

Aktuella socialmedicinska synpunkter på adoptionsproblemet

Av docent *Ingvar Alm*

De sista åren har två statliga betänkanden framfört och diskuterat ett utbyggt adoptionsförfarande som ett alternativ till legal abort respektive insemination. Tidig adoption har av Bowly rekommenderats som ersättning för anstaltsvård och som en viktig faktor för framtida social och psykisk anpassning. En världsomfattande diskussion har i WHO:s regi förts om olika faktorerens betydelse vid adoption. Vad jag vill yttra mig om är vad som f. n. synes vara aktuellt i vårt land och då framförallt sett ur Stockholms synvinkel.

Adoptionslagens tillkomst 1917 tillmättes stor social betydelse, men vill man ha reda på hur 38 års adoptioner utfallit, visar det sig att våra kunskaper är ytterst små. Den officiella statistiken redovisar endast slutgiltigt behandlade adoptionsärenden. Fortlöpande uppgifter finnas sedan 1921. Sedan 1945 redovisas antagande av adoptivbarn samt upphävande av adoptivförhållande i samma summa. Ett och samma ärende kan dock omfatta flera barn till samma adoptant. Dessa felkällor är dock erfarenhetsmässigt ganska små, samt verkar i varandra motsatt riktning, varför klumpsumman ger en ganska god vägledning, hur antalet adoptioner varierat under åren.

Tabell I.

Antagande av adoptivbarn.

	Årligen
1921—1935	900—1.000
1943	ca 2.000
1946	ca 3.000
1947	3.681
1948	3.213
1950	2.872
1951	2.740
1952	2.904
1953	2.573

Som framgår av tabell I höll sig antalet adoptioner under 1000 fram till 1935 för att sedan snabbt stiga. Siffran 2000 passerades 1943 och nådde maximum 1947 för att sedan sakta sjunka.

Stockholms stads barnavårdsnämnd har redovisat 1948 års yttranden till domstolar i adoptionsärenden. Detta år avgavs 402 yttrande angående 412 barn (tabell II och III). Pojkarna utgjorde 45 % och flickorna 55 %. 43 % av barnen ägde äktenskaplig börd och 57 % var utomäktenskapligt födda. Denna höga frekvens inomäktenskapligt födda gäller i viss mån, även om endast de barn tas med, som ej är släkt med någon av adoptanterna. Då blir siffran 31,5 % i. ä. Denna höga siffra inomäktenskapligt födda barn förvånar, när det gäller ett svenskt adoptionsmaterial. En närmare genomgång gav vid handen, att det i flertalet fall förelåg varaktig söndring i äktenskapet. I över hälften av fallen hade föräldrarna separerat. I en fjärdedel av fallen finns inga uppgifter om söndring men väl om fattigdom, barnrikedom, bostadssvårigheter och sjukdom.

Tabell II.

Könsfördelning för adoptivbarn

	Procent		Antal
	♂	♀	
Stockholm 1948	45	55	412
New South Wales 1946—1949..	51,6	48,2	4.557
Queensland 1948—1949	53	47	879

Tabell III.

Moderns civilstånd

	Procent		Antal
	i ä	u ä	
Stockholm 1948	43	57	412
USA, 15 stater, 1945	42	58	8.764
New South Wales 1946—1949 ..	25	75	4.557
Queensland 1948—1949	21	79	879

Tabell IV.
Stockholm 1948

	%
1) Adoption av makas barn	29
2) En adoptant nära släkt	6,5
3) Adoption av fosterbarn	17
En adoptant > 50 år.	
4) Övriga	47,5
I USA 1)—3) cirka hälften.	

I 29 % av dessa 402 adoptionsärenden rörde det sig om barn, där adoptionen skedde av den ena makens barn i tidigare äktenskap eller utomäktenskapligt fött. I dessa fall skedde adoptionen oftast året före den obligatoriska skolplikten, med ändring av familjenamnet före inskrivningen i skolan. Om man i dagligt tal med adoption avser, att makar eller i enstaka fall ensamstående kvinnor adopterar annans barn, så utgjorde dessa 71 % av hela materialet. Av materialet var 6,5 % nära släkt med barnet. I 17 % av de 402 ärendena var åtminstone den ena adoptanten mer än 50 år. I flertalet av dessa fall rörde det sig om fosterbarn, som i många år vistats i familjen. Här blir adoptionen endast en juridisk bekräftelse på ett redan rådande barn—föräldraförhållande. Summerar man ihop dessa 29 + 6,5 + 17 %, så har mer än hälften av de 402 ärendena varit av sådan art, att en speciell adoptionsbyrå ganska lite har kunnat påverka ärendenas utveckling.

Av dessa sammanlagt 71 % som ej adopterats av moder och styvfader hade 60 % placerats före 1 års ålder och 95 % före fyllda 5 år. Barnens medelålder vid adoptionen understeg väsentligen föregående grupper och låg under 3 år.

Vad som mest intresserade BVN vid detta tillfälle var hur barnen hamnat i dessa hem. I de fall där uppgift kunde fås ur handlingarna, så hade i en tredjedel modern eller hennes släkting anskaffat hemmet. I en del fall hade läkare, eller annan sjukhuspersonal eller abortkurator anskaffat fosterhemmet. BVN, som författningsmässigt i förväg skall godkänna fosterhemmet, ställdes mycket ofta inför fullbordat faktum. Med en brasklapp om att nämnden inte funnit skäl avstyrka fosterhemmet, fick barnet stanna i hemmet. Endast i speciellt

olämpliga fall och där uppenbar vanvård rådde kunde nämnden ingripa och förflytta barnet. Då denna första placering måste anses som livsavgörande för såväl barnet, de biologiska föräldrarna och fosterföräldrarna, så måste samtliga berörda parter intressen allsidigt utredas. Barnavårdsnämnden inrättade därför 1 okt. 1953 en speciell adoptionsbyrå, som dock först 1 febr. 1955 fick sin läkarfråga löst.

Vi är stolta över vår låga spädbarnsdödlighet. Dödligheten under första levnadsåret var 1954 i Stockholm 1,76 % d. v. s. 186 döda av 10.506 levande födda. Siffran för 1955 är preliminärt 1,68 % d. v. s. 181 döda på 10.773 levande födda, samt för 1956 1,53 % d. v. s. 170 döda av 11.146 levande födda. Dessa siffror är väl de lägsta som någonsin kunnat uppvisas i någon stad av nämnbar storleksordning i hela världen.

Å andra sidan har på senare år bortemot var tolfte känd graviditet här i Stockholm slutat med legal abort. Bortemot var sjätte av alla gravida söker i något sammanhang abortbyrå. Barnavårdsmän, socialarbetare, läkare vid barnbördsavdelningar, mödrahem och spädbarnshem har å andra sidan alla kommit i beröring med barnlösa gifta par, som mer eller mindre energiskt bett om adoptivbarn.

Räknar man, till den ovan nämnda mycket låga dödligheten sedan barnet fötts, ett antal legala aborter motsvarande Stockholms procentuella övervikt över övriga städer i riket, så ökas siffran till 6 % i stället för under 2 %. Sett ur befolkningsstatistisk och socialpediatrisk synpunkt är vi i så fall tillbaka till förhållandena strax efter första världskriget.

Att en legal abort av mer eller mindre sociala skäl är ett nederlag för samhällets sociala organ, har väl de flesta blivit ense om. Men om man inventerar de sociala abortprofylaktiska åtgärder, som står till buds, så har ju en del gjorts, men det är ganska få av åtgärderna som de fakto verkar abortprofylaktiskt. Moderskapsförsäkringen, mödrahjälpen, lagstiftning till skydd mot avsked på grund av havandeskap och amning, utbyggnad av mödrahem och daghem för yrkesarbetande ogifta mödrar, alla dessa åtgärder avser huvudsakligast hjälp under den första tiden efter förlossningen, och

anses av den abortsökande som föga hjälp på lång sikt. Erfarenheten från arbetsmarknadsstyrelsen visar också svårigheten att placera ogifta gravida mödrar och ensamstående mödrar med barn. Bostadsbristen är väl f. n. ett av de största hindren, men även med förtur i bostadskön kan många av dessa mödrar ej försörja sig utan understöd. Utgående från att även de ofödda barnens intressen, såväl som de levande föddas, bör tillvaratas av barnavårdsnämnden, har jag försökt se efter hur ett utvidgat, centraliserat adoptionsförfarande återverkat på olika sociala och medicinska institutioner. Adoptionsbyrån i Stockholm har varit i drift sedan 1 oktober 1953.

Stockholms stads rådgivningsbyrå för sexualfrågor anger att de som i princip inte föreslår en adoption från början utan endast, om det framemot förlossningen visar sig att modern saknar möjlighet att ta hand om sitt barn, och då översändas handlingarna numer till stadens adoptionsbyrå. Med mer mogna kvinnor går det att diskutera adoptionslinjen, likaså med mycket unga mödrar, som är ytterst påverkbara både i riktning abort eller adoption. Just i dessa fall anses å andra sidan ändring i sinnelaget komma i samband med barnets födelse, med sannolika komplikationer på lång sikt för modern, om hon lämnar barnet, och för både moder och barn, om hon behåller det med vandrigen via mödrahem, spädbarnshem, daghem, tillfälliga fosterhem som följd. Å andra sidan är det väl just dessa barn, som skulle utgöra de mest lämpade adoptivbarnen enligt min mening, och även en legal abort utgör ju ett svårt trauma för just dessa kategorier mödrar. Jag redovisar några siffror från "Rådgivningsbyrån för sexualfrågor" för 1954 års verksamhet.

Tabell V.

Rådgivningsbyrån för sexualfrågor 1954

<i>Antal abortsökande</i>	2 018
	%
Legal abort	52
Föder barnet	36
Spontan abort	6
Ej gravid	2
Känd illegal abort	>1
Förlorad kontakt	<1
Övriga	2

Tabell VI.

Rådgivningsbyrån för sexualfrågor 1954

	Abortsökande	Föder barn	%
<i>Omfödskor</i>			
Gifta	1 069	328	31
Ogifta	192	72	38
Frsk. Änkor	218	47	22
<i>Förfödskor</i>			
Gifta	32	16	—
Ogifta	488	235	48
Frsk. Änkor	19	9	—

Skall man ur dessa siffror beräkna antalet barn, som eventuellt kan ifrågakomma för adoption, så har vi i första hand de 363 barnen till ogifta eller därmed jämställda, förutsett att mödrarna fortfarande anser sig ej kunna ta hand om barnet när barnet fötts. Dessa mödrar hänvisas till adoptionsbyrån. Av de gifta omfödskorna finnas säkerligen många, som på grund av varaktig söndring inom äktenskapet eller andra omständigheter kan diskutera adoption som alternativ till abort. Jag vill erinra om att nära en tredjedel av 1948 års stockholmsadoptioner var inomäktenskapligt födda barn, som ej var släkt med de blivande adoptanterna.

Nästa medicinska institution, som kommer i beröring med mödrarna, är barnbördshuset, och det är där mycket av det definitiva avgörandet skall ske. För många mammor, som tänkt sig adoption, blir vistelsen på BB en chock. Från att ha fått sina problem välvilligt bedömda på abort- och adoptionsbyrå, ligger hon nu som en ur personalens synpunkt extrem minusvariant, som inte vill se eller höra av något om sitt barn, bland alla de andra mödrarna, som enbart glädjer sig. Samtidigt är det nu ett avgörande skall ske, och modern bör få tid på sig att utan påtryckning, ännu en gång med nytt utgångsläge, tänka genom sin situation och kunna diskutera den fördomsfritt. Det är här jag anser att den pediatrike konsulten samt den socialt intresserade obstetrikern skall göra en insats tillsammans med BB:s sociala kurator. I de fall, d. v. s. flertalet, där modern varit på adoptionsbyrå bör dennas uppgifter vara tillgängliga skriftligen eller per telefon. Personligen anser jag att adoptionsbyråns personal ännu är så underdimensionerad att det

enbart av den anledningen åligger BB:s sociala organ att ta hand om modern i nära kontakt med adoptionsbyrån. Dessutom har sjukhusets läkare och kurator större möjlighet att övertyga vårdpersonalen, att just denna mamma behöver omtanke för sig och det barn hon just burit fram, då hon står inför ett livsavgörande beslut.

Detta kan inte en utifrån kommande barnavårdsman eller socialassistent göra lika lätt.

På det barnbördshus, där jag är konsult, får modern vila de första tre dagarna, under det att kurator inhämtar uppgifter från adoptionsbyrån eller barnvårdsnämnden på den ort, där modern är skriven. Kuratorn och jag för preliminära samtal med modern, och barnet lägges ej till om modern inte vill. Går det att placera modern på ett litet rum, bör så ske, men det är ej alltid genomförbart, då ju andra medicinska synpunkter också måste beaktas. Frågan om modern skall upplysas om barnets kön eller övriga förhållanden, även om hon inte frågar är ett spörsmål, som ännu livligt diskuteras med adoptionsbyrån, ävenså om modern bör se sitt barn eller inte. Jag har hittills låtit modern själv avgöra den saken.

Amningsfrågan har diskuterats i Allmänna Barnhusets regi vid konferens i mars 1953, varvid det framhölls, att det är angeläget, att man inte tappar bort amningens positiva sidor. Man bör dock ej bortse från, att det kan vara till barnets och moderns bästa, att kontakten ej knytes. Läkarna bör inte ha generella attityder, som att ogift moder skall göra sin plikt och amma sitt barn, eller att det under alla förhållanden är bäst för barnet att bli bortadopterat omedelbart efter födelsen. Härtill skulle jag vilja lägga att — bortsett från psykologiska synpunkter, att sedan amning en gång inletts och kontakt knytits, är skilsmässan så mycket svårare för modern — så ligger väl bröstmjölken medicinska värde gentemot artificiell uppfödning i det infektionsskydd som ev. passivt övergår i bröstmjölken eller i att den innehåller mer arteget byggnadsmaterial för egna immunkroppar. Adoptivbarnet blir å andra sidan oftast enda eller möjligen andra barnet i högre socialskikt, där infektions-

frekvensen måste bedömas som låg, och där medicinsk vård vid sjukdomsfall alltid blir den bästa. Har intet avgörande skett, när mjölken rinner till, så får det avgöras från fall till fall, om bröstet skall bindas upp, eller urmjölkning skall ske. På sjunde-åttonde dagen sker utskrivningen från BB med ganska små möjligheter att få vårdtiden förlängd av sociala skäl. Är modern fortfarande inte klar med sin situation, överföres barnet till spädbarnshem, och det fortsatta utredningsarbetet sker genom adoptionsbyrån eller hemortens barnavårdsnämnd. På ABBH har vi ju en spädbarnsavdelning på 10 platser, som kan tjänstgöra som buffert mellan BB och spädbarnshemmen, om inte de senare har plats omedelbart. Är fallen definitivt utredda i förväg och det är alldeles klart att förhållandena är sådana, att modern helt saknar möjlighet att ta hand om sitt barn, så kan en direktplacering ske från BB. Det har ofta skett med mödrar från RFSU, som är bosatta på annan ort än Stockholms stad och Stockholms län och kommit till Stockholm i hopp om att hemorten inte skall få reda på vad som skett. Däremot har jag på senare år satt mig emot, att vi på BB skall spela försyn och låta en moder vars barn har dött, gå hem med ett barn till en ogift moder, som ligger inne samtidigt. Placeringen blir i högsta grad slumpmässig. Från USA finnas efterundersökningar med jämförelse av utfallet dels av slumpvisa placeringar av nyfödda jämförda med placeringar efter i görligaste mån allsidiga utredningar av litet äldre spädbarn. Amatruda och Baldwin 1951 anger utfallet som gott i 76 % av de som placerats efter utredning mot endast 46 % vid direktplacering utan utredning. De anger att alternativet till en dålig tidig adoption är inte hemlöshet och barnhem utan en god adoption litet senare.

På ABBH har vi haft en halvtidsanställd kurator sedan maj 1954. Hennes arbetsbörda har stigit i snabb takt och det är framförallt adoptionsärenden som tar tid. Under 1955 hade vi 102 adoptionsärenden. Av inläggande patienter är cirka en tredjedel från staden och två tredjedelar från Stockholms län. Redovisningen sker i tabellform.

Tabell VII.
Adoptivärenden ABBH 1955

	Antal	Spb.hem	Direkt	Foster-hem	Mödra-hem	Släkt
Ad.byrå, Stockholm	53	34	2	—	10	7
R.F.S.U.	25	7	9	7	2	—
Länet	24	10	2	6	2	4
	102	51	13	13	14	11

10 st. av 102 ingen social kontakt tidigare.

Behåller barnet:

Ad.byrå	12
R.F.S.U.	1
Länet	3

Som framgår av tabellen så placeras flertalet barn från Stockholm på spädbarnshem i väntan på defintivt avgörande. Man har nog som BB-konsult i Stockholm det intrycket, att de sociala organen har ganska väl reda på sig, om hur samma problem behandlas på olika BB, varför nog en del fall dirigeras till ett lämpligt BB, vilket gör det än viktigare att pediatriker, obstetriker och barnpsykiatriker får diskutera enhetliga normer men efter ganska liberala linjer för att vi på bästa sätt skall kunna göra vår insats i denna sak som jag hoppas så småningom skall visa sig ha märkbar abortprofylaktisk verkan.

Erfarenheten visar att frekvensen vid födel- sen underviktiga och prematura barn alltid är större bland utomäktenskapligt än bland inom- äktenskapligt födda barn. Härvid brukar man räkna med att mödrar, som levat under de sämsta ekonomiska och sociala förhållandena eller under svår psykisk stress har den största tendensen att få underviktiga barn. De mödrar som först sökt abort och när detta ej beviljats, och de ej sett sig någon råd att behålla det vän- tade barnet, sökt adoptionsbyrå, borde väl vara de, som haft det sämst i alla avseenden under graviditeten. Utgående från att detta skulle vara lätt att visa på födelsevikten gjordes en jämförelse mellan adoptivbarnen från ABBH och lika många gifta förstföderskor å ena sidan och lika många ogifta mödrar som på BB ej diskuterat adoption utan behållit barnet. Ma- terialen utvaldes slumpvis ur BCG-liggaren. Undersökning på ett större material med detal-

jerad social och medicinsk utredning pågår, varför jag endast visar några preliminära siffror. Medelvikten för förstfödda har antagits ligga mellan 2.750 och 3.750 g. Inom parentes anges den klassiska prematurgränsen 2.500 g.

Tabell VIII.
ABBH 1955

	Gift I-para	Ogift Adoption	Ogift I-para
II < 2750	5 (2)	9 (4)	14 (7)
2760 — 3750	73	71	74
VII > 3760	22	20	12

Resultatet blev alltså inte det jag väntat mig. Adoptivbarnen avvek ganska litet från de inomäktenskapligt födda. Orsakerna kan ju vara flera. Det övervägande flertalet mödrar var visserligen I paror, men enstaka adoptiv- mödrar var II paror. Huvudorsaken får kanske sökas i det förhållandet, att de mödrar, som

REPORIA är tvålen för mig...



Inte nog med det förresten — Reporia är *bela* familjens tvål. Vi gillar alla det härliga mjuka löddret! (Och så gör den rent så bra och håller hyn slät och fräsch, säger mamma...)

REPORIA
— den medicinska skönhetsvålen

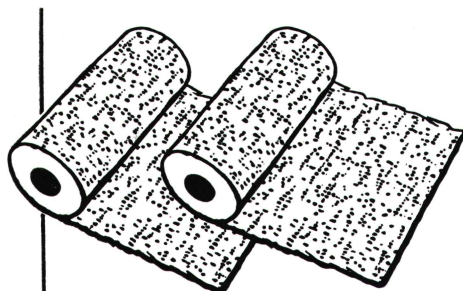
Den medicinska skönhetsvålen

kan planera på längre sikt, i större utsträckning söker sociala institutioner. När den lilla ljustningen inträtt, att de blivit välvilligt bedömda och lovade adoption, tar de det lugnare och får större möjlighet att sköta sig själva och vila. Det utomäktenskapliga materialet, där adoption ej diskuterats, dras sannolikt ned av en del mödrar med dålig förmåga att planera på längre sikt och sannolikt även att sköta sig själva i graviditetens slutskede.

Ser man problemet ur spädbarns- och mödrahemmens synpunkt, så har stora förändringar redan skett. Vissa mödrahem har tidvis varit halvtomma, under det att 1955 60—80 av Stockholms stads spädbarnshems platser varit belagda med blivande adoptivbarn. Dessa kostar tillsammans cirka 1.000—1.500 kronor om dagen, och det har blivit lite trångt för andra grupper att komma in på hemmen trots sjunkande antal födslar. Det bästa och billigaste sättet att minska denna beläggning är att ytterligare utöka personalen på adoptionsbyrån så att vårdtiderna för denna kategori av barn kan sänkas till cirka 2—3 månader, vilket väl bör anses vara skäligt, för att en adoptions alla problem

skall vara så lösta de nu kan bli. Med den ökning av antalet, som väl naturnödvändigt kommer, när verksamheten blivit mer känd och erkänd, kommer nog i alla fall adoptionsbyrån att kunna fylla minst 2 barnhem på cirka 50 platser. Genom att mödrahemmen avfolkas har vi fått möjlighet att börja omdisponera några av dem till en ny typ av hem där de ogifta mödrarna, som behåller sina barn, får vistas i 3 månader som förut utan annat arbete än att sköta barnet, och sedan får bo kvar något år och samtidigt ha arbete utom hemmet i någon närbelägen industri med konstant behov av kvinnlig arbetskraft. Under tiden bör barnavårdsnämndens nye kontaktman i bostadsförmedlingen arbeta på att få fram bostad i den öppna marknaden.

En rundfråga till socialarbetare av olika slag om hur deras verksamhet påverkats av tillkomsten av ett centralt organ för adoptionsärenden har gett vid handen att den privata adoptionsverksamheten i Stockholm så gott som upphört och att alla berörda parter arbete har börjat samordnas på ett sätt som lovar gott för framtiden.



För 25 år sedan

tillverkades den första Cellona-gipsbindan. Detta betydde ett stort framsteg inom gipsförbandstekniken. Med Cellona-gipsbindor anläggs förband enklare, snabbare och säkrare.

I dag

är Cellona gipsbindan ännu bättre än för 25 år sedan. Med hjälp av den långa erfarenheten och många råd kunde denna binda ständigt förbättras. Därför har namnet Cellona blivit känt över hela världen och Cellona-gipsbindor användes dagligen överallt.



Med CELLONA-gipsbindor gipsar man sparsamt och enligt moderna metoder.

LOHMANN KG · FAHR/RHEIN