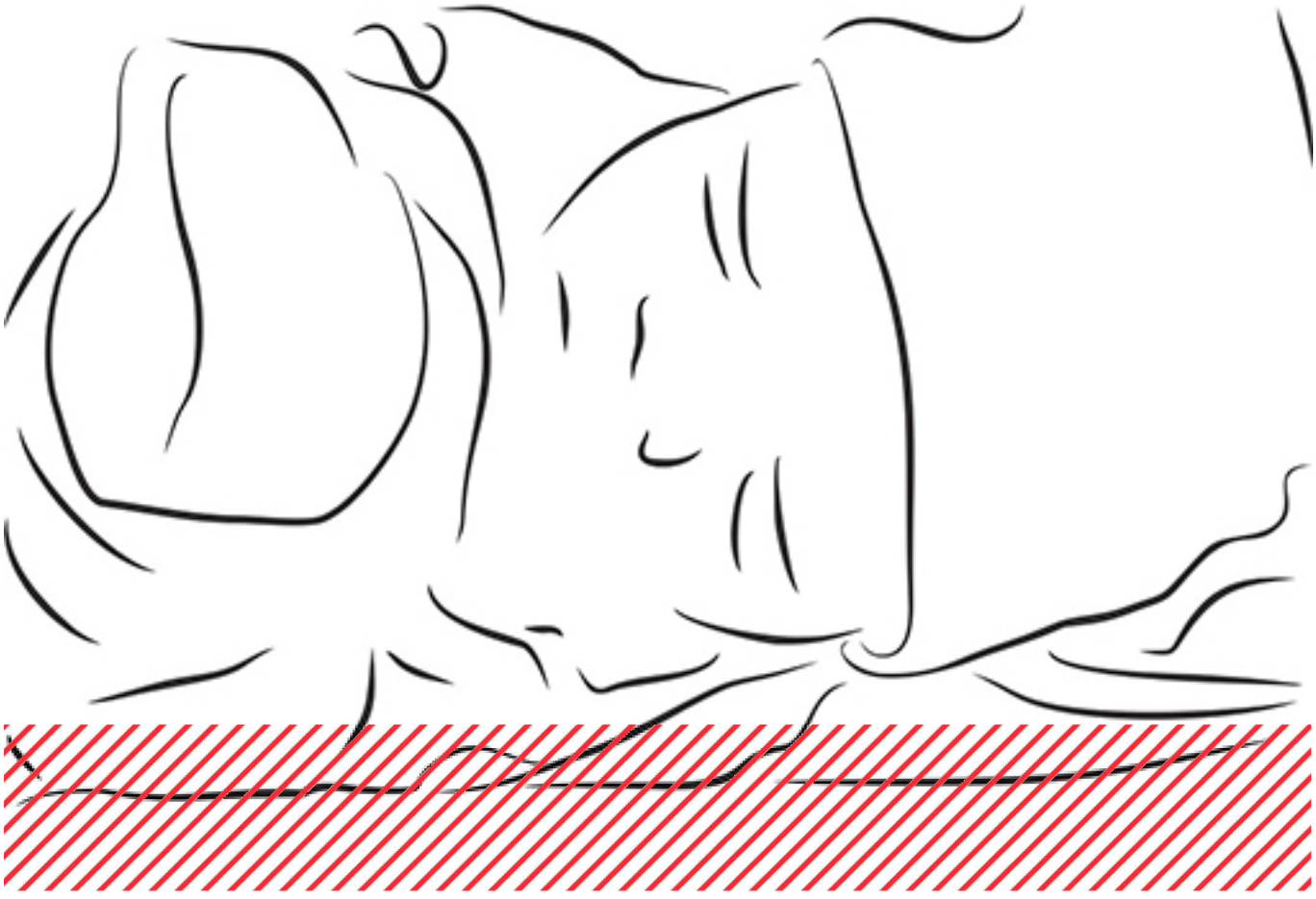
DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Bilagsrapport

Indsatser mod forekomsten af hittebørn

Landerapporter



Marie Jakobsen, Laura Emdal Navne, Emilie Hjermitslev Jonsen, Lone Bilde og Miriam Wüst

Indsatser mod forekomsten af hittebørn – Landerapporter

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-533-0

Projekt: 211563

VIVE – Viden til Velfærd
Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K
www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

1 Frankrig 5
1.1 Sammenfatning 5
1.2 Rammer 6
1.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 8
1.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre 11
1.5 Den offentlige debat 13
1.6 Liste over informanter 14

2 Holland 15
2.1 Sammenfatning 15
2.2 Rammer 16
2.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 18
2.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre 22
2.5 Den offentlige debat 25
2.6 Liste over informanter 26

3 Norge 27
3.1 Sammenfatning 27
3.2 Rammer 27
3.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 29
3.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre 30
3.5 Den offentlige debat 32
3.6 Liste over informanter 32

4 Polen 33
4.1 Sammenfatning 33
4.2 Rammer 34
4.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 35
4.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre 37
4.5 Den offentlige debat 39
4.6 Liste over informanter 39

5 Storbritannien 40
5.1 Sammenfatning 40
5.2 Rammer 41
5.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 44
5.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre 44
5.5 Den offentlige debat 47
5.6 Liste over informanter 47

6 Sverige 48
6.1 Rammer 48
6.2 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 51

6.3 Antal hittebørn og viden om deres mødre 53
6.4 Den offentlige debat 54
6.5 Liste over informanter 55

7 Tyskland 56
7.1 Sammenfatning 56
7.2 Rammer 57
7.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 60
7.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre 65
7.5 Den offentlige debat 70
7.6 Liste over informanter 71

8 USA 72
8.1 Sammenfatning 72
8.2 Rammer 73
8.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 76
8.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre 80
8.5 Den offentlige debat 82
8.6 Liste over informanter 83

9 Østrig 84
9.1 Sammenfatning 84
9.2 Rammer 85
9.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn 87
9.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre 89
9.5 Den offentlige debat 90
9.6 Liste over informanter 91

Litteratur 92

1 Frankrig

1.1 Sammenfatning

Tabel 1.1 beskriver kort overordnede rammer, problemets omfang og indsatser mod forekomsten af hittebørn i Frankrig. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

Tabel 1.1 Hittebørn i Frankrig: Rammer, problemets omfang og indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der er ca. 67 mio. indbyggere i Frankrig. Langt størstedelen (ca. 90 %) er katolikker. BNP pr. indbygger er lavere, og den økonomiske ulighed er større i Frankrig sammenlignet med Danmark. Fødselsraten i Frankrig er lidt højere end i Danmark. Abortraten og antallet af teenagefødsler set i forhold til befolkningens størrelse er ligeledes højere i Frankrig end i Danmark.
Lovgivning	Det er strafbart at efterlade sit barn i det offentlige rum i Frankrig, fx på gaden. Kvinder i Frankrig har ret til at få udført provokeret abort frem til slutningen af 12. graviditetsuge. Kvinder i Frankrig har ret til at føde anonymt på et sygehus under Sous X-ordningen. Siden 2002 har der været indført en række støttende indsatser for de kvinder, der føder anonymt, samt hjælp til de børn, der er født anonymt, og som ønsker at kende deres biologiske ophav. Man har ret til at bortadoptere sit barn i Frankrig, uanset om man har valgt at føde anonymt eller ej.
Sundhedssystem	Det franske sundhedsvæsen er et universelt og solidarisk sundhedsvæsen finansieret ved lovpligtig sygeforsikring og skatteindtægter med et lavt niveau af brugerbetaling.
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	Børn efterladt i det offentlige rum og fundet i live: Ca. 0,5 børn pr. 100.000 fødsler. Spædbørn fundet døde som følge af vanrøgt: Ca. 0,5 børn pr. 100.000 fødsler. Børn i statens varetægt, som er efterladt/opgivet af forældrene inden for det første leveår, herunder børn født under Sous X-ordningen, hvor moren ikke har efterladt identitetsoplysninger til barnet: Ca. 30 børn pr. 100.000 fødsler.
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	Tallet for efterladte børn fundet i live i det offentlige rum i Frankrig er baseret på oplysninger fra informanter fra den franske socialstyrelse om antallet af hittebørn i 2014. Tallet for spædbørn, der er fundet døde som følge af vanrøgt, er baseret på gennemgang af avisartikler mv. om spædbørnsdrab i Frankrig i perioden 1993-2012. Begrebet hittebørn (oversat "enfants abandonnés") anvendes typisk ikke i Frankrig. Børn, som er efterladt og i statens varetægt, betegnes 'pupilles'. Tallet for børn i statens varetægt ovenfor omfatter børn, som er født anonymt, hvor moren **ikke** har videregivet identitetsoplysninger til barnet. Tallet er beregnet af VIVE på grundlag af oplysninger fra en landsdækkende undersøgelse fra ONPE (Observatoire National de la Protection d'Enfance) vedr. antal børn, som fik status som 'pupilles' i Frankrig i 2014 kombineret med oplysninger om valg af anonymitet ved anonyme fødsler fra evalueringsrapport fra 2017.
Viden om mødrene	Et studie peger på, at kvinder, der føder anonymt i sundhedsvæsenet i Frankrig, i gennemsnit er yngre sammenlignet med andre fødende kvinder i Frankrig, oftere single, førstegangsfødende, bosat hos forældre og studerende. Størstedelen (over 80 %) oplyste, at de først opdagede graviditeten for sent til at få en provokeret abort. Et andet studie har undersøgt sager om drab på nyfødte i Frankrig baseret på gennemgang af avisartikler fra 1993-2012. Dødsårsagen i 22 % af disse sager var vanrøgt. Mødrene til de dræbte nyfødte var i gennemsnit 27 år, og halvdelen af dem havde mindst et levende barn i forvejen. Et tredje studie peger på, at kvinder, der slår deres nyfødte ihjel (eller forårsager død pga. forsømmelse og omsorgssvigt) personlighedsmæssigt kan karakteriseres som umodne, afhængige, med lav selvfølelse og uden følelsesmæssig støtte. Graviditeten udløste i mange tilfælde en følelsesmæssig konflikt mellem lyst til at beholde barnet og trang til at afvise det koblet med en manglende evne til at bede om hjælp.

Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Anonyme fødsler	Kvinder i Frankrig har ret til at føde anonymt på franske hospitaler (Sous X-ordningen). Kvinden kan forblive anonym gennem hele barnets liv, men har også mulighed for at videregive oplysninger om sig selv og barnets ophav i barnets journal eller i en forseglet konvolut, som kan åbnes, efter barnet er fyldt 18 år. Der findes i Frankrig et korps af 250 tovholdere, hvoraf der er mindst én i hvert departement. Tovholderne er ansvarlige for oplysning, rådgivning og opfølgning i forhold til kvinder, der ønsker at føde anonymt.
Offentlig debat	Retten til at føde anonymt har eksisteret siden den franske revolution. Som argument for ordningen fremhæves det, at den sundhedsmæssige risiko for mor og barn er minimeret ved en anonym fødsel, der foregår på et sygehus, i sammenligning med en situation, hvor kvinden føder uden sundhedsprofessionel bistand. Ordningen giver desuden mulighed for at yde rådgivning og støtte til moren, samtidig med at barnet afgives på en sikker måde, hvis det er morens ønske. Der er dog stadig debat om anonyme fødsler i Frankrig, idet nogle mener, at ordningen ikke i tilstrækkelig grad imødekommer barnets ret til at kende sit biologiske ophav og farens rettigheder. Informanter vurderer, at en lovændring i 2002 har sikret en bedre balance mellem på den ene side morens ret til at være anonym og på den anden side barnets ret til at kende sit biologiske ophav. Med lovændringen er der skabt bedre muligheder for, at børn, der er født anonymt, kan opsøge deres biologiske ophav senere i livet.

1.2 Rammer

1.2.1. Befolkning

Der er ca. 67 mio. indbyggere i Frankrig (1). Langt størstedelen af befolkningen (ca. 90 %) er katolikker (2). BNP pr. indbygger i Frankrig var 41.364 USD sammenholdt med 49.021 USD i Danmark i 2016 (3). Gini-koefficienten, der beskriver den økonomiske ulighed i et land, er højere i Frankrig sammenlignet med Danmark. Frankrig havde en gini-koefficient på 29,3 i 2016, mens den var 27,7 i Danmark samme år (4). Indvandringen til Frankrig og Danmark er nogenlunde ens målt ved antal registrerede asylansøgere. I 2016 havde Frankrig 1,3 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere, mens Danmark havde 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (5). Herudover findes der et større ukendt antal udokumenterede migranter i Frankrig, som arbejder på restauranter, fabrikker, byggepladser mv. (6).

Fødselsraten i Frankrig er lidt højere end i Danmark. I 2016 blev der født 11 børn pr. 1.000 indbyggere i Danmark og 12 børn pr. 1.000 indbyggere i Frankrig (7). Antal teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år er væsentlig højere i Frankrig (9 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2015) sammenlignet med Danmark (4 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2015) (8). Spædbarnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler i 2016 var 3,7 i både Frankrig og Danmark (9).

Abortraten for legale provokerede aborter er ligeledes højere i Frankrig sammenlignet med Danmark. Abortraten i Frankrig angives i 2015 til 17,36 legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder (15-44 år), hvor den i Danmark var 14,18 i 2014 (10).

Tabel 1.2 Befolkning og økonomi i Frankrig

	Frankrig	Danmark
Antal indbyggere (2017) (1)	66.989.083	5.748.769
Antal fødsler pr. år (2016) (7)	784.325	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger (2016)	12	11
Antal legale provokerede aborter pr. år (10)	214.312	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) (2015)	17,36	14,18
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler (2016) (9)	3,7	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2015) (8)	9	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	41.364,4	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2016) (4)	29,3	27,7
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5)	84.270	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (5)	1,3	1,1
Mest udbredte religion (2,11)	90 % katolikker	83 % protestanter

1.2.1 Lovgivning

Det er strafbart at efterlade sit barn i det offentlige rum i Frankrig, fx på gaden (12). Forældrene vil blive eftersøgt, og hvis de ikke findes, bliver barnet overgivet til adoption.

Kvinder i Frankrig (også mindreårige) har siden 1975 haft ret til at få udført provokeret abort frem til slutningen af 12. graviditetsuge. De gravide skal henvende sig til en læge, der henviser dem til abortindgrebet (medicinsk eller kirurgisk) (12,13). Den lovpligtige sygeforsikring dækker 70-80 % af sundhedsydelserne forbundet med indgrebet, og resten kan dækkes af komplementære forsikringer. Mindreårige får dækket abortindgrebet fuldt ud af det offentlige sundhedsvæsen, ligesom mindreårige heller ikke er forpligtiget til at oplyse deres forældre om indgrebet.

Franske kvinder har siden udgangen af den franske revolution i 1793 haft ret til at føde anonymt i det franske sundhedsvæsen, hvis de ønsker det (”Accouchement Sous-X”). Denne ordning er nærmere beskrevet i afsnit 1.3.1.

Man har ret til at bortadoptere sit barn i Frankrig, uanset om man har valgt at føde anonymt eller ej (14).

1.2.2 Sundhedsvæsenet

Frankrig har et universelt, forsikringsbaseret sundhedsvæsen, der minder om fx det tyske (Bismarck), men med en høj grad af statslig styring som i de skandinaviske og engelske sundhedsvæsener. Sygeforsikring er lovpligtig, og den lovpligtige sygeforsikring samt komplementære forsikringsordninger finansierer sammen med skatteindtægter de offentlige sundhedsudgifter (15). Frankrig har det laveste niveau af brugerbetaling for sundhedsydelser i Europa (ibid.). Udbydere af sundhedsydelserne er både private og offentlige, mens der kun er én statslig bestiller.

For normale graviditeter er der syv obligatoriske besøg hos jordemoder/læge, tilbud om scanninger for fastsættelse af termin og nakkefoldsstørrelse samt en række laboratorietests foruden tilbud om fødselshjælp på sygehus. I Frankrig skal man som gravid henvende sig på sit lokale socialkontor

”sécurité sociale” med dokumentation for graviditeten og henvisning til svangreomsorg fra sin læge for at kunne benytte sig af tilbud. Dette sker med henblik på finansiering af ydelserne.[1]

Alle har ret til gratis lægehjælp og kan føde anonymt på franske sygehuse uanset nationalitet og opholdsstatus (14,16).

1.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

1.3.1 Anonyme fødsler

Kvinder har siden udgangen af den franske revolution i 1793 har haft ret til at føde anonymt i Frankrig, hvis de ønsker det (”Accouchement Sous-X”). Alle kvinder i Frankrig, uanset opholdsgrundlag og statsborgerskab, kan føde ”Sous X”, dvs. også uregistrerede migranter, turister og andre udenlandske kvinder, der kommer til Frankrig for at føde anonymt.[2] Ifølge artikel i Le Monde fra 2016 fødes der 600-700 børn under Sous X-ordningen om året (17). Ifølge informanter har antallet af anonyme fødsler ligget stabilt på lidt over 600 årligt i det seneste årti (hhv. 640 i 2013 og 625 i 2014) (14,16) svarende til ca. 80 anonyme fødsler pr. 100.000 fødsler i Frankrig.

Det fremgår af lovgivningen (”Code Civil”, artikel 341), at ”kvinder har ret til at være anonyme over for deres barn efter fødslen, hvorved ingen juridiske bånd mellem mor og barn eksisterer”. Moren skal dog oplyses om de juridiske konsekvenser ved det at være anonym samt om vigtigheden af, at børn kender deres oprindelse og familiens sygdomshistorie (12).

Sous X-ordningen har udviklet sig over årene. Senest blev der i 2002 vedtaget en lovændring (lov 2002-93 af 22. januar), der skulle gøre det lettere for børn, der er født anonymt, at opsøge deres biologiske ophav, hvis de ønsker det. I den forbindelse blev der oprettet et nationalt center Rådet for Adgang til Oplysninger om Personligt Ophav (Conseil National de l’Accès aux Origines Personelles, CNAOP). CNAOP forestår blandt andet sagsbehandlingen på vegne af de (anonymt fødte) børn eller voksne, der henvender sig med henblik på at opsøge/kende deres biologiske ophav (12,14). I Frankrig findes der p.t. mere end 100.000 anonymt fødte personer, der ifølge loven fra 2002 kan opsøge deres biologiske ophav via CNAOP (14). CNAOP oplyser, at de har ca. 600 henvendelser om året og vurderer derfor, at det er et fåtal at de anonymt fødte personer, der ønsker at kende deres biologiske ophav. Det påpeges dog, at det er et vigtigt signal for de anonymt fødte, at muligheden findes.

Med loven fra 2002 fik departementerne[3] i Frankrig desuden pligt til at udpege lokale tovholdere for anonyme fødsler (Correspondant Départmentaux). Tovholderne udnævnes af departementsrådene og er ansat af disse. Tovholderne er ansvarlige for, at der ydes rådgivning til de kvinder, der ønsker at føde anonymt, og har samtidig en række andre opgaver lokalt. Selve rådgivningen foretages af tovholderne selv eller (mindre ofte) af specialuddannet personale på sygehuset (12,18). I dag er der 250 lokale tovholdere i Frankrig, hvis navne og kontaktoplysninger findes på internettet (14,18).

Når en kvinde henvender sig til myndighederne med ønske om at føde anonymt, skal den/de lokale tovholdere for anonyme fødsler informeres øjeblikkeligt. Dette er blandt andet for at sikre, at kvinden fx ikke forlader lægehuset/fødestedet, før hun er blevet informeret om sine rettigheder og har fået

---

1 Se: https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Grossesse/Le-suivi-de-la-grossesse#64855

2 Det vurderes, at der hvert år kommer (et ukendt antal) kvinder fra andre lande, fx Belgien, Spanien, England eller de tidligere franske kolonier i Nordafrika, for at føde anonymt i Frankrig (14,16). Ifølge informanterne har det ændrede migrationsmønster i Europa ikke ført til et stigende antal anonyme fødsler i Frankrig.

3 Der findes i Frankrig ca. 20 regioner, ca. 100 departementer og langt flere kommuner. Departementer svarer til de tidligere amter i Danmark, om end de geografisk og befolkningsmæssigt er noget større.

talt om sin situation (14,18). Tovholdernes opgave er at opsøge kvinden i fortrolighed og sørge for, at hun får tilstrækkelig praktisk og juridisk rådgivning om muligheder for – og konsekvenser af – at føde anonymt samt muligheder for at beholde sit barn eller opgive anonymiteten/videregive oplysninger om sig selv til barnet. Moren har som udgangspunkt to måneder til at ombestemme sig efter fødslen (12,14). De lokale tovholdere indhenter oplysninger om kvinden – hvis hun ønsker det – og sørger for, at de gemmes i en forseglet konvolut, som barnet via CNAOP kan ansøge om at åbne senere i sit liv.[4] Desuden skal tovholderne informere kvinderne om, hvad der sker med barnet, når det overgår til plejebarnsstatus og eventuel bortadoption. Ligeledes er tovholderne ansvarlige for, at kvinden får psykosocial rådgivning, og de skal fungere som kvindens "ledsager" under graviditeten og lige efter fødslen. Endelig fungerer tovholderen også som en slags værge for det nyfødte barn i forbindelse med sagsbehandlingen vedrørende status som plejebarn og evt. adoptionsproces.

De lokale tovholdere samarbejder med sundhedsorganisationer og har ansvaret for at uddanne social- og sundhedspersonale i at håndtere anonyme fødsler (14,18).

CNAOP er ansvarlig for at uddanne og rådgive de lokale tovholdere og følge op på deres arbejde. Ligeledes udarbejder CNAOP retningslinjer for de lokale tovholderes indsats (19).

En ny rapport af Creusot et al. (2017) bestilt af La Direction de la Cohesion Sociale ("Styrelsen for Social Sammenhængskraft") har evalueret implementeringen og effekterne af loven af 2002, herunder de lokale tovholdere, på basis af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse i 77 af de ca. 10 departementer og efterfølgende fokusgruppeinterview med deltagelse fra 25 departementer (18,20). Tovholderordningen vurderes generelt at være en succes. De nationale retningslinjer og netværket af tovholdere er med til at sikre en ensartet indsats på tværs af departementer i Frankrig. Tovholderne er uddannede i at give en nationalt formuleret "best practice"-indsats over for kvinderne, dvs. håndtere mødet med den anonyme kvinde i den sårbare situation, som hun måtte være i, uden at være dømmende og at rådgive hende om såvel juridiske som psykologiske aspekter i forhold til anonym fødsel. Creusot et al. (2017) peger på, at tovholdernes fokus er et andet end jordemødrenes på sygehusene, der skal understøtte, at der sker en tilknytning mellem mor og barn. Det vurderes, at tovholdernes indsats i forhold til at informere og rådgive kvinden samt indsamle oplysninger, der kan gemmes til barnet, fungerer godt, og ifølge rapporten er andelen af gravide kvinder, der henvender sig med ønske om at føde anonymt, men som alligevel vælger at beholde deres barn, stigende, jf. Tabel 1.3.

[4] Konvolutten med oplysninger gemmes lokalt af departmentsrådene ("Conseils Départmentaux), men det er kun CNAOP, der efter eventuel henvendelse fra barnet, har ret til at bryde forseglingen og få adgang til oplysningerne (14). CNAOP vil i det tilfælde, hvor barnet ønsker at kende sin biologiske mors identitet, kontakte moren igen, der så kan vælge at fastholde eller opgive sin anonymitet (14).

Tabel 1.3 Kvinder i Sous-X ordningen og deres valg af anonymitet i 77 af ca. 100 departementer, 2014-2016

	2014 (71 departementer)	2015 (73 departementer)	2016 (77 departementer)
Antal kvinder, der ønsker anonymitet i forbindelse med fødsel	371	382	457
Heraf antal der **ikke** har leveret oplysninger i lukket konvolut, dvs. vælger at forblive helt anonyme	163 (44 %)	163 (43 %)	191 (42 %)
Heraf antal, der har leveret oplysninger om sig selv i lukket konvolut	113 (30 %)	117 (31 %)	128 (28 %)
Heraf antal, der har leveret oplysninger om sig selv i barnets journal/sagsmappe	47 (13 %)	38 (10 %)	47 (10 %)
Heraf antal, der har anerkendt barnet og herefter afgivet det til adoption	2 (1 %)	3 (1 %)	5 (1 %)
Heraf antal, der har anerkendt barnet og ønsket at beholde det	46 (12 %)	61 (16 %)	86 (19 %)

Kilde: Creusot et al (2017) (18) (oversat fra fransk)

Cresout et al. (2017) peger dog også på udfordringer forbundet med implementeringen af loven fra 2002, der forudsætter god kommunikation mellem tovholderne, social- og sundhedsmyndigheder samt sundhedspersonale lokalt. Indsatsen i forhold til at ledsage kvinden gennem graviditeten og frem er spredt på forskellige fagpersoner, og forløbene er ofte meget forskellige og komplekse. Tovholderne beretter, at de altid må tilpasse indsatsen til den enkelte kvinde, hendes historie og individuelle behov. I nogle departementer er der få anonyme fødsler og derfor meget lidt erfaring at bygge på fra et tilfælde til det næste. Der er ofte stor personaleudskiftning blandt fx sundhedspersonalet, og det kræver en kontinuerlig informationsudveksling og uddannelsesindsats fra tovholderens side.

Mange af de gravide, der ender med at føde anonymt, skjuler eller benægter deres graviditet. Cresout et al. (2017) (18) peger på, at der overordnet set er tre typer af disse gravide, og at de tre typer har forskellige implikationer for tovholderens indsats:

1. Den legale tidsgrænse for abort er overskredet, da graviditeten opdages, og kvinden beslutter sig for at blive fulgt i sundhedsvæsenet og føde anonymt. I dette tilfælde er det relativt let for tovholderen at komme i kontakt med kvinden og følge hende gennem graviditet, fødsel og efter fødslen.
2. Kvinden har børn i forvejen og opdager sent sin graviditet, som måske skyldes en prekær og usikker situation. Ofte vil denne type kvinde først dukke op ved fødslen på sygehuset.
3. Unge kvinder (især), hvis graviditet først opdages meget sent, fordi kvinden er i en kompleks fornægtelsessituation. I disse tilfælde kan tovholderne typisk først træde til ved fødselstidspunktet (indlæggelse på sygehus) eller evt. efter fødslen.

Det første møde mellem tovholder og den gravide/moren foregår i 35 % af tilfældene under graviditeten, i 30 % af tilfældene foregår det, når kvinden ankommer til sygehuset, og i 29 % af tilfældene sker det efter fødslen (18). I de sidste ca. 5 % af tilfældene er tidspunktet for første møde ikke oplyst.

Det er de offentlige social- og sundhedsmyndigheder, der finansierer anonyme fødsler (12,20) samt den rådgivningsindsats, der via tovholderne gives til kvinderne.

Organisationen CNAOP, der ligeledes er offentligt finansieret, beskæftiger ca. otte årsværk, hvoraf fire af disse tager sig af sagsbehandlingen for de anonymt fødte børn, der ønsker at kende deres biologiske ophav, jf. ovenfor.

1.3.2 Andre forebyggende indsatser

I Frankrig findes en lang række social- og sundhedsmæssige tilbud, der ikke har direkte fokus på hittebørn, men som potentielt kan forebygge, at mødre/forældre efterlader deres børn (16).

I alle departementer findes der fx offentlige rådgivningscentre (Centres de Plannification Familiale, CPEF), der tilbyder familierådgivning og udlevering af prævention.

Herudover findes der organisationer (”Organismes de Protection de la Santé Maternelle et Infantile, ”PMI”) i alle departementer, hvis hovedopgave er at beskytte mødres og børns sundhed. PMIerne er blandt andet ansvarlige for tidlig opsporing af unge mødre og/eller sårbare gravide og børn og for at tilbyde dem en forebyggende indsats og opfølgning (psykologisk, social og uddannelsesmæssig indsats). Deres målgrupper er vordende mødre og familier, hvor forældrene er unge, sårbare og/eller økonomisk ubemidlede (12).

Hver region/lokalområde har et center for beskyttelse af børn med ansvar for opsporing af børn, der er i risiko for omsorgssvigt, og for at hjælpe familier, der er i risiko for eller har problemer med omsorgssvigt af børn (12).

Den franske svangreomsorg indeholder de obligatoriske medicinske undersøgelser og konsultationer, men også tilbud om en psykosocial samtale og eventuel hjælp til gravide, der vurderes som sårbare i forhold til at påtage sig rollen som mor (14,16). Der findes blandt andet graviditets-/mødrehoteller, der tilbyder indkvartering og støtte til sårbare gravide og mødre (14). Alle kvinder kan søge hjælp på disse graviditets-/mødrehoteller, så længe deres barn er under tre år.

1.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre

1.4.1 Antal hittebørn

Der findes ikke officielle opgørelser over antallet af hittebørn i Frankrig. Informanter fra den franske socialstyrelse oplyser, at der blev fundet fire hittebørn i Frankrig i 2014, dvs. børn fundet efterladt i det offentlige rum (14,16), jf. Tabel 1.4. Informanterne kender kun til én sag i de seneste fire år, hvor et spædbarn blev fundet efterladt i Paris. Der er formentlig tale om en sag i 2014, hvor et nyfødt spædbarn blev efterladt umiddelbart efter fødslen på et toilet i en lufthavn i Paris (21).

Et studie fra 2017 har undersøgt antallet af spædbørnsdrab i Frankrig over perioden 1993-2012 baseret på gennemgang af avisartikler mv. (22). Studiet identificerer i alt 357 spædbørnsdrab over perioden. I 22 % af sagerne vurderes det, at barnet døde på grund af vanrøgt svarende til fire sager i gennemsnit pr. år, jf. Tabel 1.4.

Begrebet hittebørn (oversat ”enfants abandonnés”) anvendes typisk ikke i Frankrig. I stedet anvendes betegnelsen ”pupilles” om børn, der er i statens varetægt (12), herunder børn, som er efterladt eller opgivet af deres forældre, samt børn, hvor forældrene er døde eller har fået frataget forældremyndigheden (23). I en landsdækkende undersøgelse fra ONPE (Observatoire National de la Protection d’Enfance) oplyses det, at i alt 1.032 børn fik status som ”pupilles” i Frankrig i 2014 – enten midlertidigt eller permanent (23). Ca. 80 % af de 1.032 børn var efterladt eller opgivet af forældrene, og ca. 2/3 af disse børn var under 1 år (550 børn). De 550 børn svarer nogenlunde til antallet af anonyme fødsler i 2014 i Frankrig (625), hvis man fratrækker de 12%, der valgte at anerkende og beholde barnet i 2014, jf. Tabel 1.3. I 2014 valgte 44 % af Sous X-mødrene ikke at videregive identitetsoplysninger til barnet, dvs. at være helt anonyme, Tabel 1.3. På denne baggrund anslås antallet

af spædbørn, som afgives til adoption, hvor moren ikke har efterladt identitetsoplysninger til barnet, at være ca. 250 om året, jf. Tabel 1.4.

Tabel 1.4 Antal efterladte spædbørn i Frankrig

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Børn efterladt i det offentlige rum og fundet i live	4 (a)	0,5
Spædbørn fundet døde pga. vanrøgt	4 (b)	0,5
Spædbørn i statens varetægt, som er opgivet af forældrene inden for det første leveår, herunder børn født under Sous X-ordningen, hvor moren ikke har efterladt identitetsoplysninger til barnet	250 (c)	30

Kilde: (a) Tal for 2014 oplyst af informanter fra den franske socialstyrelse
(b) Simmat-Durand (2017)
(c) Beregninger foretaget af VIVE baseret på Observatoire national de la protection d'enfance (2016) og Creusot et al. (2017).

Børn, som er født anonymt, hvor moren ikke har efterladt identitetsoplysninger til barnet, defineres som hittebørn i denne undersøgelse. Det er dog vigtigt at gøre opmærksom på, at man i Frankrig ikke betragter børn født under Sous X-ordningen som hittebørn. Alle børn, der er født under Sous X-ordningen og bortadopteret i Frankrig, kan få hjælp til at opsøge deres biologiske ophav via CNAOP – uanset om de er født før eller efter 2002, da lovændringen, der skulle gøre det lettere for børnene at opsøge deres biologiske ophav, blev vedtaget, og uanset om deres biologiske mor har efterladt identitetsoplysninger eller ej. De sager, som CNAOP behandler i dag, vedrører børn/voksne født før 2002 (ca. 600 henvendelser om året). CNAOP optræder som fortrolig sagsbehandler på vegne af barnet, opsøger den biologiske mor og spørger, om hun vil ophæve sin anonymitet over for barnet. Hun har ret til at sige nej. Det bliver lettere for CNAOPs sagsbehandlere at behandle sådanne sager, når børn, der er født efter 2002, ønsker at opsøge deres biologiske ophav, fordi flere biologiske mødre har efterladt identitetsoplysninger.

1.4.2 Viden om mødrene til hittebørn

Et fransk studie fra 2012 af 739 mødre, der i perioden 2007-2009 fødte anonymt i 83 departementer i Frankrig, har sammenlignet Sous X-mødrene med baggrundspopulationen af fødende kvinder i Frankrig (24). Studiet finder, at kvinder, der fødte anonymt, i gennemsnit var fire år yngre end baggrundspopulationen, herunder langt oftere mindreårige (11 % versus 0,5 %). Desuden var Sous X-mødrene oftere førstegangsfødende, hjemmeboende og økonomisk afhængige af forældrene og langt oftere studerende end øvrige fødende kvinder i Frankrig. Studiet viser desuden, at Sous X-mødrene oftest ikke var i parforhold (otte ud af 10 var ikke i parforhold). Andelen af Sous X-mødre med anden etnisk oprindelse end fransk var ikke højere end blandt de øvrige fødende kvinder i Frankrig.[5] Dette bekræftes af Anaut (2012), hvis interview på en række franske fødeafdelinger ikke pegede på en overrepræsentation af kvinder af anden etnisk oprindelse (12).

Ifølge et studie offentliggjort i 2012 oplyste størstedelen af Sous X-mødrene (over 80 %), at de først opdagede graviditeten for sent til at få en provokeret abort inden for den tilladte grænse (12. graviditetsuge) (24). Ifølge studiet havde 40 % af de gravide, der endte med at føde anonymt, først opdaget deres graviditet, da de var syv måneder henne. Den hyppigste årsag, der blev opgivet af Sous-X-mødrene til at vælge at føde anonymt, var fravær af biologisk far (43 %) (ibid.). Herudover blev økonomiske problemer, alder (for ung), frygt for familiens reaktion og overgreb/traumer nævnt som begrundelser. Ifølge studiet valgte 14 % af Sous X-mødrene at tage barnet til sig alligevel,

[5] Dog var der gennemsnitligt lidt flere kvinder med nordafrikansk oprindelse ("mahgrebines") blandt den yngre del af "Sous X"-mødrene end blandt øvrige fødende kvinder i Frankrig (14 % versus 10 % af de 18-25 årige) (24).

inden de to måneders frist var udløbet (ibid.). Blandt de resterende 86 % valgte 23 % at oplyse deres identitet over for barnet direkte, og 31 % valgte at videregive oplysninger om sig selv og fødslen i en forseglet konvolut. De resterende 46 % af Sous X-mødrene, der gav barnet fra sig, valgte at forblive anonyme.

Et ældre studie af Bonnet (1993) baseret på psykoanalytiske interview med 22 kvinder, der opgav deres barn til adoption ved fødslen, fandt, at motiverne til at opgive barnet dels var fortrængning/benægtelse af graviditeten og dels fantasier om vold mod fostret, der ofte skyldtes, at de selv var blevet omsorgssvigtet eller seksuelt misbrugt som børn (25).

Et studie af Simmat-Durand (2017) har undersøgt antal og karakteristika ved spædbørnsdrab i Frankrig i perioden 1993-2012 baseret på oplysninger i avisartikler mv. (22). Studiet fandt 357 tilfælde af drab på nyfødte i perioden, hvor 22 % vurderes at skyldes vanrøgt, jf. 1.4.1. Moren kunne identificeres i 74 % af tilfældene og var i langt de fleste tilfælde ansvarlig for drabet. Mødrene havde en gennemsnitsalder på 27,8 år, og halvdelen af mødrene havde mindst et levende barn i forvejen. Der var stor regional variation i forekomsten af spædbørnsdrab. Basse Normandie, Korsika, Lorraine og Poitou-Charentes mod grænsen til Schweiz havde en incidens på mere end fire spædbørnsdrab pr. 100.000 fødsler, mens Ile de France (regionen med Paris) havde den laveste incidens med 1,32 spædbørnsdrab pr. 100.000 fødsler.

Et andet studie fra Vellut et al. (2012) har undersøgt sammenhængen mellem drab på nyfødte og benægtelse/fortrængning af graviditet baseret på en gennemgang af 32 politisager, hvor moren havde begået 24 drab (26). Mange af mødrene kunne ifølge studiet karakteriseres som umodne, afhængige, med lav selvfølelse, uden følelsesmæssig støtte, følte sig isolerede og kommunikerede dårligt med deres eventuelle partnere. Graviditeten udløste i mange tilfælde en følelsesmæssig konflikt mellem lyst til at beholde barnet og trang til at afvise det koblet med manglende evne til at bede om hjælp.

1.5 Den offentlige debat

Babyluger eksisterede fra middelalderen og frem til det 19. århundrede i Frankrig (27), men der findes ikke babyluger i Frankrig i dag (12).

Derimod har kvinder i Frankrig mulighed for at føde anonymt under Sous X-ordningen og efterfølgende afgive deres barn til adoption. Som argument for ordningen fremhæves det, at den sundhedsmæssige risiko for mor og barn er minimeret ved en anonym fødsel, der foregår på et sygehus, i sammenligning med babyluger, hvor fødslen kan foregå uden sundhedsprofessionel bistand (12,14,16-18). Ordningen giver desuden mulighed for at yde rådgivning og støtte til moren, samtidig med at barnet afgives på en sikker måde, hvis det er morens ønske. Der er etableret et netværk af lokale tovholdere, der adviseres, så snart man i sundheds- eller socialvæsenet får kendskab til en kvinde, der ønsker at føde anonymt. Tovholderne sætter ind med oplysning, rådgivning og opfølgning. Blandt andet oplyser tovholderen moren om, hvad det vil sige for barnet ikke at kende sit ophav, og moren har flere muligheder for at fortryde sit valg af anonymitet undervejs i forløbet.

Retten til at føde anonymt har som sagt eksisteret siden den franske revolution, men der er stadig debat om anonyme fødsler med henvisning til barnets ret til at kende sit biologiske ophav (28). Nogle kritiserer også Sous X-ordningen for at forsømme farens rettigheder (12).

Informanter peger på, at loven fra 2002 har sikret en bedre balance mellem på den ene side morens ret til at være anonym og på den anden side barnets ret til at kende sit biologiske ophav (14,16).

Ifølge informanter har børn, der er født anonymt i Frankrig, klaget til Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol over ikke at kende deres biologiske ophav, men uden at få medhold. Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har anerkendt, at lovændringerne i 2002 i højere grad end tidligere muliggør en efterlevelse af FN's Børnekonvention med henvisning til lovens fokus på, at moren videregiver oplysninger til barnet, og at barnet senere kan opsøge sit biologiske ophav via CNAOP (16). Dog anbefaler domstolen en tæt monitorering af implementeringen og effekterne af loven.

1.6 Liste over informanter

Tabel 1.5 Liste over informanter i Frankrig

Navn	Titel	Organisation
Jean-Pierre Borély	Generalsekretær	Conseil National d'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP)
Cathrine le Noir	Chargée des missions (Opgaveansvarlig)	Conseil National d'Accès aux Origines Personelles (CNAOP)
Cathrine Briand	Ansvarlig for politisk arbejde i forhold til beskyttelse af børn (Suivi de la mise politique – protection de l'enfance)	Afdelingen for Børn og Familie Direction de la Cohèsion Sociale (Styrelsen for Social Sammenhængskraft)
Isabelle Grimault	Underdirektør, afdelingen for børn og familie	Afdelingen for Børn og Familie Direction de la Cohèsion Sociale (Styrelsen for Social Sammenhængskraft)

2 Holland

2.1 Sammenfatning

Tabel 2.1 beskriver kort overordnede rammer, antal hittebørn, viden om mødrene og indsatser mod forekomsten af hittebørn i Holland. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

Tabel 2.1 Hittebørn i Holland: Rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der er i alt ca. 17 mio. indbyggere i Holland. Ca. halvdelen af befolkningen er kristne, herunder katolikker (26 %) eller protestanter (26 %). BNP pr. indbygger i Holland er lidt højere end i Danmark, mens den økonomiske ulighed er lidt lavere. Fødselsraten er lidt lavere i Holland, mens antallet af teenagefødsler er på samme niveau som i Danmark. Abortraten er væsentlig lavere i Holland sammenlignet med Danmark.
Lovgivning	I Holland er det strafbart med op til 7 års fængsel at efterlade sit barn i en farefuld eller hjælpeløs situation. Det er lovligt at efterlade et barn i statens varetægt (med henblik på bortadoption), forudsat at moren/forældrene oplyser sin/deres fulde identitet. Provokeret abort er lovligt til og med 21. graviditetsuge, og på medicinsk indikation eller andre særlige omstændigheder kan abort foretages til og med 24. graviditetsuge.
Sundhedssystem	Det hollandske sundhedssystem er baseret på obligatoriske sundhedsforsikringer. Alle borgere har pligt til at forsikre sig. I 2006 var den gennemsnitlige forsikringsudgift 1.050 EUR (ca. 7.900 DKK). Sygeforsikringen giver ret til gratis behandling i store dele af sundhedsvæsenet. Der er dog en selvrisiko på 150 EUR (ca. 1.125 DKK) om året, som skal betales af alle over 18 år.
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	I Holland har man i gennemsnit fundet 4,7 børn om året over perioden 2006-2018, der er efterladt uden opsyn, heraf er 1,2 børn fundet i live og 3,5 børn fundet døde. Det svarer til ca. 2,7 børn pr. 100.000 fødsler.
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	Opgørelsen er foretaget af Videnscenter for hittebørn i Holland (NIDAA) og omfatter sager, hvor børn er efterladt op til 4-5 årsalderen (29).
Viden om mødrene	En meget heterogen gruppe, der varierer med hensyn til alder, uddannelsesniveau, indkomst og psykologisk profil.
Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Foundling room	En privat organisation Beschermde Wieg (BW) har åbnet såkaldte foundling rooms eller protected cradles som et alternativ til babyluger. Organisationen begyndte som et mor-barn-hjem; det såkaldte Babyhuis, men tilbyder i dag en flerstrenget og helhedsorienteret indsats, der ud over rummet til aflevering af nyfødte forsøger at nå ud til kvinder i risikogruppen under graviditeten og tilbyde hjælp til anonym fødsel og evt. anbringelse. BW stiller en gratis og døgnbemandet hotline og en hjemmeside med chat til rådighed.
Anonyme fødsler	Det er ulovligt at føde anonymt i Holland, hvorimod fortrolige fødsler under særlige omstændigheder og ved en professionel beslutning kan arrangeres inden for lovens rammen. Organisationen BW hjælper kvinder med at føde anonymt uden for lovens rammer.
Den offentlige debat	Debatten har været højlydt. Fortalere for foundling rooms og anonyme fødsler hævder, at befolkningen støtter lovliggørelse af tilbud om hjælp til begge dele. Politisk er der stor modstand mod især anonym aflevering af nyfødte i foundling rooms. Positionerne "barnets ret til liv" og "barnets ret til at kende og blive passet af sine forældre", jf. FN's Børnekonvention, diskuteres.

2.2 Rammer

2.2.1 Befolkning

Der er ca. 17 mio. indbyggere i Holland (1). Halvdelen af befolkningen er enten katolikker (26 %) eller protestanter (26 %), mens 8 % af befolkningen er muslimer (30). Herudover er der en forholdsvis stor gruppe (40 %), som ikke bekender sig til en religion, eller hvor religionen er uoplyst (ibid.). BNP pr. indbygger i Holland var 50.551 USD sammenlignet med 49.021 USD i Danmark i 2016 (3). Gini-koefficienten, der beskriver den økonomiske ulighed i et land, er lidt lavere i Holland sammenlignet med Danmark. Holland havde en gini-koefficient på 26,9 i 2016, mens den var 27,7 i Danmark samme år (4). Indvandringen til Holland er tilsvarende indvandringen til Danmark målt ved antal registrerede asylansøgere. I 2016 havde Holland 1,2 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere, mens Danmark havde 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (5).

Fødselsraten i Holland er lidt lavere end i Danmark. I 2016 blev der født 11 børn pr. 1.000 indbyggere i Danmark og 10 børn pr. 1.000 indbyggere i Holland (6). Antal teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år i Holland er på samme niveau som i Danmark (4 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2016). Spædbarnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler var 3,3 i Holland og 3,7 i Danmark i 2016 (7). Forskelle i spædbarnsdødeligheden kan skyldes forskelle i praksis i forhold til for tidlige fødsler.

Abortraten for legale provokerede aborter er højere i Danmark sammenholdt med Holland. Abortraten i Holland angives i 2014 til 8,46 legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder (15-44 år), hvor den i Danmark var 14,18 samme år (8). En informant fra Holland udtaler, at den lave abortrate muligvis skyldes kombinationen af nem adgang til fortrydelsespiller, effektiv legalisering og monitorering af abort, som opkvalificerer interventioner specielt med henblik på fald i teenagegraviditeter, samt åben debat om medicinske og etiske aspekter.

Tabel 2.2 Befolkning og økonomi i land Holland

	Holland	Danmark
Antal indbyggere (2017) (1)	17.081.507	5.748.769
Antal fødsler pr. år (2016) (7)	172.520	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger (2016)	10	11
Antal legale provokerede aborter pr. år (2014) (10)	26.664	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) (2014)	8,46	14,18
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler (2016) (9)	3,3	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2016) (8)	4	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	50.551	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2016) (4)	26,9	27,7
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5)	20.945	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (5)	1,2	1,1
Mest udbredte religion (11,30)	26 % protestanter, 26 % katolikker, 8 % muslimer	83 % protestanter

2.2.2 Lovgivning

I Holland er det strafbart at efterlade et barn i en fareful eller hjælpeløs situation (29).[6] Hvis det sker, vil politiet altid igangsætte en undersøgelse med henblik på at identificere den person, der har efterladt barnet. Strafferammen for at have efterladt et barn er mellem 4 og 7 års fængsel.[7]

Straffen for spædbørnsdrab blev i 1886 lempet i Holland ligesom i flere andre europæiske lande (31). Af straffelovens kapitel 290 lyder det, at hvis en mor, af frygt for at hendes graviditet bliver opdaget, tager barnets liv umiddelbart efter fødslen, kan hun idømmes op i mod 6-7 års fængsel (ibid).

Det er ligeledes ulovligt at føde anonymt i Holland. De kalder det at føde ”moderløst”. Siden 1947 har det juridiske princip 'mater semper certa est' været gældende, som henviser til, at mor og barn automatisk er forbundet med hinanden. Ifølge ”Den Valkenhorst Dom” fra 1994 har et barn ret til at kende sin baggrund, og dette hensyn vejere tungere end hensynet til moderens privatliv (NIDDA.nl). Denne ret læner sig op ad FN’s Børnekonventions artikel 7 om, at et barn har ret til at kende sine forældre. Dertil kommer lægefaglige og psykologiske argumenter om, at det påfører børn psykologiske traumer at blive født anonymt og ikke kende deres biologiske ophav. Dog kan hemmelige fødsler undtagelsesvist arrangeres i Holland, hvis kvindens liv eller sikkerhed er truet. Beslutningen om at hemmeligholde en fødsel skal dog træffes af en professionel (interview med Barbara Muller og flere frivillige ansatte).

Holland har en historisk veletableret abortlovgivning, som blev vedtaget i 1984. Abort er lovligt til og med 21. graviditetsuge, og på medicinsk indikation eller andre særlige omstændigheder kan abort foretages til og med 24. graviditetsuge (32). Dog får kvinden altid en obligatorisk betænkningstid på 4-5 dage mellem første lægebesøg og selve indgrebet. Dette forbehold er indskrevet i abortlovgivningen. Mindreårige (under 18 år) skal have forældrenes samtykke for at få abort. Efter uge 24 betegnes fosteret som potentielt levedygtigt, og det betragtes derfor som en kriminel handling at afbryde graviditeten (32).

Det er lovligt at opgive sit barn til adoption i Holland, forudsat at forældrene opgiver deres identitet, så barnet har mulighed for at opsøge forældrene senere i livet.

2.2.3 Sundhedssystem

Det hollandske sundhedssystem er baseret på obligatoriske sundhedsforsikringer (33). Alle borgere har pligt til at forsikre sig. Sygeforsikringen drives af private selskaber, som er forpligtede til at optage *alle* personer, der bor i selskabets ”optageområde”. I 2006 var den gennemsnitlige forsikringsudgift 1.050 EUR (ca. 7.900 DKK). Sygeforsikringen giver ret til gratis behandling i store dele af sundhedsvæsenet. Der er dog en selvrisiko på 150 EUR (ca. 1.125 DKK) om året, som skal betales af alle over 18 år. Patienter med kroniske sygdomme eller handicap bliver kompenseret økonomisk. Det er desuden muligt at supplere sin forsikringsordning og opnå andre og flere rettigheder ved enten selv at købe en dyrere forsikring eller at få denne betalt af en arbejdsgiver.

I Holland er såvel svangreomsorg som fødselshjælp organiseret markant forskelligt fra Danmark (34). Jordemødre arbejder som privatpraktiserende, og mange hollandske kvinder vælger at føde hjemme. Dog oplyser eksperter i interview med VIVE, at antallet af hjemmefødsler er på retur til

---

6 Det er lovligt at efterlade et barn i statens varetægt, dvs. at opgive et barn til adoption, hvis moren/forældrene oplyser sin /deres fulde identitet. Her er der ikke tale om, at barnet efterlades i en farefuld eller hjælpeløs situation.

7 Dutch Penal Code, article 256 og 257,1.

fordel for flere og flere hospitalsfødsler. I Holland har kvinder også en barselhjælper til rådighed i en uge efter fødslen.

Udokumenterede migranter i Holland har samme adgang til lægehjælp som den øvrige befolkning. Dette gælder, ifølge det hollandske justitsministerium, også med hensyn til svangreomsorg og fødselshjælp. Det betyder blandt andet, at udokumenterede migranter kan henvende sig til en jordemoder og bede om at blive fulgt med regelmæssige kontroller i graviditeten. Det er dog ikke alle jordemødre, der er klar over, at de har ret til dette.

2.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

I Holland har en privat organisation under navnet Beschermde Wieg etableret såkaldte foundling rooms kombineret med hjemmeside og døgnbemandet (24/7) hotline, der har direkte fokus på at forebygge, at spædbørn efterlades i det offentlige rum. Initiativet er beskrevet nærmere nedenfor.

2.3.1 Foundling rooms

I Holland er det ulovligt at aflevere/efterlade sit barn anonymt. Alligevel har den private organisation Beschermde Wieg åbnet foundling rooms eller protected cradles, som er et alternativ til babyluger. Organisationen stiller også en gratis og døgnbemandet hotline og en hjemmeside med chat til rådighed.

Organisationen begyndte som et mor-barn-hjem; det såkaldte Babyhuis, men tilbyder i dag en flerstrenget og helhedsorienteret indsats, der forsøger at gribe kvinder i risikogruppen under graviditeten. Det gør de blandt andet ved at tilbyde hjælp til anonym fødselshjælp og aflevering af spædbarn, støtte til tilknytning på mor-barn-hjem og støtte til at komme videre, herunder at finde arbejde og bolig, samt hjælp til at lære at klare sig selv.

Organisationens dagsorden er klar og handler om at få kvinder, der er uønskede gravide og overvejer at efterlade deres børn, til at ændre holdning og i sidste ende beholde barnet. Helt centralt i deres arbejde i både Babyhuset og foundling rooms er derfor dette fokus på at holde mor og barn sammen ved at yde støtte til tilknytning. Når en kvinde kontakter dem om uønsket graviditet, gør de frivillige, hvad de kan, for at overbevise moren om, at hun skal blive sammen med barnet. Hvis moren beslutter at give barnet en chance, tilbydes hun et ophold i deres babyhus, på ca. fire mdr. Her står frivilligt personale til rådighed døgnet rundt og hjælper med at ”træne” tilknytning, selvstændig husholdning og økonomi. De sætter eksplicit fokus på sund madlavning og indkøb.

Barbara Muller, grundlæggeren af Beschermde Wieg, har tidligere arbejdet i det hollandske råd for barnets beskyttelse under Justitsministeriet. Hun arbejder aktivt for at ændre lovgivningen i Holland, så kvinder får ret til at føde anonymt og hjælp til at aflevere deres barn anonymt og sikkert.

Tilbuddet balancerer mellem anonymitet og kontakt

Organisationen tilbyder samtale med frivillige, der sigter mod at overtale moren til enten at prøve at beholde barnet med deres hjælp eller at videregive identitetsoplysninger til barnet i en kuvert, som opbevares af notar, frem til barnet bliver 12 eller 16 år. Det overordnede mål med arbejdet er netop at forebygge adskillelsen af mor og barn ved enten tvangsfjernelse af barnet eller ved, at moren efterlader sit barn ved fødslen, som Barbara Muller udtrykker det i et interview:

"We keep mothers and children together; if we did not exist, the child protection office would come and say that the mother is not able to take care of the child and the child would be taken into foster care. In 94 % of the cases we succeed in keeping mothers and children together".

Der er delte holdninger til initiativet i Holland. Videnscenter for hittebørn i Holland (NIDAA) tager ikke stilling til, hvorvidt foundling rooms er en god løsning eller ej, men forskeren Kerstin Van Tiggelen oplever tiltaget som innovativt i forhold til andre europæiske landes løsninger på hittebørnsproblemet:

"I must say that; the solution that was chosen here in the Netherland … is remarkable; in other countries they have actual baby-hatches. They (BW) wanted to make it more personal to leave a child in a room. Very much in line with the council for child protection, BW wants to establish bonding between mother and child. I have not seen it anywhere else in Europe. This is really an example of innovation in the way to abandon".

Foundling room inviterer til omsorg og tilknytning

Et foundling room er et rum med en atmosfære af omsorg af ikke-fordømmende karakter, hvor moren får tilbud om at tale med en frivillig og kan aflevere sit barn anonymt og trykke på en alarmknap, der tilkalder hjælp til barnet. Tiltaget forsøger at imødekomme, at nogle kvinder måske ikke er afklarede om, hvorvidt de ønsker at efterlade deres barn.

Hele rummets indretning og dekoration forsøger at overbevise moren om, at hun skal beholde barnet ved at vække moderfølelsen. I rummet er et vægmaleri af et grønt træ med et fuglehus, under træet er placeret en vugge og ved vuggens fod ligger en konvolut med teksten: 'Lieve Mama' ("Dear Mommy"). På væggen hænger også et billede, der viser en kvinde med en baby i armene, der trykker på en knap (et piktogram, der overkommer eventuelle sprogbarrierer). På et bord ved siden af vuggen ligger en notesblok med den håndskrevne besked: Vær venlig at trykke på hjælp-knappen, og vi garanterer dig anonymitet. I hjørnet af loftet hænger et kamera. Ved indgangen udløses elektroniske signaler, der får en frivillig til at ringe moren op og forsøge at tale hende fra at bruge rummet.

Organiseringen af arbejdet og tilgængelighed

Tilbuddet består af en samlet pakke af indsatser omkring kvinder, der er uønsket gravide, og som ønsker at forblive anonyme. Pakken består af en professionel hjemmeside og en døgnbemandet (24/7) gratis telefonisk og webbaseret hotline. Derudover tilbyder organisationen hjælp til anonyme fødsler ved uddannede læger og jordemødre og de såkaldte foundling rooms, hvor man – i yderste konsekvens - kan efterlade sit barn. Sidst men ikke mindst består tilbuddet af et babyhus, hvor mor og barn kan bo og få støtte til tilknytning i en periode.

Organisationen får mange henvendelser på alle tidspunkter af døgnet. Telefonlinjen passes af en frivillig, der besvarer alle spørgsmål og lytter til folks historier, rådgiver og tilbyder hjælp uden at bede om henvenderens identitetsoplysninger. De frivillige fortæller, at mange kvinder kontakter dem midt om natten. Barbara Muller oplyser:

> *Det begynder næsten altid med en WhatsAapp, hvor kvinderne henvender sig med "jeg tror jeg er gravid… og det viser sig hurtigt, at de faktisk er i fødsel og så skal vi skynde os ud.*

I alt arbejder ca. 100 personer i dag frivilligt for organisationen, der indtil videre samarbejder med 12 hospitaler. Blandt de frivillige er jordemødre, læger, socialrådgivere og midaldrende kvinder, hvis børn er flyttet hjemmefra.

Organisationen står klar til at køre ud og møde kvinden på et sted, hun foreslår, når hun kontakter dem. Herefter kører de hende til nærmeste sikre sted for at føde (hvis hun er i fødsel). Afhængigt af, hvad kvinden ønsker, kan dette være på et hospital, som organisationen samarbejder med (tillader anonymitet), eller hos en jordemoder eller læge, som organisationen arbejder sammen med. Andre frivillige står klar i babyhuset til at støtte moren i hverdagen, der kommer efter fødslen.

Det første foundling room åbnede i 2014 i Papendrecht. Der findes i dag seks foundling rooms i Holland. Tre er placeret i tilknytning til private boliger, og tre er placeret på offentlige hospitaler. Et fjerde hospital er ved at etablere et foundling room, og til næste år har organisationen planer om at åbne yderligere to rum på hospitaler.

Barbara Muller fortæller til VIVE, at hospitalspersonale henvender sig til dem, fordi de oplever, at de ikke kan yde kvinder i nød den tilstrækkelige hjælp.

Lovgivningsmæssig gråzone

Lovgivningsmæssigt falder tilbuddet uden for de eksisterende rammer. Justitsministeriet kalder det en lovgivningsmæssig gråzone. Indtil videre nyder tilbuddet en vis fredning fra politiets og myndighedernes og især hospitalspersonalets side. En artikel af Van Tiggelen fra 2016 peger på, at tilbud af denne art, der minder om babyluger, kan fortsætte med at være juridisk ulovlige, men tilladte i praksis (35).

Dette skyldes, forklarer Van Tiggelen i interview med VIVE, at der er to lovgivningsmæssige gråzoner omkring foundling rooms. Den ene gråzone opstår, fordi en mor, der afleverer sit barn i et rum, hvor alt er sat i værk for at redde barnet, ikke efterlader sit barn i en hjælpeløs situation og derfor heller ikke kan straffes for det. Men i princippet er handlingen stadig kriminel. Den anden gråzone handler om barnets ret til at kende sit biologiske ophav. Når en mor afleverer sit barn i et foundling room og ønsker at forblive anonym, lever hun ikke op til FN's Børnekonvention om barnets ret til at kende sine forældre. Men ifølge hollandsk ret er det kun den person, der er involveret i sagen, der kan anklage gerningsmanden, dvs. at det principielt kun er barnet, der kan retsforfølge sin mor eller far for den anonyme overdragelse.

Effekter og omkostninger

Der er ikke gennemført studier, der dokumenterer effekterne af Beschermde Wiegs arbejde i forhold til at nedbringe antallet af efterladte spædbørn i Holland, men organisationen fører deres egen statistik over antallet af kvinder, de hjælper. Organisationen oplyser, at de i perioden 2014-2018 har været i kontakt med ca. 600 kvinder, og at de i gennemsnit redder et barns liv om året.

Justitsministeriet kan ikke bekræfte, at organisationen har nedbragt antallet af efterladte spædbørn i Holland og kommenterer blot: "Vi har stadig det samme antal hittebørn i Holland og for nylig blev et hittebarn fundet efterladt i det offentlige rum i en af de byer, der ellers har et foundling room…"

Frem til den 10. juni 2018 var ingen børn endnu afleveret i et foundling room. Det betyder ikke, at rummene ikke har været brugt, men at det i andre tilfælde eventuelt er lykkedes organisationen at overtale kvinden til at beholde barnet.

Ifølge Barbara Muller koster det ca. 3.000 EUR at oprette et foundling room i privat regi og ca. 10-15.000 EUR at oprette et rum i hospitalsregi. Det er primært video- og kameraudstyr, der koster penge, og i hospitalsregi er det lidt dyrere, fordi det skal integreres i hospitalets eksisterende it-system. Øvrige omkostninger forbundet med foundling rooms vedrører udsmykning, møbler og vedligehold. Foundling rooms modtager ingen offentlige tilskud, men er udelukkende finansieret af private fonde og donationer.

Driftsomkostninger forbundet med babyhuset er omkring 350.000 EUR om året. Babyhuset modtager op til 80-85 % af deres driftsmidler fra kommunen, og resten er baseret på private donationer. Alle møbler er donationer fra private.

De hollandske myndigheder er modstandere af anonyme overdragelser af babyer

Under et landebesøg i Holland får VIVE og to repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet mulighed for at spørge medlemmer af det hollandske råd for børns beskyttelse under det hollandske justitsministerium om deres holdning til babyluger og Beschermde Wieg.

Deres svar indledes med henvisning til barnets ret til at kende og blive passet af sine forældre samt at kende sin personlige historie. Det at efterlade et barn i en babyluge eller et foundling room er i konflikt med disse rettigheder, påpeger de.

Rådet opfordrer til, at mødre opgiver deres børn til adoption af lovlige kanaler og dermed tilbydes den nødvendige rådgivning og støtte, der følger med i sådanne situationer. Helt overordnet mener de, at anonyme overdragelser af babyer skal undgås, og at fortrolige fødsler er et muligt alternativ, som allerede eksisterer i Holland.

2.3.2 Anonyme/fortrolige fødsler

I Holland gælder det undtagelsesvist, at hvis en kvindes sikkerhed er truet, kan en hemmelig eller fortrolig fødsel arrangeres. Det fremgår da også under VIVEs besøg i det hollandske justitsministerium, at fortrolige fødsler er en mulighed i særlige situationer. Beslutningen om at hemmeligholde en fødsel træffes af en professionel.

En udfordring er dog, at en fødsel normalt udløser en automatisk registrering i 12 forskellige organisationer, og det er et stort arbejde for en socialrådgiver at informere samtlige 12 organisationer om, at denne fødsel skal hemmeligholdes. Derfor lykkes det ikke altid i praksis at garantere kvinderne fuld anonymitet (interview med Barbara Muller og flere frivillige ansatte).

I dag hjælper den organisationen Beschermde Wieg kvinder med at føde anonymt i Holland. Organisationen oplyser, at de siden 2014 har hjulpet ca. 20 kvinder med at føde anonymt. Når en kvinde kontakter organisationen pr. telefon, mail eller WhatsAapp og beder om hjælp til at føde anonymt, formidler organisationen kontakt med en jordemoder eller læge og aftaler et sted, hvor kvinden kan føde i sikkerhed.

2.3.3 Øvrige forebyggende indsatser

Ud over foundling rooms og anonyme/fortrolige fødsler findes der en lang række andre indsatser i Holland, som potentielt kan forebygge hittebørn, men hvor det ikke er det primære fokus.

Der findes fx to store organisationer, der arbejder specifikt med at hjælpe kvinder med at træffe beslutninger om uønsket graviditet. Det drejer sig om henholdsvis FIOM and SIRIZ, som er offentligt finansierede og kontrollerede udbydere af rådgivning om seksuel og reproduktiv sundhed, herunder prævention, samt rådgivning i forbindelse med uønsket graviditet. For disse tilbud gælder, at kvinden *skal* angive sine personlige oplysninger for at få hjælp.

Prævention er let tilgængeligt i Holland. Indtil for nylig var prævention gratis, men lovgivningen blev ændret, sådan at den offentlige sundhedsforsikring ikke længere dækker udgifter til prævention (32).

I efteråret 2017 blev der igangsat et offentligt finansieret pilotprojektet 'Nu Niet Zwanger'-tilgangen (”Ikke gravid nu”, GGD Gelderland-Zuid). Programmet er udviklet af en hollandsk sygeplejerske og

har til formål at forebygge uønsket graviditet blandt særligt sårbare kvinder. Projektets målgruppe omfatter kvinder med øget sårbarhed defineret som:

- psykiske problemer
- mental retardering
- misbrug
- hjemløshed
- fattigdom
- kriminalitet
- socialt udsat miljø

GGD-medarbejdere taler med disse kvinder (og deres mænd) og opfordrer dem til at bruge en langsigtet præventionsmetode. Samtalen handler om ønsker i forhold til at få børn, om seksualitet og prævention. Formålet med samtalerne er, at kvinderne frivilligt vælger en præventionsform, der passer til dem. En evaluering af pilotprojektet viser, at mere end 80 % af kvinderne vælger en mere langsigtet præventionsløsning såsom spiral eller implanon (p-stav) efter samtalen.

Projektet er allerede implementeret i Tilburg og Rotterdam. Justitsministeriet i Holland oplyser til VIVE, at projektet nu skal udbredes til hele landet til en pris på 15 mio. EUR og finansieres af det hollandske sundhedsministerium.

2.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre

2.4.1 Antal hittebørn

Som i mange andre lande er opgørelser af antal hittebørn behæftet med stor usikkerhed i Holland, og der findes ingen officielle statistikker. Ifølge Netherlands Institute for the Documentation of Anonymous Abandonment, NIDAA[8], har man i Holland fundet i alt 61 børn efterladt i det offentlige rum i perioden 2006-2018, heraf blev 17 børn fundet i live og 44 børn fundet døde. Det svarer til et gennemsnit på 4,7 børn om året, heraf 1,2 børn fundet i live og 3,5 børn fundet døde, jf. Tabel 2.3. Opgørelsen er baseret på en gennemgang af avisartikler mv. og omfatter sager, hvor børn op til 4-5 årsalderen er efterladt. Ifølge NIDAA er over halvdelen af de børn, der efterlades i Holland, mindre end en uge gamle. Antallet af spædbørnsdrab er i gennemsnit ca. fire om året i Holland (31).

Tabel 2.3 Antal børn, der er fundet efterladt i Holland

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Børn, som er fundet efterladt*	4,7	2,7
Heraf fundet i live	1,2	0,7
Heraf fundet døde	3,5	2

Anm.: Opgørelsen omfatter børn op til 4-5 årsalderen. Ca. halvdelen vurderes at være mindre end en uge gamle. Det er ikke muligt at afgrænse nærmere på børnenes alder.
Kilde: Netherlands Institute for the Documentation of Anonymous Abandonment (www.NIDAA.nl)

[8] (NIDAA – Netherlands Institute for the Documentation of Anonymous Abandonment).

Ifølge NIDAA har der været tre anonyme overdragelser af spædbørn i Holland via den private organisation Beschermde Wieg over perioden ultimo 2014 og frem til medio 2018, herunder er ét barn afleveret i et foundling room, og to børn er født anonymt, jf. Tabel 2.4.

Tabel 2.4 Antal børn, der afleveres i foundling room eller fødes anonymt med hjælp fra organisationen Beschermde Wieg i Holland

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Børn, som fødes anonymt eller afleveres i foundling room med hjælp fra BW	0,75	0,4
Heraf født anonymt	0,50	0,3
Heraf afleveret i foundling room	0,25	0,1

Kilde: Netherlands Institute for the Documentation of Anonymous Abandonment (www.NIDAA.nl)

Herudover oplyser organisationen Beschermde Wieg, at de i perioden 2014-2018 samlet set har hjulpet ca. 20 kvinder med anonyme fødsler. 25 % af kvinderne, der valgte at beholde deres barn, klarer sig ifølge organisationen fint.[9] Andre valgte plejeordning/åben adoption og er stadig i regelmæssig kontakt med deres barn. Kun en mindre andel af kvinderne valgte at forblive anonym i forhold til barnet.

2.4.2 Viden om mødrene til hittebørn

En heterogen gruppe

Viden om, hvilke mødre/forældre der efterlader deres børn, er generelt sparsom og behæftet med stor usikkerhed, men i Holland findes det eneste videnscenter for hittebørn i Europa (NIDAA), som forsøger at dokumentere forekomsten af hittebørn på baggrund af tilgængelig information, primært medierapporter.

Videnscenteret beskriver kvinder, som efterlader deres børn anonymt i Holland, som en meget heterogen gruppe. De varierer i alder, uddannelsesniveau, indkomst og psykologisk profil. På videnscenteret hjemmeside (nidaa.nl) kan man læse om alle sager, hvor børn er efterladt i Holland fra 2006 og frem til i dag. Disse beskrivelser, som udelukkende bygger på medierapporter, indeholder dog kun få oplysninger om mødrene/forældrene.

Ifølge Barbara Muller fra Beschermde Wieg er kvindernes problemstillinger meget forskelligartede, og man kan ikke pege på et egentligt mønster. Blandt de kvinder, hun møder i sit arbejde, er såvel de meget unge kvinder under 18 år som 40-årige kvinder, der har flere børn i forvejen, men som kan være i økonomiske problemer og eventuelt fraskilte. Nogle kvinder er blevet gravide ved et "one night stand" og har ikke haft penge til prævention. De mangler økonomisk støtte og opdager for sent, at de er gravide (nogle ignorerer eller fortrænger graviditeten). For nogle kvinder kan der være religiøse grunde til ikke at få en abort. For andre, også yngre kvinder, kan kulturelle eller religiøse problemstillinger være på spil, såsom frygten for æresdrab i forbindelse med graviditet uden for ægteskab og skammen forbundet hermed. Her nævner Barbara Muller kvinder fra fx Tyrkiet, Marokko eller andre afrikanske lande, hvor kvinderne er muslimer. Derudover nævnes unge piger, der bliver gravide som følge af et seksuelt overgreb/voldtægt, og som ikke kan gå til eget netværk og tale med nogen om det. De frivillige, der arbejder i organisationen Beschermde Wieg, har endnu ikke mødt kvinder fra prostitutionsmiljøet i deres arbejde.

[9] Adspurgt om, hvordan videnscenteret følger op på, hvordan familierne har det, svarer de, at de følger dem i nogle måneder efter fødslen og derefter holder sporadisk kontakt pr. telefon, mail eller postkort, men ikke med alle.

Kvinder bag spædbørnsdrab vil ikke opsøge en babyluge

VIVE har interviewet en hollandsk forsker (Katinka de Wijs-Heijlaerts) med speciale i spædbørnsdrab om, hvad der kendetegner kvinder, som begår spædbørnsdrab. Forskeren er retspsykolog og har gennemgået psykologiske profiler på 35 kvinder, der har været retsforfulgt for spædbørnsdrab i Holland i perioden 1994-2015 (31). I sit arbejde inden for retspsykiatrien har hun selv foretaget psykologiske profiler på fem af disse kvinder.

Ifølge Katinka de Wijs-Heijlaerts kommer kvinderne fra alle samfundslag, herunder såvel dysfunktionelle som tilsyneladende velfungerende familier, og omfatter både lavt- og højtuddannede kvinder. Gruppen varierer desuden med hensyn til indkomst og psykologisk profil. Det kan være både teenagere og kvinder op i 30'erne og 40'erne, herunder både førstegangs- og flergangsmødre.

Forskningen har dog identificeret nogle få fællestræk. For det første synes alle kvinderne at have oplevet en eller anden form for svigt eller traume i deres opvækst. For det andet ser forskeren nogle personlighedstræk gå igen, herunder problemundvigende adfærd, lavt selvværd, mangelfulde coping-mekanismer og realitetssans. Med andre ord har alle kvinderne en tendens til at vende problemerne ryggen eller at se den anden vej. Når kvinderne bliver gravide, handler de tilsyneladende i modstrid hermed (non-compliant), det vil sige, de fortsætter eller endda øger deres risikoadfærd under graviditeten i forhold til fx rygning og alkohol, og de opsøger *ikke* svangreomsorg. Altså synes fællesnævneren at være traumer, høj risikoadfærd, virkelighedsflugt og problemundvigende adfærd. Kvinderne føder typisk barnet alene uden sundhedsprofessionel bistand, og de lader barnet ligge og dø eller slår det ihjel og skjuler det, ligesom de, ifølge Katinka de Wijs-Heijlaerts, har skjult graviditeten. Disse kendetegn gør et forebyggende arbejde meget udfordrende.

Ifølge Katinka de Wijs-Heijlaerts vil disse kvinder ikke være i målgruppen for et babyluge-lignende tiltag. Deres situation er forbundet med stor skam, og de skjuler både graviditet og fødsel. Hun vil ikke udelukke, at babyluger kan være en løsning for andre kvinder.

2.4.3 Nationale bortadoptioner

Ifølge rådet for børns beskyttelse og organisationen FIOM, der siden 1994 har arbejdet med kvinder og uønsket graviditet, kan man i Holland som biologisk forælder ikke forblive anonym i forbindelse med bortadoption. Hvis en mor ønsker at opgive sit barn til adoption, hjælper organisationerne FIOM og SIRIZ hende med praktisk, juridisk og følelsesmæssig støtte i processen. Morens navn vil altid blive dokumenteret i barnets fødselsattest, og moren får i første omgang en betænkningstid på tre måneder. Herefter skal moren (og faren, hvis han er involveret) underskrive adoptionspapirerne. Moren kan ændre mening omkring adoptionen op til et år efter adoptionen, men i så fald er det op til adoptivfamilien, om de ønsker at kæmpe for at beholde adoptivbarnet i en retssag.

Hvis moren er bange for at opgive sin identitet, hjælper FIOM hende med at holde barnet hemmeligt for hendes omgivelser. FIOM har et ønske om at ændre lovgivningen omkring adoption, så det er muligt at give kvinden et pseudonym. Pseudonymet skal være knyttet til oplysninger, der gemmes om moren, og som sikrer, at barnet i en alder af 16 eller 18 år kan opsøge hende. Muligheden for at pseudonymisere kvinden vil gøre situationen mindre farlig for disse kvinder, mener FIOM (interview med socialrådgiver).

De forældre, der vælger at afgive deres børn til adoption umiddelbart efter fødslen, beskrives af eksperter som en meget heterogen gruppe (FIOM). Årsagerne betegnes som multifaktorielle: Kvinderne er enten for unge (15-16 år) eller for gamle (43-45 år), har ingen penge, intet hjem, har ingen støtte fra sociale netværk, lever eventuelt i et voldeligt forhold, tro/religion/kultur, herunder frygt for omgivelsernes reaktion og fare for at blive ekskluderet fra familien.

2.5 Den offentlige debat

Organisationen Beschermde Wieg, herunder grundlæggeren Barbara Muller, er meget synlig i de hollandske medier. Organisationen optræder jævnligt i tv og aviser, og hvis man søger på Google under ”gravid i uge 24” (”zwanger in week 24”), så dukker deres hjemmeside op som første fund.

I den offentlige debat betragtes initiativet som både kontroversielt og inspirerende. Organisationen modtager midler og opbakning fra mange private fonde, og en lang række berømte personligheder støtter dem offentligt.

For et par år siden førte det hollandske justitsministerium en retssag mod Barbara Muller på grund af hendes foundling rooms. Hun blev frikendt. Blandt andet med henvisning til, at arbejdet med at redde børns liv og bringe mor og barn sammen opvejede lovovertrædelsen. Et grundlæggende dilemma i den offentlige debat er, ifølge Justitsministeriets repræsentanter, at det er svært at indtage positionen som modstander af et arbejde, der potentielt redder nyfødte børns liv.

En babyluge eller et foundling room er ifølge rådet for børns beskyttelse i strid med til FN’s Børnekonvention, der beskytter barnets ret til at kende sine forældre. Dog har Justitsministeriet (i en uspecificeret tidsperiode) tolereret foundling rooms i Holland af mangel på jurisdiktion til at retsforfølge de implicerede parter. Et andet argument, som modstanderne bruger, er, at muligheden for at efterlade et barn anonymt kan øge forekomsten af hittebørn. Endelig fremhæver Justitsministeriet, at løsninger skal stå mål med problemets omfang. De vurderer fx, at antallet af hittebørn ikke giver anledning til en lovændring.

Den etiske komité i Holland har ikke taget stilling til spørgsmålet om babyluger og hittebørn. Justitsministeriet har modtaget vejledning fra ”Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming”, som konkluderer følgende i forhold til spørgsmålet om kriminalisering eller legalisering af babyluger/foundling rooms i Holland:

- Det er vigtigt at forebygge, at en gravid kvinde efterlader sit barn anonymt eller på et farligt sted.
- Såvel retten til at leve som retten til at kende sit biologiske ophav er vigtige, og regeringen bør finde en løsning, der imødekommer begge.
- Regeringen bør fokusere på en tidlig og let tilgængelig svangreomsorg.
- Regeringen bør overveje at legalisere fortrolige fødsler.
- Babyluger er ikke en løsning, hverken for barnet eller for moren. Regeringen bør ikke promovere (flere) babyluger og rådes til ikke at sanktionere babyluger efter strafferetten. Det er hverken en løsning for den gravide kvinde eller for barnet. Kriminalisering af organisationer, der handler med gode intentioner, er heller ikke ønskværdigt, også set i lyset af, at problemets omfang er så begrænset. Men, hvis det viser sig, at babyluger implicerer en stigning i antallet af kvinder, der efterlader deres børn, så skal rådet genoverveje, om ny lovgivning er nødvendig.

2.6 Liste over informanter

Tabel 2.5 Liste over informanter

Navn	Titel	Organisation
M.L. Kroon	Senior politisk rådgiver	Ministry of Justice and Security, Directorate-General for Sanctions and Protection Youth department
Barbara Muller og flere frivillige ansatte	Grundlægger, frivillig	Beschermde Wieg
Katinka de Wijs-Heijlaerts	Forsker, retspsykolog	Ministry of Justice and Safety
Kerstin van Tiggelen	Forsker, frivillig	NIDAA, Netherlands Institute for the Documentation of Anonymous Abandonment
Astrid Werdmuller	Specialist, socialrådgiver	FIOM (Specialister i uønsket graviditet)
Heleen Hulschen	Senior politisk rådgiver	Council of Child Protection, Ministry of Safety and Justice

3 Norge

3.1 Sammenfatning

Tabel 3.1 beskriver kort overordnede rammer, antal hittebørn, viden om mødrene og indsatser mod forekomsten af hittebørn i Norge. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

Tabel 3.1 Hittebørn i Norge: Rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der bor ca. 5,3 mio. mennesker i Norge. Langt størstedelen er protestanter. BNP pr. indbygger er højere i Norge end i Danmark, og den økonomiske ulighed er mindre. Fødselsraten er den samme som i Danmark, men antallet af teenagefødsler er højere i Norge. Abortraten er stort set ens i Norge og Danmark.
Lovgivning	Det er ulovligt og strafbart at overlade et barn til sig selv, hvis det indebærer en fare for barnet. Provokeret abort er lovligt frem til uge 12 i graviditeten. Herefter kan man søge et abortsamråd om særlig tilladelse til at få en abort. Det er lovligt at bortadoptere sit barn.
Sundhedssystem	Sundhedsvæsenet i Norge er baseret på et princip om lige adgang til sundhedsydelser for alle uanset socioøkonomisk position og bopæl. De fire regioner og kommunerne har ansvaret levering af sundhedsydelse. Fødestuer ledes af jordemødre og er organisatorisk placeret mellem den specialiserede (regionale) og den primære (kommunale) sundhedstjeneste. Provokeret abort, prævention, svangreomsorg og sundhedspleje er universelle sundhedsydelser, dvs. gratis for alle statsborgere. Kondomer er gratis for unge.
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	Spædbørn efterladt i det offentlige rum og fundet døde: Ca. 0,4 børn i gennemsnit pr. år eller 0,7 børn pr. 100.000 fødsler.
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	I Norge findes ingen officiel statistik for antallet af hittebørn, men et studie fra 2012 dokumenterer, at to nyfødte spædbørn er fundet efterladt og døde over en femårig periode (2007-2011) (36).
Viden om mødrene/forældrene	Ingen studier dokumenterer, hvad der kendetegner mødre/forældre til de få børn, der er fundet efterladt i Norge.
Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Ingen indsatser med direkte fokus på hittebørn	Der er ikke identificeret indsatser i Norge med direkte fokus på hittebørn. Der findes en lang række indsatser i Norge ligesom i andre lande, der kan medvirke til at forebygge hittebørn, men det er ikke deres primære formål.
Den offentlige debat	Debatten er tavs. Hittebørn anses tilsyneladende ikke som et problem i Norge.

3.2 Rammer

3.2.1 Befolkning

Der er ca. 5,3 mio. indbyggere i Norge (1). Langt størstedelen af befolkningen (ca. 88 %) er protestanter (37). BNP pr. indbygger i Norge var 58.792 USD sammenlignet med 49.021 USD i Danmark i 2016 (3). Gini-koefficienten, der beskriver den økonomiske ulighed i et land, er lavere i Norge sammenlignet med Danmark. Norge havde en gini-koefficient på 25,0 i 2016, mens den var 27,7 i Danmark samme år (4). Indvandringen til Norge er lavere end indvandringen i Danmark målt ved

antal registrerede asylansøgere. I 2016 havde Norge 0,7 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere, mens Danmark havde 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (5).

Fødselsraten i Norge og Danmark er den samme; der blev i 2016 født 11 børn pr. 1.000 indbyggere i begge lande (7). Antal teenagefødsler blandt piger i alderen 15-19 år er højere i Norge (6 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen 15-19 år i 2016) sammenlignet med Danmark (4 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen 15-19 år samme år) (8). Spædbarnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler var 2,3 i Norge og 3,7 i Danmark i 2016 (38). Forskelle i spædbarnsdødeligheden kan skyldes forskelle i praksis i forhold til for tidlige fødsler.

Abortraten for legale provokerede aborter er nogenlunde ens i Danmark og Norge. Abortraten i Norge angives til 13,75 legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder (15-44 år) i 2015, hvor den i Danmark var 14,18 i 2014 (10).

Tabel 3.2 Befolkning og økonomi i Norge

	Norge	Danmark
Antal indbyggere (2017) (1)	5.258.317	5.748.769
Antal fødsler pr. år (2016) (7)	58.890	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger (2016)	11	11
Antal legale provokerede aborter pr. år (10)	13.939	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) (2015 for N og 2014 for DK)	13,75	14,18
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler (2016) (9)	2,3	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2016) (8)	6	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	58.791	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2016) (4)	25,0	27,7
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5)	3.485	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (5)	0,7	1,1
Mest udbredte religion (11,37)	88 % protestanter	83 % protestanter

3.2.2 Lovgivning

Det er ulovligt og strafbart i Norge at overlade et barn til sig selv, hvis det indebærer en fare for barnet. Ifølge norsk lovgivning bliver alle børn norske statsborgere ved fødslen, hvis far eller mor er norsk statsborger. Hittebørn, som bliver fundet i Norge, anerkendes også som norske statsborgere, indtil andet er bevist (39). Hvis man finder et hittebarn, skal man melde det til politiet. Undladelse af anmeldelse straffes efter straffelovens § 340 (40).

Kvinder har ikke ret til at føde anonymt i Norge, men dem, som har brug for særlig fortrolighed, anonymiseres som ”NN” på sygehuset, om end personalet altid vil kende personens identitet.

Det gælder særligt for Norge, at man kan tvangsindlægge gravide frem til fødslen af hensyn til fosterets beskyttelse. Dette gøres nogle gange i misbrugssager (neonatolog fra Trondheim, Janicke Syltern, og jordemoder fra Trondheim med særlig erfaring inden for sårbare gravide).

I Norge blev lov om adgang til provokeret abort vedtaget i 1975 med ikrafttræden i 1976. Det er lovligt (og gratis) at få foretaget provokeret abort frem til 12. graviditetsuge i Norge. Fra uge 12 og

frem kan abort kun ske under særlige betingelser og med godkendelse fra et abortnævn, fx hvis kvindens eller barnets liv og helbred er truet, hvis graviditet eller fødsel på anden måde sætter kvinden i en svær livssituation, hvis graviditeten er en følge af overgreb eller ved alvorlige psykiske lidelser eller svær udviklingshæmning. Efter udgangen af 18. graviditetsuge kan svangerskabet ikke længere afbrydes, medmindre der er tungvejende grunde til det, fx at fosteret ikke er levedygtigt (41). I 2014 justerede Norge lovgivningen på senaborter fra en vejledende grænse på maks. 22 uger til en absolut nedre grænse på 21 uger plus seks uger (42).

Alle forældre har pligt til at registrere deres nyfødte barn, og de har pligt til at tilkalde lægehjælp, hvis barnet har behov for det. Det er ikke strafbart at føde i skjul uden sundhedsprofessionel bistand (neonatolog fra Trondheim, Janicke Syltern, og jordemoder fra Trondheim med særlig erfaring inden for sårbare gravide).

Det er lovligt at opgive sit barn til adoption i Norge. Hvis barnet opgives umiddelbart efter fødslen, har den biologiske mor/de biologiske forældre to måneders fortrydelsesret. Børne- og familieværnstjenesten (BFT) har mulighed for at finde en plads på et mødrehjem efter fødslen, hvis moren er i tvivl, om hun ønsker at opgive barnet til adoption (neonatolog fra Trondheim, Janicke Syltern). Hvis barnet er mere end to måneder gammel ved adoptionstidspunktet, gælder den såkaldte Child Protection Act, ifølge hvilken myndighederne træffer beslutninger om, hvad der skal ske med barnet, og hvem der kan adoptere barnet.

Udokumenterede migranter har ret til akut hjælp på sygehus, herunder også fødselshjælp. Jordemødre og læger er forpligtede til at yde fødselshjælp til dem, som har behov. Men som den norske jordemoder Ellen Blix siger: ”Antakelig kjenner ikke alle papirløse til disse rettighetene”.

3.2.3 Sundhedssystem

Ansvaret for det norske sundhedsvæsen er tredelt imellem stat, regioner (fire regioner) og kommuner. Derudover eksisterer de såkaldte fylker (før: amter), som spiller en mindre rolle på sundhedsområdet (43).

Sundhedsvæsenet er baseret på et princip om lige adgang til sundhedsydelser for alle uanset socioøkonomisk position og bopæl (44).

Sundhedspolitiske beslutninger træffes i Stortinget og udmøntes af den norske regering sammen med Helse- og Omsorgsdepartementet (43). De fire regioner og kommunerne har ansvaret for levering af sundhedsydelser: regionerne for det specialiserede sundhedsvæsen og kommunerne for det primære sundhedsvæsen.

Fødestuer ledes af jordemødre og er organisatorisk placeret mellem den specialiserede (regionale) og den primære (kommunale) sundhedstjeneste (45).

Svangreomsorg er gratis og tilgængelig for alle kvinder i Norge, uanset om de har midlertidigt eller permanent ophold. Svangreomsorgen varetages på Helsestasjoner, der som udgangspunkt er bemandet med læger og jordemødre. Den gravide har som standard ti graviditetskontroller. Efter fødslen følges mor og barn af såvel en sundhedsplejerske som af en læge (46).

3.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

Der er ikke identificeret indsatser i Norge med direkte fokus på hittebørn. Der findes ikke babyluger eller lignende, hvor forældre kan aflevere deres barn anonymt, og kvinder har ikke ret til anonym

svangreomsorg og fødselshjælp. Dog er det på norske sygehuse, ligesom på danske sygehuse, muligt i praksis at holde en kvindes identitet hemmelig for omverdenen, hvis der er behov for det.

Der er ikke identificeret særlige rådgivningstilbud eller opsøgende indsatser i Norge, der er målrettet gravide/mødre/forældre, og som er iværksat med det formål at forebygge, at spædbørn efterlades i det offentlige rum. Der findes dog ligesom i andre lande en lang række indsatser, der kan medvirke til at forebygge forekomsten af hittebørn, men hvor det ikke er deres primære formål.

I Norge har man nationale retningslinjer for en sammenhængende svangerskabs-, fødsels- og barselomsorg (47), og i de senere år har Helse- og omsorgsdepartementet haft fokus på reproduktiv sundhed og særligt på svangerskabs- og fødselsomsorg.

Norge har desuden en lang tradition for flerstrengede forebyggelsesindsatser, der sigter mod at nedbringe antallet af uønskede graviditeter, aborter, teenagegraviditeter m.m. Ifølge det Nationale Folkehelseinstitut er det kombinationen af let tilgængelig og gratis prævention (kondomer) til unge, obligatorisk seksualundervisning i skolerne, en samlet digital helsetjeneste til unge (www.ung.no) og seksuelle helsekonsultationer, herunder særlige helsekonsultationer for kvinder fra etniske minoriteter, der er med til at forebygge uønskede graviditeter i Norge.

I 2016 fik sygeplejersker og jordemødre ret til at udskrive gratis prævention til unge over 16 år. Unge under 16 år skal fortsat have prævention på recept hos egen læge (48).

Frem til 2014 havde Norge den såkaldte SUSS-telefon, som var et gratis rådgivningstilbud med fokus på seksuel sundhed for både unge og voksne. Det blev sparet væk.

Der er iværksat et "Ung til Ung"-tilbud, fx i regi af Norges bygdeungdomslag, der er rettet mod elever/studerende, der oplæres som præventionsvejledere. Ungdomsgrupper med etnisk minoritetsbaggrund oplæres som sundhedsoplysere i emnerne sex og samliv til unge.

Pro Sentret er et serviceorgan for sexarbejdere og et nationalt center for ekspertise inden for prostitution i Norge. De tilbyder anonym præventionsrådgivning, graviditetstest og graviditetsrådgivning til kvinder, der arbejder i prostitution. Pro Sentret har blandt andet et opsøgende team i gademiljøet, der kører ud to aftener om ugen. Målet er at lære sexarbejdere at kende, etablere tillid og informere om centerets tilbud, dele kondomer ud og give rådgivning om seksuel sundhed og rettigheder i henhold til norsk lovgivning. Hvis de møder personer, der udsættes for vold eller anden kriminalitet, kan centeret hjælpe med at etablere kontakt til politi eller lægevagt. I 2017 havde Pro Sentret 1.703 kontakter gennem deres opsøgende arbejde (49). Kvinder som er uønsket gravide i Norge kan, uanset deres opholdsstatus, få foretaget provokeret abort på et norsk hospital. Kvinder uden gyldigt sygesikringskort kan dog opkræves betaling for aborten, men praksis er, at hospitalet dækker omkostningerne, hvis kvinden ikke kan betale (personlig kommunikation med Pro Sentret). Pro Sentret har assisteret en gravid kvinde, der ikke anså sig selv som forældreegnet og valgte at opgive sit barn til adoption.

3.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre

3.4.1 Antal hittebørn

Der er meget begrænset dokumentation at læne sig op ad i forhold til at opgøre antallet af hittebørn i Norge.

Det norske Helsedirektorat oplyser, at der ikke er fundet levende hittebørn i Norge siden begyndelsen af 1990'erne.

I et studie af Ottesen (2012) identificeres to spædbørn, der er blevet fundet døde og efterladte i det offentlige rum i Norge over en femårig periode (ca. 2007-2011)[10]. På baggrund af retsmedicinske rapporter vurderes det, at børnene havde været efterladt i live eller var dødfødte fremfor dræbt ved vold (36). Sagerne er identificeret via det nationale politis it- og materielservice (PTMD), men Ottesen understreger, at opgørelsen er begrænset til sager, som er rapporteret og efterforsket af politiet (ibid.). Ottesen åbner for muligheden for underrapportering som følge af diskretionshensyn (ibid.)

I en søgning i de norske medier finder VIVE kun en enkelt sag om et formodet hittebarn; en nyfødt pige, der blev fundet død i en pose i Stavanger i 2009 (50).

Ved kontakt til fakultetet for helsefag i Oslo fik VIVE indblik i en mailudveksling mellem helsedirektoratet og politiet i Norge om reaktioner på hittebarnsproblematikken. Af denne fremgik det, at helsedirektoratet mente, at politiet måtte vide noget, mens politiet mente, at helsedirektoratet måtte vide noget. Generelt lød tilbagemeldingerne blandt højtstående personer inden for såvel politiet i Oslo som i Helsedirektoratet samstemmende sådan her: "Det drejer sig jo om svært få sager", "der er næsten ingen viden om dette", eller "vi har slet ikke hørt om udfordringen".

Af interview med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fremgår det, at Norge ikke fører officielle statistikker over antallet af efterladte børn, men at der er tale om meget få sager. Informanten fortæller, at de i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har haft et barn, som blev fundet efterladt i det offentlige rum, og som blev bortadopteret, fordi de ikke kunne identificere en mor eller far til barnet. Informanten oplyser, at moren ikke var norsk statsborger.

VIVE finder det vanskeligt at vurdere det gennemsnitlige antal hittebørn i Norge på dette spinkle grundlag. Med afsæt i ovenstående oplysninger og forbehold anslås det, at der i gennemsnit findes 0,4 døde spædbørn om året i Norge, som er efterladt i det offentlige rum, jf. Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Antal spædbørn efterladt i det offentlige rum og fundet døde i Norge

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Spædbørn efterladt og fundet døde i det offentlige rum ca. 2007-2011	0,4	0,7

Kilde: Ottesen 2012

3.4.2 Viden om mødrene til hittebørn

Ingen studier dokumenterer, hvad der kendetegner mødrene/forældrene til de få børn, der er fundet efterladt i Norge.

Ifølge informant fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet er de få børn, der er blevet efterladt, ikke børn af norske statsborgere, men blandt andet kvinder fra Østeuropa, som har haft ophold i Norge, har født og efterladt barnet for derefter at rejse ud af landet igen. Det er uklart, hvad dette udsagn er baseret på. Det er muligvis baseret på en enkelt sag.

[10] Af Ottesen (2012) fremgår, at registreringerne går fem år tilbage, men det er ikke tydeligt fra hvornår. VIVE anslår, at opgørelsen dækker perioden 2007-2011, da studiet er udgivet i 2012.

3.5 Den offentlige debat

Debatten om hittebørn synes fuldstændig fraværende i Norge. Problemet anses for ikke eksisterende eller så lille, at det ikke kræver særlige tiltag. Derimod fremhæves de sidste 50 års velfærdstiltag, herunder omsorgs- og børnepenge, arbejdsløshedsunderstøttelse osv. (interview med sektionschef i Seksjon for mekling og adopsjon, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Reidun Lauvstad).

3.6 Liste over informanter

VIVEs liste over informanter omfatter:

- Neonatolog fra Trondheim, Janicke Syltern
- Jordemoder fra Trondheim med særlig erfaring inden for sårbare gravide.
- Sektionschef i Seksjon for mekling og adopsjon, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Reidun Lauvstad.
- Herudover har VIVE via Københavns Professionshøjskoles kontaktperson, chefjordemoder Ellen Brix, fået adgang til en rundspørge om kendskabet til hittebørn og forebyggelse af fænomenet mellem følgende myndighedspersoner i den norske administration:
- Seksjon for kriminalitetsbekjempelse, Fakultet for helsefag, OsloMet Storbyuniversitetet (tidligere Høyskolen i Oslo og Akershus)
- Kripos. Politidirektoratet, Oslo
- Vi har desuden kontaktet følgende organisation, som ikke mente, at de havde viden, der kunne belyse området: Socialstyrelsen, Avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten.

4 Polen

4.1 Sammenfatning

Tabel 4.1 beskriver kort overordnede rammer, problemets omfang og indsatser mod forekomsten af hittebørn i Polen. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

Tabel 4.1 Hittebørn i Polen: Rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der er i alt ca. 38 mio. indbyggere i Polen, hvoraf langt størstedelen (97 %) er katolikker. BNP pr. indbygger er væsentlig lavere i Polen sammenlignet med Danmark, samtidig med at den økonomiske ulighed er højere. Fødselsraten i Polen er lidt lavere end i Danmark, mens antallet af teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år er udtalt højere. Raten for legale provokerede aborter er markant lavere i Polen end i Danmark.
Lovgivning	Det er strafbart at efterlade et barn under 15 år i det offentlige rum, hvis barnet ikke er i andre menneskers varetægt/under opsyn (§ 210 i straffeloven). Det er ikke forbundet med straf at efterlade et spædbørn i en babyluge eller på et sygehus, hvor der er omsorgspersoner til at tage sig af det. Polske kvinder har ikke ret til at få provokeret abort undtagen under særligt skærpede omstændigheder. Det er lovligt at bortadoptere sit barn, forudsat at barnet er mindst seks uger gammelt.
Sundhedssystem	Der er tilbud om gratis svangreomsorg og fødselshjælp til alle i Polen. I 2006 blev det indført, at forældre, uanset indkomst, kan modtage en engangsydelse på 1.000 PLN pr. barn, såfremt den gravide kvinde tilses af en læge senest fra uge 10 i graviditeten og frem til fødsel.
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	Børn < 15 år fundet efterladt i det offentlige rum: 5,3 børn pr. 100.000 fødsler. Der er ikke fundet opgørelser, som gør det muligt at beregne det gennemsnitlige antal spædbørn, som afleveres i en babyluge pr. år
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	Opgørelsen ovenfor af børn under 15 år, der er efterladt i det offentlige rum, er baseret på en officiel statistik om antal sager i perioden 1999-2016, der er efterforsket af politiet i henhold til § 210 i straffeloven.
Viden om mødrene	Der er ikke identificeret undersøgelser, som belyser karakteristika ved mødre, som har efterladt deres barn i det offentlige rum eller afleveret barnet i en babyluge i Polen. Fagpersoner peger på følgende som mulige årsager til at efterlade sit barn i Polen: Moren er ung, alene, har finansielle problemer, barnet eller forældrene er handicappet eller syge, manglende accept af barn og familiære problematikker.
Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Babyluger	Den første babyluge i nyere tid blev åbnet i Krakow i 2006, og siden er der kommet flere til. I dag findes der i alt 60 babyluger i Polen fordelt på 55 byer, hvor forældre kan aflevere deres spædbørn uden at blive retsforfulgt. Et studie viser, at ca. 1/3 af de afleverede børn er helt nyfødte. Resten af børnene er lidt ældre (op til 6 måneder gamle). Det anslås, at 20 % af børnene er født på et sygehus eller med anden professionel hjælp. De fleste børn afleveres rene og godt pakket ind i tøj/tæpper. I studiet vurderes det, at børn, der bliver afleveret i babyluger, som udgangspunkt ikke er i risiko for drab eller misbrug.
Den offentlige debat	Dilemmaet mellem "retten til liv" og kvinders ret til at bestemme over egen krop er genstand for debat. Den katolske kirke og den polske regering varsler flere stramninger af fx abortlovgivningen og er positive over for babylugerne, mens modstanderne plæderer for kvinders ret til at bestemme over eget liv samt påpeger, at babylugerne ikke forhindrer drab på spædbørn.

4.2 Rammer

4.2.1 Befolkning

Polen har ca. 38 mio. indbyggere (1). Langt størstedelen af befolkningen (ca. 97 %) er katolikker (51). BNP pr. indbygger i Polen var 27.058 USD i 2016, hvilket er godt halvdelen af det tilsvarende tal for Danmark (49.021 USD) (3). Samtidig er den økonomiske ulighed i Polen større end i Danmark målt ved gini-koefficienten (29,8 i Polen versus 27,7 i Danmark i 2016) (4). Indvandringen målt ved antal registrerede asylansøgere i Polen er mindre end i Danmark. I 2016 havde Polen 0,3 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere, hvor Danmark havde 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (5).

Fødselsraten er henholdsvis 11 børn pr. 1.000 indbyggere i Danmark og 10 børn pr. 1.000 indbyggere i Polen (10). Raten for teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år er markant højere i Polen (9 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2015) end i Danmark (4 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år samme år) (8). Spædbarnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler i 2016 var 4,0 i Polen og 3,7 i Danmark (38).

Raten for legale provokerede aborter er langt højere i Danmark end i Polen. Abortraten i Polen angives i 2016 til 0,14 legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder (15-44 år), hvor den i Danmark var 14,18 i 2014 (10). Det skal ses i lyset af, at Polen har en af EU's mest restriktive abortlovgivninger, jf. afsnit 4.2.2. Det formodes, at den restriktive abortlovgivning i Polen medfører, at relativt mange polske kvinder får foretaget illegale aborter. Ifølge Reuters anslår *Federation for Women and Family Planning* i Polen, at der årligt foretages 150.000 provokerede aborter (illegale og legale), hvor 10-15 % af aborterne foretages i udlandet. Tages dette tal for pålydende, har Polen således en årlig abortrate på 18,92 aborter pr. 1.000 fødedygtige kvinder (52).

Tabel 4.2 Befolkning og økonomi i Polen

	Polen	Danmark
Antal indbyggere (2017) (1)	37.972.964	5.748.769
Antal fødsler pr. år (2016) (7)	382.257	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger (2016)	10	11
Antal legale provokerede aborter pr. år (2014) (10)	1098	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) (2014)	0,14	14,18
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler (2016) (9)	4,0	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2015) (8)	9	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	27.058	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2016) (4)	29,8	27,7
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5)	12.305	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (5)	0,3	1,1
Mest udbredte religion (11,51)	97 % katolikker	83 % protestanter

4.2.2 Lovgivning

Ifølge polsk strafferet er det ulovligt at efterlade et barn under 15 år alene uden opsyn fra andre (straffelovens § 210) (53). Straffen for at efterlade sit barn kan variere fra bøde til frihedsberøvelse (fængsel) i 1 måned og op til 3 år (ibid.). Hvis barnet dør som følge af at være blevet efterladt, kan

straffen variere mellem frihedsberøvelse i 6 måneder og op til 8 år (ibid.). Det er ikke strafbart at efterlade børn i en babyluge eller på et hospital, hvor barnet er under opsyn (53).

Siden 1993 har Polen haft en meget stram abortlovgivning, hvor abort er ulovligt undtagen i følgende tilfælde (53):

- Hvis kvindens liv eller helbred er truet af graviditeten
- Hvis graviditeten er et resultat af voldtægt
- Hvis fosteret har (udtalt) misdannelse eller gendefekt

Selvom provokereret abort tillades i ovennævnte tilfælde, er den sociale accept af provokeret abort begrænset (53).

Tidligere kunne kvinder over 15 år købe fortrydelsespiller på apoteket uden recept. I 2017 begrænsede regeringen adgangen til fortrydelsespiller ved at gøre fortrydelsespiller receptpligtige (54) .

Ifølge familie- og værgelovgivningen i Polen kan forældre ikke bortadoptere deres barn, før det er seks uger gammelt (53). Moren kan ønske at afgive sit barn til adoption umiddelbart efter fødslen, men har således seks ugers betænkningstid, før den retslige procedure omkring bortadoption påbegyndes (informant).

Ifølge informanter er det ikke muligt at modtage anonym svangreomsorg eller at føde anonymt i det offentlige sundhedsvæsen i Polen.

4.2.3 Sundhedssystem

Ifølge polsk lovgivning kan kvinder under graviditeten og indtil 42 dage efter fødslen modtage gratis lægehjælp uden sundhedsforsikring (53). Den gratis lægehjælp omfatter behandlinger på hospital, adgang til sundhedsprogrammer, medicin, praktisk og teoretisk forberedelse af fødsel og til at blive forældre samt seks besøg af jordemoder i hjemmet efter fødslen. Jordemødre er desuden forpligtede til at aflægge et ugentligt besøg hos gravide i graviditetsuge 21-31. Gravide kvinder ses to gange ugentligt fra 32. graviditetsuge og frem til fødslen. Kvinderne har retten til selv at bestemme, hvilken læge eller jordemoder hun skal tilses af, samt på hvilket hospital hun ønsker at føde.

Et sundhedsprogram ”Mommy and Me” blev indført i 2010 for at fremme brugen af sundhedsydelser og sundhedstilstanden blandt spædbørn, gravide og nybagte mødre. Programmet forsøger blandt andet at afhjælpe, at nogle udebliver fra svangreomsorg.

I 2006 blev det indført, at forældre, uanset indkomst, kan modtage en engangsydelse på 1.000 PLN pr. barn, såfremt den gravide kvinde tilses af en læge senest fra uge 10 i graviditeten og frem til fødsel (53). Nybagte mødre med lav indkomst kan desuden ansøge om familieydelse til at dække udgifter til barnet samt anden økonomisk støtte (ibid.).

Familier i krise kan tildeles øjeblikkelig psykologhjælp samt social og juridisk rådgivning (53). Gravide og nybagte mødre kan indkvarteres på bosteder, hvor de støttes i at overkomme udfordringer samt forberedes til at blive forældre (ibid.).

4.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

I Polen har man indsatser med direkte fokus på hittebørn i form af babyluger som nærmere beskrevet nedenfor.

Polen adskiller dig fra Danmark ved ikke at have den samme adgang til prævention og provokeret abort, ligesom seksualundervisningen i skolerne er meget begrænset.

Offentlige tilbud i forhold til at hjælpe sårbare gravide og familier er relativt få. Dog er jordemødre og andre sundhedsprofessionelle ved en lov fra 2011 blevet pålagt at "undersøge og eliminere risikofaktorer, afhjælpe fødslen og støtte den fødende og hendes pårørende". Med samme lov indførtes tilbud om seks hjemmebesøg ved en jordemoder efter fødslen med henblik på at " evaluere forholdet mellem familien og den nyfødte, og morens mentale og fysiske tilstand samt omsorgsevne og identificere familiemæssige risikofaktorer". Der findes desuden en række NGOer (fx fondsfinansierede), der tilbyder forskellige former for støttende indsatser, blandt andet anonym rådgivning til kvinder, der overvejer at bortadoptere deres barn, eller som har spørgsmål til graviditet og fødsel mv. For individer og familier i krise tilbydes en tværfaglig indsats med blandt andet psykologhjælp, social og juridisk rådgivning samt indkvartering på bosted i op til tre måneder. Desuden findes hjem for enlige mødre, indsatser for teenagemødre osv.

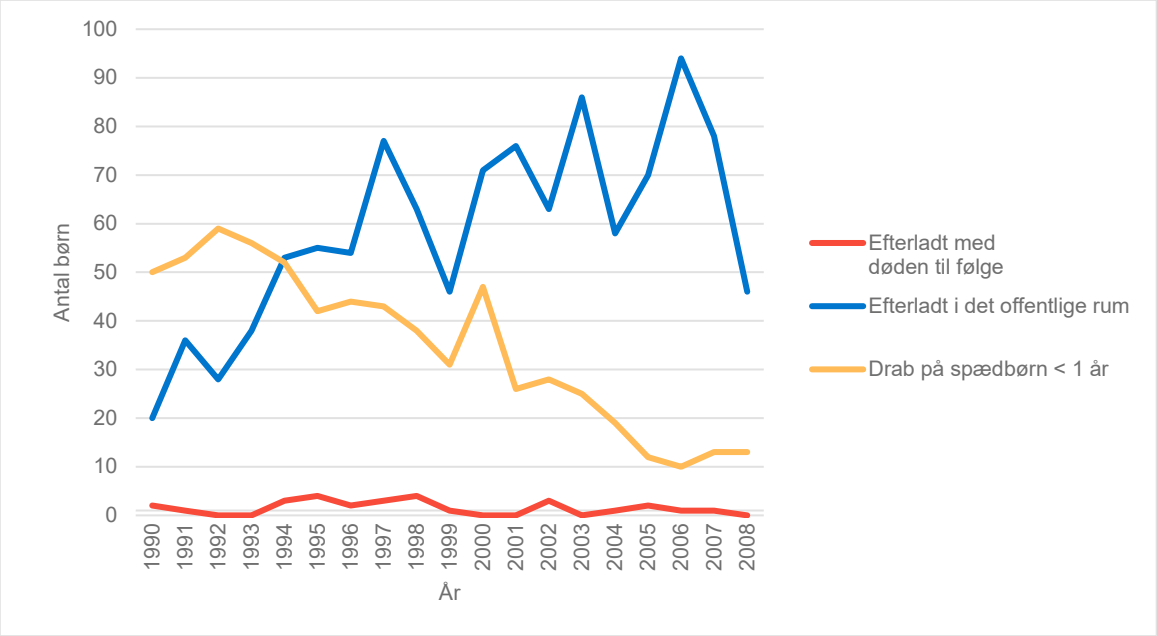
4.3.1 Babyluger

Den første babyluge i nyere tid blev åbnet i Krakow i 2006, og siden er der kommet flere til. Ifølge en informant findes der i dag i alt 60 babyluger i Polen fordelt på 55 byer, hvor forældre kan aflevere deres spædbørn uden at blive retsforfulgt. Dog foretages en politieftersøgning efter pårørende for at sikre, at der ved aflevering af barnet i babylugen ikke var tale om en kriminel handling, fx kidnapning (informant).

De fleste babyluger (56) drives af den katolske organisation, Caritas, og de sidste fire er etableret med tilknytning til sygehuse eller kommunekontorer (informant).

Babyluger – eller oversat fra polsk til engelsk "windows of life" – er i Polen tæt forbundet med den katolske kirkes ideologi om retten til liv. Motivationen for at etablere babyluger var et ønske om at forebygge, at børn efterlades i det offentlige rum med fare for deres liv. Dette skal ses i lyset af en stigning i antallet af børn, som blev efterladt i det offentlige rum i Polen i perioden fra 1990 og frem til 2006, jf. Figur 4.1. I samme periode var antallet af drab på spædbørn op til 1 år faldende.

Figur 4.1 Antal børn < 15 år efterladt i det offentlige rum og antal spædbørnsdrab i Polen, 1990-2008



Kilde: Keller-Hamela et al. (53)

Der er ikke fundet præcise opgørelser af antallet af børn afleveret i babyluger i Polen. Et studie refererer til en opgørelse, som viser, at 114 børn er afleveret frem til og med 2014 (Krajewska i (55)). Det er ikke angivet nærmere, hvilken periode tallet dækker, og hvordan tallet er opgjort, herunder hvilken usikkerhed der er forbundet med det.

Samme studie beskriver resultaterne af en spørgeskemaundersøgelse vedrørende 30 spædbørn, der blev afleveret i en babyluge i 13 forskellige byer i perioden 2009-2013 (Krajewska i (55)). Undersøgelsen viste, at ca. 1/3 af de afleverede børn var helt nyfødte (ibid.). Resten af børnene var lidt ældre (op til seks måneder gamle). Det anslås, at seks ud af de 30 børn var født på et sygehus eller med anden professionel hjælp. De fleste børn var rene og godt pakket ind i tøj/tæpper, og halvdelen var afleveret med legetøj, bleer, mælk eller et billede af Jomfru Maria. Hos otte ud af de 30 børn havde moren efterladt et brev – i nogle tilfælde med personlige data. I kun tre af sagerne lykkedes det at opspore moren. I studiet vurderes det, at flertallet af børn, der bliver afleveret i babyluger i Polen, ikke er i risiko for drab eller misbrug. Der efterlyses i studiet en bedre psykosocial og juridisk støtte til de gravide kvinder, der overvejer at bortadoptere deres børn.

Forskellig lovgivning i forhold til forældremyndighed mv. betyder, at det typisk tager mindst seks måneder at afklare barnets juridiske status, når et barn efterlades i en babyluge (53). Først herefter kan en evt. adoptionsproces begynde. Indtil da bor barnet typisk på en institution.

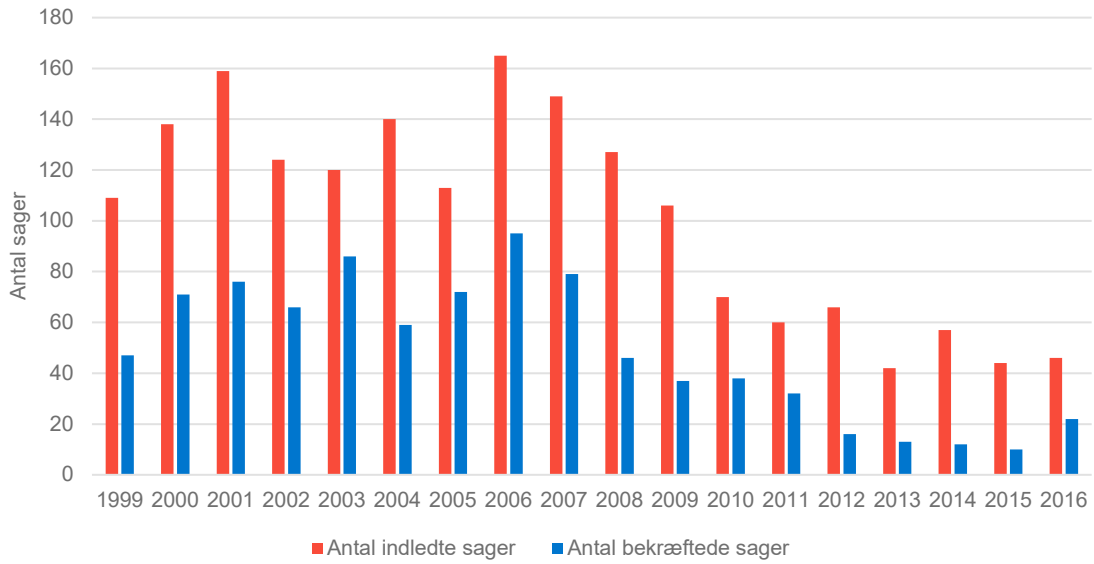
4.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre

4.4.1 Antal hittebørn

Figur 4.2 viser antallet af børn under 15 år, der i Polen er efterladt i det offentlige rum i perioden 1999-2016, hvor sagen er efterforsket af politiet i henhold til § 210 i straffeloven. Der sondres mellem

indledte og bekræftede sager. Det er ikke muligt at afgrænse sagerne i forhold til barnets alder. Det fremgår, at antallet af sager har været faldende siden 2006. Det gennemsnitlige antal bekræftede sager var 71,5 pr. år i perioden 1999-2006 sammenlignet med 30,5 pr. år i perioden 2007-2016. Det er ikke muligt at afgøre, i hvilket omfang udviklingen hænger sammen med etableringen af babyluger i 2006 og frem.

Figur 4.2 Antal sager, hvor børn er efterladt i det offentlige rum i Polen (§ 210 i straffeloven), 1999-2016



Kilde: Tal offentliggjort af polsk politi (modtaget af informant)

Tabel 4.3 viser det gennemsnitlige antal børn pr. år, der i Polen er efterladt i det offentlige rum i de senere år (2010-2016) set i forhold til antallet af fødsler i Polen. Det har ikke været muligt at opgøre det gennemsnitlige antal børn, som afleveres i babyluger, jf. afsnit 4.3.1.

Tabel 4.3 Antal efterladte børn i Polen

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Børn < 15 år efterladt i det offentlige rum	20	5,3

Anm.: Det er ikke muligt at afgrænse nærmere med hensyn til børnenes alder.
Kilde: Antal bekræftede sager, tal offentliggjort af polsk politi for perioden 2007-2016 (modtaget af informant).

4.4.2 Viden om mødrene til hittebørn

Der er ikke identificeret undersøgelser, som belyser karakteristika ved mødre, som i Polen har efterladt deres barn i det offentlige rum eller afleveret barnet i en babyluge. I en EU-rapport om hittebørn fra 2012 (53) peger eksperter på følgende mulige årsager:

- Moren har finansielle problemer
- Moren er alene
- Moren er ung
- Barnet er handicappet eller terminalt sygt

- Forældrene er handicappede eller syge
- Der er mangel på accept af barn fra mor, far eller samfund
- Der er familiære problematikker.

Med hensyn til drab på spædbørn refererer Krzywdzone 2017 (55) til et polsk studie (Orange-Bielecka/Marzec-Holka 2010), som fandt, at polske mødre, der dræber deres spædbørn, ofte er dårligt uddannede, bor på landet, er i en vanskelig økonomisk situation og/eller har været udsat for overgreb. De skjuler eller fornægter oftest graviditeten og modtage ikke svangreomsorg.

4.5 Den offentlige debat

Generelt har den polske regering og den katolske kirke fokus på "retten til liv". Abortlovgivningen er meget restriktiv. Siden 1993 har provokeret abort ikke været tilladt undtagen under særlige omstændigheder. En yderligere skærpelse af retten til provokeret abort diskuteres politisk og støttes af den katolske kirke. Samtidig er der demonstrationer, som kræver kvinders reproduktive rettigheder tilbage, som de var før Murens fald i 1989 (56).

En ekspertkomité bestående af modstanderne af babyluger (Nasz Bocian komiteen 2016) har rejst en sag om Polens babyluger for EU-domstolen. De er bekymrede for, at babyluger overtræder FN's Børnekonvention (barnets ret til at kende og blive passet af sine forældre) (57). De er ligeledes bekymrede for mødrene, som benytter sig af babyluger, herunder at de ikke får tilstrækkelig sundhedsprofessionel bistand, rådgivning og støtte. De vil have babylugerne lukket og indført anonyme fødsler i stedet for.

Fortalerne for babyluger i Polen – primært den katolske kirke – påpeger, at babylugerne redder liv og supplerer Polens abortlovgivning (55,58) .

4.6 Liste over informanter

Tabel 4.4 Liste over informanter

Navn	Titel	Organisation
Maria Keller-Hamela	Vice President, klinisk psykolog	Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę ("Empowering Children's Foundation") (Største NGO i Polen for beskyttelse af mødres og børns rettigheder

5 Storbritannien

5.1 Sammenfatning

Tabel 5.1 beskriver kort overordnede rammer, problemets omfang og indsatser mod forekomsten af hittebørn i Det Forenede Kongerige Storbritannien og Nordirland. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

Tabel 5.1 Hittebørn i Storbritannien: Rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der er i alt ca. 66 mio. indbyggere i Storbritannien, hvoraf over 80 % bor i England. Næsten halvdelen af befolkningen er anglikanere (44 %), mens ca. 10 % er katolikker. BNP pr. indbygger er lavere i Storbritannien sammenlignet med Danmark, samtidig med at den økonomiske ulighed er højere. Fødsels- og abortraten er lidt højere i Storbritannien end i Danmark, mens antallet af teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år er udtalt højere.
Lovgivning	Det er strafbart at efterlade sit barn i Storbritannien, hvis man hermed udsætter barnet for fare. I England, Skotland og Wales er provokeret abort lovligt op til 24. graviditetsuge, hvis fortsættelse af graviditeten vil have negative konsekvenser for kvindens fysiske og mentale helbred eller for eksisterende børn i hendes familie. Derimod er provokeret abort ikke lovligt i Nordirland, medmindre aborten foretages af hensyn til morens helbred. Der er mulighed for, at forældre kan afgive deres barn til adoption.
Sundhedssystem	Sundhedsydelser i Storbritannien er overvejende gratis for borgerne og primært finansieret gennem skatter ligesom i Danmark.
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	Børn, som er efterladt inden for de to første leveår: Ca. 2,0 pr. 100.000 fødsler, heraf 1,5 fundet i live og 0,5 fundet døde. Spædbørn, som er efterladt inden for den første uge efter fødslen: Ca. 1,5 pr. 100.000 fødsler, heraf 1,0 fundet i live og 0,5 fundet døde.
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	Opgørelsen er baseret på gennemgang af sager omtalt i medierne i perioden 1998-2005, hvor et barn er fundet efterladt i det offentlige rum. Data fra politiets registre indikerer, at det reelle antal formentlig er noget højere.
Viden om mødrene	Der er begrænset viden om, hvad der karakteriserer de mødre/forældre, som efterlader deres børn i Storbritannien, men den måde, hvorpå navlestrengen er afklippet på, indikerer, at de fleste børn er født i skjul uden sundhedsprofessionel bistand. Endvidere peger flere studier på, at kvinder, som skjuler/fornægter deres graviditet, er i større risiko for at efterlade eller dræbe deres barn. Det sker forholdsvis hyppigt, at kvinder skjuler/fornægter deres graviditet, og der er tale om en heterogen gruppe, som omfatter både psykotiske og ikke-psykotiske tilfælde. Et kvalitativt studie fra Irland viser, at kvinderne i de ikke-psykotiske tilfælde typisk er overvældet af frygt og først modtager svangreomsorg sent i graviditeten hvis overhovedet.
Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Ingen indsatser med direkte fokus på hittebørn	Der er ikke identificeret indsatser i Storbritannien med direkte fokus på hittebørn. Der findes en lang række indsatser i Storbritannien ligesom i andre lande, der kan medvirke til at forebygge hittebørn, men det er ikke deres primære formål.
Offentlig debat	Ifølge informanter har hittebørn og indsatser mod forekomsten af hittebørn ikke været diskuteret på politisk niveau i Storbritannien. En engelsk kvinde, som selv er hittebarn, har argumenteret for babyluger i Storbritannien og forsøgt at indsamle 100.000 underskrifter med henblik på at få spørgsmålet drøftet i Parlamentet i Westminster. Tilsyneladende uden held. To engelske forskere på området har efterlyst nationale politikker for registrering og håndtering af hittebørn, herunder større opmærksomhed, diskussion og vejledning på området.

5.2 Rammer

5.2.1 Befolkning

Det Forenede Kongerige Storbritannien og Nordirland (herefter Storbritannien) omfatter England, Wales, Skotland og Nordirland.

Der er i alt ca. 66 mio. indbyggere i Storbritannien, hvoraf over 80 % bor i England (1). Næsten halvdelen af befolkningen er anglikanere (44 %)[11], mens ca. 10 % er katolikker (59). Herudover er der en forholdsvis stor gruppe (28 %), som ikke bekender sig til en religion, eller hvor religionen er uoplyst (ibid.). BNP pr. indbygger var 42.622 USD i Storbritannien sammenlignet med 49.021 USD i Danmark i 2016 (3). Gini-koefficienten, der beskriver den økonomiske ulighed i et land, er højere i Storbritannien sammenlignet med Danmark. Storbritannien havde en gini-koefficient på 31,5 i 2016, mens den var 27,7 i Danmark samme år (4). Indvandringen til Storbritannien er lavere end til Danmark målt ved antal registrerede asylansøgere. I 2016 havde Storbritannien 0,6 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere, mens tallet var 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere i Danmark (5). Der findes dog et forholdsvis stort antal uregistrerede migranter i Storbritannien.[12]

Fødselsraten er lidt højere i Storbritannien end i Danmark. I 2016 blev der født 11 børn pr. 1.000 indbyggere i Danmark og 12 børn pr. 1.000 indbyggere i Storbritannien. Spædbarnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler i 2016 var 3,9 i Storbritannien og 3,7 i Danmark (38). Abortraten for legale provokerede aborter i Danmark og Storbritannien er nogenlunde på niveau. Abortraten i Storbritannien er i 2015 opgjort til 15,70 legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder (15-44 år), hvor den i Danmark var 14,18 i 2014 (10).

Derimod er antal teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år udtalt højere i Storbritannien (14 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2016) sammenlignet med Danmark (4 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år samme år) (8). Antallet af teenagefødsler i Storbritannien er reduceret i de senere år som følge af en målrettet indsats med The Teenage Pregnancy Strategy for England (1999-2010) (61).

[11] Den anglikanske kirke (Church of England) er en uafhængig, national kirke, som bekender sig til kristendommen, og som blev indført under Henrik den 8., da han i forbindelse med sin skilsmisse fra Anne Boleyn brød med paven i Rom.

[12] Det blev i 2010 estimeret, at der på daværende tidpunkt var 1,1 mio. uregistrerede migranter i Storbritannien, og at tallet er stigende (60).

Tabel 5.2 Befolkning og økonomi i Storbritannien

	Storbritannien	Danmark
Antal indbyggere (2017) (1)	65.808.573	5.748.769
Antal fødsler pr. år (2016) (7)	774.386	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger (2016)	12	11
Antal legale provokerede aborter pr. år (10)	198.070	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) (2015)	15,70	14,18
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler (2016) (9)	3,9	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2016) (8)	14	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	42.622	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2016) (4)	31,5	27,7
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5)	39.735	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (5)	0,6	1,1
Mest udbredte religion (11,59)	44 % angelikanere 10 % katolikker 28 % ingen eller uoplyst	83 % protestanter

5.2.2 Lovgivning

I Storbritannien er det strafbart at efterlade sit barn, hvis man hermed udsætter barnet for fare, jf. den britiske straffelov (aldersgrænse på 2 år)[13] og børnelov (aldersgrænse på 16 år).[14]

Hvis et spædbarn bliver fundet efterladt i Storbritannien, efterforskes sagen af politiet med det primære mål at identificere forældrene[15] (62). Der vil ikke blive anlagt sag mod forældrene, medmindre barnet har taget skade eller er efterladt på en måde, som kunne have påført barnet væsentlig skade.

I England, Skotland og Wales er provokeret abort lovligt op til 24. graviditetsuge, hvis fortsættelse af graviditeten vil have negative konsekvenser for kvindens fysiske og mentale helbred eller for eksisterende børn i hendes familie.[16] Der er ingen tidsbegrænsning for abort, hvis gennemførelse af graviditeten indebærer risiko for alvorlige varige skader på kvindens helbred eller død og/eller væsentlig risiko for, at barnet fødes med alvorlige handicap. Alle kvinder, som ønsker abort, har en

13 "27. Whosoever shall unlawfully abandon or expose any child, being under the age of two years, whereby the life of such child shall be endangered, or the health of such child shall have been or shall be likely to be permanently injured, shall be guilty of a misdemeanor, and being convicted thereof shall be liable to be kept in penal servitude" (Offences Against the Person Act 1861).

14 "1. If any person who has attained the age of sixteen years and has responsibility for any child or young person under that age, wilfully assaults, ill-treats, neglects, abandons, or exposes him, or causes or procures him to be assaulted, ill-treated, neglected, abandoned, or exposed, in a manner likely to cause him unnecessary suffering or injury to health (including injury to or loss of sight, or hearing, or limb, or organ of the body, and any mental derangement), that person shall be guilty of a misdemeanor…" (Children and Young Persons Act 1933).

15 Når man finder et levende efterladt barn, kommer barnet først på hospital for at sikre, at barnet er sundt og raskt. Herefter kommer barnet i pleje, indtil barnet enten kan genforenes med sine biologiske forældre eller bortadopteres. Det er de lokale sociale myndigheder, hvor barnet blev fundet, der er ansvarlig for processen og plejen af barnet i denne periode. Det er ikke lovmæssigt fastsat, hvor længe barnet skal være i pleje, før barnet kan frigives til adoption. Det afhænger af, hvornår retten beslutter, at forældrene ikke kan identificeres og derfor ikke kan give samtykke til bortadoption.

16 "1 (1). …a person shall not be guilty of an offence under the law relating to abortion when a pregnancy is terminated by a registered medical practitioner if two registered medical practitioners are of the opinion, formed in good faith — (a) that the pregnancy has not exceeded its twenty-fourth week and that the continuance of the pregnancy would involve risk, greater than if the pregnancy were terminated, of injury to the physical or mental health of the pregnant woman or any existing children of her family; or (b) that the termination is necessary to prevent grave permanent injury to the physical or mental health of the pregnant woman; or (c) that the continuance of the pregnancy would involve risk to the life of the pregnant woman, greater than if the pregnancy were terminated; or (d) that there is a substantial risk that if the child were born it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped." (Abortion Act 1967)

konsultation med en sundhedsprofessionel med henblik på at sikre, at det er den rette beslutning (62). Unge kan få en abort uden deres forældres vidende, hvis en læge vurderer, at de forstår beslutningen og dens konsekvenser (ibid.).

I Nordirland er provokeret abort ikke lovligt, medmindre aborten foretages af hensyn til morens helbred.[17] Efter at man i Irland stemte ja til at liberalisere abortlovgivningen ved folkeafstemningen den 25. maj 2018, er der pres for også at liberalisere abortlovgivningen i Nordirland (63).

I Storbritannien er der mulighed for, at forældre kan afgive deres barn til adoption (62). De lokale myndigheder er forpligtede til at rådgive mødre, som udtrykker ønske herom, herunder holde en række møder med moren (og faren hvis muligt) for at udfordre beslutningen, drøfte mulige alternativer (fx at placere barnet hos pårørende) samt sikre, at moren/forældrene forstår konsekvenserne. Rådgivningen starter, før barnet bliver født, hvis moren udtrykker ønske om at bortadoptere sit barn under graviditeten. Hvis moren/forældrene efter rådgivning fortsat ønsker at bortadoptere barnet, overgives barnet til de lokale sociale myndigheder. Moren/forældrene kan fortryde beslutningen, indtil barnet er endelig frigivet til adoption, hvilket er tidligst seks uger efter fødslen. Bortadopterede børn i Storbritannien har ret til at få deres originale fødselsattest, når de bliver 18 år (16 år i Skotland), hvor morens navn fremgår, og få adgang til andre oplysninger vedrørende adoptionssagen, som de kan bruge til at opsøge deres biologiske mor/forældre, hvis de ønsker det (64).

5.2.3 Sundhedssystem

Sundhedsydelser i Storbritannien er overvejende gratis for borgerne og primært finansieret gennem skatter ligesom i Danmark (65). Det offentlige sundhedssystem kaldes NHS (National Health Service) og er opdelt i en primær og en sekundær (specialiseret) sektor (65). Den primære sektor omfatter alment praktiserende læger, sygeplejersker, jordemødre og andre sundhedsprofessionelle i lokalsamfundet, mens den sekundære sektor omfatter hospitaler (ibid.). Adgang til behandling på hospital forudsætter henvisning fra praktiserende læge, medmindre patienten kommer til hospitalet med behov for akut behandling (ibid.). England, Skotland, Wales og Nordirland bestemmer i vid udstrækning selv, hvordan deres sundhedssystem er indrettet, og hvilke sundhedsydelser der tilbydes (ibid.).

Som gravid i England kan man henvende sig enten til sin alment praktiserende læge eller til en jordemoder (der stilles ikke krav om henvisning fra alment praktiserende læge) (66). Den gravide følges enten af alment praktiserende læge/jordemoder eller et team bestående af jordemoder og obstetriker mv. Det engelske prioriteringsinstitut NICE (National Institute of Health and Care Excellence) anbefaler, at kvinder med ukompliceret graviditet følges af alment praktiserende læge/jordemoder, og at antallet af konsultationer fastsættes efter behov (67). Op til 10 konsultationer til førstegangsfødende og op til syv konsultationer til kvinder, som tidligere har gennemført graviditet uden komplikationer, vurderes at være tilstrækkeligt (ibid.)[18]. Kvinden vælger selv, hvor hun ønsker at føde efter at have modtaget vejledning. Fødslen kan foregå hjemme, på jordemoderklinik eller på hospital (66). Efter fødslen følges der op enten hjemme eller på lokale klinikker (ibid.).

---

17 "25 (1). Subject as hereafter in this sub-section provided, any person who, with intent to destroy the life of a child then capable of being born alive, by any wilful act causes a child to die before it has an existence independent of its mother, shall be guilty of felony, to wit, of child destruction, and shall be liable on conviction thereof on indictment to penal servitude for life: Provided that no person shall be found guilty of an offence under this section unless it is proved that the act which caused the death of the child was not done in good faith for the purpose only of preserving the life of the mother" (Criminal Justice Act (Northern Ireland) 1945).

18 NICEs kliniske retningslinjer for svangreomsorg ved ukompliceret graviditet er under revidering.

5.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

Der er ikke identificeret indsatser i Storbritannien med direkte fokus på hittebørn. Der findes ikke babyluger eller lignende, hvor forældre kan aflevere deres barn anonymt, og der er ikke generel adgang til anonym svangreomsorg og fødselshjælp.[19] Der er heller ikke identificeret særlige rådgivningstilbud eller opsøgende indsatser målrettet gravide/mødre/forældre, der er iværksat med det formål at forebygge, at spædbørn efterlades i det offentlige rum.

Derimod findes der ligesom i andre lande en lang række indsatser, der kan medvirke til at forebygge hittebørn, men hvor det ikke er deres primære formål. I en rapport fra 2012 er der fremhævet følgende indsatser (62):

- Rådgivning og retningslinjer vedrørende adoption (British Association for Adoption and Fostering (BAAF))
- Rådgivning og støtte til børn og unge med følelsesmæssige, adfærdsmæssige eller mentale helbredsproblemer, eller som er seksuelt aktive i en tidlig alder mv. (Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS), Sexual health programme)
- Rådgivning og støtte til gravide og forældre til børn op til fem år, fx besøg af sundhedsplejersker, støtte til amning og rådgivning om forældrerollen (Children's Centres (Sure Start))
- Tilbud om indkvartering og støtte til 16-25-årige forældre og deres børn
- Politiets indsats i forhold til at opklare sager om efterladte barn
- Mor-barn-enheder i fængsler
- Støtte til udenlandske piger og kvinder (asylansøgere eller uregistrerede migranter), som er ofre for seksuelle forbrydelser eller trafficking
- Akut psykiatrisk mor-barn-enhed (Ward A45)
- Hjælp og støtte til børn i det offentliges varetægt, herunder børn, som er efterladt/opgivet af deres forældre og venter på at blive bortadopteret
- Støtte til gravide og mødre med små børn, som er afhængige af alkohol eller stoffer.

5.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre

5.4.1 Antal hittebørn

Et studie fra 2009 baseret på gennemgang af avisartikler mv. har identificeret 124 sager over perioden 1998-2005 svarende til 16 sager i gennemsnit pr. år, hvor et barn under to år er efterladt i det offentlige rum i Storbritannien (68), jf. Tabel 5.3. I langt størstedelen af sagerne (77,4 %) var børnene nyfødte, da de blev efterladt (defineret som under én uge gamle). Cirka 2/3 af de nyfødte overlevede, mens det gjaldt alle børnene, som var mindst én uge gamle. Nyfødte blev hyppigere efterladt udenfor og på steder, hvor det var mindre sandsynligt, at de ville blive fundet, sammenlignet med børn, som var mindst én uge gamle.

[19] Dog kan man ifølge Lorraine Sherr i praksis være anonym ved at opgive en falsk adresse.

Tabel 5.3 Antal børn under 2 år, som er efterladt i det offentlige rum i Storbritannien

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Børn, som er efterladt inden for de to første leveår	16	2,0
Heraf fundet i live	12	1,5
Heraf fundet døde	4	0,5
Børn, som er efterladt inden for den første uge efter fødslen	12	1,5
Heraf fundet i live	8	1,0
Heraf fundet døde	4	0,5

Kilde: Sherr, Mueller og Fox (2009)

Opgørelsen ovenfor må formodes at undervurdere det faktiske antal børn, som efterlades i det offentlige rum i Storbritannien, da nogle sager aldrig bliver opdaget eller kommer i medierne. Dette bekræftes af et andet studie fra 2009, hvor antallet af hittebørn[20] i Storbritannien er opgjort til ca. 50 årligt i samme periode 1998-2005 (69). Opgørelsen er baseret på antal sager i politiets registre, hvor forældre er dømt for at efterlade et barn under to år. Ifølge Lorraine Sherr, der er forsker og medforfatter på begge studier, er 50 formentlig i den rette størrelsesorden, men tallet kan være både under- og overvurderet, fordi nogle sager aldrig registreres (undervurdering) og på grund af dobbelttælling, hvis begge forældre retsforfølges (overvurdering).

Børn, som efterlades og efterfølgende dør som følge af vanrøgt, falder ind under definitionen af spædbørnsdrab. Denne type af spædbørnsdrab udgør kun en mindre andel af alle spædbørnsdrab i Storbritannien. Et studie fra England og Wales viser, at antallet af registrerede mistænkelige dødsfald blandt børn op til ét år var 298 i perioden 1995-2002 svarende til 37 pr. år (70). Størstedelen af børnene døde på grund af skader som følge af vold eller ulykke. I kun en mindre andel af sagerne var vanrøgt registreret som dødsårsagen.

5.4.2 Viden om mødrene til hittebørn

Der er begrænset viden om, hvad der karakteriserer de mødre/forældre, som efterlader deres børn i Storbritannien. I studiet med de 124 sager omtalt ovenfor, er moren identificeret i 46 (37 %) af sagerne, heraf 27 (28 %) af sagerne vedrørende nyfødte og 19 (68 %) af sagerne vedrørende børn, som var mindst én uge gamle (68). Flere mødre kan være identificeret, uden at det er rapporteret i medierne. Studiet beskriver ikke karakteristika ved mødrene, men måden, hvorpå børnenes navlestreng er afklippet på, indikerer, at de fleste børn er født i skjul uden sundhedsprofessionel bistand.

Litteraturen peger på, at kvinder, som skjuler/fornægter deres graviditet, er i større risiko for at efterlade eller dræbe deres spædbarn (71). Kvinder, som skjuler/fornægter deres graviditet, er en heterogen gruppe, og det er meget vanskeligt at forudsige, hvilke kvinder der er i risiko (ibid.). Der sondres mellem psykotisk og ikke-psykotisk skjult/fornægtet graviditet, hvor de psykotiske tilfælde er mindre hyppige og typisk er kronisk psykisk syge (fx skizofrene), mens de ikke-psykotiske tilfælde ikke har en psykiatrisk diagnose (ibid.). I langt de fleste situationer vil skjult/fornægtet graviditet ikke ende i spædbarnsdrab, men i de få situationer, hvor det er tilfældet, er der typisk tale om passivt drab som følge af vanrøgt ved ikke-psykotisk skjult/fornægtet graviditet og aktivt drab som følge af kvælning eller lignende ved psykotisk fornægtet/skjult graviditet (ibid.).

[20] Defineret som børn op til 2 år, der efterlades af deres forældre.

Det forekommer forholdsvis hyppigt, at kvinder skjuler deres graviditet (ca. 1 ud af 475 graviditeter i 20. graviditetsuge) (71). I nogle af disse tilfælde skjules graviditeten helt frem til fødslen (ca. 1 ud af 2.500 fødsler) (ibid.).

Et studie fra Irland har interviewet 30 kvinder, som har skjult deres graviditet med forskelligt udfald[21] (72-75). Skjult graviditet defineres i dette studie som en kompleks proces, hvor kvinden er klar over, at hun er gravid, men holder graviditeten skjult (73). Kvinderne, som deltog i studiet, var mellem 15 og 35 år, da de skjulte deres graviditet (de var alle over 18 år, da de blev interviewet), havde forskellig nationalitet (irsk, engelsk og polsk) og uddannelsesmæssig baggrund (76). Fælles for kvinderne var, at de var overvældet af frygt og først modtog svangreomsorg sent i graviditeten hvis overhovedet (72-75). Forskerne bag studiet konkluderer, at årsagerne til, at kvinder skjuler deres graviditet, er komplekse og ikke nødvendigvis udtryk for psykisk sygdom (73). Fænomenet kan muligvis have sammenhæng med tidligere traume, fx vold i hjemmet, seksuelt misbrug eller overgreb (ibid.). Nogle kvinder kan skjule deres graviditet for pårørende og systemet, fordi de frygter, at de vil føle sig presset til at træffe en beslutning, som de ikke er klar til, fx abort, bortadoption eller at beholde barnet (ibid.). Forskerne bag studiet peger på, at man ved at anerkende, at skjult graviditet forekommer, kan tage det første skridt mod at forebygge hittebørn (ibid.). Samtidig efterlyser de information på internettet, adgang til terapeutisk rådgivning og støtte via telefon mv. samt tilbud om anonym svangreomsorg til kvinder, som skjuler deres graviditet, med henblik på at hjælpe dem med at træffe den beslutning, som er rigtig for dem selv og deres barn (ibid.).

5.4.3 Nationale bortadoptioner

En spørgeskemaundersøgelse blandt 10 fødeafdelinger i Storbritannien med i alt 66.882 fødsler i 2009/2010 viser, at der frivilligt blev afgivet 10 børn til bortadoption umiddelbart efter fødslen på disse fødeafdelinger (62). Det svarer til ca. 15 børn pr. 100.000 fødsler i Storbritannien, jf. Tabel 5.4.

Tabel 5.4 Antal børn, som frivilligt afgives til adoption umiddelbart efter fødslen på hospital i Storbritannien i 2009/2010

	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Antal børn, som frivilligt afgives til bortadoption umiddelbart efter fødslen på hospital	15

Anm.: Der er tale om frivillige bortadoptioner. Tvangsfjernelser indgår ikke.
Kilde: Browne et al. (2012)

Et studie fra 2000 har gennemgået 168 sager[22] i England i 1996-1997, hvor børn født i England er bortadopteret, før de fyldte to år (77). Dette studie viser, at der er en mindre gruppe af mødre/forældre i Storbritannien, som vælger at bortadoptere deres nyfødte barn, selvom de ikke umiddelbart har større sociale eller psykiske problemer og vurderes selv at være i stand til at tage sig af barnet.

[21] I nogle tilfælde valgte kvinderne at beholde barnet, mens andre valgte bortadoption. Der var også tilfælde, hvor barnet døde – enten af naturlige årsager eller som følge af spædbarnsdrab.

[22] De 168 sager er inddelt i tre grupper. Den første gruppe omfatter 24 børn afgivet omkring fødselstidspunktet af mødre/forældre, som ikke havde andre børn på dette tidspunkt, og som ikke selv ønskede (men umiddelbart vurderedes at være i stand til) at tage sig af barnet. Den anden gruppe omfatter 40 komplekse sager, hvor fx moren/forældrene havde mindst et barn i forvejen, hvor moren/forældrene følte, at de ikke kunne tage sig af barnet efter at have haft barnet hjemme i en periode, eller mødre, som havde negative følelser for barnet på grund af voldtægt eller lignende. Den sidste og største gruppe omfatter 104 sager, hvor forældrene ikke selv havde anmodet om bortadoption, men hvor det var de sociale myndigheder og retten, som havde truffet beslutning herom.

British Association for Adoption & Fostering (BAAF) har udarbejdet en pjece, der kan udleveres til gravide, som overvejer bortadoption i Storbritannien (64). Pjecen beskriver, hvad bortadoption indebærer, og besvarer spørgsmål vedrørende involvering af faren til barnet og morens forældre, fortrydelsesret, anonymitet mv.

5.5 Den offentlige debat

Ifølge informanter har hittebørn og indsatser mod forekomsten af hittebørn ikke været diskuteret på politisk niveau i Storbritannien, men argumenter for og imod babyluger har været fremført i medierne. Alley Lofthouse, som selv blev fundet efterladt på et trappetrin kort efter fødslen, har argumenteret for babyluger i Storbritannien med henvisning til, at de kan forebygge, at børn efterlades i det offentlige rum med fare for barnets liv og helbred (78,79). Hun mener også, at elever i folkeskolen bør undervises i, hvordan man efterlader et barn på en sikker måde (80). Hun har forsøgt at indsamle 100.000 underskrifter med henblik på at få spørgsmålet drøftet i Parlamentet i Westminster (79,80). Hendes halvbror, som blev efterladt 18 måneder efter hende, er imod babyluger (ibid.). Han mener, at babyluger kan opfordre forældre til at aflevere deres barn og hermed føre til flere hittebørn (ibid.). Professor Kevin Browne fra University of Nottingham, som er hovedforfatter på en EU-rapport om hittebørn i Europa fra 2012, har også argumenteret imod babyluger i medierne med henvisning til, at det kan være fædre, pårørende eller fx alfonser, som afleverer eller presser kvinder til at aflevere børn i babyluger (78). Han mener, at der er risiko for, at babyluger skader både mødre og børn ved at være helt anonyme og ikke give mulighed for rådgivning (ibid.).

Et amerikansk studie fra 2009 sammenligner modeller for forebyggelse af hittebørn i England, Tyskland, Frankrig og USA (81). Studiet peger på, at man i England har et stærkt fokus på det naturlige bånd mellem mor og barn, og at det engelske system er baseret på en antagelse om, at ingen rask mor vil efterlade sit barn. En mor, som efterlader sit nyfødte barn, formodes derfor at være syg og at have brug for hjælp frem for straf, og man tilstræber, at barnet kan genforenes med og bliver hos moren.

Et studie offentliggjort i 2009 konkluderer, at der ikke eksisterer politikker i Storbritannien, der specifikt retter sig mod hittebørn (69). Joanne Mueller og Lorraine Sherr, der er forfatterne bag studiet, efterlyser nationale politikker for registrering og håndtering af hittebørn, herunder større opmærksomhed, diskussion og vejledning på området. Lorraine Sherr oplyser, at de som led i dataindsamlingen til studiet kontaktede relevante myndigheder og institutioner. Flere myndigheder og institutioner svarede ikke på henvendelsen, og Department og Health henviste dem til en artikel, som de selv havde skrevet. I forbindelse med denne undersøgelse har det også været en udfordring at få fagpersoner i Storbritannien i tale om hittebørn og indsatser mod forekomsten af hittebørn. Flere har undladt at besvare vores henvendelse.

5.6 Liste over informanter

Tabel 5.5 Liste over informanter

Navn	Titel	Organisation
Kate Whitfield	Senior Lecturer in Forensic Psychology	Sheffield Hallam University
Elaine Dibben	Adoption Development Consultant	BAAF Adoption & Fostering Academy
Lorraine Sherr	Professor	University College London
Sylvia Murphy	Course Director BSc Midwifery/Lecturer	University of Limerick

6 Sverige

Tabel 6.1 beskriver kort overordnede rammer, antal hittebørn, viden om mødrene og indsatser mod forekomsten af hittebørn i Sverige. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

Tabel 6.1 Hittebørn i Sverige: Rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der bor ca. 10 mio. mennesker i Sverige. Langt størstedelen er protestanter. BNP pr. indbygger og økonomisk ulighed er stort set ens i Sverige og Danmark. Fødselsraten er lidt højere, antallet af teenagefødsler højere, og abortraten er markant højere i Sverige end i Danmark.
Lovgivning	Det er ulovligt at efterlade sit barn i det offentlige rum i Sverige uden opsyn. Det er lovligt at få provokeret abort frem til uge 18 af graviditeten og med dispensation frem til uge 22. Det er lovligt at bortadoptere sit barn.
Sundhedssystem	Det svenske sundhedsvæsen er et offentligt anliggende og primært finansieret via indkomstskatter. Ansvaret for sundhedsydelser er fordelt i mellem stat, region (län) og kommuner.
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	Nyfødte børn, som er fundet efterladt i live i det offentlige rum: Ca. 0,3 børn pr. 100.000 fødsler.
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	Opgørelsen er baseret på gennemgang af sager omtalt i medierne i perioden 1985-2006, hvor et spædbarn fundet i live i Sverige efter at være blevet efterladt i det offentlige rum.
Viden om mødrene	Ingen undersøgelser er identificeret.
Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Ingen indsatser med direkte fokus på hittebørn	De svenske sundhedsmyndigheder oplyser, at de ikke har særlige indsatser målrettet hittebørns-problematikken, men henviser til øvrige forebyggende tilbud inden for svangreomsorgen, der bl.a. har fokus på at identificere kvinder med behov for særlig støtte i forældrerollen. Blandt øvrige forebyggende tilbud har næsten alle svenske kommuner og län en eller flere såkaldte Ungdomsmodtagelser, der er et frivilligt tilbud og derfor forudsætter, at de unge selv henvender sig og opsøger hjælp. Den svenske socialstyrelse tilbyder forældre muligheden for at søge om støtte til forsørgelse af barnet. Desuden vurderer den svenske socialstyrelse, at den generelle anmeldelsespligt, som offentligt ansatte i Sverige er underlagt, spiller en helt central rolle i forebyggelsen af fænomenet hittebørn i Sverige.
Den offentlige debat	Debatten er stort set ikke eksisterende. Dem, som vi har talt med, anser ikke hittebørn som et problem af nævneværdigt omfang i Sverige.

6.1 Rammer

6.1.1 Befolkning

Der er ca. 10 mio. indbyggere i Sverige (1). Langt størstedelen af befolkningen (ca. 84 %) er protestanter (82). BNP pr. indbygger i Sverige var 48.904 USD sammenlignet med 49.021 USD i Danmark i 2016 (3). Gini-koefficienten, der beskriver den økonomiske ulighed i et land, er også stort set den samme. Sverige havde en gini-koefficient på 27,6 i 2016, mens den var 27,7 i Danmark samme år (4). Indvandringen til Sverige er højere sammenlignet med Danmark målt ved antal registrerede asylansøgere. I 2016 havde Sverige 2,9 asylansøgere pr. 1.000 indbygger, hvor Danmark havde 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (5).

Fødselsraten i Sverige er lidt højere end i Danmark. I 2016 blev der således født 11 børn pr. 1.000 indbyggere i Danmark og 12 børn pr. 1.000 indbyggere i Sverige (7). Antal teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år er højere i Sverige (6 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2016) sammenlignet med Danmark (4 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år samme år). Spædbarnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler i 2016 var 2,5 i Sverige og 3,7 i Danmark (8). Forskelle i spædbarnsdødelighed kan skyldes forskelle i praksis i forhold til for tidlige fødsler.

Abortraten for legale provokerede aborter er markant højere i Sverige sammenholdt med Danmark. Abortraten i Sverige angives i 2015 til 20,94 legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder (15-44 år), hvor den var 14,18 i Danmark i 2014 (10). Antallet af aborter i Sverige har ligget stabilt højt over en årrække. Antallet er højst i aldersgruppen 20-29 år med et faldende antal blandt teenagepiger (personlig kommunikation RFSU). De fleste aborter gennemføres tidligt i graviditeten og før 12. graviditetsuge. Et svensk studie fra 2015 undersøger brug af og holdning til prævention blandt svenske kvinder (83). Forskerne antyder, at andelen af kvinder i Sverige, som ikke bruger prævention, men burde gøre det, er stor. Studiet viser, at der i Sverige findes en forholdsvis stor gruppe kvinder, som ikke benytter prævention, men gør brug af mere traditionelle svangerskabsforebyggende metoder såsom kalendermetoden og afbrudt samleje (83). Dette kan være en mulig forklaring på den høje abortrate i Sverige.

Tabel 6.2 Befolkning og økonomi i Sverige

	Sverige	Danmark
Antal indbyggere (2017) (1)	9.995.153	5.748.769
Antal fødsler pr. år (2016) (7)	117.425	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger (2016)	12	11
Antal legale provokerede aborter pr. år 2015 (SE) og 2014 (DK) (10)	38.022	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) 2015 (SE) og 2014 (DK)	20,94	14,18
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler (2016) (9)	2,5	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2016) (8)	6	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	48.905	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2016) (4)	27,6	27,7
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5)	28.790	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (5)	2,9	1,1
Mest udbredte religion (11,82)	84 % protestanter	83 % protestanter

6.1.2 Lovgivning

Det er ulovligt at efterlade sit barn i det offentlige rum i Sverige uden opsyn. Et hittebarn, der findes i Sverige, bliver anset for svensk medborger, indtil andet er bevist i henhold til den svenske lov om medborgerskab (paragraf 3).

Provokeret abort har været lovligt i Sverige siden 1974. Kvinder kan lovligt få foretaget abort frem til uge 18 af graviditeten. En ekspert udtaler, at beslutningen om abort er helt op til den enkelte kvinde. Hun behøver hverken betænkningstid eller godkendelse fra eventuelt far til barnet eller fra hendes forældre. I særlige tilfælde kan hun ansøge om at få en abort frem til uge 22 af graviditeten med

henvisning til fx føtale malformationer, ekstreme sociale problemer, eller hvis kvinden ikke var klar over, at hun var gravid (personlig kommunikation med jordemoder). Kvinden skal betale et gebyr på 300-400 SEK for at få foretaget abort. Siden 2008 har det været lovligt at tilbyde udenlandske kvinder abort i Sverige.

Kvinder har ikke ret til at føde anonymt i Sverige. VIVE har interviewet sundhedsprofessionelle, der arbejder med fødsler i Sverige for at høre, hvordan praksis ser ud, og hvordan man håndterer kvinder, der kommer ind fra gaden uden personlige oplysninger, fx en udokumenteret migrant. Eksperterne vurderer, at alle, der kommer ind med behov for akut lægehjælp eller akut hjælp til en fødsel, får den hjælp, de har brug for af personalet på de svenske hospitaler. En jordemoder fortæller, at hun i sine 40 års kliniske arbejde aldrig har oplevet nogen kvinder, der ønskede fuld anonymitet. De møder kvinder, der har ønske om, at deres identitet bliver beskyttet, og det kan man sagtens imødekomme. Men en kvinde vil altid blive bedt om at opgive sin identitet til personalet i klinikken, som så kan lade være med at registrere hendes fulde identitet i systemet (personlig kommunikation, jordemoder).

Forældre har siden 1917 haft mulighed for at afgive deres barn til adoption i Sverige (84).

6.1.3 Sundhedssystem

Det svenske sundhedsvæsen er et offentligt anliggende og primært finansieret via indkomstskatter (43). Der eksisterer en mindre brugerbetaling på udvalgte ydelser. Det drejer sig blandt andet om visse henvendelser i praksissektoren og i akutmodtagelser. Et nationalt betalingsloft på 1.100 SEK sætter dog en begrænsning for brugerbetalingen. Svangreomsorg og alle sundhedsydelser til børn og unge under 20 år er gratis (43).

Ansvaret for sundhedsvæsenet er delt i mellem stat, regioner (län) og kommuner. Sundhedspolitikken er Riksdagens ansvarsområde, mens Socialministeriet har ansvaret for at udføre/implementere regeringens sundhedspolitik (43). Sverige består af 21 landsting og regioner, som samlet set betegnes som län (43). Lænene er ansvarlige for sygehussektoren og dele af praksissektoren (fx ”vårdcentral” og speciallæger) (ibid.).

I Sverige har man, ligesom i Danmark, universelle sundhedsydelser specifikt rettet mod gravide samt 0-3 årige børn og deres forældre (46). Den svenske model adskiller sig dog fra den danske, idet man siden 1700-tallet har haft tradition for lokalt forankrede jordemødre, der varetager fødsler. Fødsler foregår på såkaldte förlossningsafdelinger eller jordemoderbetjente fødeklinikker (mödravårdscentral, MVC), som ofte er integreret i sundhedscentre (vårdcentraler/primary care). De kaldes også ”barnmorskemottagning” (Jordemodermodtagelse) eller ”familiecentral”. Disse klinikker tilbyder alt fra rådgivning om prævention, kønssygdomme eller graviditet til forældregrupper og kurser for gravide og kommende forældre. På disse klinikker varetages også den traditionelle svangreomsorg. Før fødslen går alle gravide hos en jordemoder på de såkaldte Mödravårdcentraler. Svenske kvinder indkaldes til 8-10 graviditetskontroller plus to ultralydsscanninger (uge 18 og uge 32) (85) Efter fødslen er det såkaldte barnavårdscentraler (BVC), der har kontakten til moren/familien. Alle kontakter til læge og jordemoder finder sted på BVC, mens to kontakter med sundhedsplejersken foregår i hjemmet. I alt har kvinder typisk 18 standardkontakter fra før fødsel og frem til barnet er i femårsalderen (46). Interview med jordemødre i både Sverige og Danmark indikerer, at kontinuitet i omsorgen for gravide vægtes højere i Sverige end i Danmark, således at den gravide følges af den samme jordemoder under graviditeten, ved selve fødslen og efter behov – også efter fødslen.

Ud over de ovennævnte jordemoderklinikker, som er fordelt rundt i hele landet, har 250 ud af 290 svenske kommuner en såkaldt ungdomsmodtagelse målrettet 12-25-årige. Disse er bemandet af

jordemødre, sygeplejersker og socialrådgivere, som tilbyder rådgivning om og gratis udlevering af prævention samt testning for graviditet og kønssygdomme m.m. I mindre byer i Sverige er jordemoderklinikker og ungeklinikker typisk integreret i samme vårdcentral, mens klinikkerne typisk ligger på selvstændige matrikler i de større byer. Som eksempel kan nævnes, at byen Uppsala, har fire klinikker, hvoraf én udelukkende er målrettet de unge og tre jordemoderklinikker er integreret i vårdcentraler. Disse klinikker kalder sig ofte familiecentraler, fordi de med kombinationen af jordemødre og sundhedsplejersker har mulighed for at følge den gravide og mor/barn tæt op til, under og efter fødslen.

Ifølge den svenske sundhedslov (Hälso- och sjukvårdslagen) har alle mennesker ret til akut behandling ved behov (86), men for udokumenterede migranter over 18 år gælder, at de selv skal betale for ydelsen. I 2010 forbedrede de svenske myndigheder udokumenterede mindreåriges og gravides adgang til sundhedsydelser, sådan at disse grupper nu har fuld adgang til sundhedsydelser på lige fod med svenske statsborgere (87).

6.2 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

Der findes hverken babyluger eller safe havens i Sverige. Det fremgår af medierapporter, at det i sjældne tilfælde er sket, at en mor – uden at give sig til kende – har afleveret sit nyfødte barn enten på et socialkontor, et integrationskontor eller til anden offentlig myndighed. Når dette sker, tager myndighederne sig af barnet og sørger for anbringelse i enten plejefamilie eller adoptivfamilie (88).

Informanter oplyser, at man i Sverige ikke har særlige indsatser målrettet hittebørns-problematikken. De henviser i stedet til forebyggende tilbud inden for svangreomsorgen, herunder rådgivning på jordemoderklinikker. Den svenske regering har for nylig afsat tre milliarder svenske kroner til at forbedre svangreomsorgen og kvinders sundhed i bredere forstand (89). Målet er at udvikle en helt ny særskilt kvindeomsorg samt at øge tilgængelighed og lighed i sundhed for kvinder generelt og sundhed i forbindelse med graviditet og fødsler specifikt.[23] Herudover fremhæver sundhedsmyndigheder de forebyggelsesindsatser, som har til opgave at identificere kvinder/forældre, som har behov for særlig støtte til at klare forældreskabet.

De fagpersoner, som VIVE har interviewet i forbindelse med denne undersøgelse, har desuden peget på følgende indsatser, som potentielt kan forebygge hittebørn, men hvor det ikke er det primære formål:

- Rådgivende arbejde i ungdomsmodtagelser, jf. nedenfor.
- En mangeårig indsats inden for seksualundervisning på folkeskolerne, men i særdeleshed et nyere fokus i seksualundervisningen på at forebygge teenagegraviditeter.
- Prævention blev i 2017 gratis for alle unge under 21 år med et såkaldt subsidiært tilskud fra den svenske stat. Siden har mange regioner udvidet dette tilbud, så det nogle steder gælder unge op til 25 år (interview med FSUM, Foreningen Sveriges Ungdomsmottagningar). Det varierer fra region til region, om prævention til de unge er gratis eller delvist tilskudsberettiget med en årlig egenbetaling på 100-200 SEK. Der er desuden let adgang til fortrydelsespiller på ungdomsklinikker (90).
- En liberal abortlov og praksis (provokeret abort er tilladt op til uge 18 af graviditeten). Ifølge eksperter er abort stort set fri for stigma fra fagpersoner, familie, venner og omgivende samfund.

[23] En del af satsningen er desuden øremærket primærsektoren, herunder særlige indsatser målrettet kvinders sundhed i socioøkonomisk udsatte områder. Derudover afsættes årligt 27 mio. kr. til en særlig satsning i forhold til gratis prævention til kvinder under 21 år.

Som en interviewperson udtaler, er det næsten mere kontroversielt, hvis en ung pige ønsker at gennemføre en graviditet frem for at få foretaget abort.

- Indberetnings-/anmeldelsespligt. Den svenske socialstyrelse peger på den generelle anmeldelsespligt (i Danmark skærpet indberetningspligt) som central i arbejdet med at forebygge fænomenet hittebørn i Sverige.[24] Hvis medarbejdere i det offentlige mistænker, at et barn er i fare eller omsorgssvigtes, har de pligt til at anmelde dette. Ifølge Katarina Munier, jordemoder ved den svenske socialstyrelsen, er dette system en af grundende til, at det er sjældent, at et barn efterlades i Sverige. Derudover har man i Sverige opfordret den generelle befolkning til at kontakte socialtjenesten, hvis de hører om eller er vidner til et barn i fare.

Ungdomsmodtagelser

Ungdomsmodtagelserne blev grundlagt af en svensk børnelæge tilbage i 1970. Formålet med ungdomsmodtagelserne er at fremme fysisk og psykisk sundhed blandt unge med særligt fokus på seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder. Herunder er målet at styrke unge i deres seksuelle identitetsudvikling og at forebygge uønskede graviditeter og seksuelt overførte infektioner (91,92).

I ungdomsmodtagelserne tilbydes unge rådgivning om seksuel sundhed, prævention og samtaler om livets udfordringer. De kan blive testet for kønssygdomme og graviditet, og man kan få sin første gynækologiske undersøgelse af en fagperson, der er vant til at arbejde med unge, krop og seksualitet.

Ungdomsmodtagelserne er bemandet med jordemødre og socialrådgivere og har derudover fast tilknyttede speciallæger og psykologer. Jordemødrene og socialrådgiverne har typisk en eller anden form for ekstrauddannelse i sexologi eller psykoterapi. Mandlige sygeplejersker varetager rådgivning og undersøgelser af drenge, herunder fx spørgsmål vedrørende seksuel sundhed og kønssygdomsscreening. Jordemødre sætter spiral op og har autorisation til at udskrive og udlevere prævention (91,92).

Der findes i alt ca. 250 ungdomsmodtagelser i Sverige, og hvert år besøger op til 6.000 unge hver af disse modtagelser. Det betyder, at op mod 200.000 unge svenskere hvert år frekventerer disse modtagelser (91,92). Modtagelserne gør opmærksomme på sig selv gennem besøg i alle svenske skoleklasser.

I ungdomsmodtagelsernes tidlige historie (1970'erne og 80'erne) blev de finansieret af AIDS-midler. Siden 1990 og frem er de fleste modtagelser organiseret under län og kommuner. Der findes få private modtagelser. Der er ingen lov om, at en kommune eller et län skal have en modtagelse, men det har langt de fleste (91,92).

En informant med tilknytning til ungdomsmodtagelserne i Sverige nævner, at der er en forudsætning for at få hjælp og vejledning i ungdomsmodtagelser, at man selv henvender sig, eller at en ven eller socialrådgiver henviser en hertil. Bestyrelsesmedlem af FSUM og psykoterapeut, Sussie Rasmussen ved Malmø Ungdomsmodtagelse, fortæller i interview, at det generelt er unge, som selv kan tage initiativ, der henvender sig i ungdomsmodtagelserne. De møder gravide, som har fortrængt graviditeten, men det er meget sjældent, og så vil det typisk være, fordi en veninde har bemærket det og slæber dem med til ungdomsmodtagelsen. Sussie Rasmussen mener, at kvinder, som har sociale problemer, og fx unge, der lever i dysfunktionelle familier, snarere opfanges og opspores af skolen, fritidsklubber eller af de sociale myndigheder (91,92).

---

[24] Jævnfør https://www.sydsvenskan.se/2016-02-26/ovanligt-att-spadbarn-lamnas-bort.

Man kan frygte, at kvinder, som er bange for at komme i kontakt med det offentlige eller for at afsløre deres graviditet eller identitet, ikke vil henvende sig i ungdomsmodtagelserne. Anonymitet er dog en mulighed for unge, der beder om rådgivning, prævention og abort i ungdomsmodtagelserne, og personalet har ikke pligt til at oplyse forældre om, at en pige har fået foretaget en abort (91,92).

6.3 Antal hittebørn og viden om deres mødre

6.3.1 Hittebørn

Det har været en stor udfordring at opgøre antallet af hittebørn i Sverige. Den svenske socialstyrelse oplyser, at de ikke har statistik vedrørende antallet af børn, som efterlades i det offentlige rum i Sverige, og de udtaler til pressen, at det er et yderst sjældent fænomen i Sverige. Politiet i Sverige har heller ikke opgørelser over antallet.

VIVE har kontaktet sundhedsministeriet, socialministeriet, hospitalsansatte læger og jordemødre i svangreomsorgen i Sverige for at indsamle oplysninger og dokumentation om antallet af hittebørn i Sverige. Disse henvendelser er blevet besvaret med enten total tavshed (intet svar) eller med en affejning af problemets relevans i Sverige. "Den typiske" reaktion illustreres med dette citat af en svensk jordemoder, som i et telefoninterview udtalte:

> *Jeg må ærligt indrømme, at da jeg først læste jeres mail, tænkte jeg "hvad?" […] Jeg tænkte: har vi overhovedet det i Sverige? Så måtte jeg ind og læse om det for at finde ud af, hvad det var. Jeg kan læse, at det hænder, men at det er virkelig, virkelig sjældent.*

Denne undersøgelse tager derfor afsæt i en antagelse om, at fænomenet hittebørn er både relativt udokumenteret og sjældent i Sverige.

Ifølge den svenske avis Expressen er syv nyfødte blevet efterladt i det offentlige rum i Sverige og fundet i live i perioden 1985-2006 (88). Det svarer til 0,3 børn i gennemsnit pr. år eller ca. ét barn hvert tredje år. Børnene blev fundet i henholdsvis Stockholm, Malmø, Gøteborg, Uppsala og Kiruna. To blev efterladt på sygehusområde, en i en moské, en på et statsforvaltningskontor, en på en trappeafsats, en i en affaldscontainer, en i en port og en i en taske på et fortov. Den seneste sag omtalt i medierne er fra februar 2016, hvor en kvinde efterlod sin baby i armene på en anden kvinde på et immigrationscenter i Norrköping (93).

Tabel 6.3 Antal nyfødte børn, som er efterladt i det offentlige rum i Sverige og fundet i live

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Antal nyfødte børn efterladt og fundet i live	0,3	0,3

Anm.: Opgørelsen er baseret på sager omtalt i medierne i perioden 1985-2006.
Kilde: expressen.se

Der findes officiel statistik om antallet af mistænkte spædbørnsdrab i Sverige forstået som mistænkte drab på nyfødte inden for de første 24 timer efter fødslen. Granath (2014) vurderer, at der i Sverige er god overensstemmelse mellem dødsårsagsregistre og politiets oplysninger om spædbørnsdrab, herunder at de svenske myndigheder og politiet er opmærksomme på alle tegn på overgreb, vold eller mishandling i relation til døde nyfødte. Denne tilgang er effektiv i forhold til at afdække skjult kriminalitet i relation til spædbørnsdrab (94).

Klier et al. (2013) rapporterer på basis af politiets registreringer, at der i perioden 1991-2009 var 45 mistænkte spædbørnsdrab i Sverige inden for de første 24 timer efter fødslen, herunder 22 børn i perioden 1991-2001 og 23 børn i perioden 2002-2009[25] (95). Det svarer til et gennemsnit på to mistænkte spædbørnsdrab om året i perioden 1991-2001 og 2,9 mistænkte spædbørnsdrab om året i perioden 2002-2009, jf. Tabel 6.4. Dette omfatter mistænkte drab som følge af både aktiv og passiv handling.

Tabel 6.4 Antal spædbørnsdrab i Sverige

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. år pr. 100.000 fødsler
Antal mistænkte spædbørnsdrab (drab på spædbørn inden for de første 24 timer efter fødslen)		
Gennemsnit for perioden 1991-2001	2	1,8
Gennemsnit for perioden 2002-2009	2,9	2,8

Kilde: Klier et al. 2013. Rapporteret i officielle statistikker.

6.3.2 Viden om mødrene til hittebørn

Vi har ikke identificeret undersøgelser, der beskriver karakteristika ved kvinder, som efterlader deres barn i det offentlige rum i Sverige.

Der findes derimod studier, der beskriver karakteristika ved kvinder/forældre, som dræber deres børn. Somander og Rammer peger på en sammenhæng mellem børnedrab og svær mistrivsel og dårligt mentalt helbred hos forældrene (96). Hedlund et al. (2016) peger også på en sammenhæng mellem dårligt mentalt helbred og børnedrab (97).

6.3.3 Nationale adoptioner

Siden 1917 har det været lovligt at afgive børn til adoption i Sverige. Frem til 1950'erne var de fleste adoptivbørn resultat af uønsket graviditet, og formålet med loven var især at mindske antallet af børn, der voksede op under dårlige forhold (50). Fra 1990'erne og frem til i dag er antallet af nationale adoptioner i Sverige faldet markant (50). Ifølge interview med svenske informanter foretages stort set ingen nationale adoptioner i dag, og når en kvinde henvender sig med en uønsket graviditet i enten jordemoderklinikker eller ungdomsklinikker, bringes adoption som option stort set aldrig ind i samtalen (personlig kommunikation, Jordemoder, Uppsala Universitet). Ifølge samme jordemoder kan adoption i Sverige ikke foregå anonymt, idet adoption kræver en lovlig overlevering fra biologisk mor til adoptivfamilie, hvor moren har tre måneders fortrydelsesret.

6.4 Den offentlige debat

> *Babyluger og hittebørn har aldrig været fremhævet som et samfundsproblem i den svenske offentlighed.* (Svensk jordemoder og forsker med 40 års klinisk erfaring)

Den offentlige debat om hittebørn i Sverige er tilsyneladende tavs. Illustrativt for dette har stort set alle, som VIVE har kontaktet i forbindelse med denne undersøgelse i Sverige, været tøvende med at svare, eller de har afvist at deltage, fordi de enten ikke oplever, at det er et problem i Sverige, eller fordi de ikke mener, de ved noget om spørgsmålet. En enkelt interviewperson fortalte, at hun

[25] De seneste opgørelser over antallet af døde spædbørn angives i Klier et al. (2013) som 2000 (n=1); 2001 (n=1); 2002 (n=4); 2003 (n=2); 2004 (n= 6); 2005 (n=5), 2007 (n=3), 2008 (n=2) og 2009 (n=1).

havde måtte læse mailen mange gange for at forstå, hvad problemstillingen var – den er temmelig ukendt for dem, sagde hun. Ikke desto mindre finder man i den svenske presse nogle eksempler på hittebørn i nyere tid.

Interviewpersoner oplever ikke, at hittebørn er til diskussion i offentligheden eller politisk. Debatten i relation til hittebørn i Sverige synes således ikke eksisterende. Men tavsheden kan i sig selv udgøre et standpunkt.

6.5 Liste over informanter

Tabel 6.5 Liste over informanter

Navn	Titel	Organisation
Ingrid Frisk	Senior Policy Advisor	**RFSU**, Riksförbundet för sexuell upplysning.
Sussie Rasmussen	Bestyrelsesmedlem og psykoterapeut	FSUM, Foreningen Sveriges Ungdomsmottagningar.
Margareta Larsson	Jordemoder og lektor	Uppsala Universitet.
Anneli Marttila	Forsker, Med dr	SOCIALSTYRELSEN Avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten

VIVE har desuden forgæves kontaktet følgende organisationer, som aldrig vendte tilbage: Socialjouren i Göteborg, Regeringskancelliet, Folkhälso, sjukvårds- och idrottsministeriet.

7 Tyskland

7.1 Sammenfatning

Tabel 7.1 beskriver kort overordnede rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn i Tyskland. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

I hele kapitlet om Tyskland skelnes der mellem børn, som bliver efterladt i det offentlige rum (levende eller døde), børn, som afgives anonymt (i babyluge), børn, som fødes ved en anonym fødsel, og børn, som fødes ved en fortrolig fødsel. Det tilgængelige materiale viser, at kvinderne, deres problemstillinger samt selve forløbet op til og efter fødslen, er forskeligt for disse fire grupper. Samtaler med informanter i Tyskland understøtter, at det er meningsfyldt at sondre på denne måde (samtale med forskeren Dr. Claudia Krell, DJI). Data om kvinder og deres børn i de forskellige grupper stammer fra henholdsvis optællinger af medieomtale, surveys og officielle statistikker (kun for de fortrolige fødsler siden 2014).

Tabel 7.1 Hittebørn i Tyskland: Rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der er i alt ca. 83 mio. indbyggere i Tyskland. Størstedelen af befolkningen er kristne, herunder katolikker (34 %) eller protestanter (37 %). BNP pr. indbygger i Tyskland og Danmark er næsten ens, men den økonomiske ulighed er højere i Tyskland. Fødselsraten er lidt lavere, mens teenagefødsler er mere udbredte i Tyskland sammenlignet med Danmark. Abortraten er udtalt lavere i Tyskland end i Danmark.
Lovgivning	Det er ulovligt ikke at anmelde en fødsel i Tyskland. Anonyme babyoverdragelser (i babyluger eller andre former for overdragelser) er ulovligt, men tolereres. Fortrolige fødsler har været lovligt siden 2014. Fortrolige fødsler adskiller sig fra anonyme fødsler, idet moren er forpligtiget til at efterlade identitetsoplysninger, som barnet kan få adgang til, når barnet fylder 16 år. Det er ulovligt at foretage provokeret abort i Tyskland. Der er dog straffrihed for kvinden og lægen, hvis aborten gennemføres før 12. graviditetsuge og efter modtagelse af rådgivning om abort. Der er mulighed for, at forældre kan afgive deres barn til adoption.
Sundhedssystem	Det tyske sundhedssystem er kendetegnet ved føderalisme (hvor *Bund* og *Länder* deler beslutningskompetencer og ansvar) samt samarbejde med ikke-statslige aktører kaldet Träger, der spiller en vigtig rolle som udbydere af social- og sundhedsydelser. Träger kan fx være uafhængige non-profit organisationer med tilknytning til kirker eller fagbevægelsen. Träger bekender sig ofte til et bestemt menneskesyn (fx bundet op i kristne værdier), hvilket har konsekvenser for deres tilbud (fx om de rådgiver/tilbyder abort). Finansieringen af det tyske sundhedssystem er baseret på forsikringstankegangen, og sundhedsydelser finansieres primært gennem indtægter fra den lovpligtige sygeforsikring.
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	Børn, som er fundet efterladt i det offentlige rum: 4,3 børn pr. 100.000 fødsler, heraf 1,2 børn fundet i live og 3,0 børn fundet døde. Børn, der afleveres i babyluger eller fødes anonymt: 13,8 børn pr. 100.000 fødsler, heraf 4,8 børn afleveret i babyluger og 9,0 børn født anonymt.
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	Der sondres mellem: 1. Børn, som findes efterladt i det offentlige rum (levende eller døde). Kilden her er gennemgang af sager omtalt i medierne i perioden 2006-2016 og inkluderer sager, hvor barnet er dødt, når det efterlades). Størstedelen af børnene er nyfødte. 2. Børn, som bliver afleveret i babyluge eller født anonymt. Opgørelsen dækker perioden 2000-2009. Kilden er en spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt organisationer, som driver babyluger/tilbyder anonyme fødsler i Tyskland. Ca. 75 % af børn, som afleveres i en babyluge, er helt nyfødte, og langt de fleste er under én måned gamle.

Rammer	
Viden om mødrene	Eksisterende undersøgelser og vurderinger fra informanter peger på, at kvinder, som benytter sig af babyluger eller anonyme/fortrolige fødsler i Tyskland, er en heterogen gruppe, Kvinderne kommer fra forskellige aldersgrupper, samfundslag osv. Fælles for kvinderne, som henvender sig til anonyme eller fortrolige tilbud, er angst, usikkerhed og relativt lav problemløsningskompetence/manglende tro på, at de kan løse deres problemer. Fælles for mange af kvinderne er også, at de skjuler deres graviditet ihvertfald partielt (fx for alle andre end deres partner og nærmeste familie). Der er ikke dokumentation for, at anonyme/fortrolige tilbud bruges mere af kvinder med anden etnisk baggrund end tysk, herunder uregistrerede migranter.
Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Fortrolig fødsel	I 2014 blev der vedtaget en lov om fortrolige fødsler i Tyskland. Denne lov giver kvinder i Tyskland mulighed for at føde fortroligt, dvs. at kvinderne kun kan være anonyme i en tidsbegrænset periode. Oplysninger om morens identitet skal være gemt til barnet. Kun barnet har ret til at få oplyst morens identitet (efter barnet fylder 16 år).
Babyluger og anonyme fødsler mv.	Der har eksisteret babyluger og tilbud om anonyme fødsler i Tyskland siden omkring år 2000. Tilbuddene er principielt ulovlige, men tolereres af de relevante myndigheder. Der findes ikke officielle tal om antallet af babyluger og tilbud om anonyme fødsler i Tyskland, men Etikrådet har anslået, at der i 2008 fandtes ca. 80 babyluger i Tyskland med stor geografisk spredning samt ca. 130 klinikker eller organisationer, som tilbød anonyme fødsler.
Rådgivning	I Tyskland er rådgivningsindsatsen overfor gravide (herunder sårbare gravide) organiseret i et netværk af ca. 1.800 rådgivningscentre, som tilbyder gratis rådgivning. Kvinderne kan være anonyme i rådgivningscentrene, hvis de ønsker det. Rådgivningscentrene er ansvarlige for koordineringen af fortrolige fødsler. Som led i loven om fortrolige fødsler blev der introduceret en hotline (Hilfetelefon "Schwangere in Not – anonym und sicher"), hvor særligt uddannede personer yder anonym rådgivning til gravide kvinder, som overvejer en fortrolig fødsel. Desuden blev der oprettet en hjemmeside: www.geburt-vertraulich.de, hvor kvinderne kan tilgå information om fortrolig fødsel på forskellige måder.
Den offentlige debat	Debatten i Tyskland om babyluger, anonyme og fortrolige fødsler handler om kvindens rettighed til selvbestemmelse og hjælp i en krisesituation på den ene side versus det ufødte barns ret til at kende sit biologiske ophav på den anden side. Religiøst/kristent motiverede ønsker om at beskytte "det ufødte liv" spiller også en afgørende rolle for mange organisationer, som tilbyder anonym hjælp. Babyluger kritiseres for ikke at sikre kvinderne den nødvendige hjælp før, under eller efter fødslen, hvilket kan indebære en stor risiko for kvindens (og barnets) liv og helbred. Samtidig fremhæver fagpersoner behovet for forskellige tilbud, som kan imødekomme forskellige kvinders behov. Der er debat om, hvorvidt babyluger, anonyme og fortrolige fødsler kan forebygge, spædbørnsdrab/at spædbørn efterlades i det offentlige rum (et af hovedargumenterne for tilbuddene), herunder hvorvidt tilbuddene bliver brugt af kvinder, som alternativt ville have dræbt/efterladt deres barn i det offentlige rum. Det debatteres også, om babyluger, anonyme og fortrolige fødsler genererer flere hittebørn, fordi flere kvinder/familier, som ellers ville have valgt at beholde barnet eller at bortadoptere barnet via almindelige kanaler, i stedet vælger et anonymt/fortroligt tilbud.

7.2 Rammer

7.2.1 Befolkning og økonomi

Der er ca. 83 mio. indbyggere i Tyskland (1). Størstedelen af befolkningen er kristne, herunder katolikker (34 %) eller protestanter (37 %) (98). BNP pr. indbygger i Tyskland var 48.943 USD sammenlignet med 49.021 i Danmark i 2016 (3). Gini-koefficienten, der beskriver den økonomiske ulighed i et land, er lidt højere i Tyskland sammenlignet med Danmark. Tyskland havde en gini-koefficient på 29,5 i 2016, mens den for Danmark var 27,7 samme år (4). Indvandringen til Tyskland er markant større end til Danmark målt ved antal registrerede asylansøgere. I 2016 havde Tyskland

9,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere, hvor Danmark havde 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (5). Antallet af asylansøgere i Tyskland var lavere før 2015.

Fødselsraten i Tyskland er lidt lavere end i Danmark, idet der blev født 11 børn pr. 1.000 indbyggere i Danmark i 2016 sammenlignet med 10 børn pr. 1.000 indbyggere i Tyskland (7). Antal teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år er højere i Tyskland (6 fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2016) sammenlignet med Danmark (4 fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år samme år) (8). Spædbørnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler var 3,3 i Tyskland og 3,7 i Danmark i 2016 (9). Forskelle i spædbørnsdødelighed kan skyldes forskelle i praksis i forhold til for tidligere (præterme) fødsler.

Abortraten for legale provokerede aborter er markant højere i Danmark sammenlignet med Tyskland. Abortraten i Tyskland angives til 7,04 legalt provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder (15-44 år) i 2015, mens den var 14,18 i Danmark i 2014 (10). Tyskland og Danmark har forskellige abortlovgivninger. I Danmark har kvinder adgang til provokeret abort indtil 12. graviditetsuge, hvor abort i Tyskland som udgangspunkt er ulovligt, jf. afsnit 1.2.2 (99).

Tabel 7.2 Befolkning og økonomi i Tyskland

	Tyskland	Danmark
Antal indbyggere (2017) (1)	82.521.653	5.748.769
Antal fødsler pr. år (2016) (7)	792.137	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger (2016)	1	11
Antal legale provokerede aborter pr. år (10)	99.573	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) (2015)	7,04	14,18
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler (2016) (9)	3,3	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2016) (8)	6	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	48.942	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2016) (4)	29,5	27,7
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5)	745.155	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (5)	9,1	1,1
Mest udbredte religion (11,98)	37 % protestanter 34 % katolikker	83 % protestanter

7.2.2 Lovgivning

Alle mennesker i Tyskland har ret til at kende deres herkomst og ret til "informationelle Selbstbestimmung" (jf. den tyske grundlov "Grundgesetz"). Samtidig er der i Grundgesetz fokus på personers ret til eget liv.[26] Retten til at kende sit herkomst materialiserer sig konkret i bestemmelser i blandt andet Personenstandsgesetz, som fastslår, at alle fødsler i Tyskland skal anmeldes og registreres. Det er således ulovligt ikke at anmelde en fødsel (se bl.a. §18 af Personenstandsgesetz).

[26] Dette fokus er af central betydning, når lovgivning om abort eller anonyme fødsler diskuteres. Flere gange er konkrete ændringsforslag om anonyme fødsler blevet vurderet at være i strid med fokus på personers ret til eget liv i Grundgesetz, hvilket formodentligt har haft en betydning for den lange proces til loven om den fortrolige fødsel ("SchwHiAusbauG").

Anonyme fødsler og babyoverdragelser (i babyluger eller andre former for overdragelser) foregår uden for lovens rammer (100). Disse tilbud tolereres, men er ulovlige.

Med det formål at overflødiggøre ikke-regulerede og illegale praksisser på området introducerede man i 2014 den fortrolige fødsel reguleret i loven "SchwHiAusbauG: Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt". Initiativet og potentielle reguleringer i forskellige former havde været diskuteret over en årrække (101).

Det er i princippet ulovligt at få foretaget/foretage en provokeret abort i Tyskland (Strafgesetzbuch). Der er dog straffrihed for kvinden og lægen, hvis aborten gennemføres før 12. graviditetsuge efter modtagelse af rådgivning om abort i en anerkendt rådgivningsinstitution og efter en tre dages frist efter rådgivningen (§ 218a Strafgesetzbuch). Der er mulighed for senere aborter efter medicinsk indikation.

Beskyttelsen af det ufødte barn vejer tungt inden for alle områder af tysk lovgivning (flere gange bekræftet af domme i Tysklands øverste ret, Bundesverfassungsgesetz), og adgang til abort er et meget kontroversielt emne i Tyskland.[27] Indflydelsen af blandt andet kirkelige organisationer er stor[28], og det er et udtrykkeligt mål at gøre kvinden opmærksom på muligheder for at undgå abort.

Den tyske adoptionslovgivning regulerer, at forældre kan afgive deres børn til adoption. Adoptionsprocessen kan tidligst sættes i gang otte uger efter barnets fødsel, og hele processen varer typisk mindst ét år. Er forældrene gift, eller har ugifte fædre afgivet faderskabserklæring, skal faren inddrages i beslutningen om bortadoption. Tidligere har såkaldte inkognito adoptioner været normen (hvor de biologiske forældre ikke får informationer om adoptivforældrene, og adoptivforældrene kun får begrænset information om de biologiske forældre), men i dag er åbne adoptioner mere udbredt i Tyskland (100). Børn, som er fyldt 16 år, har under alle omstændigheder ret til at få indblik i deres adoptionssag, således at de har mulighed for at opsøge deres biologiske ophav.

7.2.3 Sundhedssystem

Det tyske sundhedssystem er kendetegnet ved føderalisme (hvor staten og de tyske delstater deler beslutningskompetencer og ansvar) og samarbejde med ikke-statslige aktører ("freie Träger"). Träger spiller en stor rolle og inddrages i udbud af social- og sundhedsydelser, såsom rådgivning, pleje, børnepasning og drift af hospitaler. Träger kan være meget forskellige i deres organisering og opgaveporteføljе, fx kan de være uafhængige non-profit organisationer med tilknytning til kirker eller fagbevægelsen. Derfor kan deres værdigrundlag også være meget forskelligt. Det er ikke kun tolereret, at Trägers værdier afspejler sig i deres tilbud, men faktisk eksplicit ønsket (fx i forhold til rådgivningstilbud til gravide kvinder). Dette resulterer fx i, at Träger med tilknytning til religiøse organisationer kan vælge ikke at tilbyde abort på deres hospitaler. Finansieringen af det tyske sundhedssystem er baseret på forsikringstankegangen og sker primært gennem indtægter fra den lovpligtige sygeforsikring.

Gravide og fødende har adgang til svangreomsorg hos egen læge og hos jordemødre samt fødselshjælp på hospitaler gennem deres medlemskab af en sygekasse.[29] Der findes et tæt netværk af

---

[27] Som eksempel forbyder § 219 StGB udtrykkeligt reklame for abort. Denne regulering fører jævnligt til anmeldelser og sager imod læger, som informerer på deres hjemmeside om abort. Senest er denne paragraf og fortolkning af begrebet "reklame " blevet diskuteret i år efter en læge er blevet dømt for at reklamere for abort på sin hjemmeside. Forbundsdagen overvejer nu en omformulering og præcisering af reklame vs information. Der er ikke flertal for en komplet afskaffelse af paragraffen.

[28] Så har fx en beslutning af paven i år 2000 ført til at katolske organisationer har trukket sig fra dele af rådgivningstilbud for gravide kvinder. Denne beslutning har haft meget konkrete konsekvenser for kvinder, som skal kunne dokumentere rådgivning i officielt anerkendte rådgivningscentre for at kunne få en abort.

[29] Svangreomsorgen dokumenteres i "Mutter-Kind-Pass". Også de få kvinder, som ikke har en sygesikring, har adgang til de undersøgelser, som dokumenteres her. Langt de fleste kvinder har sygesikring enten gennem deres arbejde eller gennem familieforsikringen til ægtefæller.

rådgivningscentre (Schwangerschaftsberatungsstellen), som tilbyder rådgivning om blandt andet prævention, graviditet, abort og mange relaterede emner.

7.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

I Tyskland findes der indsatser med direkte fokus på hittebørn, herunder fortrolige fødsler, anonyme fødsler og babyluger samt rådgivning. Disse indsatser er nærmere beskrevet nedenfor.

7.3.1 Fortrolige fødsler

I 2014 blev der vedtaget en lov om fortrolige fødsler i Tyskland: "SchwHiAusbauG: Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt". Denne lov giver kvinder i Tyskland ret til at føde anonymt, men de kan kun være anonyme over for barnet i en periode. Dvs. at oplysninger om morens identitet skal være gemt til barnet. Kun barnet har ret til at få oplyst morens identitet (efter barnet fylder 16 år)[30]. Der tilbydes også anonyme fødsler i Tyskland, hvor oplysninger om morens identitet ikke skal registreres/gemmes til barnet, jf. afsnit 7.3.2, men det sker uden for rammerne af loven (100,102,103).

En evaluering af loven om fortrolige fødsler fra 2017 viser, at loven blev positivt modtaget af de involverede parter og hurtigt implementeret (103).

Eksisterende lokale rådgivningscentre i Tyskland har ansvaret for koordineringen af fortrolige fødsler, herunder rådgivning af mødrene og registrering af mødrenes identitet. På rådgivningscentrene finder man sammen med kvinden ud af, om det er en fortrolig fødsel, der er det rette i den pågældende situation, eller om der er mulighed for, at kvinden beholder barnet eller bortadopterer uden at være anonym. Man drøfter også morens fortrydelsesret og farens rettigheder. Hvis kvinden vælger en fortrolig fødsel, indsamler rådgivningscenteret data om kvinden, som opbevares centralt i en styrelse under det tyske familieministerium, og rådgivningscenteret giver kvinden et pseudonym, som anvendes i det videre forløb. Centeret koordinerer forløbet med alle relevante aktører i en fortrolig fødsel (jordemødre, hospitaler, Jugendamt), som kun kender kvindens pseudonym. Kvinderne føder på et hospital og afgiver derefter deres barn til adoption. Kvinderne kan formelt fortryde beslutningen om at bortadoptere i op til to måneder efter fødslen, men reelt også inden for det første år, hvor barnet typisk er i "adoptionspleje".

Alle omkostninger til den fortrolige fødsel, inkl. omkostninger til svangreomsorg, betales af det tyske familieministerium. Hvis kvinden opgiver fortroligheden, skal kvindens sygesikring betale omkostninger forbundet med den fortrolige fødsel (oplyst af informanter fra det tyske familieministerium)[31].

Evalueringsrapporten fra 2017 viser, at der blev gennemført 249 fortrolige fødsler i perioden maj 2014-september 2016, hvor kvinden også efter fødslen ønskede at opretholde den fortrolige status (103).

Evalueringsrapporten fra 2017 skønner, at ca. halvdelen af de kvinder, som før ville have brugt et anonymt tilbud (babyluge eller anonym fødsel), i stedet valgte en fortrolig fødsel. Der er således stadig efterspørgsel efter helt anonyme tilbud. Samtidig bemærkes det, at der er risiko for, at fortrolige fødsler benyttes af en ny målgruppe som en "nemmere vej" end almindelig fødsel og bortadoption (Dr. Krell).

---

30 I særlige tilfælde kan moren også efter, at barnet er fyldt 16 år, være anonym.
31 Hvis kvinden ikke er forsikret, skal hun selv betale. Denne situation er dog yderst sjælden ifølge familieministeriet.

Det er vanskeligt at undersøge effekterne af fortrolige fødsler på antallet af efterladte spædbørn/spædbørnsdrab i Tyskland. For det første ved man ikke, hvad der alternativt var sket med de børn, der kommer til verden ved en fortrolig fødsel. For det andet er det vanskeligt at gennemføre robuste statistiske undersøgelser, da antallet af efterladte spædbørn/spædbørnsdrab er lille og ikke registreres systematisk.

Flere studier tyder på, at en forholdsvis stor andel af de kvinder, som dræber deres spædbarn efter fødslen, har fortrængt deres graviditet, jf. afsnit 7.4.2. Skjulte eller benægtede graviditeter er forholdsvis hyppige, men det er kun et fåtal af disse, som ender i spædbarnsdrab. Dorsch, Jelden og Rohde (2017) anslår, at 1 ud af 2.455 graviditeter forbliver ubemærket helt op til fødslen i Tyskland (102)[32]. Ifølge Dorsch, Jelden og Rohde (2017) har kvinder, som skjuler/benægter deres graviditet, ofte lave problemløsnings- og handlingskompetencer, samtidig med at de typisk er ude af stand til at opsøge/tage imod tilbud om hjælp.

Evalueringsrapporten fra 2017 (side 96/97) vurderer, at det er tvivlsomt, hvorvidt tilbud om fortrolig fødsel, herunder eksisterende opsporende tilbud, kan nå de kvinder, som ender med at dræbe deres børn, hvis ikke de anerkender deres graviditet (103).

Höynck, Behnsen og Zähringer (2017) kommer frem til lignende konklusion baseret på en undersøgelse af kvinder dømt for drab på deres nyfødte (104). Ingen af kvinderne i deres undersøgelse havde kontakt til rådgivning eller fik foretaget svangerskabsundersøgelser, og i ingen af sagerne havde kvinderne tilsyneladende overvejet at bruge en babyluge eller andre anonyme/fortrolige tilbud.

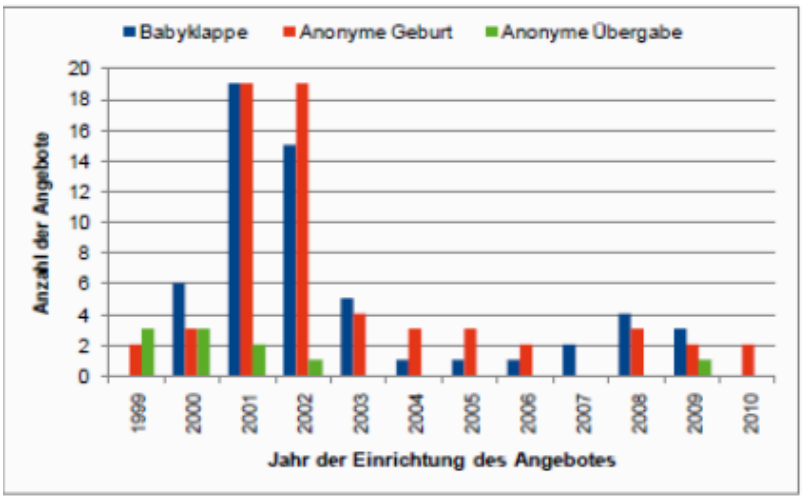
7.3.2 Babyluger og anonyme fødsler

Der har eksisteret babyluger og tilbud om anonyme fødsler i Tyskland siden omkring år 2000, jf. Figur 7.1. Tilbuddene er i principielt ulovlige, men tolereres af de relevante myndigheder.

Der findes ikke officielle tal om antallet af babyluger og tilbud om anonyme fødsler i Tyskland, men Etikrådet har anslået, at der i 2008 fandtes ca. 80 babyluger i Tyskland med stor geografisk spredning samt ca. 130 klinikker eller organisationer, som tilbød anonyme fødsler (105).

[32] Til sammenligning skønner man, at der i Tyskland er 1 drab på et spædbarn pr. 25.000 fødsler.

Figur 7.1 Indførelse af tilbud om babyluger og anonyme fødsler i Tyskland, 1999-2010



Anm.: "Babyklappe"=babyluge; "anonyme geburt"=anonym fødsel; "anonyme übergabe"=anonym overdragelse; "anzahl der angebote"=antal tilbud; "jahr der einrichtung des angebotes"=året for tilbuddets indførelse

Kilde: DJI, 2011, side 93

Det er private Träger og hospitaler/fødselsanstalter, som står bag og finansierer tilbud om babyluger og anonyme fødsler med det formulerede formål at redde liv og/eller forhindre aborter[33] (100). Disse organisationer har typisk mere eller mindre formaliserede (som oftest mundtlige) aftaler med kommunale myndigheder (Jugendamt) om, hvad der skal ske med de børn, som afleveres i en babyluge eller fødes anonymt (100). Dette har været kritiseret for ikke at give den fornødne retssikkerhed og ensartethed på området.

Da babyluger ikke er lovmæssigt regulerede, er der ingen formelle krav til deres udformning eller processen, efter at et barn er afleveret. Først i 2013 har man offentliggjort anbefalinger for babyluger, men det er kun anbefalinger og ikke juridisk forpligtende standarder, som der føres tilsyn med (106). Anbefalingerne består i, at:

- Organisationerne overholder tekniske minimumsstandarder fx i forhold til alarmen, temperaturen i babylugerne mv.
- Organisationerne bruger nemme skilte og piktogrammer til at informere om korrekt brug af babylugerne.
- Organisationerne lægger informationsmateriale i babylugerne, som den person, der afleverer barnet, kan tage med sig, og som informerer om rettigheder og muligheder for at få hjælp.
- Organisationerne arbejder for (bl.a. i offentligheden), at kvinder tilbydes og vælger andre løsninger som fx den fortrolige fødsel.
- Børnene, som afleveres, undersøges af en læge umiddelbart efter, at børnene er fundet.
- Børnene anmeldes umiddelbart efter, at de er fundet, til de ansvarlige myndigheder med information om køn, alder (skøn), tidspunkt for fund samt andre relevante informationer om barnet og barnets helbred.
- Organisationerne overdrager barnet til myndighederne med henblik på at starte adoptionsprocessen.

[33] Katolske Träger tilbyder ikke abortrådgivning. Paven udstedte en ordre i 2000, som forbød tyske katolske rådgivningscentre at udstede bevis for abortrådgivning (Beratungsbescheinigung efter § 219), som gravide skal fremvise for at kunne få en provokeret abort på lovlig vis.

Som led i denne undersøgelse har VIVE besøgt et hospital i Berlin, som har en babyluge ("Babywiege"). Repræsentanter fra organisationen, som driver babylugen, pointerer, at en babyluge aldrig kan stå alene, og går meget op i, at de også tilbyder anonyme og fortrolige fødsler samt intensiv rådgivning af og opfølgning i forhold til kvinderne. Repræsentanterne oplyser, at deres tilbud tilpasses til den enkelte kvinde og arbejder ud fra deres kristne værdisæt (de er et hospital, der drives af en kristen Träger), dvs. de tilbyder kun undtagelsesvis abort og er motiveret af tanken om at forhindre drab på børn. En anden motiverende faktor, som de henviser til, er, at de ønsker at give børn rødder – dvs. at de arbejder for, at kvinden enten beholder barnet eller afgiver det i en (delvis) åben adoption. Hverken babyluge eller anonyme fødsler genererer indtægter, og hospitalet finansierer tilbuddene ved egne ressourcer.

Ligesom for fortrolige fødsler er det vanskeligt at undersøge effekterne af babyluger og anonyme fødsler på antallet af børn, som efterlades i det offentlige rum. Eksisterende data viser, at antallet af børn, som findes efterladt i det offentlige rum i Tyskland har været nogenlunde konstant fra 2000 og frem, jf. afsnit 7.4.1 – dog med et mindre fald i antallet af efterladte børn, som findes i live. Det er ikke muligt at afgøre, om faldet skyldes tilbud om babyluger og anonyme fødsler eller andre forhold.[34] Under alle omstændigheder er antallet af børn, som afleveres i babyluger eller fødes anonymt i Tyskland, væsentligt større end dette fald, jf. afsnit 7.4.1.

7.3.3 Rådgivning

I Tyskland er rådgivningsindsatsen over for sårbare gravide organiseret i et tæt netværk af ca. 1.800 rådgivningscentre (Schwangerschaftsberatungsstellen), som tilbyder gratis rådgivning (102). Kvinderne kan være anonyme i rådgivningscentrene, hvis de ønsker det. Opgørelser viser, at ca. hver tredje gravid kvinde i Tyskland bruger tilbud i rådgivningscentrene (102). Centrene rådgiver om relevante emner, fx prævention, mulighed for abort[35], adoption, tilbud i svangreomsorgen, sociale ydelser i forbindelse med familiedannelse og sociale ydelser mere generelt, rettigheder for gravide på arbejdsmarkedet mv. Rådgivningen tilpasses den enkelte kvindes individuelle behov. Rådgivningscentrene er også ansvarlige for koordineringen af fortrolige fødsler og fungerer som indgang til mange andre tilbud i sundhedsvæsenet, fx hjælp fra "Bundesstiftung Mutter und Kind" (hvor kvinder i nød kan søge om økonomisk hjælp) eller familiegrupper organiseret af private foreninger.

Dette særlige netværk af rådgivningscentre for gravide står i tæt sammenhæng med reguleringen af abortspørgsmålet (102). I Tyskland (bekræftet i flere omgange af Bundesverfassungsgericht) vejer beskyttelsen af det "ufødte liv" tungt. Derfor har alle gravide, som overvejer abort, pligt til rådgivning (i rådgivningscentrene) og skal have en bekræftelse for gennemført rådgivning for at kunne få en abort.

Rådgivningscentrene drives typisk af non-profit organisationer eller kommuner. Fordelen ved at have forskellige typer af organisationer til at drive rådgivningscentrene er, at kvinder har mulighed at vælge et tilbud, der passer den enkelte, fx i forhold til rådgivningscentrets værdier og holdninger (107). Kvinder kan nemt finde oplysninger om rådgivningscentrene på internettet.

Som led i loven om fortrolige fødsler fra 2014 blev der introduceret en hotline (Hilfetelefon "Schwangere in Not – anonym und sicher"), hvor særligt uddannede personer yder anonym rådgivning til gravide kvinder, som overvejer en fortrolig fødsel. Desuden blev der oprettet en hjemmeside:

---

[34] Höynck, Behnsen, Zähringer (2017, i bogen Busch et al., 2017) fremhæver, at der mellem 1953-1998 har været et fald i sager om spædbørnsdrab, som formodentlig skyldes større samfundsmæssige ændringer. I de senere år (hvor der har været mulighed for anonyme overleveringer af spædbørn og senest fortrolige fødsler) har tallene været stabile og på et lavt niveau.

[35] For at rådgive om muligheder for abort skal rådgivningscentre have en særlig tilladelse og akkreditering.

www.geburt-vertraulich.de, hvor kvinderne kan tilgå information og rådgivning om fortrolig fødsel på forskellige måder: Der er oplysninger om telefon-hotline, der er online-chat med rådgivning, og der er en oversigt over lokale rådgivningscentre, som kvinder kan henvende sig til. På hjemmesiden findes også små beretninger fra kvinder, som har valgt fortrolig fødsel, og links til andre tilbud (bl.a. tilbud om rådgivning til unge mødre, hjælp voldsramte kvinder mv.). Hotline og hjemmeside er oprettet og drives af en styrelse under det tyske familieministerium, som også investerer ressourcer i kampagner, der skal øge kendskabet til forskellige tilbud om rådgivning og hjælp.

Evalueringen fra 2017 viser følgende om brug af hotline og rådgivning om fortrolig fødsel i perioden fra maj 2014 til september 2016 (103).

- *Der har været udfordringer med ikke-seriøse henvendelser*. Hotline (og chat) er kontaktet 65.439 gange i perioden, men ca. 54 % af disse kontakter var ikke seriøse henvendelser (”Scherzanrufe”), og omkring 8 % var decideret truende. I henholdsvis 14 % og 5 % af opkaldene resulterede opkaldet ikke i kontakt/rådgivning, men personen lagde på eller var tavs. Kun 18 % af alle henvendelser resulterede i faktiske kontakter/rådgivning.
- *Kun en mindre andel af reelle kontakter vedrører kvinder i den primære målgruppe*. Ca. 1/8 af alle relevante opkald kom fra en person i den primære målgruppe for hotline-tilbuddet, dvs. kvinder i krisesituationer med ønske om anonym rådgivning eller personer i tæt forhold til en sådan kvinde. Cirka halvdelen af disse kontakter vedrørte gravide kvinder. Mere end 3/4 af alle reelle kontakter til hotlinen kom fra en ”udvidet målgruppe” defineret som kvinder i krisesituationer uden ønske om anonymitet samt personer i tæt forhold til dem.
- *Det er vigtigt at sikre kendskab til rådgivningstilbuddet*. Evalueringen konkluderer, at der er sammenfald mellem informationskampagne og en (stigende) interesse/flere kontakter til hotlinen i den udvidede målgruppe. Samtidig er der tendens over tid til et faldende antal kontakter fra den primære målgruppe af kvinder, som ønsker anonymitet. Dette mønster antyder, at det har stor betydning for rådgivningstilbud som dette, at der skabes kendskab og opmærksomhed om tilbuddet i målgruppen.
- Hovedemnerne for rådgivningsindsatsen via hotlinen er uønskede graviditeter, skjult graviditet, frygt for at graviditeten opdages og/eller ikke at kunne klare situationen samt konflikter i kvindernes familier.
- Det vurderes, at ca. 85 % af rådgivningssamtalerne med den primære målgruppe af kvinder handlede om fortrolig fødsel, og at kvinderne i 74 % af disse tilfælde blev sat i forbindelse med et rådgivningscenter, som står for koordineringen af fortrolige fødsler.

Det anslås, at i alt 1.277 kvinder modtog rådgivning om fortrolig fødsel via telefon og/eller personligt fremmøde i perioden fra maj 2014 til september 2016, hvoraf det skønnes, at ca. 26 % af kvinderne valgte at beholde barnet, 20 % gennemførte en fortrolig fødsel, 15 % valgte en almindelig adoption, 8 % valgte abort, og 4 % valgte en anonym fødsel/babyluge (de resterende 27 % er uoplyst). Evalueringsrapporten fra 2017 (side 41) betegner førstnævnte situation (hvor kvinden beholder barnet) som den ”ideelle”, hvilket tydeliggør, at den tyske lovgivning og håndtering af fortrolige fødsel i hvert fald delvist afspejler normative forestillinger om moderskab og værdien af ”det ufødte liv” samt en vist stigmatisering af adoptioner og en grundholdning imod abort.

Vores tyske informant Dr. Krell og repræsentanter fra det tyske familieministerium gjorde opmærksom på, at man i Tyskland diskuterer præventive indsatser i skoler som en vigtig langsigtet strategi mod forekomsten af hittebørn og spædbørnsdrab. Allerede i skolen, hvor emner som fx idealer om moderskab, ansvar for prævention og kønsroller diskuteres, er der mulighed for at påvirke adfærd i situationer, hvor en uønsket graviditet kan opstå og hermed for at forebygge uønskede graviditeter.

Vores tyske informant Dr. Krell var desuden af den opfattelse, at præventive og oplysende kampagner målrettet sårbare kvinder (og potentiel gravide kvinder) med fordel kan foregå i "sikre rum". En diskussion i følgegruppen for loven om fortrolige fødsler, hvor man diskuterede en kampagne på offentlige (kvinde)toiletter, hvor kvinder typisk er alene, blev nævnt som eksempel.

7.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre

7.4.1 Antal hittebørn

Dette afsnit beskriver eksisterende data om antal hittebørn i Tyskland, og hvad man ved om mødrene og deres problemstillinger. Der sondres mellem børn, som er efterladt i det offentlige rum (døde eller levende), børn, som er efterladt i en babyluge eller født anonymt, og børn, som er født fortroligt. Det er kun sidstnævnte gruppe (fortrolige fødsler), som er inden for rammerne af tysk lovgivning, og som ikke falder ind under definitionen af hittebørn i denne undersøgelse, da morens identitetsoplysninger registreres/gemmes til barnet.

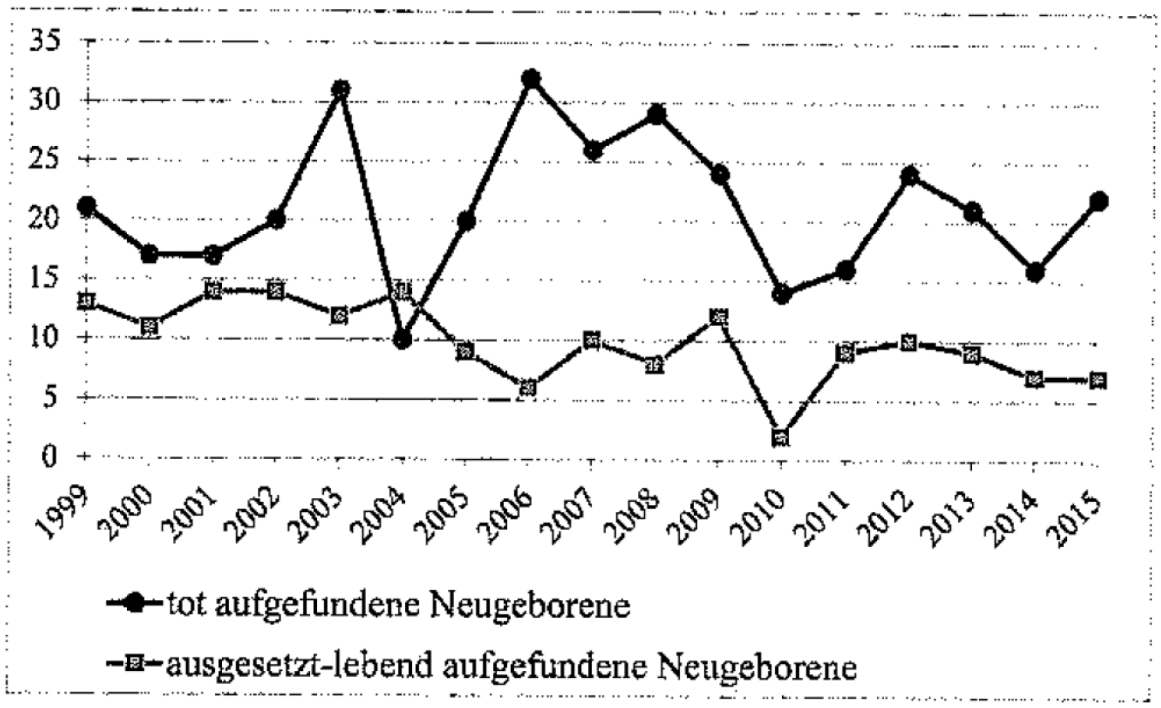
Børn, som efterlades i det offentlige rum

I Tyskland er der ikke nogen officiel statistik over antallet af børn, som findes efterladt i det offentlige rum (døde eller levende).[36] Eksisterende data om børn, som findes efterladt i det offentlige rum, kommer fra systematisk gennemgang af sager om efterladte børn omtalt i medierne (108). Langt de fleste af disse børn er nyfødte.

Figur 7.2 viser udviklingen i antallet af nyfødte børn, som er fundet efterladt i det offentlige rum i Tyskland over perioden 1999-2015 baseret på gennemgang af sager omtalt i medierne. Børn, som er fundet døde, inkluderer også børn, som var døde, da de blev efterladt – enten fordi de var dødfødte eller døde umiddelbart efter fødslen. Ifølge figuren er det gennemsnitlige antal efterladte spædbørn, som findes døde, i størrelsesordenen ca. 20 spædbørn pr. år med stor variation fra år til år, mens det gennemsnitlige antal efterladte spædbørn, som findes levende, er i størrelsesordenen ca. 10 spædbørn pr. år med mindre variation og en svagt faldende tendens over perioden.

[36] Siden 1998 har der ikke været ført statistik over spædbørnsdræb, hvor man ellers potentielt kunne finde oplysninger om spædbørn, der er døde pga. vanrøgt. I dag føres der alene statistik over antal drab på børn mellem 0-6 år.

Figur 7.2 Antal nyfødte, som findes efterladt i det offentlige rum i Tyskland, 1999-2015



Anm.: "Tot aufgefundene Neugeborene"=nyfødte, som er fundet døde; "Lebend aufgefundene Neugeborene"=nyfødte, som er fundet i liv.

Kilde: Busch et al 2017: side 191, baseret på opgørelser af terre des hommes.

Tabel 7.3 viser det gennemsnitlige antal børn pr. år, som findes efterladt i det offentlige rum i Tyskland (108) i perioden 1999-2009 versus 2006-2016.

Tabel 7.3 Gennemsnitligt antal børn, der er fundet efterladt i det offentlige rum i Tyskland, 1999-2009 versus 2006-2016

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Børn, som er fundet efterladt i det offentlige rum 1999-2009*	35	5,0
Heraf fundet i live	11	1,6
Heraf fundet døde	23	3,3
Børn, som er fundet efterladt i det offentlige rum 2006-2016**	30	4,3
Heraf fundet i live	8	1,2
Heraf fundet døde	21	3,0

Anm: Ingen aldersafgrænsning, men langt de fleste er nyfødte. Det gennemsnitlige antal fødsler i Tyskland i perioden 1999-2009 var ca. 704.000 pr. år, mens det var ca. 696.000 pr. år i perioden 2006-2016 (kilde: https://www-genesis.destatis.de)

Kilde: *Tal for 1999-2009: DJI, 2011; terre des hommes

**Tal for 2006-2016: terre des hommes

Børn, som afleveres i babyluger eller fødes anonymt

De bedst tilgængelige data om antallet af børn, som afleveres i babyluger eller fødes anonymt i Tyskland, kommer fra dels en spørgeskemaundersøgelse blandt organisationer, som driver babyluger og tilbyder anonyme fødsler samt offentlige (kommunale) institutioner med ansvar for børns velfærd (*Jugendamt*) (100), dels fra en evalueringsrapport fra 2017 (103).

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen blev i alt 973 børn afleveret i en babyluge eller født anonymt over perioden 2000-2009 svarende til i gennemsnit 97 børn om året (100). Spørgeskemaundersøgelsen dækker ikke alle babyluger og kan derfor undervurdere det faktiske omfang. Tallet stemmer dog overens med evalueringsrapporten fra 2017, der skønner, at der i perioden 2005-2014 var 60-140 anonyme fødsler/overdragelser af børn om året i Tyskland (103).

Af de i alt 973 børn blev 278 børn afleveret i en babyluge svarende til i gennemsnit 28 børn om året (100). Der foreligger ikke data om børnenes alder, da de blev afleveret, men spørgeskemaundersøgelsen viser, at ca. 75 % af børnene, som afleveres i en babyluge, er helt nyfødte, og langt de fleste børn er yngre end en måned.

Tabel 7.4 Antal børn, der afleveres i babyluger eller fødes anonymt i Tyskland

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Børn, der afleveres i babyluger eller fødes anonymt mv. i Tyskland	97	13,8
Heraf afleveret i babyluger	28	4,0
Heraf født anonymt mv.	69	9,8

Anm. Opgørelsen dækker perioden 2000-2009, hvor der var i gennemsnit ca. 704.000 fødsler om året i Tyskland (kilde: https://www-genesis.destatis.de).
Kilde: DJI, 2011

Børn, som fødes fortroligt

Data om antallet af børn, der fødes fortroligt i Tyskland, er fra evalueringsrapporten fra 2017 (103). Ifølge rapporten var der i alt registreret 249 fortrolige fødsler i perioden fra maj 2014 til september 2016 svarende til ca. 100 i gennemsnit om året.

Tabel 7.5 Antal børn, der fødes fortroligt i Tyskland

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Antal børn, som er født fortroligt	100	13,4

Anm. Opgørelsen dækker perioden 2014-2016, hvor der var i gennemsnit ca. 748.000 fødsler om året i Tyskland (kilde: https://www-genesis.destatis.de).
Kilde: Evalueringsrapport, 2017

7.4.2 Viden om mødrene til hittebørn

Dette afsnit beskriver eksisterende viden om mødrene til de børn, som findes efterladt i det offentlige rum, afleveres i en babyluge, eller fødes anonymt eller fortroligt i Tyskland. Der sondres mellem mødre, som dræber deres nyfødte, mødre, som afleverer deres barn i en babyluge eller føder anonymt, og mødre, som føder fortroligt. Til slut samles der op på tværs.

Viden om mødre, som dræber deres nyfødte

DJI studiet fra 2011 sammenfatter resultater fra et forskningsprojekt, som har undersøgt karakteristika ved kvinder, som har dræbt deres barn, herunder deres nyfødte barn (104). Mødrene kan både have dræbt barnet ved en aktiv handling, fx kvælning, eller ved ikke at give barnet den fornødne omsorg efter fødslen (vanrøgt). Barnet kan også være død ved et uheld, fx i forbindelse med en fødsel uden sundhedsprofessionel bistand. Baseret på 92 sagsakter om dømte kvinder i perioden 1997-2006 finder studiet, at:

- Den største andel af kvinderne var mellem 21-29 år på gerningstidspunktet
- Næsten 90 % af kvinderne var tyske statsborgere
- Omkring 75 % af kvinderne havde gennemført en kort eller mellemlang uddannelse
- Ca. halvdelen af kvinderne havde andre børn
- 70 % af kvinderne havde ingen partner på gerningstidspunktet
- Godt halvdelen af kvinderne boede for sig selv (ca. 43 % boede med familie)
- Ca. 75 % af kvinderne fik konstateret psykiske problemer ved mentalundersøgelser i retten. Der var især en høj forekomst af angst og personlighedsforstyrrelser.

Forskningsprojektet viser også (baseret på gennemgang af sagsakter), at drab på spædbørn oftest hænger sammen med fortrængte og hemmeligholdte graviditeter (100). Der henvises desuden til, at de fleste drab på nyfødte (80 %) blev begået i kvindernes eget hjem, og barnet blev ofte gemt eller placeret steder, hvor barnet sandsynligvis ville blive fundet (fx i det offentlige rum).

Viden om mødre, som afleverer deres børn i babyluger eller føder anonymt

DJI studiet fra 2011 beskriver gruppen af mødre, der afleverer deres barn i en babyluge eller føder anonymt som en meget heterogen gruppe (100). Samme konklusion findes i en rapport fra den tyske etiske komité (105).

DJI's spørgeskemaundersøgelse blandt organisationer, som driver babyluger og tilbyder anonyme fødsler (100) samt interview tegner et billede af en brugergruppe med forskellig alder, økonomi og uddannelse. Et fællestræk blandt kvinderne, som benytter disse tilbud, er, at de befinder sig i en kompleks situation med flere forskellige problemer, som i kombination virker uoverskuelige, dvs. der er som oftest ikke én enkeltstående årsag til brug af tilbuddet. Et andet typisk fællestræk er, at kvinderne plages af angst og panik. De har ofte hemmeligholdt graviditeten og i nogle tilfælde fortrængt graviditeten. Kvinderne opsøger typisk tilbud om anonym fødsel sent i deres graviditet, eller når fødslen er gået i gang. Fædrene er meget sjældent involveret.

Viden om mødre, som føder fortroligt (siden 2014)

Evalueringsrapporten fra 2017 analyserer data om 222 kvinder, som har valgt en fortrolig fødsel i perioden 2014-2016 (alle vurderinger om kvindernes baggrund kommer fra rådgivningspersonale) (103). Opgørelsen viser, at:

- Kvinderne er yngre end gennemsnittet af nybagte mødre i Tyskland
- Ca. 2/3 af kvinderne er af tysk afstamning[37]
- Ca. 68 % af kvinderne har en mellemlang uddannelse, og 19 % har en høj uddannelse
- Ca. 2/3 af kvinderne har børn i forvejen
- Ca. 1/3 af kvinderne har en partner
- Kvinderne har typisk skjult graviditeten
- Omkring halvdelen af kvinderne vurderes ikke at have adgang støtte fra familie og venner ("social support")
- Ca. 15 % af kvinderne har været udsat for partnervold

Rådgivningspersonale, som deltog i evalueringen, vurderer, at kvinderne har mange komplekse problemer. Ifølge rådgivningspersonalet er ca. 65 % af kvinderne bange for, at de ikke magter flere børn, og ca. 35 % af kvinderne er bange for at blive stigmatiserende ved at afgive børn til adoption.

[37] I ca. 80 % af alle fødsler i Tyskland har moren tysk statsborgerskab (kilde: https://www-genesis.destatis.de).

Rådgivningspersonale vurderer desuden, at mange af kvinderne er bange for, at myndighederne vil interessere sig for andre børn i familien, og at de hermed kan risikere at miste forældremyndigheden over dem.

Opgørelsen viser, at mere end 2/3 af kvinderne først har kontakt med en eller anden form for rådgivning i 3. trimester. Dette vurderes problematisk i forhold til muligheden for at støtte kvinden under graviditeten og i forhold til den svangreomsorg, som man ønsker at tilbyde både kvinden og barnet.

Opsamling

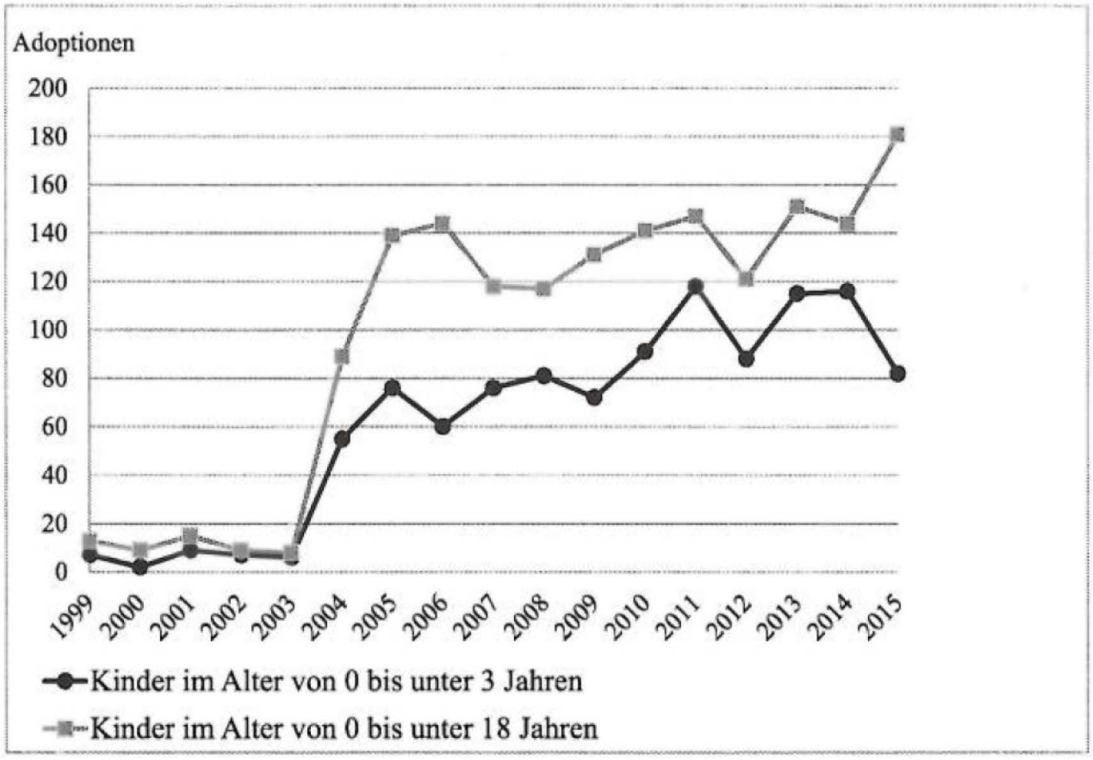
Eksisterende undersøgelser og vurderinger fra informanter peger på, at kvinder, som benytter sig af babyluger eller anonyme/fortrolige fødsler i Tyskland, er en heterogen gruppe, Kvinderne tilhører forskellige aldersgrupper og kommer fra forskellige samfundslag osv. Fælles for kvinderne, som henvender sig til anonyme eller fortrolige tilbud, er angst, usikkerhed og relativt lav problemløsningskompetence/manglende tro på, at de kan løse deres problemer. Fælles for mange af kvinderne er også, at de skjuler deres graviditet i hvert fald partielt (fx for alle andre end deres partner og nærmeste familie). Der er ikke dokumentation for, at anonyme/fortrolige tilbud bruges mere af kvinder med anden etnisk baggrund end tysk, herunder uregistrerede migranter.

Flere studier samt vurderinger fra fagpersoner i Tyskland (fx afrapporteret i evalueringsrapporten fra 2017) peger på, at drab på spædbørn formentlig ikke kan forebygges med babyluger eller anonyme/fortrolige fødsler, fordi den gruppe af kvinder, som anvender disse tilbud, ikke er den samme som den gruppe, der slår deres børn ihjel (100,102,103).

7.4.3 Nationale bortadoptioner

I Tyskland skelner man mellem adoptioner med kendte og ukendte (anonyme) forældre. Antallet af nationale adoptioner (dvs. adoptioner af børn født i Tyskland) med kendte forældre (uden for familien) har været faldende over de senere år, mens der ses en stigning i antallet af nationale adoptioner med ukendte forældre (101), jf. Figur 7.3.

Figur 7.3 Bortadoptioner af børn med tysk statsborgerskab med ukendte forældre



Anm.: "Kinder im Alter von 0 bis unter 3 Jahren"=Børn i alderen 0 år til under 3 år; "Kinder im Alter von 0 bis unter 18 Jahren"=Børn i alderen 0 år til under 18 år.

Kilde: Busch et al (2017: 190) baseret på tal fra Statistisches Bundesamt.

Evalueringsrapporten fra 2017 og vores tyske informant (Dr. Krell) fremhæver, at stigmatisering af bortadoption i Tyskland kan være en medvirkende faktor til, at mødre bruger anonyme/fortrolige tilbud. Det fremhæves, at bedre oplysning om adoption og indsatser, som formindsker stigmatisering af bortadoption, kan have stor betydning for kvinder i krisesituationer.

7.5 Den offentlige debat

Barnets ret til at kende sin herkomst er et centralt punkt i den tyske debat om babyluger og anonyme fødsler mv. Samtidig fremhæver eksperter behovet for at hjælpe gravide kvinder i krisesituationer, gerne med mange forskellige tilbud, som kan imødekomme forskellige kvinders behov.[38] Religiøst/kristent motiverede ønsker om at beskytte "det ufødte liv" spiller også en afgørende rolle for mange organisationer, som tilbyder anonym hjælp.[39]

Som vores tyske informant (Dr. Krell) beskriver, ligger der modstridende fortolkningsmuligheder i den grundlæggende lovgivning. På den ene side argumenterer nogle aktører for, at anonyme fødsler og adgang til abort beskytter morens rettigheder. På den anden side står aktører, som bruger samme lovgrundlag til at fremhæve barnets ret til eget liv og retten til at kende sin herkomst.

Et væsentligt kritikpunkt i forhold til babyluger er, at de ikke sikrer kvinderne den nødvendige hjælp før, under eller efter fødslen, hvilket kan indebære en stor risiko for kvindens (og barnets) liv og

[38] Vores tyske informant Dr. Menn fremhævede, hvor vigtigt det er at have forskellige tilbud (babyluge, anonyme fødsler, tilbud om adoption) for at kunne hjælpe kvinder med forskellige behov.

[39] Anonyme tilbud er ofte knyttet til organisationer, som ikke tilbyder eller arbejder for aborter.

velbefindende. Det fremhæves som en fordel ved loven om fortrolige fødsler, at den giver kvinderne ret til at modtage medicinsk omsorg under graviditet og fødsel, samtidig med at den sikrer, at kvinderne, som benytter tilbuddet, modtager rådgivning og støtte.

Et andet væsentligt kritikpunkt går på, om anonyme/fortrolige tilbud når ud til den ønskede målgruppe eller genererer efterspørgsel i andre grupper, fx familier som ikke ønsker at være i kontakt med myndigheder i forbindelse med en almindelig adoption.

VIVE har spurgt til, om der i Tyskland har været kritik af, at kvinder kan tvinges til at aflevere deres barn i en babyluge, eller at andre end moren afleverer barnet. Det har vi ikke fået bekræftet. Derimod fylder spørgsmålet om farens rettigheder eller mangel på samme noget i debatten.

7.6 Liste over informanter

Tabel 7.6 Liste over informanter

Navn	Titel	Organisation
Claudia Krell	Doktor og forsker, som står bag undersøgelse fra 2011	DJI (forskningsinstitution)
Gerhard Menn	Doktor og hospitalspræst	Krankenhaus Waldfriede (sygehus)
Hr. Quoß	Hospitalsdirektør	Krankenhaus Waldfriede (sygehus)
Julia Krieger	Referatsleitering	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

8 USA

8.1 Sammenfatning

Tabel 8.1 beskriver kort overordnede rammer, problemets omfang og indsatser med direkte fokus på hittebørn i USA. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

Tabel 8.1 Hittebørn i USA: Rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der er ca. 323 mio. indbyggere i USA. Over halvdelen (ca. 60 %) er protestanter, mens ca. 30 % er katolikker. Både BNP pr. indbygger og den økonomiske ulighed i USA er højere end i Danmark. Fødselsraten i USA er lidt højere end i Danmark, mens antal teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år er udtalt højere i USA sammenlignet med Danmark. Abortraten er nogenlunde ens.
Lovgivning	I USA er det strafbart at efterlade et barn eller at udsætte barnet for vanrøgt – den specifikke lovgivning varierer fra stat til stat. Alle stater har såkaldte safe haven laws, som indebærer, at forældre kan aflevere deres spædbarn i en safe haven uden at blive retsforfulgt. Amerikanske kvinder har ret til abort frem til det tidspunkt, hvor barnet kan overleve uden for livmoderen. Den reelle adgang til abort varierer mellem stater pga. forskelle i regulering af abortklinikker, regler om rådgivning og evt. involvering af forældre før abort samt finansiering. I USA er det lovligt at bortadoptere sit barn – igen har hver stat sin egen lovgivning.
Sundhedssystem	Det amerikanske sundhedssystem er primært baseret på private sundhedsforsikringer. Adgangen til sundhedsydelser (dvs. hvilke sundhedsydelser, som man kan få betalt) kan være meget forskellig fra borger til borger afhængig af, hvilken stat man bor i, og hvilken udbyder af sundhedsforsikring man er dækket igennem (hvis nogen).
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	Spædbørn afleveret anonymt i en safe haven inden for 72 timer efter fødslen i Californien: Ca. 14 pr. 100.000 fødsler. Spædbørn efterladt ulovligt i det offentlige rum i Californien: Ca. 1 pr. 100.000 fødsler.
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	Det er forskelligt fra stat til stat i USA, om der sker en systematisk registrering af antal spædbørn afleveret i en safe haven eller efterladt ulovligt i det offentlige rum. Tallene ovenfor er opgjort for Californien, hvor der sker en sådan registrering. Opgørelsen er for perioden 2010-2016.
Viden om mødrene	Der mangler viden om mødrene til hittebørn i USA, men eksisterende litteratur og informanter peger på, at der er tale om en heterogen gruppe af piger/kvinder i alle aldre og fra alle samfundslag. De fleste har skjult deres graviditet. Mange har ikke modtaget svangreomsorg under graviditeten og føder ofte i skjul uden sundhedsprofessionel bistand. Kun i relativt få sager er det rapporteret, at moren har en psykisk diagnose, lav IQ, problemer med misbrug af alkohol/stoffer eller har været udsat for seksuelt misbrug/vold i hjemmet.
Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Safe havens	Alle stater i USA har siden 2008 haft safe haven laws, som indebærer, at forældre anonymt kan aflevere deres spædbarn i såkaldte safe havens uden at blive retsforfulgt, forudsat at barnet ikke viser tegn på at have været udsat for vold eller vanrøgt. De specifikke lovgivning varierer fra stat til stat. Motivationen for at indføre safe haven laws var først og fremmest et ønske om at forebygge spædbørnsdrab. Det er dog i praksis vanskeligt at dokumentere, om safe havens har reddet liv, fordi der mangler viden om, hvad der alternativt var sket med de børn, som afleveres i en safe haven. Data fra Californien viser et fald i antallet af børn, som efterlades ulovligt i det offentlige rum siden indførelsen af safe havens i 2001 og frem til 2016, men stigningen i antallet af børn afleveret i en safe haven over samme periode er væsentlig større end dette fald. Det indikerer, at der afleveres spædbørn i safe havens, som alternativt ville have vokset op med deres biologiske forældre/pårørende eller være blevet bortadopteret via almindelige kanaler.

Rammer	
Babyluger	Der er p.t. etableret to babyluger i tilknytning til brandstationer i staten Indiana. Herudover findes der ca. syv såkaldte babyskuffer (drawers) installeret på hospitaler i staten Arizona. Babyskufferne er placeret tæt på indgangen til hospitalet og fungerer som babyluger, hvor en alarm går i gang, hvis et barn bliver lagt i skuffen.
Rådgivning	National Safe Haven Alliance er en landsdækkende privat organisation, som samarbejder med stater om oplysning om safe havens, og som driver en 24/7 hotline. Herudover findes der private organisationer i de enkelte stater, som også driver 24/7 hotlines finansieret af velgørenhed. Et eksempel er Project Cuddle med base i det sydlige Californien, som man kan kontakte og få rådgivning, uanset hvor man bor i USA, hvis man er gravid og ikke ved, om man ønsker at beholde barnet, eller kender en, som skjuler sin graviditet. Project Cuddles mål er at hjælpe disse piger og kvinder til at træffe et sikkert og lovligt valg for deres barn og undgå, at barnets liv kommer i fare. Der er ingen ekstern kvalitetssikring af rådgivningen.
Offentlig debat	Det lader til at være den almindelige opfattelse i USA, at safe havens redder liv – derfor er der også kun få, som sætter spørgsmålstegn ved deres eksistens. Det dilemma, som italesættes, handler om, at børn, som afleveres i en safe haven, typisk må vokse op uden at vide noget som helst om deres biologiske forældre eller senere i livet have mulighed for at opsøge deres biologiske ophav. Derfor anbefales bortadoption frem for at aflevere barnet i en safe haven.

8.2 Rammer

8.2.1 Befolkning og økonomi

Der er ca. 323 mio. indbyggere i USA (109), hvor over halvdelen (ca. 60 %) er protestanter, mens ca. 30 % er katolikker (110). BNP pr. indbygger i USA var 57.591 USD i 2016 sammenlignet med 49.021 USD i Danmark (3). Gini-koefficienten, der beskriver den økonomiske ulighed i et land, er markant højere i USA sammenlignet med Danmark. USA havde en gini-koefficient på 39,0 i 2014 (111), mens den i Danmark var 28,3 (112). Antallet af asylansøgere i USA er lavere sammenlignet med Danmark. I 2016 havde USA 0,3 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (113), hvor Danmark havde 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (5). USA har til gengæld en stor illegal migration over grænsen fra Mexico. Det estimeres, at der i 2016 var 5,6 millioner illegale mexicanere i USA svarende til 17 mexicanere pr. 1.000 indbyggere (114).

Fødselsraten i USA er lidt højere end i Danmark: Der blev født 11 børn pr. 1.000 indbyggere i Danmark i 2016 (7) og 12 børn pr. 1.000 indbyggere i USA i 2015 (115). Spædbarnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler var 5,9 i USA i 2015 (9) og 3,7 i Danmark i 2016 (38).

Abortraten i USA er tilsvarende abortraten i Danmark. Abortraten i USA angives til 14,6 legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder (15-44 år) i 2014 (116), hvor den i samme år var 14,2 i Danmark (10).

Derimod er antal teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år udtalt højere i USA (21 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2016) sammenlignet med Danmark (4 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år samme år) (8).

Tabel 8.2 Befolkning og økonomi i USA

	USA	Danmark
Antal indbyggere 2016 (USA) og 2017 (DK) (1,109)	323.127.510	5.748.769
Antal fødsler pr. år 2015 (USA) og 2016 (DK) (7,115)	9.978.497	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger 2015 (USA) og 2016 (DK) (7,115)	12	11
Antal legale provokerede aborter pr. år (2014) (10,116)	893.000	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) (2014) (10,116)	14,6	14,2
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler 2015 (USA) og 2016 (DK) (9,38)	5,9	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2016) (8)	21	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	57.591	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2014) (111,112)	39,0	28,3
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5,113)	84.989	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (2016)	0,3	1,1
Mest udbredte religion (11,110)	Ca. 60 % protestanter og ca. 30 % katolikker	Ca. 85 % protestanter

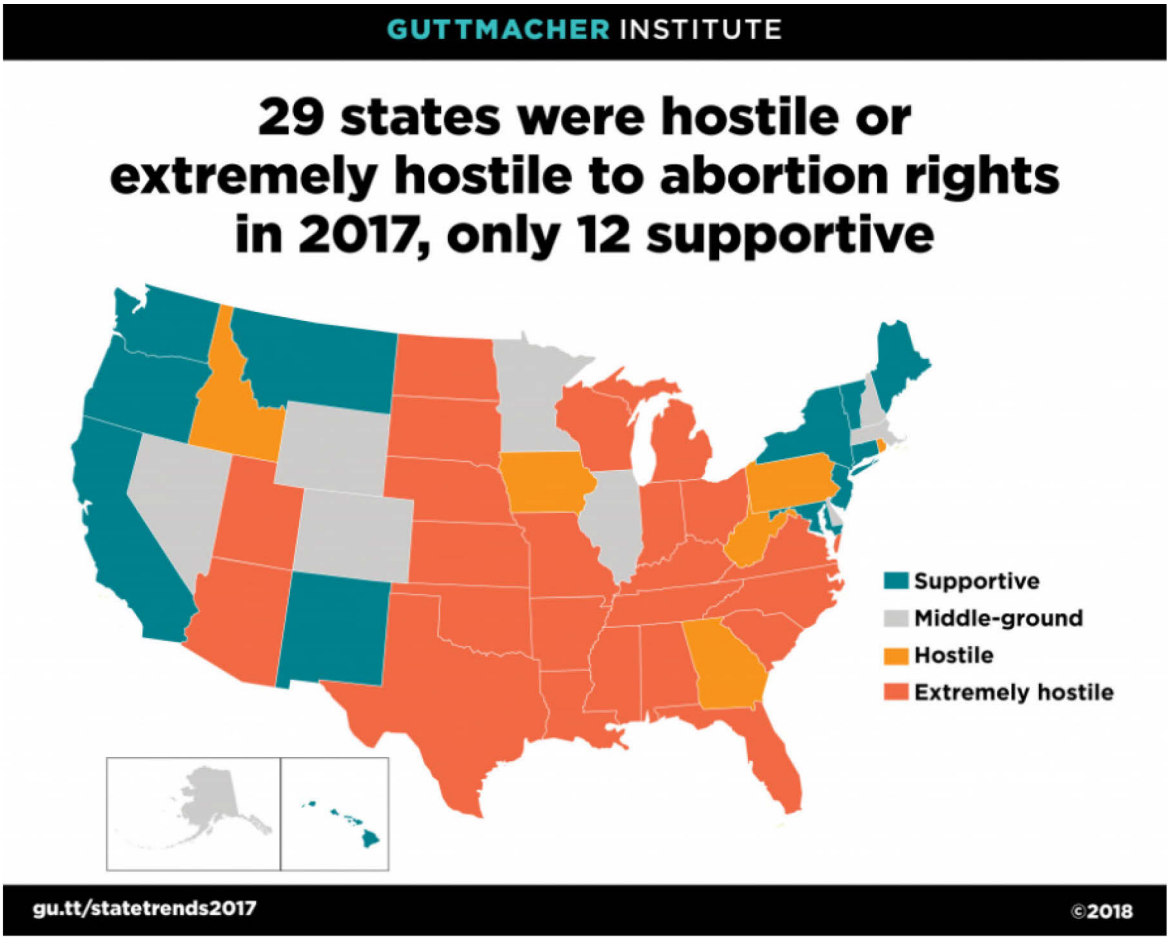
8.2.2 Lovgivning

I USA er det strafbart at efterlade et barn eller at udsætte barnet for vanrøgt (117). Den specifikke lovgivning varierer fra stat til stat, herunder hvad der defineres som strafbare forhold og staffens omfang (ibid.).

Alle stater har såkaldte safe haven laws, som indebærer, at forældre anonymt kan aflevere deres spædbarn i såkaldte safe havens uden at blive retsforfulgt (118), jf. afsnit 8.3.1.

Amerikanske kvinder har ret til abort (119). Ifølge USA's højesteret kan stater ikke forbyde abort før det tidspunkt, hvor fosteret kan overleve uden for livmoderen, og enhver restriktion i forhold til abort efter dette tidspunkt skal indeholde undtagelser for at beskytte morens liv og helbred (ibid.). Knap 90 % af alle aborter i USA foretages før udgangen af 12. graviditetsuge. I praksis varierer adgangen til abort mellem stater på grund af forskelle i regulering af abortklinikker, regler om rådgivning og eventuelt involvering af forældre før abort samt finansiering (ibid.). Ifølge Guttmacher Institute, der er et amerikansk analyse- og forskningsinstitut inden for seksuel og reproduktiv sundhed, klassificeres 29 stater som modstandere af retten til abort, jf. Figur 8.1. Kun 17 stater har en politik, som indebærer, at staten kan finansiere udgifter til abort under Medicaid, som er den primære sundhedsforsikringsordning for amerikanere med lav indkomst (ibid.). Føderale midler må ikke bruges til at dække udgifter til abort under Medicaid (ibid.). Herudover har 11 stater vedtaget restriktioner i forhold til, om private sundhedsforsikringer kan dække udgifter til abort.

Figur 8.1 Stater grupperet som tilhængere og modstandere af retten til abort i USA



Kilde: Guttmacher Institute (120)

I USA er det lovligt at bortadoptere sit barn (121). Igen har hver stat sin egen lovgivning (ibid.). I de fleste stater kan mødre under 18 år vælge at bortadoptere deres barn, uden at morens forældre informeres (122). I de fleste stater kan mødre først træffe endelig beslutning om bortadoption, efter at barnet er født, og typisk er det et krav, at faren informeres om barnet inden bortadoption (121). I nogle stater stilles der krav om, at faren giver samtykke til bortadoption (ibid.). I USA kan mødre, der bortadopterer deres nyfødte spædbarn, være med til at vælge adoptivforældre, og der er som regel mulighed for at bevare kontakten med adoptivforældrene og barnet (ibid.).

8.2.3 Sundhedssystem

USA har en føderal regeringsstruktur, hvor væsentlige magtbeføjelser er uddelegeret til de 50 stater, og er præget af en historisk modstand mod central planlægning og kontrol (123).

Det amerikanske sundhedssystem er primært baseret på private sundhedsforsikringer (123). I 2014 udgjorde andelen af amerikanere med en privat sundhedsforsikring 66 % (124). Alligevel bliver ca. halvdelen af udgifterne til sundhedssystemet i USA dækket af offentlige midler (ibid). Medicare og Medicaid er offentlige sundhedsforsikringsordninger, som har eksisteret siden midten af 1960'erne, og som dækker basale sundhedsudgifter for henholdsvis ældre (Medicare) og fattige (Medicaid) (123). Medicare- og Medicaid-ordningerne varierer fra stat til stat, men typisk betaler den enkelte

stat sammen med den føderale regering i Washington for, at forsikringsselskaber tilbyder forsikringer til målgruppen (125). Adgangen til sundhedsydelser (dvs. hvilke sundhedsydelser, som man kan få betalt) kan være meget forskellig fra borger til borger afhængig af, hvilken stat man bor i, og hvilken udbyder af sundhedsforsikring man er dækket igennem (hvis nogen).

Amerikanere med en privat sundhedsforsikring er typisk tilknyttet en alment praktiserende læge eller lignende, der fungerer som deres primære indgang til sundhedsvæsenet (123). Amerikanere uden en privat sundhedsforsikring kan kontakte lokale sundhedscentre eller skadestuer (ibid.). Skadestuer på hospitaler, som modtager betaling fra Medicare/Medicaid (hvilket er stort set alle hospitaler i USA), er forpligtede til at behandle enhver, som har brug for akut behandling, indtil personen er stabil (ibid.).

I marts 2010 skrev præsident Obama under på loven *Patient Protection and Affordable Care Act*, også kaldet ObamaCare (124). Reformen består af to overordnede dele (125). For det første en udvidelse af Medicaid-ordningen ved at forhøje indkomstgrænsen for, hvornår man kan blive omfattet af ordningen (ibid.). For det andet oprettelse af børs for sundhedsforsikringer i hver stat med krav til firmaer, som vil konkurrere på denne børs, fx krav til indholdet af forsikringer og ikke-diskrimination af personer med medfødte/kroniske sygdomme (ibid.). Loven indeholder desuden en bestemmelse om, at alle amerikanere – med få undtagelser – skal have en sundhedsforsikring koblet med økonomisk støtte til betaling af præmie afhængig af indkomst (ibid.). Dette skulle sikre, at raske tilmelder sig ordningen og hermed holde priserne på forsikringer nede (ibid.). Præsident Trump er modstander af Obamacare og arbejder for at ændre loven.

Kvinder i den fødedygtige alder i USA, som har en lav indkomst eller er under 20 år, har adgang til offentligt finansieret prævention og sundhedsydelser i forbindelse hermed med henblik på at forebygge uønskede graviditeter (126). I 2010 blev disse ydelser leveret af 8.409 safety-net health centers, hvoraf nogle er specialiseret inden for prævention, mens andre også leverer andre typer af sundhedsydelser (ibid.). Centrene drives af forskellige typer af udbydere, herunder både offentlige og private (ibid.).

Herudover findes der mere end 3.000 såkaldte crisis pregnancy centres (CPC) i USA, som yder rådgivning og er med til at sikre, at gravide får de rette sundhedsydelser mv. (127). Disse centre er primært finansieret af anti-abortbevægelsen i USA, men nogle modtager også offentlige midler (ibid.). Centrene har været kritiseret for ikke at yde uvildig rådgivning til kvinder om deres mulighed for abort (ibid.). Ifølge informant er centrene placeret i hver stat, og nogle stater har mobile centre for at nå ud til en større del af befolkningen.

8.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

I USA har man indsatser med direkte fokus på hittebørn, herunder såkaldte safe havens i alle stater, babyluger i enkelte stater og rådgivning. Disse indsatser er nærmere beskrevet nedenfor.

8.3.1 Safe havens

Alle stater i USA har siden 2008 haft safe haven laws, som indebærer, at forældre anonymt kan aflevere deres spædbarn i såkaldte safe havens uden at blive retsforfulgt, forudsat at barnet ikke viser tegn på at have været udsat for vold eller vanrøgt (81,118). Alaska og Nebraska var de to sidste stater, som indførte safe haven laws i 2008 (81). Hvad der er safe havens fremgår af lovgivningen for den enkelte stat. I 11 stater kan forældre kun aflevere deres barn på skadestuer/hospitaler (118). Brand- og politistationer fungerer også som safe havens i henholdsvis 27 og 25 stater (ibid.). Det er som udgangspunkt kun nyfødte børn, som kan afleveres i en safe haven, men aldersgrænsen

varierer mellem stater. I ca. 11 stater må barnet maks. være 72 timer, mens aldersgrænsen er én måned i ca. 19 stater (ibid.). I de resterende stater varierer aldersgrænsen fra syv dage op til ét år. I kun to stater er aldersgrænsen over 60 dage (90 dage i New Mexico og ét år i North Dakota) (ibid.). Det er også forskelligt fra stat til stat, hvem der må aflevere barnet. I nogle stater er det kun moren. I andre stater kan begge forældre aflevere barnet samt eventuelt værge for barnet, såfremt personen har forældrenes samtykke eller forældreretten til barnet (ibid.). I otte stater er det ikke præciseret i lovgivningen, hvem der kan aflevere barnet (ibid.). I 24 stater er personalet tilknyttet en safe haven forpligtet til at udspørge personen, som afleverer barnet, om familie- og sygdomshistorie (ibid.). I 11 stater er personalet også forpligtet til at forsøge at informere om konsekvenser ved at efterlade barnet og muligheder for støtte. Cirka 20 stater har fastsat procedurer for, hvordan forældre inden for en given frist kan få barnet tilbage, hvis de fortryder at have afleveret barnet i en safe haven (ibid.). Endvidere har en håndfuld stater fastsat regler om, at faren kan ansøge om forældreretten (81).

Texas var den første stat til at vedtage en safe haven law i 1999 (118). Her kan forældre aflevere spædbørn op til 60 dage efter fødslen på en skadestue eller et hospital (ibid.). Personalet tilknyttet en safe haven har ingen lovmæssig forpligtelse til at afdække forældrenes identiet, og forældrene kan forblive anonyme (ibid.). Forældrene kan frivilligt vælge at udfylde et skema med fakta om barnets helbred og historie (ibid.).

Et andet eksempel er Californien, som vedtog sin første safe haven law i 2001, der efterfølgende blev gjort permanent i 2006 (128). I Californien kan forældre og andre personer med forældreretten aflevere spædbørn op til 72 timer efter fødslen på et hospital eller anden lokalitet godkendt som en safe haven (118). Personalet tilknyttet en safe haven skal tilbyde personen, som afleverer barnet, at udfylde et skema med fakta om barnets helbred og historie, og der er fastsat en tidsfrist på 14 dage, hvor forældre kan fortryde og komme tilbage efter deres barn (ibid.). Der er eksempler på, at moren/forældrene kommer tilbage efter barnet.

De fleste safe haven laws er vedtaget uden finansiering (81,129). Kun enkelte stater har afsat penge til implementering, oplysningskampagner eller registrering af antal børn afleveret under safe haven laws, fx Californien, New Jersey, New York og Michigan (81). I andre stater som Florida, Illinois og Massachusetts har NGO'er være primus motor for oplysningskampagner vedrørende safe havens, indsamling af data mv. (ibid.)

Motivationen for at indføre safe haven laws i USA var først og fremmest et ønske om at forebygge spædbørnsdrab (81). Det er dog i praksis vanskeligt at dokumentere, om safe havens har reddet liv, fordi der mangler viden om, hvad der alternativt var sket med de børn, som afleveres i en safe haven. Ville (nogle af) disse børn være blevet efterladt ulovligt, eller havde moren/forældrene valgt at beholde barnet eller at afgive barnet til bortadoption via almindelige kanaler? Hertil kommer, at der mangler valide data på området, da de fleste stater ikke systematisk registrerer antallet af børn, som afleveres i en safe haven, og antallet af børn, som efterlades ulovligt (81). Nogle argumenterer for, at safe haven laws ikke har effekt med henvisning til, at de kvinder, som bruger safe havens, ikke er de samme kvinder, der alternativt ville have dræbt eller efterladt deres barn ulovligt (122). Andre argumenterer for, at safe havens er en mulig løsning for kvinder, der er i krise på grund af uønsket graviditet (81). Der henvises i den forbindelse til et amerikansk studie fra 2006, som ikke kunne finde forskelle i profilen på kvinder, som havde søgt rådgivning vedrørende safe havens, og kvinder, som havde efterladt deres barn, og hvor barnet døde som følge af vanrøgt (130).

Dina Stuhl, som arbejder med safe havens i LA County[40], og Heather Burner, der er direktør for National Safe Haven Alliance (en landsdækkende privat organisation, som samarbejder med stater

[40] Der er knap 10. mio. indbyggere i LA County svarende til ca. ¼ af indbyggertallet i Californien som helhed.

om oplysning om safe havens), er ikke i tvivl om, at safe havens har reddet liv. Dina Stuhl oplyser, at de har i alt 24 safe havens i LA County, som er jævnt fordelt over regionen (alle hospitaler og brandstationer fungerer som safe havens). Ingen behøver således at rejse langt for at komme til en safe haven. Ifølge Dina Stuhl er det store dilemma ved safe havens, at børnene typisk må vokse op uden at vide noget som helst eller senere i livet at kunne opsøge viden om deres biologiske forældre. Ved aflevering i safe haven i LA County kan moren/forældrene udfylde et 1-sides dokument med helbredsoplysninger, men det gør de næsten aldrig. Dina Stuhl peger på, at bortadoption er en bedre løsning. Den biologiske mor/de biologiske forældre kan være helt anonyme ved bortadoption, men udfylder et 10-siders dokument med oplysninger om, hvorfor de har valgt at bortadoptere, hvordan de er og ser ud samt helbredsoplysninger mv., der kan være af stor værdi for barnet og adoptivforældrene. Dina Stuhl mener også, at bortadoption typisk kan give den biologiske mor/de biologiske forældre forældrene en større ro med hendes/deres beslutning.

Både Dina Stuhl og Heather Burner peger på manglende oplysning om og kendskab til safe havens som en af de største udfordringer.

Et amerikansk studie fra 2009 viser, at man i stater, hvor safe haven laws er koblet med oplysningskampagner, har oplevet en reduktion i antallet af spædbørn, som efterlades ulovligt (81). Det gælder fx i Californien og New Jersey. Omvendt fremhæves Texas som et eksempel på en stat, hvor antallet af spædbørn, der efterlades ulovligt, ikke synes at være påvirket af indførelsen af safe havens (ibid.). Det nævnes som en mulig begrundelse, at der i Texas ikke er afsat midler til oplysningskampagner, og at der generelt mangler kendskab til safe havens i Texas – både blandt befolkningen og personale tilknyttet safe havens (ibid.).

I praksis er det vanskeligt at definere målgruppen for oplysning om safe havens og hermed også at målrette oplysning til målgruppen (131).

Nogle stater har vedtaget ved lov, at der skal informeres om safe havens som en del af undervisningen i folkeskoler og på gymnasier – det gælder fx i Californien, New Jersey, Florida, Illinois, North Carolina og Montana (81).

8.3.2 Babyluger

Heather Burner fra National Safe Haven Alliance oplyser, at der p.t. er etableret to babyluger i tilknytning til brandstationer i staten Indiana.

Hvis man etablerer babyluger, bør det ifølge Heather Burner være på hospitaler. Hun oplyser, at der findes ca. syv såkaldte babyskuffer (drawers) installeret på hospitaler i staten Arizona. Babyskufferne er placeret tæt på indgangen til hospitalet og fungerer som babyluger, hvor en alarm går i gang, hvis et barn bliver lagt i skuffen (132). Der findes p.t. ikke statistik om brugen af babyskufferne.

8.3.3 Rådgivning

National Safe Haven Alliance oplyser om safe havens og driver en 24/7 hotline (133). Heather Burner fra National Safe Haven Alliance oplyser, at de fleste kvinder, som overvejer at aflevere deres barn i en safe haven, ikke har modtaget svangreomsorg under graviditeten og ofte føder i skjul uden sundhedsprofessionel bistand. Ifølge Heather Burner undersøges først mulighederne for, at mor og barn kan blive sammen. Herefter diskuteres mulighederne for bortadoption. Aflevering af barnet i en safe haven er sidste udvej.

Herudover findes der private organisationer i de enkelte stater, som også driver 24/7 hotlines finansieret af velgørenhed. Et eksempel er Project Cuddle med base i det sydlige Californien, som man

kan kontakte og få rådgivning, uanset hvor man bor i USA, hvis man er gravid og ikke ved, om man ønsker at beholde barnet, eller hvis man kender en, som (man tror) skjuler sin graviditet (134). Debbe Magnussen er grundlægger og CEO for Project Cuddle. Hun oplyser, at næsten alle de kvinder, som kontakter hotlinen, har skjult deres graviditet – nogle af pigerne/kvinderne opfatter barnet som en tumor. Project Cuddles mål at hjælpe disse piger og kvinder til at træffe et sikkert og lovligt valg for deres barn og undgå, at barnets liv kommer i fare. Debbe Magnussen er ikke i tvivl om, at safe havens redder liv, men betragter det ligesom Heather Burner som sidste udvej. Ifølge Debbe Magnussen vælger ca. halvdelen af pigerne/kvinderne, som er i kontakt med hotlinen, at bortadoptere barnet i stedet for at aflevere barnet i en safe haven. Debbe Magnussen oplyser, at det er alle slags piger/kvinder, som kontakter hotlinen – dvs. piger/kvinder i alle aldre og fra alle samfundslag, også rige og veluddannede piger/kvinder. Debbe Magnussen fremhæver, at det er afgørende med oplysning om hotlinen, sådan at piger/kvinder ved, at den findes. Der er tidligere lavet videoer, hvor skuespillere og andre kendte fortæller om Project Cuddle og opfordrer piger/kvinder til at kontakte Project Cuddle, hvis de vil vide mere om safe havens. Den seneste video, som er tilgængelig på Youtube, er fra 2013, jf. Figur 8.2. Debbe Magnussen har også deltaget i talkshows på tv for at skabe opmærksomhed om Project Cuddle.

Figur 8.2 Project Cuddle 'Believe' (Trailer)



Kilde: Youtube.com

Dina Stuhl fra LA County kender til Project Cuddle. Hun nævner, at Debbe Magnussen har gjort meget godt på området, men også, at Project Cuddle ikke er forpligtet til at følge den politik, som er vedtaget på området. Project Cuddle kan rådgive/støtte, som de synes, at der er behov for i situationen. Der er ingen ekstern kvalitetssikring af rådgivningen.

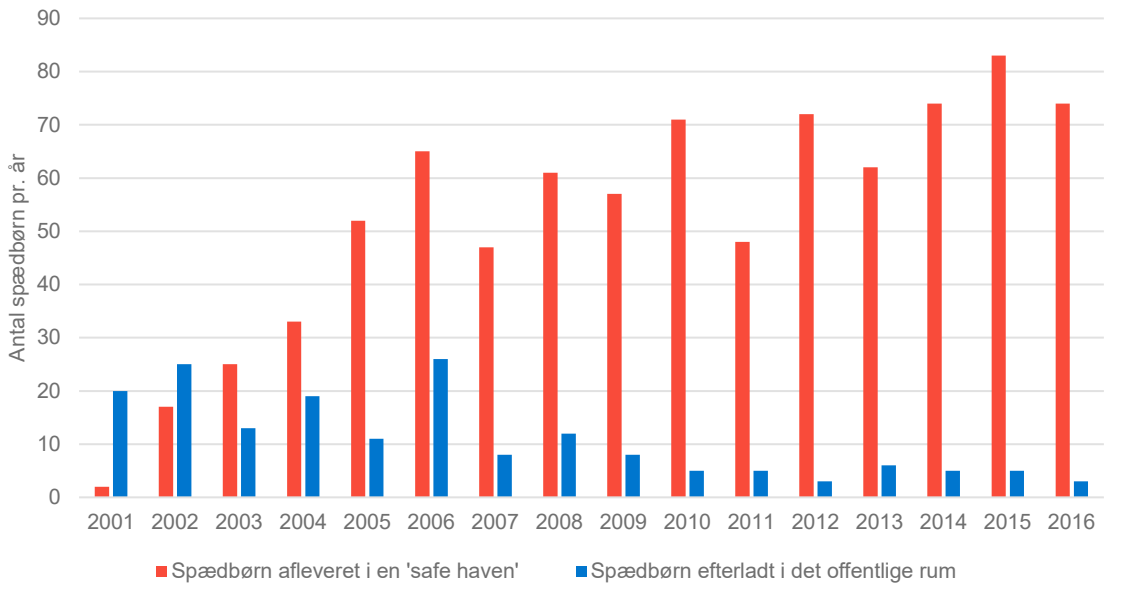
8.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre

8.4.1 Antal hittebørn

Ifølge National Safe Haven Alliance er der registreret i alt 3.524 spædbørn, som er afleveret i en safe haven i USA i perioden fra 1999, hvor den første safe haven law trådte i kraft i Texas, og frem til 1. februar 2018 (135). Det svarer til knap 200 spædbørn i gennemsnit om året. I samme periode er der registreret 1.397 spædbørn, som er fundet efterladt ulovligt i det offentlige rum i USA, svarende til ca. 75 spædbørn i gennemsnit om året. Af de 1.397 spædbørn blev 773 fundet døde (55 %) og 462 fundet i live (33 %).[41]

Tallene ovenfor er forbundet med usikkerhed, da det er forskelligt fra stat til stat, om der sker en systematisk registrering af antal spædbørn afleveret i en safe haven eller efterladt ulovligt i det offentlige rum. Det gør man fx ikke i Texas (136), men man gør det i Californien (128). Department of Social Services i Californien oplyser, at der er afleveret i alt 843 spædbørn i en safe haven i Californien i perioden fra 2001 og frem til 2016 svarende til godt 50 spædbørn pr. år i gennemsnit (ibid.). Dette tal inkluderer i alt 28 spædbørn, hvor forældrene fortrød og kom tilbage efter barnet (ibid.). Antallet af spædbørn, som afleveres i en safe haven, har været stigende over perioden, jf. Figur 8.3. I samme periode er der registreret 174 spædbørn, som er efterladt i det offentlige rum i Californien, hvoraf ca. 40 % overlevede (ibid.). Antallet af spædbørn, som er efterladt ulovligt i det offentlige rum i Californien, har været faldende over perioden fra ca. 20 spædbørn i 2001 til ca. 5 spædbørn pr. år siden 2010, jf. Figur 8.3.

Figur 8.3 Udviklingen i antal hittebørn i Californien, 2001-2016



Kilde: Department of Social Services, State of California (2018)

Som det fremgår af Figur 8.3 er stigningen i antallet af børn afleveret I en safe haven i Californien over perioden 2001-2016 væsentlig større end faldet i antallet af børn efterladt ulovligt i det offentlige rum i samme periode. Det indikerer, at der afleveres spædbørn i safe havens, som alternativt ville

[41] Status som død eller levende ikke oplyst for de resterende 162 spædbørn efterladt i det offentlige rum (12%).

have vokset op med deres biologiske forældre/pårørende eller være blevet bortadopteret via almindelige kanaler.

Tabel 8.3 viser det gennemsnitlige antal spædbørn afleveret i en safe haven eller efterladt ulovligt i det offentlige rum i Californien i de senere år (2010-2016). I gennemsnit bliver ca. 70 spædbørn afleveret i en safe haven hvert år svarende til ca. 14 spædbørn pr. 100.000 fødsler. Herudover bliver der hvert år fundet ca. 5 spædbørn efterladt ulovligt i det offentlige rum svarende til ca. 1 spædbarn pr. 100.000 fødsler.

Tabel 8.3 Gennemsnitligt antal hittebørn i Californien, 2010-2016

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Spædbørn afleveret i anonymt i en safe haven inden for 72 timer efter fødslen	69	13,7
Spædbørn efterladt ulovligt i det offentlige rum	5	1,0
Heraf fundet i live	2	0,4
Heraf fundet døde	3	0,6

Note: *) Det gennemsnitlige årlige antal fødsler i Californien var 503.306 i perioden 2010-2016 (137).
Kilde: Department of Social Services, State of California (2018) (128).

8.4.2 Viden om mødrene til hittebørn

Et amerikansk studie fra 2014 har undersøgt 559 sager i USA, hvor kvinder enten har (a) dræbt eller efterladt deres spædbarn umiddelbart efter fødslen (488 sager, heraf 235 sager, hvor barnet døde, og 253 sager, hvor barnet overlevede) eller (b) har afleveret deres nyfødte spædbørn i en safe haven (71 sager) (129). Sagerne fordeler sig på 41 stater over en periode på seks år (1996-1998 (før safe haven laws) og 2005-2007 (efter safe haven laws)). Studiet er baseret på gennemgang af nyhedsartikler og medregner således kun sager, der er omtalt i medierne.

Cirka halvdelen af mødrene i sagerne, hvor et spædbarn var dræbt eller efterladt, er identificeret. De fleste var i slutningen af teenageårene eller i 20'erne (gennemsnitsalderen var 21 år). Mødrenes bopæl er rapporteret i ca. 30 % af sagerne, hvoraf de fleste (63 %) boede hos deres forældre. I mange tilfælde rapporteres det, at moren havde skjult graviditeten (89 %) og født alene uden sundhedsprofessionel bistand (94 %). I ca. 30 % af sagerne er morens etniske baggrund rapporteret. Mødre med spansk baggrund udgjorde den største gruppe (41 %), og mødre med kaukasisk baggrund udgjorde den næststørste gruppe (31 %). I 15 % af sagerne var morens religion rapporteret med en stor overvægt af katolikker (84 %). I kun ca. 9 % af sagerne er det rapporteret, at moren havde en psykisk diagnose, lav IQ, problemer med misbrug af alkohol/stoffer eller havde været udsat for seksuelt misbrug/vold i hjemmet.

I 55 % af sagerne, hvor barnet er afleveret i en safe haven, er personen, som afleverede barnet, identificeret. Det var typisk moren (79 % af sagerne), og børnene blev oftest afleveret inden for den første uge efter fødslen.

Et studie fra 2008 har undersøgt 93 sager i Texas, hvor spædbørn blev afleveret i en safe haven inden for 60 dage efter fødslen eller efterladt ulovligt i det offentlige rum over perioden 1996-2008 (136). Sagerne er identificeret via en nyhedsdatabase og omfatter således kun sager, der er omtalt i medierne. Knap 90 % af sagerne vedrører spædbørn, som er ulovligt efterladt (82 sager), hvoraf 70 % blev fundet i live. Kun sager, hvor barnet formodes at være efterladt i live, indgår i opgørelsen. Sager, hvor spædbørn er efterladt ved indgangen til en safe haven og ikke afleveret til personale

som foreskrevet i loven, tæller med som børn, der er ulovligt efterladt. Morens alder er rapporteret i 27 af de 82 sager, hvor et spædbarn var ulovligt efterladt. I disse sager varierede morens alder fra 15 til 40 år (gennemsnit på 21,7 år). Børnenes etniske baggrund er rapporteret i 13 af de 82 sager, hvor børn med spansk afstamning udgjorde den største gruppe (54 %). For spædbørn afleveret i en safe haven var morens alder rapporteret i fem af de 11 sager, hvor morens alder varierede fra 17 til 28 år (gennemsnit på 22,2 år).

Et studie fra 2003 har undersøgt 34 spædbørnsdrab i North Carolina over perioden 1985-2000 (138). Sagerne er identificeret via et dødsregister, hvor alle sager vedrørende levendefødte spædbørn, der er (formodes at være) dræbt af en forælder inden for fire dage efter fødslen, indgår. I lidt over halvdelen af de 34 sager var barnet af afrikansk afstamning (sort), mens børn med kaukasisk baggrund udgjorde 41 %. I ingen af sagerne vurderedes barnet at have spansk baggrund, som udgjorde den største gruppe i de to studier omtalt ovenfor. I 29 af sagerne var det moren, der blev dømt som gerningsmand (85 %). Mødrenes alder varierede fra 14 til 35 år (gennemsnitsalderen var 19,1 år), 20,6 % var gift, og 35 % var anden- eller tredjegangsfødende. I 24 % af sagerne (otte sager) er det oplyst, at moren havde skjult/fornægtet sin graviditet – denne oplysning er ikke indsamlet systematisk for alle 34 sager, og den faktiske andel kan derfor være større.

8.5 Den offentlige debat

Heather Burner fra National Safe Haven Alliance oplyser til VIVE, at der er få, som sætter spørgsmålstegn ved safe havens i USA.[42]

Heather Burner og andre tilhængerne af safe haven laws argumenterer for, at safe havens redder liv. Det dilemma, som informanter italesætter i forhold til safe havens, handler om, at børn, som afleveres i en safe haven, typisk må vokse op uden at vide noget som helst om deres biologiske forældre. Flere informanter oplyser i den forbindelse, at man arbejder for, at flere vælger bortadoption frem for at aflevere barnet i en safe haven.

Susan Ayres, som er juraprofessor på Texas Wesleyan University, argumenterer for safe havens som en af flere mulige løsninger på skjulte graviditeter og børn, som efterlades ulovligt (81). Hun giver eksempler på kvinder, som har efterladt deres barn ulovligt, og som har oplyst, at de ville have afleveret deres barn i en safe haven, hvis de havde haft/kendt til denne mulighed (ibid.). Hun anbefaler, at safe havens indgår som en del af en større indsats, der omfatter oplysning, rådgivning og støtte til kvinder, som er uønsket gravide (ibid.).

Der findes også skeptikere, som påpeger, at der ikke er evidens for, at safe havens forebygger spædbørnsdrab. Adam Pertman, der var direktør for Evan B. Donaldson Adoption Institute, mener, at det er sandsynligt, at spædbørn, der afleveres i safe havens, ellers ville være blevet afgivet til bortadoption eller vokse op hos deres biologiske forældre eller pårørende (122). Han anbefaler, at der i stedet fokuseres på at forebygge uønskede graviditeter og identificere unge kvinder, som skjuler deres graviditet, ligesom der bør arbejdes på at sikre, at kvinder, som er uønsket gravide, modtager anonym rådgivning, svangreomsorg og føder med bistand fra sundhedsprofessionelle (ibid.). Hvis man indfører safe haven laws bør man ifølge Adan Pertman som minimum sikre, (a) at det kun er personer med forældrerettigheder, som kan aflevere et barn i en safe haven, (b) at mødre, som afleverer deres barn i en safe haven, tilbydes oplysning, rådgivning og støtte, (c) at der gøres en stor indsats for at indsamle oplysninger, der kan videregives til barnet og adoptivforældre, herunder helbredsoplysninger, (d) at fædre informeres og har mulighed for at udøve deres rettigheder, og e)

[42] Det bekræftes af en rundspørge blandt ca. 600 borgere i New Jersey i 2007, som viste, at 80 % af de adspurgte er tilhængere af loven (131).

at mødre/forældre har mulighed for at fortryde beslutning om at aflevere barnet inden for en given tidsfrist, og at barnet – hvis moren/forældrene ikke fortryder – kan bortadopteres hurtigt uden unødige skift af omsorgspersoner (ibid.).

Debatten om safe havens i USA har også været koblet til debatten om fri abort. Carol Sanger, som er professor ved Columbia Law School, mener, at safe havens laws indirekte kan opfordre mødre til at gennemføre graviditeten og aflevere deres barn i safe haven som alternativ til at få en abort (139).

8.6 Liste over informanter

Tabel 8.4 Liste over informanter i USA

Navn	Titel	Organisation
Heather Burner	Direktør	National Safe Haven Alliance
Dina Stuhl	Children Services Administrator	Los Angeles County Department of Children and Family Services
Debbe Magnussen	Grundlægger og direktør	Project Cuddle
Anonym	Information Support Coordinator	Child Welfare Information Gateway – A service of the Children's Bureau, U.S. Department of Health and Human Services

9 Østrig

9.1 Sammenfatning

Tabel 9.1 beskriver kort overordnede rammer, problemets omfang og indsatser mod forekomsten af hittebørn i Østrig. Beskrivelsen er uddybet i kapitlet.

Tabel 9.1 Hittebørn i Østrig: Rammer, problemets omfang samt indsatser mod forekomsten af hittebørn

Rammer	
Befolkning	Der er i alt ca. 9 mio. indbyggere i Østrig. Størstedelen af befolkningen er katolikker (78 %). BNP pr. indbygger i Østrig er lidt højere end i Danmark, mens den økonomiske ulighed er nogenlunde ens. Fødselsraten er lidt lavere i Østrig sammenlignet med Danmark, mens teenagefødsler er mere udbredte. Det har ikke været muligt at finde opdaterede oplysninger om antallet af legal provokerede aborter i Østrig, men abortraten er formentlig udtalt lavere end i Danmark.
Lovgivning	I Østrig er det ulovligt at efterlade sit barn i det offentlige rum, hvis man hermed udsætter barnet for fare. Et antal lovændringer vedtaget i 2001 giver kvinder ret til at føde anonymt og efterlade deres barn på et hospital eller aflevere barnet anonymt i en babyluge uden risiko for at blive retsforfulgt. Provokeret abort er lovligt i Østrig i de første 16 uger af graviditeten efter samtale med en læge. Kvinder skal selv betale for aborten. Der er mulighed for, at forældre kan afgive deres barn til adoption.
Sundhedssystem	Sundhedssystemet i Østrig er præget af stærk føderalisme, hvor både det nationale og delstatslige niveau er involveret i organisering og udbud af sundhedsydelser. Det nationale niveau har ansvaret for de overordnede rammer for sundhedsvæsenet og primærsektoren (uden for hospitalerne), mens delstaterne har ansvaret for hospitalerne. Der kan være betydelige geografiske forskelle i forhold til implementeringen af lovgivning på sundhedsområdet, herunder lovgivning om anonyme fødsler/overlevering af børn og abort.
Hittebørn og deres mødre	
Antal hittebørn	Antal børn, der fødes anonymt: Ca. 37 pr. pr. 100.000 fødsler Antal børn, som afleveres i babyluger: Ca. 5 pr. 100.000 fødsler
Definition af hittebørn og opgørelsesmetode	Opgørelsen omfatter børn født anonymt eller afleveret i babyluge i perioden 2002-2012 og er baseret på officiel statistik. Der er ikke fundet landsdækkende tal om antallet af børn, der er fundet efterladt i det offentlige rum i Østrig.
Viden om mødrene	Kvinder, som vælger en anonym fødsel, karakteriseres af informanter som ansvarsbevidste og ikke personer, der er i risiko for at dræbe deres barn. Kvinder, som vælger en anonym fødsel, har ofte ønsket om at give barnet "en bedre mor". Kvinderne tilhører alle aldersgrupper og kommer fra alle samfundslag, men står ofte i komplekse krise- og problemsituationer. I Østrig er der særligt fokus på mødre, som begår drab på deres børn (eller ved et uheld kommer til at skade deres barn ved fødslen). Forskning indikerer, at disse kvinder i de fleste tilfælde enten benægtede eller som minimum skjulte deres graviditet for omverdenen, og en stor andel af kvinderne rapporterer desuden traumer eller tidligere misbrug. Kvinderne beskrives ellers som en normalpopulation.
Indsatser med direkte fokus på hittebørn	
Anonym svangreomsorg og fødselshjælp	I 2001 blev der vedtaget en lov i Østrig om anonym overlevering/fødsel af børn. Anonym svangreomsorg og fødselshjælp tilbydes på hospitaler i hele landet. Ved en anonym fødsel i Østrig er moren garanteret fuld anonymitet, hvis hun ønsker det. Kvinden kan vælge at efterlade et brev eller lignende og/eller oplysninger om fx sygdomme i familien eller andet, men oplysninger om morens identitet gemmes ikke til barnet.
Babyluger	Den første babyluge i Østrig i nyere tid åbnede i Wien i 2000. Med loven i 2001 blev babyluger lovlige og herefter mere udbredt. I 2016 fandtes der 15 babyluger i Østrig, hvor hver delstat har mindst en babyluge (typisk i forbindelse med et hospital).

Rammer	
Information og rådgivning	Der er online-tilbud om information og rådgivning til kvinder med uønskede graviditeter og/eller problemer i kombination med deres graviditet, herunder hjemmesider med information om anonym fødsel.
Det offentlige debat	Debatten om anonyme fødsler og babyluger i Østrig har fokus på børns status/rettigheder i forhold til at kende deres biologiske ophav. Herudover kredser debatten om betydningen af anonyme tilbud for kvinders og børns sundhed, sikkerhed og levevilkår efterfølgende. Her skelnes der mellem tilbud om anonym fødsel (som sikrer en sikker fødsel med sundhedsprofessionel bistand) og anonyme overdragelser af børn i babyluger, hvor kvinden typisk føder i skjul uden sundhedsprofessionel bistand. Kritikere peger på, at den anonyme fødsel kan virke som en nem løsning på den korte bane, men have negative konsekvenser på længere sigt. Man har fx ikke mulighed for at hjælpe kvinder i ekstreme krisesituationer, når disse kvinder kommer til et hospital med henblik på at føde anonymt, og som går igen umiddelbart efter fødslen. Det diskuteres også i Østrig, hvorvidt det er den ønskede målgruppe af kvinder, som man når med tilbud om anonyme fødsler og babyluger. Det rapporteres, at kvinder, som vælger en anonym fødsel, typisk er "ansvarlige" og "ønsker et bedre hjem for deres børn". Denne observation sår tvivl om, hvorvidt de kvinder, der vælger en anonym fødsel, er den samme type kvinder, der kunne være i risiko for at skade deres barn.

9.2 Rammer

9.2.1 Befolkning

Der er ca. 9 mio. indbyggere i Østrig (1). Langt størstedelen af befolkningen (ca. 78 %) er katolikker (140). BNP pr. indbygger i Østrig var 50.503 USD sammenlignet med 49.021 USD i Danmark i 2016 (3). Gini-koefficienten, der beskriver den økonomiske ulighed i et land, er nogenlunde den samme i Østrig og Danmark. Østrig havde en gini-koefficient på 27,2 i 2016, mens den var 27,7 i Danmark samme år (4). Indvandringen til Østrig er højere end i Danmark målt ved antal registrerede asylansøgere. I 2016 havde Østrig 4,9 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere, hvor Danmark havde 1,1 asylansøgere pr. 1.000 indbyggere (5).

Fødselsraten er lidt lavere i Østrig sammenlignet med Danmark. I 2016 blev der født 11 børn pr. 1.000 indbyggere i Danmark og 10 børn pr. 1.000 indbygger i Østrig (7). Antal teenagefødsler blandt kvinder i alderen 15-19 år er højere i Østrig (7 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år i 2015) end i Danmark (4 teenagefødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år samme år) (8). Spædbarnsdødeligheden pr. 1.000 fødsler i 2016 var 3,1 i Østrig og 3,7 i Danmark (38). Forskelle i spædbarnsdødeligheden kan skyldes forskelle i praksis i forhold til for tidlige fødsler.

Det har ikke været muligt at finde opdaterede oplysninger om antallet af legale provokerede aborter i Østrig. Ifølge en opgørelse fra FN var abortraten 1,4 i Østrig i 2000 målt som antallet af legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i aldersgruppen 15-44 år (141). Ifølge disse gamle tal er abortraten i Østrig således væsentlig lavere end i Danmark, hvor abortraten var 14,2 i 2015, og hvor antallet af legalt provokerede aborter har været nogenlunde uændret siden 2000 (142).

Tabel 9.2 Befolkning og økonomi i Østrig

	Østrig	Danmark
Antal indbyggere (2017) (1)	8.772.865	5.748.769
Antal fødsler pr. år (2016) (7)	87.675	61.614
Antal fødsler pr. år pr. 1.000 indbygger (2016)	10	11
Antal legale provokerede aborter pr. år (10)	#	14.957
Abortrate pr. år (antal legale provokerede aborter pr. 1.000 kvinder i den fødedygtige alder 15-44 år) (2000 for Østrig og 2015 for Danmark (10,141))	1,4	14,2
Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 fødsler (2016) (9)	3,1	3,7
Teenagefødsler (fødsler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-19 år) (2015) (8)	7	4
BNP pr. indbygger (USD) (2016) (3)	50.503	49.021
Økonomisk ulighed (Gini-koefficient) (2016) (4)	27,2	27,7
Antal asylansøgere pr. år (2016) (5)	42.255	6.180
Antal asylansøgere pr. år pr. 1.000 indbyggere (2016) (5)	4,9	1,1
Mest udbredte religion (11,140)	78 % katolikker	83 % protestanter

9.2.2 Lovgivning

I Østrig er det ulovligt at efterlade sit barn i det offentlige rum, hvis man hermed udsætter barnet for fare. Derimod er det ikke ulovligt at efterlade sit barn på et hospital eller aflevere barnet i en babyluge. Det sidste har været gældende siden 2001, hvor der blev vedtaget en lov i Østrig om anonym overlevering/fødsel af børn (143). Med loven har kvinder i Østrig ret til at føde anonymt på et hospital uden betaling og/eller at aflevere deres barn anonymt i en babyluge uden at risikere at blive retsforfulgt (ibid.). Loven giver også kvinder ret til at modtage anonym svangreomsorg (ibid.).

I praksis betyder det, at hverken moren eller de personer, som hjælper hende – enten med en anonym fødsel eller en anonym overdragelse af barnet i en babyluge – retsforfølges (144). Forældremyndigheden for barnet overgår i begge situationer til delstaten, hvor såkaldte Jugendwohlfahrtsträger har ansvaret for barnets pleje. Som udgangspunkt frigives barnet til adoption. Moren har dog mulighed for at fortryde sin beslutning om at afgive barnet i seks måneder efter fødslen/overdragelsen (eller indtil adoptionsprocessen er afsluttet).

Provokeret abort inden for de første 16 uger af graviditeten efter samtale med en læge har været lovligt i Østrig siden 1975 (145). Kvinder skal selv betale for aborten[43] (med undtagelse af medicinsk indikerede aborter).

Det er lovligt at bortadoptere sit barn i Østrig. Der er både mulighed for inkognito adoptioner (de biologiske forældre og adoptivforældrene får kun få oplysninger om hinanden), en semi-åben adoption (med kontakt mellem de biologiske forældre og adoptivforældrene, hvis de biologiske forældre ønsker det) eller åbne adoptioner (med mulighed for kontakt mellem barn og biologiske forældre).

9.2.3 Sundhedssystem

Sundhedssystemet i Østrig er kendetegnet ved tre overordnede institutionelle karakteristika. For det første er ansvar og opgaver delt mellem det nationale og regionale (delstatslige) niveau (146). Det

[43] I Wien koster en abort mellem 500-600 EUR (2018).

nationale niveau har ansvaret for de overordnede rammer og primærsektoren (uden for hospitalerne), mens delstaterne har ansvaret for hospitalssektoren. For det andet en høj grad af uddelegering af ansvar til selvejende institutioner. Non-profit organisationer spiller en væsentlig rolle i udbud af sundhedsydelser, fx kan kirkelige organisationer eje hospitaler eller tilbyde omsorgsydelser til fx ældre eller børn. Endelig er det østrigske sundhedssystem kendetegnet ved en finansieringsmodel, hvor offentlige skatteindtægter og private forsikringsordninger betaler hver ca. halvdelen af sundhedsudgifterne.

Der kan være betydelige geografiske forskelle i forhold til implementeringen af lovgivning på sundhedsområdet, herunder lovgivning om anonyme fødsler/overlevering af børn og abort.[44]

9.3 Indsatser mod forekomsten af hittebørn

I Østrig har man indsatser med direkte fokus på hittebørn i form af anonym svangreomsorg og fødselshjælp samt babyluger. Disse indsatser er nærmere beskrevet nedenfor.

9.3.1 Anonym svangreomsorg og fødselshjælp

Anonym svangreomsorg og fødselshjælp tilbydes på hospitaler i hele landet. Alle omkostninger dækkes af hospitalet.

Ved en anonym fødsel i Østrig er moren garanteret fuld anonymitet, hvis hun ønsker det. Kvinden kan vælge (og bliver opfordret til) at efterlade et brev eller lignende og/eller oplysninger om fx sygdomme i familien eller andet, men – hvis kvinden ikke ønsker det – gemmes der ikke oplysninger om morens identitet til barnet. Efter en anonym fødsel overtager delstaternes ansvarlige aktør (Landesjugendträger) forældremyndigheden over barnet, indtil barnet bortadopteres. Moren kan fortryde sin beslutning om at afgive barnet under adoptionsprocessen.

Der er gennemført i gennemsnit 29 anonyme fødsler om året i Østrig over perioden 2002-2012 med relativt store udsving fra år til år (143). Antallet af anonyme fødsler var 39 i 2015 og 48 i 2016 (147,148).

Der findes videnskabelige studier fra Østrig, som undersøger effekten af introduktionen af anonyme fødsler i 2001 (strengt taget effekten af anonyme fødsler og udrulningen af babyluger, som blev introduceret samtidig) på forekomsten af spædbarnsdrab i Østrig (95,143,149). I to studier argumenterer forskere for – ved at sammenholde udviklingen/trends i aggregerede data om spædbarnsdrab i to perioder (før og efter 2001) – at loven fra 2001 har reduceret forekomsten af spædbørnsdrab i Østrig (95,143). Et andet studie – som også undersøger udviklingen over tid – argumenterer for, at der ikke er signifikante ændringer i forekomsten af spædbørnsdrab i Østrig (149). For alle tre studier gælder det, at designet er meget følsomt for valg af før-/efter-periode og definition af studiepopulationen. Desuden er der tale om små tal, hvilket gør analyserne meget følsomme for tilfældige udsving/outliers.

Samlet set er det altså svært at afgøre, om loven fra 2001 har reduceret antallet af spædbørnsdrab i Østrig. Flere er skeptiske og henviser til, at de kvinder, som vælger en anonym fødsel, formentlig ikke er de samme kvinder, som alternativt ville have dræbt deres barn.[45]

---

44 For eksempel fremhæver vores ekspert Anna Putz fra Kinder- und Jugendhilfe i Wien, at alle forhold, som hun beskrev for os, kun gjorde sig gældende for Wien, og at det er muligt eller ligefrem sandsynligt, at forholdene/organisering af fx anonyme fødsler er anderledes i andre dele af Østrig.

45 En EU-rapport fra 2012 (53) konkluderer: *"Indeed, researchers in Austria propose that women who choose anonymous birth may not be the ones who would otherwise kill their babies, and suggest that these women do it instead to escape the overbearing attention of family members and social services, not because they are necessarily in 'crisis' (Danner, et al., 2005)."*

Herudover har det været fremført, at antallet af anonyme fødsler (der overstiger antallet af registrerede spædbarnsdrab) er udtryk for en ny "behovsgenerering" (149) – en holdning til de anonyme tilbud, som vores tyske informanter også har bemærket.

9.3.2 Babyluger

Den første babyluge i Østrig i nyere tid åbnede i Wien i 2000. Med loven i 2001 blev babyluger lovlige og herefter mere udbredt. I 2016 fandtes der 15 babyluger i Østrig, hvor hver delstat har mindst en babyluge (typisk i forbindelse med et hospital). Fælles for babylugerne er, at de tilbyder skriftlig information til kvinden om "den videre proces", herunder kvindens fortrydelsesret, men ellers kan det være ret forskelligt, hvordan de fungerer.

I perioden 2002-2012 blev der afleveret i alt 42 børn i babyluger i Østrig, heraf 25 i Wien (143). Det svarer til ca. 4 om året i gennemsnit. Antallet af børn afleveret i babyluger i Østrig i 2015 og 2016 var henholdsvis tre og to børn (147,148). Brug af babyluger er således meget mindre udbredt end anonyme fødsler i Østrig.

En informant (Dr. Fiala) mener, at tilbuddet om babyluger udsætter både kvinder og børn for fare, da kvinder, som bruger babylugerne, typisk skjuler deres graviditet og føder uden sundhedsprofessionel bistand. Han er selv fortaler for kvinders ret til at føde anonymt, men er yderst kritisk over for babyluger og vurderer det som et farligt og ikke ønskværdigt instrument.

9.3.3 Information og rådgivning

Informanter vurderer, at kvinder og offentligheden mere generelt har et godt kendskab til tilbud om både anonym fødsel og babyluger i Østrig.

I Østrig er der onlinetilbud med information og rådgivning til kvinder med uønskede graviditeter og/eller problemer i kombination med deres graviditet. Fra officiel side tilbyder den østrigske regering information om anonym fødsel på internettet (https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.080020.html og https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/anonyme-geburt-babyklappe). Desuden tilbyder hjemmesiden www.anonymegeburt.at også information. Hjemmesiden er et initiativ af Dr. Fiala, som indgår som informant i denne undersøgelse.

Herudover har Østrig ca. 400 familierådgivningscentre fordelt over hele landet, som man kan kontakte, hvis man har brug for rådgivning i forbindelse med graviditet. Der er ca. ét rådgivningscenter pr. 20.000 indbyggere. I centrene arbejder tværfaglige teams bestående af blandt andet læger, socialarbejdere, familierådgivere, jurister, psykologer og pædagoger. Der er ca. 479.000 årlige kontakter til rådgivningscentrene. Centrene blev oprindelig etableret i sammenhæng med indførelsen af abortlovgivningen i 1975. Siden da har rådgivningscentrenes formål udviklet sig, og centrene tilbyder nu information og vejledning til kvinder og familier om flere emner. Følgende emner dækker ca. 75 % af alle henvendelser til rådgivningscentrene (150,151): Separation, skilsmisse, bidragsbetalinger, samvær med børn (18,8 %); børneopdragelse, børnepasning, skole (14,2 %); parforholdsproblemer og konflikter, kommunikation og rollefordeling i parforholdet, seksualitet (13,9 %); psykiske problemer (10,9 %); vold i familien, misbrug, vanrøgt (9,3 %) og graviditet, prævention, ønskebørn (5,9 %). Centrene sætter særligt fokus på emnerne graviditet, vold i familien og separation/skilsmisse samt rådgivningen af familier med børn med handicap (150). Centrene modtager tilskud fra den nationale regering (150). I 2017 var tilskuddet på 11,6 mio. EUR. Centrene samlede omkostninger er på ca. 62 mio. EUR om året, der ud over tilskud fra den nationale regering dækkes via bidrag fra blandt andet delstaterne (150).

9.4 Antal hittebørn og viden om deres mødre

9.4.1 Antal hittebørn

Der er ikke identificeret landsdækkende tal for, hvor mange børn der findes efterladt i det offentlige rum i Østrig. Ifølge samtale med fagperson fra Østrig blev der fundet tre børn efterladt i det offentlige rum i Wien i 2014.

Derimod føres der statistik over antallet af spædbørnsdrab forstået som drab på spædbørn inden for de første 24 timer efter fødslen, da spædbørnsdrab har sin egen lovgivning i Østrig og registreres særskilt fra øvrige drab. Ifølge politiets registreringer var der i gennemsnit henholdsvis seks og to mistænkte spædbørnsdrab om året i perioderne 1991-2001 og 2002-2009, jf. Tabel 9.4. Denne statistik omfatter alle typer af spædbørnsdrab og ikke kun spædbørnsdrab som følge af vanrøgt.

Tabel 9.3 Antal spædbørnsdrab i Østrig

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Antal mistænkte spædbørnsdrab (drab på spædbørn inden for de første 24 timer efter fødslen)		
Gennemsnit for perioden 1991-2001	6,4	7,2
Gennemsnit for perioden 2002-2009	2,4	3,1

Kilde: Klier et al. 2013. Rapporteret i officielle statistikker.

Endvidere findes der statistik over antallet af børn født anonymt og børn afleveret i babyluger i Østrig, da dette registreres af de offentlige myndigheder. Som tidligere nævnt var der 48 anonyme fødsler i Østrig i 2016, hvilket er en stigning i forhold til tidligere år, jf. Tabel 9.4. To børn blev afleveret i en babyluge i Østrig i 2016, hvilket er lidt mindre end tidligere år. Der kan være tale om tilfældige udsving.

Tabel 9.4 Antal børn, der fødes anonymt eller afleveres i babyluger i Østrig

	Ca. antal pr. år	Ca. antal pr. 100.000 fødsler
Børn, der fødes anonymt		
Gennemsnit for perioden 2002-2012	29 (a)	37
2015	39 (b)	46
2016	48 (b)	55
Børn, der afleveres i babyluger		
Gennemsnit for perioden 2002-2012	4 (a)	5
2015	3 (b)	4
2016	2 (b)	2

Kilde: (a) Grylli et al. 2016. I alt 365 børn født anonymt eller afleveret i babyluger over perioden 2002-2012, heraf 42 i babyluger.
(b) Kinder und Jugendhilfestatistik for 2015 og 2016; 2015: 39/3; 2016:48/2 anonyme fødsler og børn i babyluge; Pratscher et al. 2016 og Pratscher 2017.

9.4.2 Viden om mødrene til hittebørn

Der er ikke fundet publicerede undersøgelser, som systematisk og på baggrund af større datasæt beskriver kvinder, som vælger at føde anonymt eller aflevere sit barn i en babyluge i Østrig. Vores beskrivelse af kvinder, som bruger tilbuddene, er derfor baseret på vurderinger fra informanter samt

to artikler, som beskriver enkelte cases (kvinder, som har brugt babyluger) samt erfaringer fra praktikere (149,152).

Dr. Fiala oplyser, at kvinder, som vælger at føde anonymt, ifølge hans erfaring kommer fra alle samfundslag. Han fremhæver, at tilbud om anonym fødsel er med til at sikre både kvindernes og barnets sundhed samt kvindernes ret til selvbestemmelse: Kvinderne føder under sikre forhold på et hospital, mens deres ønske om anonymitet respekteres. Han fremhæver også kvindernes beslutningskompetence i deres valg af en anonym fødsel.

Samtidig peger Anna Putz på, at mange kvinder, som ønsker en anonym fødsel (i Wien), er i komplekse krise- og problemsituationer. Det er også hendes erfaring, at kvinderne kommer fra mange forskellige samfundslag med forskellig uddannelses- og familiemæssig baggrund, ligesom de tilhører forskellige aldersgrupper. Hun fremhæver dog også, at der (i Wien) er erfaringer med kvinder, som vælger en anonym fødsel, hvis graviditeten er et resultat af voldtægt eller prostitution. Mange af disse kvinder har skjult deres graviditet. Hun beskriver, at der findes sager med vold i hjemmet samt sager, hvor der er mistanke om seksuelle overgreb i familien. Den anonyme fødsel gør det umuligt for medarbejdere fra socialforvaltningen af støtte disse kvinder eller intervenere i særlige situationer.

Siklossy (2013) beskriver to sager, hvor kvinder har afleveret deres barn i en babyluge i Østrig og bagefter har henvendt sig til det pågældende hospital, hvor babylugen var placeret (152). Fælles for disse to sager er, at kvinderne på det tidspunkt, hvor de afleverede barnet i babylugen, var i alvorlig krise og ude af stand til at gøre brug af eksisterende rådgivende eller støttende tilbud. Det fremhæves i artiklen baseret på forfatternes kliniske erfaring, at kvinder, som føder deres barn uden professionel hjælp og alene, typisk er i chok efter fødslen. Med afsæt i kliniske erfaringer beskriver artiklen desuden, at disse kvinder typisk ikke har nogen sociale kontakter, som kan hjælpe dem, og at de typisk har skjult deres graviditet. Nogle af disse kvinder kan være i stand til at opsøge en babyluge, men artiklen fremhæver, at dette skridt stiller store krav til beslutnings- og problemløsningskompetencer hos moren (og evt. faren, hvis han er involveret).

Orthofer (2014) kommer frem til lignende konklusion baseret på samtaler med socialarbejdere i Wien (149). Disse angiver, at kvinder, som vælger en anonym fødsel, er meget ansvarsbevidste og ikke personer, som er i risiko for at dræbe deres barn. Kvinder, som vælger en anonym fødsel, har ifølge deres erfaringer ofte ønsket om at give barnet "en bedre mor".

Der findes videnskabelige artikler baseret på data fra Østrig, som undersøger fænomenet spædbarnsdrab, jf. afsnit 9.3.1. Forskning, som fokuserer på kvindernes karakteristika, indikerer, at kvinder, som begår disse drab (og bliver dømt), i de fleste tilfælde enten benægtede eller skjulte deres graviditet for omverdenen, og en stor andel rapporterer desuden traumer eller tidligere misbrug (153). Kvinderne er ellers beskrevet som en normalpopulation (de har partnere, evt. andre børn og kommer fra forskellige sociale miljøer).

9.5 Den offentlige debat

Debatten om anonyme fødsler og babyluger i Østrig har fokus på børns status/rettigheder i forhold til at kende deres biologiske ophav. Herudover kredser debatten om betydningen af anonyme tilbud for kvinders og børns sundhed og sikkerhed. Dette skal ses i lyset af, at kvinder, som benytter babyluger, typisk ikke modtager svangreomsorg og føder i skjul uden sundhedsprofessionel bistand, ligesom kvinderne typisk ikke modtager hjælp til at løse de komplekse problemsituationer, som de står i.

Ifølge Dr. Fiala er det afgørende at skelne mellem tilbud om anonym fødsel (som sikrer en sikker fødsel med sundhedsprofessionel bistand) og anonyme overdragelser af børn i babyluger efter fødslen. Han betoner de etiske problemstillinger, der er forbundet med babyluger. Han peger på, at der er stor risiko for både morens og barnets sundhed, når kvinder føder alene uden sundhedsprofessionel bistand, hvilket et moderne samfund ikke bør anerkende/støtte/acceptere.

Ifølge Anne Putz, ledende socialarbejder i Wien, ser kritikere ikke den anonyme fødsel som en løsning. Den anonyme fødsel kan muligvis virke som en nem løsning på den korte bane, men kan have negative konsekvenser på længere sigt. Der er fare for, at kvinder, som føder anonymt, vender tilbage til et liv med mange forskellige problemer (vold, prostitution, socialt udsathed mere generelt), og at den anonyme fødsel tilføjer en yderligere belastning til dette liv. Anne Putz beretter, at socialarbejderne ikke har mulighed for at hjælpe kvinder i ekstreme krisesituationer, som fx oplever vold eller seksuelle overgreb i familien, når disse kvinder kommer til et hospital for at føde anonymt og går igen umiddelbart efter fødslen.

Anna Putz henviser også til problematikken om barnets status, herunder retten til at kende sit biologiske ophav og betydningen af dette for børns udvikling. Givet at den anonyme fødsel blev introduceret for 17 år siden, er tiden kommet, hvor unge voksne konfronteres med en situation, hvor der ikke er mulighed for at opsøge deres biologiske ophav.

Der diskuteres også i Østrig, hvorvidt det er den ønskede målgruppe af kvinder, som man når med tilbud om anonyme fødsler og babyluger, eller om denne målgruppe bedre kan nås med andre former for hjælp og støtte. Her fremhæves det, at der er et kontinuum af forskellige problemer og typer af kvinder, som har brug for hjælp. Der er på den ene side behovet for at nå de meget traumatiserede kvinder, som har benægtet deres graviditet (og som kunne være i fare for at gøre skade på deres barn), og på den anden side kvinder, som vil have muligheder for (med den rette støtte) at indgå i ikke-anonyme, "klassiske" forløb, fx med en åben adoption. Det beskrives, at kvinder, som vælger en anonym fødsel, typisk er "ansvarlige" og "ønsker et bedre hjem for deres børn" (149). Denne observation sår tvivl om, hvorvidt de kvinder, som vælger en anonym fødsel, er den samme type kvinder som dem, der kunne være i fare for at skade deres barn.

9.6 Liste over informanter

Tabel 9.5 Liste over informanter

Navn	Titel	Organisation
Christian Fiala[46]	Doktor, læge, ansvarshavende redaktør på www.anonymegeburt.at. og forfatter til videnskabelige studier om emnet	Gyn Med Ambulatorium, Wien
Anna Putz[47]	Ledende socialarbejder	Regionalstelle Soziale Arbeit, Wien
Stephanie Galliez[48]	Forskningsmedarbejder	Universitetet i Wien, Pädiatrische Psychosomatik

[46] Har været involveret /arbejdet med anonyme fødsler fra den første anonyme fødsel i Østrig. Denne første anonyme fødsel blev gennemført, før loven om den anonyme fødsel blev vedtaget og har bidraget til den samfundsmæssige debat om emnet. Tilhænger af kvinders ret til den anonyme fødsel.

[47] Fremhævede forvaltningens udfordringer med at hjælpe kvinder, som føder anonymt. Fremhævede også problematikker relateret til børnenes rettigheder i forhold til at kende deres biologiske ophav.

[48] Arbejder som projektkoordinator i forskergruppen omkring professor Claudia Klier, som har publiceret studier, der undersøger effekterne af den anonyme fødsel på antallet af spædbarnsdrab i Østrig.

Litteratur

(1) Eurostat. Population on 1 January. 2018; Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00001&plugin=1. Accessed April, 2018.

(2) Christensen MS. Frankrig. 2017; Available at: http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Frankrig/Frankrig_(Landeartikel). Accessed April, 2018.

(3) OECD. Gross domestic product (GDP). 2016; Available at: https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm. Accessed April, 2018.

(4) Eurostat. Gini coefficient of equivalised disposable income. 2018; Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=sdg_10_40&plugin=1. Accessed April, 2018.

(5) Eurostat. Asylum and first time asylum applicants - annual aggregated data (rounded). 2018; Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00191&language=en. Accessed April, 2018.

(6) The Telegraph. France considers jailing illegal immigrants for up to five years for fake ID. 2018; Available at: https://www.telegraph.co.uk/news/2018/02/20/france-considers-jailing-illegal-immigrants-five-years-fake/. Accessed Juni, 2018.

(7) Eurostat. Live birth and crude birth rate. 2018; Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00204&plugin=1. Accessed Februar, 2018.

(8) The World Bank. Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19). 2016; Available at: https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT. Accessed April, 2018.

(9) Centers for Disease Control and Prevention. Infant Mortality. 2018; Available at: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm. Accessed April, 2018.

(10) WHO. Abortions per 1000 live births. Available at: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/visualizations/#id=19681. Accessed April, 2018.

(11) Nielsen B. Danmark. 2017; Available at: http://denstoredanske.dk/Danmarks_geografi_og_historie/Danmarks_geografi/Danmark_generelt/Danmark. Accessed April, 2018.

(12) Anaut M. Abandonment and its Prevention in France. In: Browne K, Chou S, Whitfield K, editors. Child Abandonment and its Prevention in Europe Nottingham UK: University of Nottingham; 2012. p. 169-182.

(13) Boring N. Abortion Legislation in Europe. 2015; Available at: https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/europe.php#_ftn44. Accessed April, 2018.

(14) Informanter fra CNAOP og DGCS. Oplyst ved telefoninterview samt på møde d. i Paris d. 29. maj. 2018.

(15) Chevreuil K, Brighan KB, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quévedo C. Health Systems in Transistion - France. Volume 17, No 3. ed. Berlin: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.

(16) Direction génerale de la cohésion sociale (DGCS). Les accouchements secrets en France - quéstions supplemémentaires de la part des autorités danoises et la réponse (skriftlig besvarelse af supplerende spørgsmål fra den danske følgegruppe). 2018.

(17) Cordier S. L'accouchement sous le secret, une spécificité française
. 2016; Available at: http://www.lemonde.fr/famille-vie-privee/article/2016/07/03/l-accouchement-sous-le-secret-une-specificite-francaise_4962761_1654468.html. Accessed February, 2018.

(18) Creusot, L., Laubressac C., Launet, M., Moisset, P., Titli, L. Etude portant sur l'évaluation de différents aspects de la loi numéro 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat - rapport final. Paris: ASDO Etudes - La Sociologi en Action; 2017.

(19) Direction génerale de la santé, direction génerale de la cohésion sociale, direction génerale de l'offre des soins, conseil national pour l'accès aux origines personelles. Instruction no. DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016 relative aux protocole pour l'accompagnement et les établissements de santé et au guide des bonnes pratiques pour faciliter l'accès aux origines personelles des personnes nées dan le secret et relative à la conversation des registres et des dossiers concernant les accouchements dans le secret (Nationale retningslinjer for lokale tovholdere og deres samarbejde med social- og sundhedspersonalet lokalt). 2016.

(20) Creusot, L., Laubressac C., Launet, M., Moisset, P., Titli, L. Etude sur les pratiques d'information et d'accouchement des femmes accouchant dans le secret - Synthese. France: ASDO Etudes; 2017.

(21) The Local fr. Newborn baby found in Paris airport toilets. 2014; Available at: https://www.thelocal.fr/20140613/newborn-found-paris-airport-bathroom. Accessed Juni, 2018.

(22) Simmat-Durand L. Les néonaticides en France: analyse de 357 cas identifiés dans la presse (1993-2012). Santé publique 2017;29(3):321-331.

(23) Observatorie de la protection d'enfance (ONPE). Enfants en (risque de) danger, enfants protégés: quelles données chiffrées? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement. 2016; Available at: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2016_-_version_finale_2_leger.pdf. Accessed Juni, 2018.

(24) Villeneuve-Gokalp C. Les femmes qui accouchent sous le secret en France (2007-2009). 2012; Available at: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/accouchements-sous-x-france/. Accessed February, 2018.

(25) Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. Child Abuse & Neglect 1993;17(4):501-513.

(26) Vellut N, Cook J, Tursz A. Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. Child Abuse & Neglect 2012;36(7-8):553-563.

(27) Tousch A. Les "fenêtres à bébé", le système d'abandon d'enfant encore toléré par l'Allemagne. 2016; Available at: http://www.rtl.fr/actu/international/les-fenetres-a-bebe-le-systeme-d-abandon-d-enfant-encore-tolere-par-l-allemagne-7782022708. Accessed February, 2018.

(28) Radio 24 France. Court Ruling Challenges French Law on Anonymous Childbirth. 2011 January 27.

(29) Netherlands Institute for the Documentation of Anonymous Abandonment. Anoniem afstand doen. Available at: https://www.nidaa.nl/. Accessed April, 2018.

(30) Biilman O. Holland. 2017; Available at: http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Benelux/Holland/Holland_(Landeartikel). Accessed April, 2018.

(31) de Wijs-Heijlaerts KJ, Verheugt AJ, Oei TI. The Psyche of Women Committing Neonaticide - A Psychological Study of Women who kill their Newborn Children. In: Oei TI, Groenhuijsen MS, editors. Progression in forensic psychiatry. Deventer: Kluwer; 2012. p. 435-450.

(32) Smart Expat. Termination of Pregnancy in the Netherlands. n.a; Available at: https://smartexpat.com/netherlands/how-to-guides/health/pregnancy-childbirth/termination-abortion. Accessed April, 2018.

(33) Kjellberg J, Sørensen J, Hansen J, Andersen S, Avnstrøm L, Borgstrøm L. Almen praksis som koordinator - en international belysning. København: Dansk Sundhedsinstitut DSI; 2007.

(34) Petersen A, Jakobsen CS. Paradoksernes land. Tidsskrift for Jordmødre 2006;1.

(35) van Tiggelen K. Presentatie 'Cherchez la femme' ter gelegenheid van het driejarig bestaan van Stichting Beschermde Wieg. NS Dronten: NIDAA; 2017.

(36) Ottesen V. A current absence of neonaticide in Norway. Scandinavian Journal of Forensic Science 2012;18(2):155-163.

(37) Bregnhøi HJ, Mikkelsen OA. Norge. 2017; Available at: http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Norge_og_Sverige/Norge_generelt/Norge. Accessed April, 2018.

(38) Eurostat. Infant mortality rate. 2018; Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00027&plugin=1. Accessed April, 2018.

(39) Lovdata. Lov om norsk statsborgerskap (statsborgerloven). 2018; Available at: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-10-51. Accessed June, 2018.

(40) Asland J. Hittebarn. 2011; Available at: https://snl.no/hittebarn. Accessed June, 2018.

(41) Lovdata. Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven]. 2015; Available at: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50. Accessed June, 2018.

(42) Svendsen C. Endrer forskrift etter abortskandale. nrk 2014 2. januar.

(43) Højgaard B, Wadmann B, Jakobsen M, Rasmussen SR, Pedersen NJM, Kjellberg J. Regulering af sygehusmedicin med udgangspunkt i omkostning og effekt. Erfaringer fra Tyskland, Holland, Schweiz, England, Norge og Sverige. København: Kora; 2016.

(44) Spilker RS. Introduksjon til det norske helsevesenet. Available at: http://mighealth.net/no/index.php/Introduksjon_til_det_norske_helsevesenet. Accessed June, 2018.

(45) Regjeringen. Grunnstrukturen i helsetjenesten. 2014; Available at: https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/. Accessed June, 2018.

(46) Center for Forebyggelse. Anbefalinger for svangreomsorgen 2013. 2nd ed. København S: Sundhedsstyrelsen; 2013.

(47) Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.

(48) Sex og Samfunn. Opprop: bedre tilgang til prevensjon for de under 16. 2017; Available at: https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2017/01/Opprop-bedre-tilgang-til-prevensjon-for-de-under-16-med-logoer.docx.pdf. Accessed June, 2018.

(49) Pro Sentret. En opsummerung av aktivitetene ved Pro Sentret. Oslo: Oslo kommune, Helsedirektoratet og Justits- og beredskapsdepartementet; 2017.

(50) Risholm T. Teppet rundt barnet tyder på mye omsorg. Stavanger Aftenblad 2009 2. Februar.

(51) Myrhøj Vestergård Å, Lundgreen-Nielsen K. Polen. 2017; Available at: http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Østeuropa/Polen/Polen_(Landeartikel). Accessed April, 2018.

(52) Baczynska G. More Polish women seen seeking abortions abroad. 2010; Available at: https://www.reuters.com/article/us-poland-abortion/more-polish-women-seen-seeking-abortions-abroad-idUSTRE67P46Z20100826. Accessed April, 2018.

(53) Browne K, Chou S, Whitfield K. Part 1: An Overview of Child Abandonment and its Prevention in Europe. In: Browne K, Chou S, Whitfield K, editors. Child Abandonment and its Prevention in Europe Nottingham UK: University of Nottingham; 2012. p. 1-66.

(54) Boffey D. Polish government widely condemned over morning-after pill law. 2017; Available at: https://www.theguardian.com/world/2017/jun/26/polish-president-signs-off-widely-condemned-morning-after-pill-law. Accessed May, 2018.

(55) Krzywdzone D. Effectiveness of preventive measures against abandoning children leading to death and infanticide, in the light of the Convention on the Rights of the Child (Titel oversat fra Polsk). Teoria, Badania, Praktyka 2017;16(2).

(56) Cocotas A. How Poland's far-right government is pushing abortion underground. The Guardian 2017 30.11.

(57) Nacz Bocian Foundation. Apel Stowarzyszenia Nasz Bocian. 2016; Available at: http://www.nasz-bocian.pl/node/55243;. Accessed May, 2018.

(58) Deboick S. Poland's 'baby hatches' leave vulnerable mothers exposed. The Guardian 2012 December 10.

(59) Wulff C, Plum V. Storbritannien. 2016; Available at: http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Storbritannien_og_Irland/Britiske_%C3%B8er_generelt/Storbritannien_(Landeartikel). Accessed April, 2018.

(60) Migration Watch UK. Illegal Immigration. 2017; Available at: https://www.migrationwatchuk.org/key-topics/illegal-immigration. Accessed April, 2018.

(61) Hadley A. The teenage pregnancy strategy for England: Concerted effort can make a difference! Entre Nous 2014.

(62) Browne K, Chou S, Whitfield K. Child Abandonment and its Prevention in Europe. Nottingham, UK: The University of Nottingham; 2012.

(63) Information. Theresa May er under pres for at ændre nordirsk abortlov. 2018; Available at: https://www.information.dk/telegram/2018/05/theresa-may-pres-aendre-nordirsk-abortlov. Accessed Juni, 2018.

(64) British Association for Adoption and Fostering (BAAF). Pregnant and thinking about adoption. London, UK: BAAF; 2010.

(65) Cylus J, Richardson E, Findley L, Langley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom _Health system review. Health Systems in Transition 2015;17(5):1-125.

(66) Department of Health/Partnerships fpr Children, Families and Maternity. Maternity Matters: Choice, access and continuity of care in a safe service. England: Department of Health; 2007.

(67) NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Antenatal care for uncomplicated pregnancies - Clinical guideline. England: NICE; 2008.

(68) Sherr L, Mueller J, Fox Z. Abandoned babies in the UK – a review utilizing media reports. Child: Care, Health and Development 2009;35(3):419-430.

(69) Mueller J, Sherr L. Abandoned babies and absent policies. Health Policy 2009 December 2009;93(2):157-164.

(70) Brookman F, Nolan J. The Dark Figure of Infanticide in England and Wales - Complexities and Diagnosis. Journal of Interpersonal Violence 2006;21(7):869-889.

(71) Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy: a literature review and discussion of ethical and legal issues. J R Soc Med 2011 Jul;104(7):286-291.

(72) Tighe SM, Lalor JG. Concealed pregnancies. The Irish Times 2015 May 18;2018(Juni).

(73) Tighe SM, Lalor JG. A hidden trauma. World of Irish nursing 2016;24(5):59-60.

(74) Tighe SM, Lalor J. Concealed pregnancy and newborn abandonment: a contemporary 21st century issue Part 2. Pract Midwife 2016 Jul-Aug;19(7):14-16.

(75) Tighe SM, Lalor J. Concealed pregnancy and newborn abandonment: a contemporary 21st century issue. Part 1. Pract Midwife 2016 Jun;19(6):12-15.

(76) The Irish Times. Concealed pregnancies. 2015; Available at: https://www.irishtimes.com/opinion/letters/concealed-pregnancies-1.2214480. Accessed Juni, 2018.

(77) Neil E. The reasons why young children are placed for adoption: findings from a recently placed sample and a discussion of implications for subsequent identity development. Child and Family Social Work 2000;5:303-316.

(78) Ailes E. Call for 'baby boxes' for abandoned newborns. BBC 2013 April 12;2018(April).

(79) The Herald Scotland. The campaign to give abandoned babies a better chance of survival. 2012; Available at: http://www.heraldscotland.com/news/13049113.The_campaign_to_give_abandoned_babies_a_better_chance_of_survival/. Accessed April, 2018.

(80) Daily Mail. Can it ever be right for a mother to leave her unwanted child inside a hospital baby hatch? 2011; Available at: http://www.dailymail.co.uk/femail/article-2049557/Can-right-mother-leave-unwanted-child-inside-hospital-baby-hatch.html. Accessed April, 2018.

(81) Ayres S. Kairos and safe havens: The timing and calamity of unwanted births. William & Mary Journal of Women & Law 2009;15:227-289.

(82) Brostrøm T. Sverige. 2017; Available at: http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Norge_og_Sverige/Sverige_generelt/Sverige_(Landeartikel). Accessed April, 2018.

(83) Kopp Kallner H, Thunell L, Lindeberg M, Gemzell Danielsson K. Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women - A Nationwide Survey. PLoS ONE 2015;10(5):e0125990.

(84) Socialstyrelsen. Nationella adoptioner av barn i familjehem. En kartläggning av hur socialnämnderna uppmärksammar frågan. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

(85) Øresunddirekt. Sjukvård. n.p; Available at: https://www.oresunddirekt.se/. Accessed June, 2018.

(86) Sveriges Riksdag. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). 2017; Available at: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30. Accessed June, 2018.

(87) Grønvald L. Vurdering af udgifter og gevinster (november 2017) hvis man tilbyder gravide, der er uregistrerede migranter og deres børn forebyggende sundhedsydelser. : Lægeforeningen; 2017.

(88) Thellenborg I. Hittebarn i Sverige. Kvällsposten 2016 27. November.

(89) Regeringskansliet. Insatser för kvinnors hälsa. 2018; Available at: https://www.regeringen.se/artiklar/2016/11/insatser-for-kvinnors-halsa/. Accessed June, 2018.

(90) International Planned Parenthood Federation. Abortion. Legislation in Europe. Brussels: IPPF European Network; 2012.

(91) Kjeldset AM. Ungdomsmodtagelse på dansk grund. Tidsskrift for Jordemødre 2013;6.

(92) FSUM. Välkommen till föreningen Sveriges Ungdomsmottagningar. n.p.; Available at: http://www.fsum.nu/. Accessed April, 2018.

(93) Sydsvenskan. Ovanligt att spädbarn lämnas bort. 2016; Available at: https://www.sydsvenskan.se/2016-02-26/ovanligt-att-spadbarn-lamnas-bort. Accessed April, 2018.

(94) Sturup, J & Granath, S. Child Homicides in Sweden: A Descriptive Study Comparing the 1990s and the 2000s. Homicide Studies 2014;1(13).

(95) Klier CM, Grylli C, Amon S, Fiala C, Weizmann-Henelius G, Pruitt SL, et al. Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. BJOG 2013 Mar;120(4):428-434.

(96) Somander LKH, Rammer LM. Intra- and extra-familial child homicide in Sweden 1971-1980. Cild Abuse & Neglect 1991;15:45-55.

(97) Hedlund J, Masterman T, Sturup J. Intra- end extra-familial child homicide in Sweeden 1992-2012: A population-based study. Journal of Forensic and Legal Medicine 2016;39:91-99.

(98) Furhauge B. Tyskland. 2017; Available at: http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Tyskland,_Østrig,_Schweiz_og_Liechtenstein/Tyskland_generelt/Tyskland_(Landeartikel). Accessed April, 2018.

(99) Meyer R. Abort er stadig et svært tema. JydskeVestkysten 2018 January 26.

(100) Coutinho J, Krell C. Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland - Fallzahlen, Angebote, Kontexte. München: Deutsches Jugendinstitut; 2011.

(101) Krell C, Bränzel P, Dietzsch F, Bovenschen I. Adoption in Deutschland: Von vertraglich geregelter Elternschaft im Interesse der Annehmenden zum Kindeswohl. In: Busch U, Krell C, Will AK, editors. Eltern (vorerst) unbekannt: anonyme und vertrauliche Geburt in Deutschland. 1st ed. Weinhelm: Beltz Juventa; 2017. p. 177-196.

(102) Dorsch V, Jelden N, Rohde A. Negierte Schwangerschaft und Neonatizid – Die Sicht der forensischen Psychiaterin. Was wissen wir uber die psychische Situation der Mutter? In: Busch U, Krell C, Will AK, editors. Eltern (vorerst) unbekannt: anonyme und vertrauliche Geburt in Deutschland. 1st ed. Weinhelm: Beltz Juventa; 2017. p. 159-176.

(103) Sommer J, Ornig N, Karato Y. Evaluation zu den Auswirkungen des Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt. Berlin: Beratung & Geburt; 2017.

(104) Höynck T, Behnsen M, Zähringer U. Das Phänomen Neonatizid aus wissenschaftlicher Sicht – Ergebnisse. In: Busch U, Krell C, Will AK, editors. Eltern (vorerst) unbekannt: anonyme und vertrauliche Geburt in Deutschland. 1st ed. Weinhelm: Beltz Juventa; 2017. p. 141-158.

(105) Losinger A, Nagel E, Radtke P, Schockenhoff E. Das Problem der anonymen Kindesabgabe. Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2009.

(106) Will AK. Vertrauliche Geburt in Deutschland – die Genese des Gesetzes. In: Busch U, Krell C, Will AK, editors. Eltern (vorerst) unbekannt: anonyme und vertrauliche Geburt in Deutschland. 1st ed. Weinhelm: Beltz Juventa; 2017. p. 46-68.

(107) familienplanung.de. Wer berät mich? Das Netz der Beratungsstellen. 2014; Available at: https://www.familienplanung.de/beratung/wer-beraet-mich/. Accessed June, 2018.

(108) Terre des hommes. Daten und Fakten. Available at: https://www.tdh.de/was-wir-tun/themen-a-z/babyklappe-und-anonyme-geburt/zahlen-und-fakten/. Accessed May, 2018.

(109) The World Bank. Population, total. 2016; Available at: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?year_high_desc=true. Accessed April, 2018.

(110) Simonsen HB. USA (Religion). 2009; Available at: http://denstoredanske.dk/Sprog%2c_religion_og_filosofi/Religion_og_mystik/Angloamerikanske_kirkeforhold/USA_(Religion). Accessed April, 2018.

(111) OECD. OECD Income Distribution Database (IDD): Gini, poverty, income, Methods and Concepts. 2015; Available at: http://www.oecd.org/social/inequality.htm. Accessed April, 2018.

(112) Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik: Uligheden i indkomster vokser. 2015; Available at: https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=20653. Accessed Juni, 2018.

(113) Office of Immigration Statistics. Yearbook of Immigration Statistics 2016. 2017;2018(April).

(114) Pew Research Center. 5 facts about illegal immigration in the U.S. 2017; Available at: http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/04/27/5-facts-about-illegal-immigration-in-the-u-s/. Accessed April, 2018.

(115) Martin J, Hamilton B, Osterman M, Driscoll A, Mathews T. Births: Final Data for 2015. National Vital Statistics Reports 2017;66(1).

(116) Guttmacher Institute. Induced Abortion in the United States. 2018; Available at: https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states. Accessed April, 2018.

(117) National District Attorneys Association. Child Neglect & Abandonment State Statutes. 2007; Available at: https://www.ndaa.org/pdf/ncpca_statute_child_neglect_abandonment_3_07.pdf. Accessed April, 2018.

(118) Child Welfare Information Gateway. Infant Safe Haven Laws. https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/laws-policies/statutes/safehaven/ ed. Washington: U.S. Department of health and Human Services, Children's Bureau; 2017.

(119) Guttmacher Institute. An Overview of Abortion Laws. 2018; Available at: https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/overview-abortion-laws. Accessed Marts, 2018.

(120) Guttmacher Institute. States Hostile to Abortion Rights, 2017. 2018; Available at: https://www.guttmacher.org/infographic/2018/states-hostile-abortion-rights-2017. Accessed Juni, 2018.

(121) Child Welfare Information Gateway. Are You Pregnant and Thinking About Adoption. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2014.

(122) Pertman A. Unintended Consequences: “Safe Haven” Laws Are Causing Problems, Not solving Them. New York: Evan B. Donaldson Adoption Institute; 2003.

(123) Rice T, Rosenau P, Unruh, LY, Barnes, AJ, Saltman R, van Ginneken E. United States of America - Health system review. 2013;Health Systems in Transition 15(3).

(124) Jensen T. Det amerikanske sundhedssystem. 2015; Available at: https://faktalink.dk/titelliste/det-amerikanske-sundhedssystem. Accessed May, 2018.

(125) Politiken. Forstå slagsmålet om Obamacare. 2017; Available at: https://politiken.dk/udland/int_usa/art5800150/Forst%C3%A5-slagsm%C3%A5let-om-Obamacare1. Accessed Juni, 2018.

(126) Guttmacher Institute. Publicly Funded Family Planning Services in the United States. 2016; Available at: https://www.guttmacher.org/fact-sheet/publicly-funded-family-planning-services-united-states. Accessed Juni, 2018.

(127) Huffpost. What Are ‘Crisis Pregnancy Centers,’ And Why Does The Supreme Court Care About Them? 2018; Available at: https://www.huffingtonpost.com/entry/crisis-pregancy-centers-supreme-court_us_5a09f40ae4b0bc648a0d13a2. Accessed Juni, 2018.

(128) Department of Social Services, State of California. Safely Surrendered Baby. 2018; Available at: http://www.cdss.ca.gov/inforesources/Safely-Surrendered-Baby. Accessed April, 2018.

(129) Kaplan DS. Who Are the Mothers Who Need Safe Haven Laws? An Empirical Investigation of Mothers Who Kill, Abandon, or Safely Surrender Their Newborns. Chicago, USA: The John Marshall Institutional Repository; 2014.

(130) Gruss SM. Is Safe Haven Legislation an Efficacious Policy Response to Infant Abandonment: A Biopsychosocial Profile of the Target Population. PhD Thesis. Richmond USA: Virginia Commonwealth University; 2006.

(131) The New Jersey Safe Haven Awareness Promotion Task Force. A Report on: Safe Haven Infant Protection Act Public Awareness. 2007; Available at: https://dspace.njstatelib.org/xmlui/bitstream/handle/10929/35012/c5362007e.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accessed 2018, April.

(132) Raising Arizona Kids. Safe haven, safe baby. 2014; Available at: https://www.raisingarizonakids.com/2014/02/arizona-safe-baby-haven/. Accessed May, 2018.

(133) National Safe Haven Alliance. National Safe Haven Alliance. 2018; Available at: https://www.nationalsafehavenalliance.org/. Accessed Juni, 2018.

(134) Project Cuddle. Providing Safe and Legal Alternatives to Baby Abandonment. 2018; Available at: https://projectcuddle.org/. Accessed Juni, 2018.

(135) National Safe Haven Alliance. National statistics. 2018; Available at: https://www.nationalsafehavenalliance.org/statistics/. Accessed Juni, 2018.

(136) Pruitt SL. The number of illegally abandoned and legally surrendered newborns in the state of Texas, Estimated from News Stories, 1996–2006. Child Maltreatment 2008;13(1):89-93.

(137) Department of Finance, State of California. Historical and Projected State and County Births, 1970-2023, with Actual and Projected Fertility Rates by Mother's Age and Race/Ethnicity, 2000-2023. 2014; Available at: http://www.dof.ca.gov/forecasting/demographics/projections/Historical_And_Projected_Births/. Accessed April, 2018.

(138) Herman-Giddens M, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns Killed or Left to Die by a Parent. American Medical Association 2003;289(11):1425-1429.

(139) Sanger C. Infant Safe Haven Laws: Legislating in the Culture of Life. Colombia Law Review 2006;106(4):753.

(140) Furhauge B. Østrig. 2013; Available at: http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Tyskland,_Østrig,_Schweiz_og_Liechtenstein/Østrig_generelt/Østrig_(Landeartikel). Accessed April, 2018.

(141) United Nations. World Abortion Policies 2013. 2013; Available at: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml. Accessed Juni, 2018.

(142) eSundhed. Tabel over antal aborter. 2015; Available at: http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/ABR/Sider/ABR01.aspx. Accessed Juni, 2018.

(143) Grylli C, Brockington I, Fiala C, Huscsava M, Waldhoer T, Klier CM. Anonymous birth law saves babies--optimization, sustainability and public awareness. Arch Womens Ment Health 2016 Apr;19(2):291-297.

(144) Anonyme Geburt. Available at: http://anonymegeburt.at/. Accessed June, 2018.

(145) BBC news. Europe's abortion rules. 2007; Available at: http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6235557.stm#austria. Accessed Juni, 2018.

(146) Hofmarcher MM, Quentin W. Austria: Health system review. Health Systems in Transition. 2016;15(7):1-129.

(147) Pratscher K, Direktion Bevölkerung/Soziales und Lebensbedingungen, Stand des Berichts. Kinder- und Jugendhilfestatistik 2015. Wien: Berichtsbeauftragung: Bundesministerium für Familien und Jugend; 2016.

(148) Pratscher K, Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich, Direktion Bevölkerung. Kinder- und Jugendhilfestatistik 2016. Wien: Bundesministerium für Familien und Jugend; 2017.

(149) Orthofer M, Orthofer R. Angebote zur anonymen Kindesabgabe. Pädiatrie & Pädologie 2013;48(3):22-25.

(150) Bundeskanzleramt. Familenberatung. Available at: https://www.familienberatung.gv.at/. Accessed June, 2018.

(151) Bundesministerium. Anonyme Geburte. 2018; Available at: https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.080020.html. Accessed June, 2018.

(152) Siklossy H. Weggelegte Babys: Welche Motive der Mütter sind ausschlaggebend? Pädiatrie & Pädologie 2014;49(2):27-32.

(153) Amon S, Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Almiron MP, Formann AK, Voracek M, et al. Potential predictors in neonaticide: The impact of the circumstances of pregnancy. Archives of Women's Mental Health 2012;15(3):167-174.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD