

1. Fordele

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Ulemper

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I den forbindelse kan der være anledning

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

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

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

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

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

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

B. Udvidelse af indikationerne?

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

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

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

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

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

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

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

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

Eksempel 1

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

Eksempel 2

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

Eksempel 3

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

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

Eksempel 4

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

Eksempel 5

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

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

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

1. Kvinder i fremskreden alder

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