinderne i den illegale abortgruppe besværer sig over en mere udtalt træthed, knap 20 pct. over en lettere. I den spontane gruppe er kun få patienter egentlig astheniske.

Ca. 25 pct. af kvinderne i den legale gruppe anfører, at de i alt fald i perioder er udtalt depressive, medens den tilsvarende procent i de øvrige grupper er ganske ringe. Lettere depressive er imidlertid ret mange periodevis i alle grupperne, men forklaringen er utvivlsomt, at vi her netop er inde på et symptom, som i mindre udtalt grad også forekommer hos mennesker, som man sædvanligvis vil betegne som psykisk normale.

Det næste symptomkompleks har man kaldt det hysteriforme. Kun en enkelt patient havde haft egentlig konversionshysteriske symptomer; de kvinder, der er rubriceret her, har hovedsagelig været karakteriseret ved en udtalt dramatisering, uligevægt og reaktivitet i deres adfærdsmønster - uden at dette dog har nået sådanne grader, at de kunne betegnes som psykopatiske. Også disse symptomer er i sværere grader hyppigst hos kvinder i den legale gruppe, men i lettere grader findes de med omtrent samme hyppighed i begge de provokerede grupper. I den spontane gruppe findes sådanne symptomer kun sjældent.

Symptomer som rastløshed, selvusikkerhed, indre uro og let angstelighed er sammenfattende betegnet som neurastheniforme. Også disse symptomer findes i mindre udtalte former omtrent lige hyppigt hos patienter i den legale og illegale gruppe, i sværere former derimod atter hyppigst blandt kvinder i førstnævnte gruppe.

De patienter, hvis symptomatologi var domineret af en mere udtalt angst, er herefter opført i tabellen. Det drejede sig kun om få; imidlertid optræder angstfølelser i lettere former i flere af de allerede nævnte symptomkomplekser. I dette materiale fandtes slet ingen egentlig tvangsneurotiske patienter.

Sidst har man i tabellen opført de patienter, der har forskellige psykosomatiske symptomer. I dette arbejde har man herved forstået symptomer, der fremtræder som somatiske, men som udelukkende synes at være psykogent betingede. Forskellige former for hovedpine, muskelsmerter, opkastninger, mavesmerter, hjertebanken m. m. er medtaget her. Derimod har man rubriceret sygdomme som

ulcus ventriculi, colitis ulcerosa, asthma o. l. under somatiske lidelser.

Sammenfatter man, hvor mange af patienterne der har lettere neurotiske symptomer i de 3 grupper, finder man, at det drejer sig om ca. 20 pct. i begge provokerede grupper mod knapt halvt så mange i den spontane gruppe. For de sværere symptomers vedkommende er relationen mellem grupperne anderledes. 65 pct. i den legale gruppe har alvorligere symptomer mod ca. 10 pct. i de 2 følgende grupper.

For at få et indtryk af, om neurotiske symptomer manifesterer sig allerede på et tidligt tidspunkt i livet hos disse patienter, har man spurgt dem, om de i barndommen har været nervøse. Man har her særlig været inde på symptomer som neglebidning, enuresis, mørkeangst og situationsnervositet. Det ser herefter ud til, at kvinderne i den legale gruppe også tidligt frembyder flest symptomer, idet 30 pct. i denne gruppe, 15 pct. i den illegale og 5 pct. i den spontane oplyser, at de har haft et eller flere symptomer af nævnte art som børn.

Et vist skøn over den psykiatriske morbiditet kan man formentlig også få ved at indhente oplysninger om, hvor mange af kvinderne der har søgt læge udelukkende for nervøse symptomer. Dette har været tilfældet for 60 pct. i den legale gruppe mod hhv. 25 og 15 pct. i de to følgende grupper. Patienternes forbrug af nervemedicin giver utvivlsomt også et fingerpeg om sygeligheden. Ved en udspørgen herom oplyste 40 pct. i første gruppe, 15 pct. i næste og 5 pct. i tredje, at de på et eller andet tidspunkt regelmæssigt havde taget sådanne stoffer. Egentlig medicinmisbrug, som det erfaringsmæssigt er meget vanskeligt at få pålidelige oplysninger om, oplyste kun ganske enkelte patienter at have været inde i.

Medens man som tidligere nævnt til grund for bedømmelsen af de neurotiske symptomer både kunne lægge patienternes egen beskrivelse af disse og det indtryk, man i øvrigt har fået af dem i samtaleløb, beror vurderingen af eventuelle karakterologiske afvigelser hovedsagelig på forfatterens subjektive vurdering. Da det drejede sig om en enkelt og relativt kortvarig undersøgelse, er der næppe tvivl om, at denne vurdering er behæftet med en større grad af usikkerhed, og resultaterne

må derfor tages med forbehold. Til grundlag for bedømmelsen af karakterafvigelser har man hovedsagelig hæftet sig ved træk som holdningsløshed, følelseskulde og udtalt affektlabilitet. Man har skønnet, at ca. 20 pct. i begge de provokerede grupper var karakterafvigende i sværere, og ca. 10 pct. i lettere grad. Spørgsmålet om, hvorvidt kvinderne kunne betegnes som psykoinfantile, forekom det forfatteren noget lettere at tage stilling til på basis af interviewet. Man har ment, at ca. 20 pct. i den legale gruppe emotionelt var umodne mod ca. 10 pct. i de øvrige grupper.

Ved bedømmelsen af intelligensen har det naturligvis været vejledende, hvorvidt kvinderne har en eller anden form for højere uddannelse eller eksamen. Sådanne kunne med

sikkerhed karakteriseres som godt begavede, medens de patienter, der f. eks. ikke har kunnet følge normalundervisningen i skolen, må være småt begavede. Men for adskillige har der ikke været forhold af denne art at tage hensyn til. Man har derfor ikke placeret alle kvinderne intelligensmæssigt, men har kun adskilt de patienter, der med ret stor sikkerhed skilte sig ud som dårligt, respektive godt begavede. De absolutte procentangivelser bør man næppe hæfte sig så meget ved, men snarere ved relativiteten mellem grupperne. Man bedømte ca. 20 pct. i den legale gruppe som småt begavede, mod 6 pct. i de øvrige. God begavelse fandt man hos 20 pct., 30 pct. og 40 pct. i hhv. den legale, illegale og spontane gruppe.

Tabel 34. Neurotiske symptomer i forskellige abortgrupper.

	Legale	Illegale	Spontane
Lette astheniske symptomer	15 = 20%	24 = 18%	7 = 8%
Svære astheniske symptomer	33 = 45%	9 = 7%	5 = 6%
Lette depressive symptomer	27 = 37%	36 = 27%	21 = 23%
Svære depressive symptomer	18 = 24%	6 = 5%	5 = 6%
Lette hysteriforme symptomer	19 = 26%	30 = 23%	4 = 4%
Svære hysteriforme symptomer	12 = 16%	5 = 4%	1 = 1%
Lette neurastheniforme symptomer	20 = 27%	29 = 22%	9 = 10%
Svære neurastheniforme symptomer	9 = 12%	0 = 0%	3 = 3%
Lette anxiøse symptomer	6 = 8%	7 = 5%	3 = 3%
Svære anxiøse symptomer	4 = 5%	0 = 0%	1 = 1%
Lette psykosomatiske symptomer	6 = 8%	9 = 7%	4 = 4%
Svære psykosomatiske symptomer	13 = 18%	3 = 2%	2 = 2%

KAPITEL 23

Abortmotiver

Ved motiver for aborten vil man i reglen forstå det eller de forhold, der af den pågældende kvinde angives som årsag til, at graviditeten ikke kan føres til ende. I nogle tilfælde vil der være et enkelt eller få nærliggende og dominerende abortmotiver, men i andre er det, kvinden selv anfører, i realiteten mindre betydningsfuldt, og den egentlige årsag til svangerskabsafbrydelsen må ses som et kompleks af forskellige faktorer, der gensidigt påvirker hinanden. I disse tilfælde er adskillelsen mellem abortmotiver og baggrunden for aborten ikke skarp. Spørgsmålet kan i øvrigt også vanskeliggøres af, at nogle kvinder mere bevidst søger at tilsløre det egentlige motiv. Dette vil f. eks. ikke sjældent være tilfældet, når dette støder an mod almindelig moralopfattelse.

Når man på trods af disse vanskeligheder i denne undersøgelse har forsøgt at belyse abortmotiverne, skyldes det, at man herved i alt fald i nogen grad indkredser, hvilke problemer der på aborttidspunktet har været dominerende for patienterne. I mange af de tidligere undersøgelser over såvel legale som illegale aborter er dette da også gjort (*Richter* (1922), *Hamilton* (1940), *Clemmesen* (1940), *Lindberg* (1948), *Bremer* (1951), *Aldén* (1953), *Simon* (1954), *Nielsen* (1960)). Man skal ikke gå nærmere ind på hvert enkelt af disse arbejder, men sammenfattende anføre, at det af disse undersøgelser fremgår, at der ikke synes at være væsentlige forskelle på de motiver, som kvinderne i de to forskellige abortgrupper fremkommer med. I begge anfører de ugifte hyppigt skam som hovedmotiv, medens de gifte oftest siger, at dårlig økonomi, utilfredsstillende boligforhold, for stor børneflokk m. m. er årsag til, at graviditeten ikke kan føres til ende. Et gennemgående

træk er, at kvinderne selv sjældent angiver sygdom som abortmotiv; de nævner selv hyppigere i denne forbindelse de ydre vanskeligheder, som er årsag til insufficienstilstanden.

I denne undersøgelse har man ikke blot kunnet finde frem til abortmotiverne for patienterne i den legale og den indrømmede illegale gruppe. Kvinderne i den formentlig illegale abortkategori har i reglen ikke lagt skjul på, at de ikke ønskede at føre graviditeten til ende, og det, der blev angivet som årsag hertil, er opført som abortmotiv. Mange kvinder har i øvrigt i samtalens løb spontant afsløret, hvorfor de ikke ville have barnet. Noget direkte spørgsmål vedrørende abortmotivet har det således ikke altid været nødvendigt at stille.

Tabel 35 giver en oversigt over de hyppigst forekommende abortmotiver. For så vidt flere nogenlunde tungt vejende årsager har gjort sig gældende, er alle disse opført, også selv om ét motiv har spillet en større rolle end et andet. Hos ialt 78 kvinder er graviditeten utvivlsomt afbrudt, fordi ægteskab med barnefaderen på det pågældende tidspunkt ikke kunne komme på tale. Årsagerne hertil har været forskelligartede. Nogle kvinder ønsker ikke selv at binde sig til barnefaderen; for andre spiller forhold af praktisk og økonomisk art en rolle, og endelig bliver en del svigtet af partneren — før eller efter graviditetens indtræden. Medens en omtrent lige stor procentdel i de to abortgrupper angiver, at de ikke har mulighed for ægteskab, er flere af kvinderne i den legale gruppe blevet svigtet af barnets fader. I øvrigt har man under omtalen af civilstandsfordelingen og barnefaderen været inde på, at forholdet til partneren i mange tilfælde bliver bestemmende for udfaldet af graviditeten.

Kun få af de kvinder, der er omtalt i denne gruppe, siger, at de ville have oplevet det som en skam at gennemføre graviditeten i ugift stand. Det er et spørgsmål, om der reelt er sket en ændring i indstillingen, eller om kvinderne nu om stunder af den ene eller den anden grund er mindre tilbøjelige til at vedgå denne skamfølelse. I flere af de tidligere undersøgelser er det anført, at forældrenes reaktion eller frygten for denne ofte spiller en rolle for udfaldet af graviditeten. Dette bekræftedes til en vis grad af denne undersøgelse, idet ikke helt få - specielt af de unge ugifte - oplyste, at de havde været udsat for pres af den ældre generation. Flertallet af patienterne hævder imidlertid selv, at barnet først og fremmest er uønsket på grund af de praktiske vanskeligheder, der er forbundet med at være enlig moder.

Det er tidligere omtalt, at flere i den legale end den illegale gruppe beskriver deres ægteskab som egentlig disharmonisk. Samtidig nævnte man, at dette relativt sjældent blev anført som abortmotiv. Dette bekræftes af de i tabellen anførte tal.

Ca. $\frac{1}{4}$ i begge grupper begrundet deres abortønske med dårlig økonomi, dårlige boligforhold o. l. For stor arbejdsbyrde anføres derimod dobbelt så hyppigt at være årsagen til svangerskabsafbrydelse i den legale som i den illegale gruppe. Sygdom, træthed, manglende kræfter er for en relativt stor del af patienterne i førstnævnte gruppe en væsentlig årsag til aborten, hvorimod kun ganske enkelte i den illegale gruppe nævner sådanne forhold i denne forbindelse. I alt 8 kvinder var hovedsagelig på grund af risiko for sygdom hos barnet blevet indstillet til legal abort.

Det er tidligere nævnt, at illegale aborter ikke er en sjælden foreteelse i ægteskaber, hvor der er mere end 2-3 børn. Imidlertid anfører kun ganske få af kvinderne i den illegale gruppe, at aborten har fundet sted for at begrænse børneflokkens størrelse. Her spiller forhold, som man tidligere har været inde på, utvivlsomt en rolle. I reglen vil det støde an mod almindelige moralbegreber, såfremt en kvinde giver udtryk for, at hun ikke ønsker mere end to børn, og hun vælger da — bevidst eller ubevidst — at tilsløre dette ved at anføre andre motiver for aborten end det væsentlige.

Trætheden efter en nylig overstået fødsel er for relativt mange kvinder specielt i den le-

gale gruppe årsag til, at de ikke ønsker at føre graviditeten til ende. Også kvindens alder kan spille en rolle. Nogle mener, de er for unge til at få børn, andre, at de er for gamle. Med hensyn til førstnævnte ses det, at disse i begge abortgrupper kun udgør en beskedent procentdel. Her skal det nævnes, at de helt unge kvinder ikke sjældent selv er positivt indstillet overfor graviditetens gennemførelse. Når den trods alt afbrydes, skyldes det hyppigt, at omgivelserne ikke har samme syn på sagen som patienten, og at disse direkte eller indirekte udsætter den unge kvinde for pres. Relativt mange kvinder mener, at de er for gamle til at få børn. De fleste af disse er omkring 40 år, men enkelte anfører langt tidligere alderen som abortmotiv. Denne sidste gruppe omfatter især de kvinder, der har voksne eller næsten voksne børn. Flere af disse har ikke lagt skjul på, at de specielt overfor børnene oplever graviditeten som en skam.

I alt anfører 4 kvinder i den legale gruppe, at de ønsker svangerskabsafbrydelse, fordi de er bange for fødslen. Hos 3 af disse synes denne angst at have en reel baggrund, idet patienterne tidligere havde været igennem svære og komplicerede fødsler. I det sidste tilfælde drejede det sig om en karakterafvigende og svært neurotisk ung kvinde. I et tidligere kapitel har man været inde på, at kvinders trang til at blive mødre formentlig er underkastet en stor variationsbredde. Der er næppe tvivl om, at de kvinder, der har udtalt moderlige følelser, og som er glade for små børn, langt snarere på trods af ydre vanskeligheder, sygdom og andet vil gennemføre en graviditet end dem, der har en mere kølig indstilling til børn. Formentlig tilfredsstilles nogle kvinders moderinstinkt med et eller to børn, medens dette for andres vedkommende først er tilfældet, når de har fået en større børneflokk. I denne undersøgelse har man skønnet, at et betydelig nedsat eller næsten manglende moderinstinkt var en væsentlig årsag til, at graviditeten blev afbrudt i ialt 10 tilfælde.

Omgivelsernes indstilling til graviditeten spiller utvivlsomt en overordentlig stor rolle for, hvorvidt den bliver gennemført eller ej. Ofte er der imidlertid ikke tale om noget direkte pres; i disse tilfælde er kvinderne ikke helt klar over dette forholds betydning, og i interviewet kommer dette derfor ikke altid

frem. Anderledes forholder det sig med de patienter, der har været udsat for direkte påvirkning fra deres nærmeste. Disse kvinder lægger ikke skjul på sagens rette sammenhæng og giver i løbet af samtalen hyppigt udtryk for utvetydige aggressioner overfor pågældende. I alt 23 patienter - med omtrent lige mange i hver gruppe - har oplyst, at de af omgivelserne er blevet presset til at afbryde graviditeten. I de allerfleste af disse tilfælde drejede det sig om unge kvinder, der var blevet påvirket af forældrene. Ca. halvdelen var under 20 år gamle, og kun 3 var mere end 22 år. Det fremgik ganske tydeligt, at partneren kun sjældent søger at påvirke patienten til abort; han indtager ofte en mere passiv rolle og overdrager løsningen af problemerne til kvinden selv.

Tabel 35. Abortmotiver.

	Legale	Illegale
Ikke mulighed for ægteskab.	27 = 36%	51 = 39%
Svigtet af barnefaderen	13 = 18%	11 = 8%
Disharmonisk ægteskab	7 = 10%	7 = 5%
Dårlige sociale forhold	16 = 22%	34 = 26%
For stor arbejdsbyrde	26 = 35%	22 = 17%
Sygdoms- eller insufficiens- tilstand	31 = 42%	6 = 5%
Risiko for sygdom hos barnet	8 = 11%	0 = 0%
For mange børn	10 = 13%	6 = 5%
Træthed efter fødsel	10 = 13%	7 = 5%
For ung	3 = 4%	2 = 2%
For gammel	9 = 12%	9 = 7%
Frygt for fødslen	4 = 5%	0 = 0%
Manglende moderlige følel- ser	3 = 4%	7 = 6%
Udsat for pres af omgivel- serne	11 = 15%	12 = 11%

Litteraturliste

- Aldén, T.: Om de illegala aborternas antal och geografiska fördelning. /: *Abortfrågan*, suppl. II, p. 222, Statens offentliga utredningar 1953. No. 29, Stockholm 1953.
- Amen, J. H.: Some obstacles to effective legal control of criminal abortions. 7: Taylor, H. C., ed., *The Abortion Problem*. Conference Nat. Comm. Maternal Health. Baltimore. Williams & Wilkins, 1944, p. 134.
- Apajalahti, A.: Om ökningen av antalet missfall och orsakerna därtill, belysta på basen av material från sjukhusen i Helsingfors under åren 1901-1937. *Nord. Med.*, 3: 2943, 1939.
- Aren, P.: Undersökning av 100 nyblivna mödrar med legal abort i anamnesen. *Svenska Läk.-Tidn.*, 55: 505, 1958.
- Aren, P. & C. Åmark: Prognosen vid beviljad men icke utförd legal abort. *Svenska Läk.-Tidn.* 54: 3709, 1957.
- Auken, K.: *Undersøgelser over Unge Kvinders Sexuelle Adfærd*. (Disp.), København, Rosenkilde & Bagger, 1953.
- Auken, K., V. Christensen, I. Jørgensen, O. Krabbe & J. Sørensen: *Familien lever. En Familieundersøgelse*. København, Gad, 1962.
- Bager, B.: Några synpunkter på abortfrågan. *Svenska Läk.-Tidn.*, 43: 843, 1946.
- Bengtsson, L.: Graviditet och självmord. *Svenska Läk.-Tidn.*, 44: 1469, 1947.
- Beretning om mödrehjælpsinstitutionens virksomhed. København, 1963.
- Berg. A.: Statistische Untersuchungen der von 1920 bis 1929 im Städtischen Krankenhaus Ullevaal in Oslo behandelten Aborte. *Acta obstet. gynec. scand.*, 11: 68, 1931.
- Betænkning angående lovligheden af svangerskabsafbrydning m. v. København, 1936.
- Betænkning angående ændring af svangerskabslovgivningen m. v. Betænkning nr. 96, København, 1954.
- Black, A. D.: The influence of moral and cultural patterns on the abortion problem. /: Taylor, H. C., ed., *The Abortion Problem*. Conference Nat. Comm. Maternal Health. Baltimore. Williams & Wilkins, 1944, p. 98.
- Bovin, E.: Vad lära oss verkningarna av den ryska abortlagstiftningen? *Svenska Läk.-Tidn.*, 31: 877, 1934.
- Bremer, J.: A social psychiatric investigation of a small community in northern Norway. *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 62, København, Munksgaard, 1951.
- Brunner, E.: The outcome of 1556 conceptions. A medical and sociological study. *Hum. Biol.*, 13: 159, 1941.
- Brunner, E. K. & L. Newton: Abortions in relation to viable births in 10,609 pregnancies. A study based on 4,500 clinic histories. *Amer. j. Obstet. Gynec.*, 38: 82, 1939.
- Bræstrup, A.: Fertilitet. *Ugeskr. Læg.*, 126: 1729, 1964.
- Bundesen, H. N.: Suggested public health procedure for the control of abortions. /: Taylor, H. C., ed., *The Abortion problem*. Conference Nat. Comm. Maternal Health. Baltimore, Williams & Wilkins, 1944, p. 1955.
- Burch, T. K.: Induced abortion in Japan under eugenic protection law of 1948. *Eugen. Quart.*, 2: 140, 1955.
- Calderone, M. S.: Illegal abortion as a public health problem. *Amer. J. publ. tilth.*, 50: 948, 1960.
- Clemmesen, C.: Om abortus provocatus på neuro-psykiatrisk indikation. *Ugeskr. Læg.*, 102: 753, 1940.

- Cleinmesen, C.: Abortproblemet. *Ugeskr. Læg.*, 109: 841, 1947.
- Clemmesen, C.: Problemer omkring svangerskabskommissionen. *Ugeskr. Læg.*, 114: 895, 1952.
- Collins, J. H.: Abortions - a study based on 1,304 cases. *Arner J. Obstet. Gynec.*, 62: 548, 1951.
- Davis, A.: 2665 cases of abortion. A clinical survey. *Brit. med. J.*, 2: 123, 1950.
- Devereux, G.: *A Study of Abortion in Primitive Societies*. London, Thomas Yoseloff, 1960.
- Dunn, H. L.: Frequency of abortion. Its effects on maternal mortality rates. /: Taylor, H. C, ed., *The Abortion Problem*. Conference Nat. Comm. Maternal Health. Baltimore, Williams & Wilkins, 1944, p. 1.
- Ekblad, M.: Induced abortion on psychiatric grounds. A follow-up study of 479 women. *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 99. København, Munksgaard, 1955.
- Essen-Möller, E.: Några erfarenheter och synpunkter angående fosterfördrivningen. *Svenska Läk.-Tidn.*, 25: 802, 1928.
- Ettlinger, R. W. & P. Flordh: Attempted suicide. *Acta psychiat. scand.* Supp. 103, København, Munksgaard, 1955.
- Fabricius-Møller, J. & V. Oram: Om tekni-ken ved legal og illegal svangerskabsafbrydelse. *Ugeskr. Læg.*, 113: 664, 1951.
- Fenger, M. & M. Lindhardt: Om antallet af aborter i Danmark 1940-50. *Ugeskr. Læg.*, 114:617, 1952.
- Gebhard, P., W. B. Pomeroy, C. E. Martin & C. V. Christensen: *Pregnancy, Birth and Abortion*. New York, Harper and Hoeber, 1958.
- Haffner, J.: Aborterne - fremdeles et samfundsproblem *T. norske Lægeforen.*, 59: 1179, 1939.
- Hamilton, V.: Some sociologic and psycholog-ic observations on abortion. A study of 537 cases. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 39: 919, 1940.
- Helweg, H.: Svangerskabsafbrydelse på psy-kiatrisk indication. *Ugeskr. Læg.*, 102: 749, 1940.
- Helweg, H.: Om lovmæssig svangerskabsaf-brydelse. *Nord. Med.*, 37: 453, 1948.
- Hoffmeyer, S.: *En Samfundssygdom. De ulovlige aborter*. København, Fremad, 1949.
- Hoffmeyer, H.: Anticonception. *Ugeskr. Læg.* 113:569, 1951.
- Hoffmeyer, H. & M. Nørgaard: Koncepti-onshyppighed og svangerskabsforløb. *Ugeskr. Læg.*, 126: 355, 1964.
- Hofmann, D.: Untersuchungen über die Häufigkeit der Abortursachen. *Med. Klin.*, 56:821, 1961.
- Hultgren, G.: Avslag på ansökan om legal abort. *Nord. Med.*, 62: 1182, 1959.
- Hultin, M. & J. O. Ottosson: Klinisk obser-vation av abortsökande kvinnor. *Svenska Läk.-Tidn.*, 59: 1365, 1962.
- Höök, K.: Refused abortion. A follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden. *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 168, Vol. 39, København, Munksgaard, 1963.
- Inghe, G.: The social conditions of the abor-tion patients. *Acta obstet. gynec. scand.*, 22: 123, 1943.
- Inghe, G.: Abortexperimentet i Japan. *Sven-ska Läk.-Tidn.*, 51: 3229, 1954.
- Javert, C.: *Spontaneous and Habitual Abor-tion*. New York, McGraw Hill, 1957.
- Jensen, M. Landgreen: Om svangerskabsaf-brydelse og svangerskabslovgivning. *Ugeskr. Læg.*, 117: 80, 1955.
- Johnsson, O.: *Fosterfördrivning*. Stockholm, Wahlström & Widstrand, 1945.
- Jonsson, G.: The social-psychological back-ground to the woman's wish for abortion. *Acta obstet. gynec. scand.*, 22: 175, 1943.
- Kinsey, A. C., W. B. Pomeroy & C. E. Mar-tin: *Sexual Behaviour in the Human Male*. Philadelphia, Saunders, 1948.
- Kiser, C. V.: Review. Third public opinion survey on birth control in Japan. Population Problem Research Council. *Amer. J. Sociol.*, 62: 348, 1956.
- Klintskog, E.: Översikt av lagstiftningen rö-rande avbrytande av havandeskap (abortus provocatus legalis) i Sverige och i utlandet. *Svenska Läk.-Tidn.*, 49: 610, 1952.

- Koguchi, Y.: The prevalence of induced abortion in present-day Japan. /: *International Planned Parenthood Federation. The fifth international conference --*, 1955, p. 231.
- Kross, A.: The abortion problems seen in criminal courts. /: Taylor, H. C, ed., *The Abortion Problem*. Conference Nat. Comm. Maternal Health. Baltimore, Williams & Wilkins, 1944, p. 107.
- Kaern, H.: Abortmisèren. *Ugeskr. Læg.*: 109: 841, 1947.
- Kærn, T.: Et 10-aars abortmateriale. *Ugeskr. Læg.*, 109: 169, 1947a.
- Kaern, T.: Abortproblemet. *Ugeskr. Læg.*, 109: 800, 1947b.
- Kaern, T.: Den hospitalsbehandlede abort. *Nord. Med.*, 44: 1277, 1950.
- Kærn T.: Bolig, sygdom og abortus provocatus. *Ugeskr. Læg.*, 114: 756, 1952.
- Lindberg, B.J.: Vad gör den abortsökande kvinnan, när psykiatern sagt nej? *Svenska Läk.-Tidn.*, 45: 1381, 1948.
- Lindberg, B.J.: Den medicinska linjen i abortfrågan. *Svenska Läk.-Tidn.*, 51: 2968, 1954.
- Lomholt, E.: Opvækstvilkår. En socialmedicinsk undersøgelse af 1066 hospitalspatienter med hud- og kønssygdomme. *Bibi. Læg.*, 150: 209, 1958.
- Magid, M.I.: Über die differentielle Diagnose zwischen dem spontanen und dem illegalen Abort. *ZU. Gynäk.*, 55: 1806, 1931.
- Malmfors, K.: Den abortsökande kvinnans problem. *Svenska Läk.-Tidn.*, 48:2445, 1951.
- Mellgren, A.: Den tjeckiska abortlagen. *Svenska Läk.-Tidn.*, 58: 1798, 1961.
- Millar, W.M.: Human abortion. *Hum. Biol.*, 6: 271, 1934.
- Morville, P.: Abort-misèren. *Ugeskr. Læg.*, 109: 694, 1947.
- Muramatsu, M.: Recent trends in induced abortion and sterilization in Japan. I: *International Planned Parenthood Federation. The fifth international conference --*, 1955, p. 230.
- Nakatsu. Y.: Survey of induced abortion in Japan. /: *International Planned Parenthood Federation. The fifth international conference --*, 1955, p. 234.
- Nielsen, J.B.: Afgørelser i et mødrehjælpsamråd og en efterundersøgelse. *Ugeskr. Læg.*, 122: 330, 1960.
- Næslund, J.: Undersökningar över aborternas antal, frekvens, mortalitet m. m. i Sverige. *Svenska Läk.-Tidn.*, 30: 953, 1933.
- Oram, V.: Om antallet af kriminelle aborter. *Ugeskr. Læg.*, 110: 734, 1948.
- Pearl, R.: Fertility and contraception in New York and Chicago. /: *Arner. med. Ass.*, 108: 1385, 1937.
- Pommerenke, W.T.: Abortion in Japan. *Obstet. gynec. Survey*, 10: 145, 1955.
- Richter, S.: Några erfarenheter om kriminella aborter. *Svenska Läk.-Tidn.*, 19: 607, 1922.
- Rosenberg, Ä.J. & E. Silver: Suicide, psychiatrists and therapeutic abortion. *Calif. Med.*, 102: 407, 1965.
- Rydberg, E.: De legale abortprovokationer. *Ugeskr. Læg.*, 114: 690, 1952.
- Sauvy, A.: Fertility and Survival. London, Chatto & Windus, 1961.
- Schlaug, R.: Om de abortsökande kvinnornas män. *Svenska Läk.-Tidn.*, 49: 849, 1952.
- Simon. L.: Abortfrågan. *Svenska Läk.-Tidn.*, 51: 485, 1954.
- Simons, JH.: Statistical analysis of one thousand abortions. *Arner. J. Obstet. Gynec.*, 37: 840, 1939.
- Sjövall, E.: Göteborgs abortklientel år 1951. *Svenska Läk.-Tidn.*, 49: 1815, 1952.
- Sjövall, T.: Frekvensen av illegala aborter efter avslag på abortansökan. *Svenska Läk.-Tidn.*, 54: 1857, 1957.
- Sjövall, T.: Om graviditetens öde hos abortsökande kvinnor med särskild hensyn til dess ålder vid första besöket. *Svenska Läk.-Tidn.*, 54: 3870, 1957.
- Statans Offentliga Utredningar 1935, no. 15. Betänkande med förslag til lagstiftning om avbrytande av havandeskap. Stockholm 1935.
- Statans Offentliga Utredningar 1944, no. 51. Betänkande i abortfrågan avgivet av 1941 års befolkningsutredning. Stockholm 1944.

- Statans Offentliga Utredningar 1953, no. 29, *Abortfrågan*. Betänkande avgivet av 1950 års abortutredning, Stockholm 1953.
- Stoltz, I.: Abortfrågan. *Svenska Läk.-Tidn.*, 51: 2963, 1954.
- Svanberg, N.: Senkomplikationer vid legal abortprovokation. *Nord. Med.*, 42: 1264, 1949.
- Søndergaard, K.: Adæquate samfundsmæssige foranstaltninger i stedet for abortus provocatus på social-medicinsk indikation. *Ugeskr. Læg.*, 116: 1759, 1954.
- Taylor, G.R.: *Sex in History*. New York, Vanguard, 1955.
- Thorsson, I.: Abortfrågan. *Svenska Läk.-Tidn.*, 51: 2953, 1954.
- Tietze, C.: Report on a series of illegal abortions induced by physicians. *Human Biol.*, 21: 60, 1949.
- Tietze, C. & H. Lehfeldt: Legal abortion in Eastern Europe. */ Amer. med. Ass.*, 175: 1149, 1961.
- Watkins, R.E.: A five-year study of abortion. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 26: 161, 1933.
- Watson, C.: Birth control and abortion in France since 1939. *Population Stud.*, 5: 261, 1952.
- Westman, A. & H. Leissner: Några erfarenheter om de illegale aborterna i Stockholm. *Svenska Läk.-Tidn.*, 29: 389, 1932.
- Wetterdahl, P.: Spontaneous abortion. *Acta obstet. gynec. scand.*, 25: 399, 1945.
- Wetterdahl, P.: Några synpunkter på abortproblemet. *Nord. Med.*, 34: 1221, 1947.
- Whelpton, P.K.: Frequency of abortion. Its effects on the birth rates and future population of America, I: Taylor, H.C., ed., *The Abortion Problem*. Conference Nat. Comm. Maternal Health. Baltimore, Williams & Wilkins, 1944, p. 15.
- Wiehl, D. & K. Berry: Pregnancy wastage in New York City. *The Melbank Memorial Fund Quarterly*, 15: 228, 1937.
- Østergård, E.: Aborthyppighed og abortprofylaxe. *Ugeskr. Læg.*, 109: 883, 1947.
- Østergård, E.: Om spontane og kriminelle aborter. *Ugeskr. Læg.*, 110: 812, 1948.

Socialgruppeinddelingen i udvalgets undersøgelser
udarbejdet af ekspeditionssekretær, cand. polit. H. Hamtoft

I de fleste af udvalgets undersøgelser er der anvendt en inddeling af den undersøgte befolkning efter sociale (erhvervs-) grupper, som er afledt af Svalastoga's inddeling.

Inddelingen er modificeret noget, og der er taget et vist hensyn til muligheden for at få tal for de enkelte grupper fra folketællingen.

Det sidste er dog vanskeligt, fordi folketællingen ikke som de sociologiske systemer skelner mellem større og mindre erhvervsdrivende, og heller ikke i funktionær- (og embeds-) klassen er folketællingens inddeling særlig relevant med hensyn til »klasse«-delingen.

Inddeling af erhverv

- | | |
|--|--|
| I. Overklasse: | godsejere, proprietærer, akademikere i højere position: professorer, overlæger, rektorer, dommere, kontorchefer; større selvstændige akademikere i liberale erhverv (højesteretssagførere o. lign.), højeste officerer, selvstændige og ledende i større stil, direktører, kunstnere i højeste klasse. |
| II. Højere middelstand: | |
| 1. Gårdmænd: | forpagtere, gårdbestyrere. |
| 2. Andre større selvstændige: | større håndværksmestre, fabrikanter, grosserer, stor-detailhandlere, større forfattere, statsautoriserede revisorer, rådgivende ingeniører. |
| 3. Højere funktionærer:
(overordnede) | akademikere i alm. position (amanuenser, fuldmægtige, sognepræster, reservelæger, lektorer, lærere, ingeniører, tandlæger), højere funktionærer i postvæsenet, DSB, politiet, hæren, ikke-akademikere i større stillinger (bankbestyrere, kontorchefer i handel, forsikring, industri etc., oversygeplejersker). |
| III. Lavere middelstand: | |
| 4. Husmænd m. m.: | gartnere, fiskere (selvstændige), parcellister. |
| 5. Mindre erhvervsdrivende: | almindelige detailhandlere, små håndværkere, vognmænd, kioskejere, revisorer. |
| 6. a. Funktionærer af lavere grad incl. lærlinge i kontor og handel: | i stat, kommune, politi, DSB, postvæsen (tekniske og kontorfunkt.), kontorister, assistenter, repræsentanter, sygeplejersker, børnehavelærere. |
| 6. b. Faglærte arbejdere og lærlinge i håndværk og industri: | arbejdsledere og formænd hos faglærte, svende, frisørinder, skrædderinder. |

IV. Underklasse

7. Arbejdere m. m. på landet:

handelsmænd, kontrolassistenter på landet, arbejdsmænd, karle, fodermestre.

8. a. Arbejdere m. m. i byen (tillærte og specialarbejdere):

chauffører, matroser, søfolk, servitricer, syersker, sygehjælpere, svejsere.

8. b. Arbejdere m. m. i byen (ufaglærte, hjælpepersonale m. m.):

arbejdsmænd, hotelkarle, køkkenpersonale, rengøring, husassistenter, avismænd, gadesælgere.

V. 9. Studenter + skoleelever.

Den nævnte inddeling har i princippet 12 grupper. Personer under uddannelse til et erhverv (lærlinge og elever) er anbragt under dette erhverv med undtagelse af egentlige studenter og skoleelever, som er henført til en særlig gruppe, uden for klasseinddelingen.

I praksis er gruppen »overklasse« i befolkningen så lille, at den næsten ikke forekommer i de forskellige undersøgelser, som jo kun

omfatter et begrænset antal personer. Folketællingen tillader heller ingen adskillelse af denne gruppe.

Inden for grupperne I, II, III og IV er der ingen forskel mellem de enkelte grupper, modsat Svalastoga's inddeling, der arbejder med en kontinuertlig skala.

Tabellerne viser de forskellige inddeling.

Tabel a. Professor Svalastoga's inddeling.

Stratum	Gruppe	Pct. af mænd i Svalastoga's undersøgelse
1.	Højere overklasse	0
2.	Mellemste overklasse	0,0
3.	Lavere overklasse	0,3
4.	Højere middelklasse	2,4
5.	Mellemste middelklasse	8,0
6.	Lavere middelklasse	29,9
7.	Højere underklasse	34,5
8.	Mellemste underklasse	24,7
9.	Lavere underklasse	0,2

3
38
59

Tabel b. Folketællingens inddeling i socio-økonomiske grupper.

	Pct. af mænd ca.
a. Godsejere	1
b. Gårdejere	6
c. + d. Husmænd m. m.	7
e. + f. Fabrikanter og grossererere	1
g. Andre selvstændige i industri og håndværk	5
h. Andre selvstændige i handel	7
i. Selvstændige i liberalt erhverv	1
k. Direktører (i alle erhverv)	1
l. Funktionærer med videregående uddannelse og lign.	7
m. Overordnede funktionærer i øvrigt	5
n. Andre funktionærer	8
o. Faglærte arbejdere	19
p. Landarbejdere	9
q. Fabrikarbejdere	9
r. + s. Arbejdsmænd og hjælpearbejdere, rengøringsarbejdere m. v.	14

Forskellen mellem Svalastoga's og vor opfattelse er i det væsentlige at henføre til landbruget, hvor Svalastoga regner gårdmænd under lavere middelklasse (gr. 6) og husmænd under højere underklasse (gr. 7). Under højere underklasse placeres også faglærte arbejdere.

På denne måde får Svalastoga 59 pct. af befolkningen i underklassen, nemlig 33 pct. af vor underklasse + faglærte (20 pct.) + husmænd (6 pct.). Desuden har vor undersøgelse formentlig lidt for mange personer som højere funktionærer, beroende på at vi — af hensyn til sammenligning med befolkningsstatistikken - oftest bruger dennes adskillelse mellem højere og andre funktionærer.

Den af os anvendte inddeling har den fordel fremfor Svalastoga's, at den tillader en opdeling i selvstændige, funktionærer og arbejdere og også tillader en udskillelse af landbruget. Denne mulighed har man ikke efter Svalastoga's skala.

Folketællingens inddeling er - særlig i enkeltheder - ikke altid lige logisk, men giver dog brugelige tal til sammenligning. Den forelå i øvrigt ikke, da vor inddeling blev fastlagt.

Tabellerne d og e viser befolkningens fordeling efter de grupper, der bruges til sammenligning med undersøgelsen, deriblandt de gifte kvinders fordeling efter mandens stilling.

Tabel c. Inddeling i undersøgelsen.

Nr.	Gruppe	Pct. i befolkningen (mænd)
<i>Socialgruppe I-II: Højere middelstand og overklasse.</i>		
1.	Gårdmænd og godsejere	6,6
2.	Andre større selvstændige	7,1
3.	Højere funktionærer (overordnede)	12,8
<i>Socialgruppe III: Lavere middelstand.</i>		
4.	Husmænd m. m.	6,6
5.	Mindre erhvervsdrivende	6,1
6a.	Funktionærer af lavere grad (incl. lærlinge i kontor og handel)	8,6
6b.	Faglærte arbejdere og lærlinge i håndværk og industri	19,6
<i>Socialgruppe IV: Underklasse.</i>		
7.	Arbejdere m. m. på landet	9,2
8a.	Arbejdere m. m. i byen (tillærte og specialarbejdere)	8,7
8b.	Arbejdere m. m. i byen (ufaglærte, hjælpepersonale m. m.)	14,7
9.	Studenter + skoleelever
		100,0

Tabel d. Befolkningens fordeling på erhverv (socio-økonomisk gruppe)
kun den udøvende befolkning!

	Mænd				Kvinder			
	Alle aldre	heraf			Alle aldre	heraf		
		14-19	20-24	25-39		14-19	20-24	25-39
I erhverv i alt i 1.000.....	1.448	159	140	423	560	89	78	150
Heraf i % Dep.nr.								
1. Godsejere, gårdejere etc. a+b	6,6	0,0	0,7	5,6	2,5	0,0	0,7	2,4
2. Fabrikanter, gross. etc. e+f	7,1	0,0	0,7	5,6	3,8	0,0	0,6	3,7
Selvst. i industri + håndværk g								
Selvst. i liberalt erhverv i								
Direktører k								
3. Funktionærer m. videregående udd. o.l. l	12,8	2,0	7,8	18,1	15,1	5,5	17,5	19,2
Overordnede funktionærer m								
4. Husmænd c	6,6	0,1	0,9	5,6	2,6	0,0	0,8	2,9
Gartnere, fiskere d								
5. Selvstændige i handel og transport h	6,1	0,0	0,8	4,9	7,3	0,1	1,8	6,6
6a. Andre funktionærer n	8,6	14,0	15,2	10,0	30,1	48,7	45,4	29,7
6b. Faglærte arbejdere o	19,6	36,1	34,9	19,2	3,3	8,6	5,5	2,1
7. Landarbejdere p	9,2	27,3	16,7	7,2	0,9	1,2	0,7	0,9
8a. Fabrikarbejdere (tillærte) q	8,7	8,1	7,7	9,4	19,1	18,7	17,1	20,7
8b. Arbejdsmænd + hjælpearbejdere r+s	14,7	12,4	14,6	14,4	15,3	17,2	9,9	11,8
I erhverv i alt.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabel e. Procentfordeling af kvinder. 14 år og derover.

	14 år og derover	14-24 år	25-39 år	14-39 år
Beskæftigede i erhverv.....	13,7 } 17,5 } 31,2	7,8 } 35,9 } 43,7	23,6 } 11,0 } 34,6	17,5 } 20,7 } 38,2
{ gifte { ugifte				
Husassistenter (mest ugifte)	4,8	14,3	2,0	6,9
Husmødre (gifte)	46,2	15,4	61,4	43,3
Andre: Pensionister	11,7	0,5	1,3	1,0
Skoleelever + studerende	5,5 } 0,6 } 17,8	25,6 } 0,5 } 26,1	0,2 } 0,5 } 0,7	10,1 } 0,5 } 10,6
{ (mest { ugifte)				
I alt.....	100,0	100,0	100,0	100,0
Heraf: gifte (+ separerede).....	61,1	23,2	85,2	60,8
ugifte (+ enker og fraskilte)	38,9	76,8	14,8	39,2
<i>Husmødre gift med (mandens erhverv):</i>				
Landbrugere	8,8 } 8,1 } 16,9	11,9	17,0	16,3
{ større				
{ mindre	8,4 } 6,3 } 14,7	5,1	14,8	13,5
Selvstændige				
{ i industri + håndværk m. m.	13,5 } 5,9 } 19,4	10,2	17,6	16,6
Funktionærer				
{ overordnede	13,5 } 3,9 } 17,4	6,8	4,4	4,7
{ andre				
Arbejdere	7,5 } 12,2 } 19,7	25,4	22,3	22,7
{ faglærte				
{ landarbejdere				
{ tillærte	0,2 } 11,7 } 11,9	1,7	0,5	0,7
{ hjælpepersonale				
Studerende.....	0,2	1,7	0,5	0,7
Pensionister	11,7	—	—	—
	100,0	100,0	100,0	100,0

København, den 15. februar 1963.

Ægteskabsudvalget har nedsat et særligt arbejdsudvalg, der fik til opgave at tage spørgsmålet om en eventuel ændring af de gældende regler om separation og skilsmisse op til behandling. Arbejdsudvalget har nu afgivet indstilling til ægteskabsudvalget, og indstillingen vil formentlig blive optaget i ægteskabsudvalgets betænkning.

Efter mæglingssudvalgets anmodning skal man hermed fremsende et eksemplar af indstillingen, idet man henviser til, at mæglingssudvalget i indstillingen pag. 15 har peget på, at seksualoplysningsudvalget efter det for mæglingssudvalget oplyste arbejder med pro-

blemer, der har sammenhæng med de af mæglingssudvalget behandlede problemer. Man skal i denne forbindelse særligt henviser **til**, at mæglingssudvalget har stillet forslag om, at der etableres familierådgivningsinstitutioner, som kan påtage sig, efter henvisning fra mæglingssmyndighederne at yde råd og bistand til ægtefæller, der frivilligt søger kontakt med institutionen.

Yderligere eksemplarer af mæglingssudvalgets indstilling vil kunne fås ved henvendelse til udvalgets sekretær, fuldmægtig Ringgård, justitsministeriet.

P. U. V.

J. Trolle
sign.

Sexualoplysningsudvalget.

København, den 24. juli 1968.

Regeringen nedsatte den 1. november 1961 et udvalg til undersøgelse af behovet for oplysning, etisk vejledning og rådgivning på det seksuelle område.

Udvalgets opgave skulle bl. a. bestå i at undersøge og vurdere gældende lovgivning og eksisterende oplysnings- og rådgivningsvirksomhed samt at komme med forslag dels til udbygning og koordinering af eksisterende oplysnings- og rådgivningsvirksomhed, dels til eventuel ny indsats, herunder eventuel ny lovgivning.

Efter at have afgivet en betænkning om seksualundervisning i folkeskolen m. v. beskæftiger udvalget sig nu med problemkredsen vedrørende den individuelle vejledning i seksuelle spørgsmål.

Disse opgaver varetages i vid udstrækning af de alment praktiserende læger; hertil kommer den indsats, der ydes af de praktiserende speciallæger samt af mødrehjælpens klinikker, seksualklinikken i Århus og Foreningen for Familieplanlægnings klinikker.

Som grundlag for sine overvejelser vedrørende den fremtidige organisation af den in-

dividuelle vejledning i seksuelle spørgsmål vil udvalget være taknemmelig for fakultetets besvarelse af følgende spørgsmål:

I hvilket omfang respektive på hvilket tidspunkt i studiet tilbydes der de lægevidenskabeligt studerende undervisning i

- 1) vejledning i antikonception,
- 2) seksuologi, herunder specielt seksuelle forstyrrelser og afvigelser, såsom frigiditet, impotens og seksuelle perversioner,
- 3) familierådgivning.

Til belysning af behovet for eventuelt at inddrage disse emner i de decentraliserede respektive de centraliserede efteruddannelseskurser ønskes de nævnte spørgsmål gerne besvaret også hvad angår den medicinske studieplan i henhold til kgl. anordning af 26. august 1954.

Udvalget vil ligeledes være interesseret i at få oplyst, om en undervisning i de ovennævnte emnekredse er tænkt indpasset i den kommende obligatoriske videreuddannelse af praktiserende læger.

P. U. V.

Grau

*Det lægevidenskabelige fakultet
ved universiteterne i København og Århus.*

København, den 24. juli 1968.

Regeringen nedsatte den 1. november 1961 et udvalg til undersøgelse af behovet for oplysning, etisk vejledning og rådgivning på det seksuelle område.

Udvalgets opgave skulle bl. a. bestå i at undersøge og vurdere gældende lovgivning og eksisterende oplysnings- og rådgivningsvirksomhed samt at komme med forslag dels til udbygning og koordinering af eksisterende oplysnings- og rådgivningsvirksomhed, dels til eventuel ny indsats, herunder eventuel ny lovgivning.

Efter at have afgivet en betænkning om seksualundervisning i folkeskolen m. v. beskæftiger udvalget sig nu med problemkredsen vedrørende den individuelle vejledning i seksuelle spørgsmål.

Disse opgaver varetages i vid udstrækning af de alment praktiserende læger; hertil kommer den indsats, der ydes af de praktiserende speciallæger samt af mødrehjælpens klinikker,

seksualklinikken i Århus og Foreningen for Familieplanlægnings klinikker.

Som grundlag for sine overvejelser vedrørende den fremtidige organisation af den individuelle vejledning i seksuelle spørgsmål vil udvalget være taknemmelig for fakultetets besvarelse af følgende spørgsmål:

I hvilket omfang respektive på hvilket tidspunkt i studiet tilbydes der de lægevidenskabeligt studerende undervisning i

- 1) vejledning i antikonception,
- 2) seksuologi, herunder specielt seksuelle forstyrrelser og afvigelser, såsom frigiditet, impotens og seksuelle perversioner,
- 3) familierådgivning.

Udvalget vil ligeledes være interesseret i at få oplyst, om en undervisning i de ovennævnte emnekredse er tænkt indpasset i den kommende obligatoriske videreuddannelse af praktiserende læger.

P. U. V.

Grau

*Det lægevidenskabelige fakultet,
Universitetet i Odense.*

København, den 24. juli 1968.

Efter at have afgivet en betænkning om seksualundervisning i folkeskolen m. v. har seksualoplysningsudvalget taget problemerne vedrørende den individuelle vejledning i seksuelle spørgsmål op til behandling. Som grundlag for sine overvejelser vedrørende dette spørgsmål har udvalget anset det for at være af betydning at få klarlagt, hvilken uddannelse lægerne modtager på dette område såvel under selve lægestudiet som i form af efteruddannelse. Man vil derfor være taknemmelig for at få oplyst, i hvilken udstrækning

der arrangeres decentraliserede såvel som centraliserede efteruddannelseskurser for alment praktiserende læger, hvori der indgår emner som vejledning i antikonception, seksuologi, herunder specielt seksuelle forstyrrelser og afvigelser såsom frigiditet, impotens, seksuelle perversioner og lignende, samt familierådgivning.

Det tilføjes, at udvalget samtidig har rettet henvendelse til de medicinske fakulteter for at få tilsvarende oplysninger vedrørende lægestudiets indhold.

P. U. V.

Grau

Den almindelige danske Lægeforening.

30. august 1968.

I skrivelse af 24. juli 1968 har udvalget, til brug for sine overvejelser vedrørende den fremtidige organisation af den individuelle vejledning i seksuelle spørgsmål, anmodet det natur- og lægevidenskabelige fagråd om at ville oplyse, i hvilket omfang respektive tidspunkt i det lægevidenskabelige studium, der gives de studerende undervisning i vejledning

i antikonception, seksuologi samt familierådgivning.

Således foranlediget skal man meddele, at vejledning i antikonception og undervisning i seksuologi vil finde sted i forbindelse med faget fysiologi, hvori der undervises i 1. dels 5. semester.

For så vidt angår familierådgivning vil der ikke under studiet blive undervist heri.

P. f. v.

e. b.

Verner Jensen

Seksualoplysningsudvalgets sekretariat.

København, den 30. oktober 1968.

Ved skrivelse af 24. juli 1968 har udvalget udbedt sig oplysning om i hvilket omfang, respektive på hvilket tidspunkt i studiet, der tilbydes de lægevidenskabeligt studerende undervisning i

- 1) vejledning i antikception,
- 2) seksuologi, herunder specielt seksuelle forstyrrelser og afvigelser, såsom frigiditet, impotens og seksuelle perversionser,
- 3) familierådgivning.

Således foranlediget skal man meddele, at man har indhentet de i det følgende gengivne udtalelser.

Professor, dr. med. Villars Lunn har udtalt sig som følger:

2) I medfør af studieordningen af 1967 gives der i 7. semester af 2. del en forelæsningsrække på 8 timer over sexuologi, herunder såvidt muligt en gennemgang af den normale seksuelle udvikling som grundlag for en fremstilling af de seksuelle afvigelser, herunder frigiditet, impotens, invers homosexualitet m. m. I samme semester vil en omtale af visse sexualneuroser yderligere indgå i forelæsningsrækken over neuroselære og psykosomatisk medicin. Endelig vil studenterne i det kliniske kursus i psykiatri i 4. semester og i forløbet af de propædeutiske forelæsninger i 3. semester lejlighedsvis blive præsenteret for indlagte casus med overvejende sexuel problematik.

For fuldstændighedens skyld skal jeg nævne, at overlæge Henrik Hoffmeyer hvert år holder en forelæsningsrække over sexuologi, åben for samtlige studerende ved universitetet.

3) Der er i studieplanen ikke explicit afsat timer til undervisning i familierådgivning.

Med hensyn til undervisningen efter studieplanen af 1954 gælder det, at der i denne

ikke var afsat timer til speciel undervisning i sexuologi, ligesom der jo i den daværende psykiatriske praktikanttjeneste i almindelighed ikke blev tilbudt de studerende nogen systematisk undervisning.

Den obligatoriske videreuddannelse af praktiserende læger vil efter alt at dømme komme til at omfatte mindst 3 måneders ansættelse på psykiatrisk institution, fortrinsvis sådanne der giver de pågældende lejlighed til at følge ambulans psykiatrisk behandling. En vis begrænset praktisk erfaring vedrørende behandling af seksuelle afvigelser vil således kunne opnås i denne ansættelsesperiode, men om nogen systematisk undervisning vil der ikke kunne blive tale.

Professor, dr. med. Dyre Trolle har afgivet følgende udtalelse:

Med henblik på undervisning i kontraception kan jeg anføre, at dette gennemgås i forelæsningsform hvert semester. Den praktiske undervisning foregår under studenternes praktikanttjeneste.

Professor, dr. med. Poul Bonnevie har udtalt sig som følger:

Hvad angår spørgsmålet om familierådgivning som emne i de medicinske studerendes undervisning i den sociale medicin, bliver der kun redegjort for, hvilke problemer denne rådgivning søger at hjælpe de rådgivne at få løst, og hvilke sociale foranstaltninger der står til rådighed herfor.

Den kommende videreuddannelse til almenpraksis, der endnu er på overvejelsernes stadium, vil formentlig navnlig beskæftige sig med selve de nævnte problemkredse (af psykiatrisk, mentalhygiejnisk og pædagogisk karakter) ud fra lægens muligheder for selv at bistå sine patienter.

Fakultetet kan henholde sig til de afgivne udtalelser.

P. f. v.

Mogens Faber

h. a. dec.

Seksualoplysningsudvalgets sekretariat.

Som svar på udvalgets forespørgsel af 24. juli 1968 fremsendes hoslagt skrivelse af 20. aug. 1968 fra professor, dr. med. Mogens Ingerslev, skrivelse af 6. sept. 1968 fra afde-

lingsleder, dr. med. Noe Næraa samt skrivelse af 11. nov. 1968 fra professor, dr. med. Erik Strömngren, til hvilke skrivelser fakultetet kan henholde sig.

P. f. v.

/s. C. Skou
h. a. dec.

Bent Muxoll
fakultetssekretær

Seksualoplysningsudvalgets sekretariat.

Aarhus, den 20. august 1968.

Til dekanen
Det lægevidenskabelige fakultet,
Aarhus Universitet,
8000 - Aarhus C.

Sexualoplysningsudvalgets sekretariat har i skrivelse af 25. juli 1968 (A. U. journ. nr. 1177/68 LF 58) stillet en række spørgsmål til fakultetet, der har fremsendt skrivelsen til mig.

I den anledning kan jeg oplyse følgende som grundlag for fakultetets besvarelse: De studerende modtager vejledning i anticonception, sexuologi og familierådgivning i forbindelse med undervisningen i gynækologi. Efter studieordningen af 1954 falder denne undervisning i 6. og 7. semester. Undervisningens omfang vil i nogen grad fremgå af: lærebog i gynækologi, Ingerslev, II udgave 1963. På tilsvarende måde vil de studerende under den ny studieordning af 1967 modtage undervis-

ning indenfor de nævnte områder i 3., 4. og 5. semester, idet undervisningens indhold og omfang vil fremgå af lærebog i gynækologi, Ingerslev 1968, 3. udgave.

Det må erkendes, at undervisningen i sexuologi og familierådgivning var utilstrækkelig under gammel studieordning. Man vil udbygge denne undervisning under ny studieordning. Det må imidlertid bemærkes, at timetallet under ny studieordning er reduceret i væsentlig grad, således at timetallet i sig selv vil begrænse undervisningen på disse områder, for så vidt som emnerne må tillægges lavere prioritet end hovedparten af indholdet i faget gynækologi.

Udvalget spørger til slut om, hvorledes de

nævnte emnekredse vil blive indpasset i den obligatoriske videreuddannelse af praktiserende læger. Så vidt jeg har forstået, skal de praktiserende læger have 3 måneders obligatorisk tjenestetid i en gynækologisk afdeling, før de kan opnå jus practicandi. Der er mig bekendt ikke lagt nogen undervisningsplan

for denne tjeneste. Men det forekommer mig rimeligt at lægge megen vægt på disse emner på dette tidspunkt, hvor de pågældende er væsentligt mere modne og vil have langt større forståelse for den rolle, disse emner har i forbindelse med praktisk lægegerning.

Mogens Ingerslev
professor, dr. med.

Aarhus, den 6. september 1968.

Til Det lægevidenskabelige fakultet
Aarhus Universitet.

Som svar på forespørgsel fra Sexualoplysningsudvalgets sekretariat kan man meddele følgende:

Efter at overkirurg Fabricius-Møllers forelæsninger om kønslivet ophørte, har man — på fakultetets foranledning - i efterårssemesteret 1967 og i forårssemesteret 68 afholdt forelæsninger vedrørende seksualfysiologi.

Man har her på basis af Masters & Johnsons nye bog om »The Human Sexual Response« gennemgået de fysiologiske reaktioner på seksuelle stimuli hos begge køn, ændringerne i disse reaktioner med stigende alder, under graviditet og lige efter fødslen.

Problemer som impotens, sterilitet, frigiditet er kun berørt, for så vidt som de normale fysiologiske reaktioner har kunnet kaste lys over nogle af årsagerne til disse tilstande. Der

er ikke givet undervisning i familierådgivning i sædvanlig forstand, men man har omtalt de muligheder, som kendskabet til de normale seksualfysiologiske reaktioner giver ved behandling af seksuelle problemer i heteroseksuelle forhold mellem normale mennesker.

Hertil er i alt anvendt 4 forelæsninger. Desuden er der i tilknytning til sexualhormonernes fysiologi givet 1 forelæsning om anti-konceptionsmetoder, både mekaniske og hormonale.

Der er så vidt vides ikke taget officiel stilling til placeringen af sexualundervisningen under den nye studieordning. Fra instituttets side finder man det naturligt, at man under den nye studieordning i fysiologi giver en undervisning, som i omfang og indhold svarer til det ovenfor beskrevne.

Venlig hilsen

Noe Næraa
dr. med., afdelingsleder

Risskov, den 11. november 1968.

Det lægevidenskabelige fakultets sekretariat,
Århus Universitet.

Til besvarelse af seksualoplysningsudvalgets forespørgsel af 24. juli d. å. tjener for den psykiatriske universitetsundervisnings vedkommende følgende:

Efter studieordningen af 1954 er der inden for rammerne af de to kurser i henholdsvis klinisk psykiatri og neuroselære givet undervisning dels om seksuelle faktorerens rolle i ætiologien af psykiske lidelser, dels om psykiske forstyrrelser og afvigelser på det seksuelle område, hvilket altså vil sige, at samtlige de i forespørgselsens pkt. 2 berørte emner er blevet behandlet. — Vejledning i antikonception er ikke blevet givet, ej heller i nævneværdigt omfang undervisning i familierådgivning.

Studieordningen af 1967 rummer i 7. kliniske semester et kursus over neuroselære, psykosomatisk medicin, psykoterapi og sexologi.

Dette kursus er ikke planlagt i detaljer, men det er rimeligt at antage, at 5 å 6 timer vil blive benyttet til overvejende sexuologiske emner.

Under det til 4. semester henlagte intensive kliniske kursus i psykiatri vil sexuologiske emner givetvis også i nogen udstrækning blive berørt.

Familierådgivning **vil** blive omtalt såvel under sidstnævnte kursus i 4. semester som under 6. semesters undervisning i socialpsykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri.

I kommende obligatorisk videreuddannelse af praktiserende læger vil sexuologiske emner givetvis indtage en ikke ubetydelig plads, men detaljerede planer desangående findes ikke på nuværende tidspunkt.

Erik Strömgen
overlæge
professor, dr. med.

Emne: Udvalgets forespørgsel af 24. juli 1968

Som svar herpå kan oplyses, at der ikke i lægeforeningens uddannelseskomites regi har været foranstaltet kurser udelukkende om seksuologi, men et sådant centraliseret 4 dages kursus er under overvejelse.

Såvel i den decentraliserede som i den cen-

traliserede kursusundervisning har der - i de senere år i stigende omfang - været foredrag om seksuologiske emner. Særligt skal anføres, at den hormonale anticonception og spiralmetoden har været emne for talrige foredrag landet over.

Venlig hilsen

Steffen Gjørup

Seksualoplysningsudvalgets sekretariat.