

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Vid regeringssammanträde den 4 september 1997 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare för att allsidigt belysa de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstagande och ansvar vad gäller tillkomsten och tillämpningen av den steriliseringslagstiftning som var i kraft i Sverige från 1930-talet fram till dess att nuvarande steriliseringslagen trädde i kraft år 1976. I utredarens uppdrag ingick också att göra en kartläggning av hur omfattande verksamheten var och på vilka indikationer steriliseringarna utfördes. Utredaren skulle även överväga principerna för en gottgörelse av samhället till dem som steriliserades mot sin vilja eller på någon annans initiativ.

Regeringen utnämnde samma dag f.d. universitetskansler Carl-Gustaf Andrén att vara särskild utredare.

Att som sakkunniga medverka i den särskilde utredarens arbete förordnades samma dag professor Bertil Bengtsson, numera regeringsrådet Susanne Billum, professor Gunnar Broberg, professor Karin Johannisson, professor Kerstin Hagenfeldt och professor emeritus Claes-Göran Westrin. Billum entledigades som sakkunnig från och med den 1 november 1998.

Att som experter biträda den särskilde utredaren förordnades från den 1 december 1997 fil.kand. Mattias Tydén och från den 1 februari 1998 överläkaren Monika Bukowska Jacobsson.

Som sekreterare åt den särskilda utredaren förordnades från den 15 oktober 1997 rådmannen Leif Persson.

Som biträde till Mattias Tydén respektive Monika Bukowska Jacobsson förordnades från den 1 december 1997 fil. kand. Urban Lundberg respektive från den 1 februari 1998 sjuksköterska Tobias Edbom. Den senare förordnades från den 1 september 1998 som biträdande sekreterare i utredningen. För att genomföra intervjuer med personer som steriliserats mot sin vilja har utredningen anlitat fil. dr Ingrid Lomfors. För att genomföra en särskild undersökning angående tvång - frivillighet förordnades fil.kand. Mikael Eivergård och fil. dr Lars-Eric Jönsson under tiden 25 maj - 23 augusti respektive 17 maj - 31 augusti 1999 som sekreterare i utredningen.

Utredningen har antagit namnet 1997 års steriliseringsutredning (S 1997:14).

Utredningen överlämnade till regeringen den 26 januari 1999 delbetänkandet Steriliseringsfrågan i Sverige 1935-1975, Ekonomisk ersättning (SOU 1999:2).

Utredningen får härmed överlämna slutbetänkandet Steriliseringsfrågan i Sverige 1935 - 1975 Historisk belysning - Kartläggning - Intervjuer jämte bilagor.

Uppdraget är härmed slutfört.

Lund i mars 2000

Carl-Gustaf Andrén

/Leif Persson

Innehåll

1	Inledning	7
1.1	Utredningens uppdrag	7
1.2	Arbetets uppläggning	8
1.3	Var direktivens frågor besvaras	12
2	Historien i backspegeln	15
2.1	Bakgrund.....	15
2.2	Ansvar.....	17
	2.2.1 Begreppet ansvar.....	17
	2.2.2 Belysa ansvarsfrågan - utkräva ansvar	19
	Vad kan samhället idag ta avstånd från?	
	Varför ställs krav på att ansvar skall utkrävas?	
	Vem kan göras ansvarig?	
	Hur kan ett ansvar utkrävas och enligt vilka principer?	
2.3	Avståndstagande.....	23
2.4	Upprättelse och gottgörelse	25
2.5	Avslutande kommentarer.....	27
3	Sterilisering som tvång	29
3.1	Begrepp och etiska konflikter	29
3.2	Antalet steriliserade ur perspektivet frivillighet - tvång; en uppskattning.....	32
4	Ansvaret	35
4.1	Inledning.....	35
4.2	Riksdag och regering.....	36
4.3	Medicinalstyrelsen	37
4.4	Yrkesgrupper	41

5	Hur undviks en upprepning?	45
5.1	Inledning.....	45
5.2	Kodifierade generella etiska regler och principer	47
5.3	Andra medel för att upprätthålla etiska principer och värderingar	49

Bilagor i detta betänkande

<i>Bilaga 1</i>	Utredningens direktiv	53
<i>Bilaga 2</i>	Mellan tvång - frivillighet i 1074 steriliseringsakter 1935-1975 (fil. dr Lars-Eric Jönsson/fil. kand. Mikael Eivergård)	59
<i>Bilaga 3</i>	Preventivmedel, abortmetoder, steriliseringsmetoder 1935-1975 (professor Kerstin Hagenfeldt).....	131
<i>Bilaga 4</i>	En kartläggning (överläkare Monika Bukowska Jacobsson m.fl.).....	147
<i>Bilaga 5</i>	Berättelser från livet - Intervjuer med tvångssteriliserade i Sverige (fil. dr Ingrid Lomfors)	279

Rapport av fil. kand. Mattias Tydén på uppdrag av utredningen
Från politik till praktik De svenska steriliseringslagarna 1935 - 1975
 (SOU 2000:22)

Särskilda forskarrapporter publicerade separat men på utredningens uppdrag

1. Internationellt perspektiv.

(Artiklarna publicerade i *Scandinavian Journal of History*, 1999:2)

- Professor Dorothy Porter, Eugenics and the Sterilisation Debate in Sweden and Britain before the Second World War,
- Professor Peter Weingart, Science and Political Culture - Eugenics in Comparative Perspective,
- Professor Paul Weindling, International Eugenics: Swedish Sterilisation in Context, samt
- Professor Nils Roll-Hansen, Eugenics in Scandinavia after 1945: Change of values and growth of knowledge.

2. Pågående svensk forskning.

(Artiklarna publicerade i forskarrapporten *Fem uppsatser om steriliseringen i Sverige*, Ugglan 12, Inst. för kulturvetenskaper, avd. för idé- och lärdoms historia, 2000)

- Fil.dr Lars-Eric Jönsson, Ett skarpt vapen - om sterilisering som alternativ till anstaltsvistelse,
- Fil.dr Lena Lennerhed, Steriliseringar och sexuell reform:- Om Elise Ottesen-Jensen och Riksförbundet för sexuell upplysning;
- Docent Eva Palmblad, Abortpolitikens dolda dagordning under trettio- och fyrtiotalen,
- Fil. kand. Kristina Engwall, Steriliseringspolitikens tillämpning på Västra Mark samt
- Fil.kand. Mikael Eivergård, Anstalt, patient och steriliseringar vid Salberga sjukhus

Forskarrapporter oberoende av utredningen (men påbörjade efter samråd med utredningen)

1. Docent Kjell O. Lejon, *Tvångsteriliseringarna och Svenska kyrkan 1935-1975* (Tro & Tanke, supplement, Svenska kyrkans forskningsråd, 1/1999) samt
2. Docent Niels Lynöe, *Läkarsällskapet och steriliseringsdebatten - Studie av Sällskapetets skrifter under perioden 1920 - 1974* (Svensk Medicin nr 68).

Detta slutbetänkande kommer att vara tillgängligt på regeringens hemsida på internet: www.regeringen.se.

1 Inledning

1.1 Utredningens uppdrag

Av regeringens direktiv (Dir 1997:100) framgår omfattningen av utredningens uppdrag. Direktiven bifogas detta betänkande som bilaga 1.

Utredningens uppdrag kan delas in i tre delar: en historisk belysning, en kartläggning och ett förslag om ekonomisk ersättning till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ.

I utredningens delbetänkande *Steriliseringsfrågan i Sverige 1935-1975 Ekonomisk ersättning (SOU 1999:2)* redovisades förslagen om ekonomisk ersättning. De förslagen överlämnade utredningen till regeringen i januari 1999 och resulterade i en proposition från regeringen (prop. 1998/99:71) vilken antogs av riksdagen den 19 maj 1999 (skr 1998/99:208, bet. 1998/99SoU13). Genom riksdagsbeslutet stiftades en särskild lag (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall som började gälla från den 1 juli 1999. I lagen anges ersättningsbeloppet 175.000 kr och regleras de närmare förutsättningarna för ersättning till dem som steriliserats mot sin vilja. Bland annat har en särskild nämnd, Steriliseringsersättningsnämnden, upprättats med uppdrag att pröva ansökningar och besluta om ersättning i det enskilda fallet. Nämnden har till utgången av februari 2000 tagit emot cirka 1.700 ansökningar och fattat beslut i 662 fall, varav 584 fått ersättning.

Utredningens uppdrag har således varit att, förutom att föreslå en ekonomisk ersättning, ur olika aspekter belysa den steriliseringslagstiftning som tillämpades i Sverige under åren 1935 till 1975 samt debatten kring såväl dess tillkomst som dess upphävande.

Med hänsyn till uppdragets huvudsakliga karaktär av historisk belysning och kartläggning kan det synas ologiskt att först föreslå en ekonomisk ersättning innan de olika historiska aspekterna på steriliseringsfrågan presenterats. Man kan göra gällande att det hade varit mer konsekvent om de olika delarna av utredningens uppdrag hade kunnat slutföras och publiceras vid samma tillfälle.

Emellertid angav regeringen redan i direktiven till utredningen som sin uppfattning att "[steriliserings-]lagarnas utformning och hur de kom att tillämpas i praktiken präglades bl.a. av ett rashygieniskt synsätt och

en tro på folkrening som var förhärskande bland många beslutsfattare, forskare och läkare under första hälften av 1900-talet och att många av dem som steriliserades blev offer för detta synsätt”. Enligt regeringens mening var det därför angeläget att de som steriliserades mot sin vilja eller på någon annans initiativ fick en gottgörelse av samhället. Regeringen gav också i uppdrag till utredningen att överväga principerna för en sådan gottgörelse samt att behandla denna ersättningsfråga med förtur.

Utredningen har haft stor förståelse för detta önskemål eftersom de som kan komma ifråga för ersättning med få undantag har hög ålder varför det är angeläget att de får del av en ekonomisk ersättning snarast möjligt.

Utredningen kunde redan i delbetänkandet konstatera att många människor under den aktuella tidsperioden steriliserats mot sin vilja trots att i vart fall 1941 års steriliseringslagstiftning enligt sin ordalydelse i princip byggde på frivillighet. Det har därför tveklöst funnits goda humanitära skäl för att låta frågorna om en ekonomisk ersättning handläggas med förtur.

Den historiska belysning och kartläggning som utredningen nu lägger fram kan främst sägas vara avsedd som ett underlag för diskussioner om samhällets attityder och statens agerande mot människor under de år 1934 och 1941 års steriliseringslagstiftning var i kraft. Forskningsresultaten bör förhoppningsvis också kunna användas i diskussioner om våra värderingar idag på närliggande områden, ur bl.a. ett moralfilosofiskt perspektiv.

1.2 Arbetets uppläggning

Hur arbetet med ersättningsfrågan lades upp framgår av utredningens delbetänkande SOU 1999:2 s. 57ff.

Vad gäller uppdraget att på olika sätt belysa steriliseringsfrågan ur ett historiskt perspektiv har en given utgångspunkt för utredningen varit direktivens frågeställningar. I direktiven har uppdraget angående historisk belysning uttryckts på följande sätt.

I uppdraget ingår att skapa klarhet om vilka överväganden som låg till grund för utformningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar.

Det är viktigt att den tillämpning som lagarna fick belyses och att den debatt som kan ha förts i riksdag, i de politiska partierna, av forskarsamhället eller på annat sätt under de år lagarna var i kraft fram till dess de slutligen upphävdes redovisas och analyseras.

Det är således angeläget att de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstaganden och ansvar blir allsidigt belysta.

Lagarnas tillkomst, deras tillämpning och skälen till att de upphävs skall sättas in i sitt historiska sammanhang och förhållandena i Sverige belysas i ett internationellt perspektiv.

Vad gäller dessa frågor gav utredningen parallellt med att ersättningsfrågan behandlades i uppdrag åt fil. kand. Mattias Tydén med bidrag av fil. kand. Urban Lundberg, båda vid Historiska institutionen vid Stockholms universitet, att göra en självständig historisk belysning och analys av steriliseringslagarnas tillämpning, den offentliga debatten samt olika aktörers ställningstaganden och ansvar m.m. i enlighet med vad som ovan anges i utredningens direktiv. I en fristående rapport till detta slutbetänkande publicerar Tydén sin redovisning tillsammans med analyser och slutsatser.

För att få *internationellt perspektiv* på den svenska steriliseringspolitiken deltog utredningen i juni 1998 i ett internationellt seminarium i Uppsala, "Eugenics and the Modern State" anordnat av SCASSS (the Swedish Collegium for Advanced Study in the Social Sciences). Bland annat några av de internationella forskare som deltog i seminariet accepterade att på utredningens uppdrag självständigt studera och analysera den svenska steriliseringspolitiken ur ett internationellt perspektiv. De forskare som bidragit är professor Dorothy Porter, Department of History, Birkbeck College, University of London, professor Nils Roll-Hansen, Universitetet i Oslo, professor Peter Weingart, Universität Bielefeld och professor Paul Weindling, Oxford Brookes University. Deras bidrag har i december 1999 publicerats i *Scandinavian Journal of History* 1999:2¹.

För att få inblick i och perspektiv på pågående svensk forskning genomförde utredningen i september 1998 tillsammans med Institutionen för Idé och lärdomshistoria vid Uppsala universitet ett seminarium med svenska forskare, främst odisputerade, som arbetar med frågor som direkt eller indirekt berör steriliseringsfrågan. Deltagarna erbjöds av utredningen att i en gemensam skrift publicera sina slutsatser från seminariet. Resultatet har publicerats i december 1999 i skriften *Fem uppsatser*

¹ Följande artiklar publiceras i boken: Dorothy Porter, "Eugenics and the Sterilisation Debate in Sweden and Britain before the Second World War"; Peter Weingart, "Science and political Culture – Eugenics in Comparative Perspective"; Paul Weindling, "International Eugenics: Swedish Sterilisation in Context"; Nils Roll-Hansen, "Eugenics in Scandinavia after 1945: Change of Values and Growth of Knowledge";

om steriliseringar i Sverige, Ugglan 12, Inst. för kulturvetenskaper, avd. för idé- och lärdoms historia².

Utöver de nu nämnda forskarna har flera historiker bidragit med viktig information genom föredrag och muntliga redovisningar för utredningen. Här kan särskilt nämnas fil. dr Maija Runcis, Stockholm, författare till avhandlingen *Steriliseringar i folkhemmet*, 1998. Vidare kan nämnas professor Everett Mendelsohn, Harvard, fil. dr Kerstin Färm, Örebro, samt doktorand Judith Areschough, Linköping.

För att sätta in steriliseringsfrågan och frågan om ekonomisk ersättning i ett moralfilosofiskt perspektiv har utredningen tillsammans med Institutionen för Idé- och lärdoms historia vid Uppsala universitet i november 1998 genomfört ett seminarium med forskare som har särskild kunskap om etiska, filosofiska och teologiska frågor. Dessa var professor Carl Reinhold Bråkenhielm, avdelningen för livsåskådningsvetenskap, Teologiska institutionen, Uppsala universitet, FD Ulla Holm, Alingsås, FD Ulla Holm, Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet, docent Göran Möller, avdelningen för livsåskådningsvetenskap, Teologiska institutionen, Uppsala universitet och FD Gunilla Silfverberg, Ersta vårdetiska institut.

Utredningen har vid flera tillfällen samrått med professor Göran Hermerén, enheten för medicinsk etik, Lunds universitet. Docent Tore Nilstun på samma enhet har lämnat ett viktigt bidrag till utredningen. Han har i huvudsak skrivit avsnitt 3.1 *Sterilisering som tvång - Begrepp och etiska konflikter*.

För att få ytterligare perspektiv på steriliseringsfrågans etiska dimensioner har utredningen i september 1999 vid ett möte med Statens medicinsk-etiska råd haft en värdefull diskussion om bl.a. frågan om ansvar och avståndstagande.

Utredningen har i oktober 1999 deltagit i ett symposium om Sverige, Schweiz och andra världskriget anordnat av Centrum för Schweizerstudier vid Örebro universitet där frågan om historieskrivning, historierevidering och moral bl.a. diskuterades.

² Följande artiklar publiceras i boken; fil. dr Lars-Eric Jönsson, "Ett skarpt vapen - Om sterilisering som alternativ till anstaltsvistelse"; fil. dr Lena Lennerhed, "Steriliseringar och sexuell reform - Om Elise Ottesen-Jensen och Riksförbundet för sexuell upplysning, docent Eva Palmblad, "Abortpolitikens dolda dag-ordning under trettio- och fyrtiotalen" fil. kand. Kristina Engwall, "Steriliseringspolitikens tillämpning på Västra Mark" samt fil. kand. Mikael Eivergård, "Bör först steriliseras - Anstalt, patient och steriliseringar vid Salberga sjukhus".

En viktig men samtidigt svår och omdiskuterad fråga i utredningsarbetet har varit i vilken omfattning *tvång* förekom i samband med steriliseringarna. 1941 års steriliseringslag byggde enligt sin ordalydelse i princip på frivillighet - samtycke. Samtidigt har utredningen kunnat konstatera att många människor, trots att de formellt sett själva ansökte om eller samtyckte till steriliseringsåtgärden, i realiteten gjort detta under tvång eller i tvångsliknande situationer. Som en del i arbetet att om möjligt avgöra i vilken omfattning sådant tvång eller sådana tvångsliknande situationer förekom och hur många som steriliserades mot sin vilja har utredningen gett i uppdrag åt forskarna fil. kand. Mikael Eivergård och fil. dr Lars-Eric Jönsson att självständigt ur perspektivet frivillighet - tvång gå igenom och analysera drygt 1.000 statistiskt utvalda ansökningar om sterilisering från åren 1941-1975. Deras rapport fogas till detta betänkande som bilaga 2.

Utredningen har ansett det väsentligt att som ett komplement till den historiska belysningen redovisa fakta om preventivmedel, abortmetoder och steriliseringsmetoder samt i vilken utsträckning dessa medel och metoder var tillgängliga och tillåtna under den tid 1934 och 1941 års steriliseringslagar var i kraft. Utredningens sakkunniga professor Kerstin Hagenfeldt redovisar detta i bilaga 3.

Utöver den historiska belysningen och ersättningsfrågan har utredningen haft i uppdrag att göra *en kartläggning* av steriliseringarnas omfattning. I utredningens direktiv har detta uttryckts på följande sätt.

I uppdraget ingår också att göra en kartläggning av hur många personer som steriliserades med stöd av lagarna under de olika indikationerna, vilka de var och hur deras liv påverkades. Antalet steriliseringar som utfördes efter ansökan av någon annan än den person som steriliserades skall också redovisas. Av intresse är också att en kartläggning görs om eventuella förändringar i tillämpningen av lagstiftningen under den tid den var i kraft och de bakomliggande orsakerna till det.

Ett viktigt material för denna kartläggning är de ansökningar om sterilisering som finns bevarade i Riksarkivet och i Socialstyrelsens arkiv. Utredningen gav parallellt med att ersättningsfrågan behandlades i uppdrag åt överläkare Monika Bukowska Jacobsson med biträde av sjuksköterska Tobias Edbom att genomföra kartläggningen. Professor P-A Rydelius, Barn- och ungdomspsykiatriska enheten vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, har varit utredningen behjälplig med råd i denna del och även ställt assistenten Ingegärd Fried till förfogande för bl.a. arkivgenomgångar och den statistiska bearbetningen. Utredningen har också fått hjälp av bl.a. docent Jan O. Jonsson, Institutet för social forskning vid Stockholms universitet, att lösa flera statistiska problem. Utredningen har härutöver anlitat doktoranden Christer Henriksson vid institutio-

nen för medicinsk epidemiologi för vissa statistiska analyser. Resultatet av kartläggningen redovisas i bilaga 4.

I kartläggningsuppdraget ingick också, som nyss framgått, att undersöka vilka de personer var som steriliserades och hur deras liv påverkades. Som ett viktigt och levande komplement till den statistiska undersökningen har utredningen låtit fil. dr Ingrid Lomfors genomföra *intervjuer* med några av dem som upplevt att de steriliserats mot sin vilja och som skrivit till utredningen och berättat om sina liv. Dessa intervjuer eller livsberättelser redovisas i bilaga 5.

En särskild frågeställning i kartläggningsdelen har varit bakomliggande orsaker till eventuella förändringar i lagstiftningens tillämpning. Denna fråga tas upp i såväl Tydéns som Eivergård/Jönssons rapporter.

Svenska Kyrkans forskningsråd gav med anledning av debatten om steriliseringarna hösten 1997 efter samråd med utredningen i uppdrag åt docent TD Kjell O. Lejon, Tema Religion, Linköpings universitet, att närmare studera hur Svenska kyrkan förhöll sig till steriliseringsproblematiken. Hans undersökning och slutsatser redovisades i rapporten *Tvångssteriliseringarna och Svenska kyrkan 1935-1975* (Tro & Tanke, supplement, Svenska kyrkans forskningsråd 1/1999). Utredningen redovisar en kort sammanfattning av undersökningen i avsnitt 4.4.

Svenska Läkaresällskapet gav av samma anledning hösten 1997 efter samråd med utredningen i uppdrag åt docent Niels Lynöe, Institutionen för socialmedicin, Umeå universitet, att studerar läkaresällskapets förhållande till steriliseringsfrågan. Hans arbete och slutsatser redovisades i början av 2000 i rapporten *Svenska Läkaresällskapet och steriliseringsdebatten – Studie av Sällskapets skrifter under perioden 1920 – 1974*, Svensk Medicin nr 68. Utredningen redovisar en kort sammanfattning av undersökningen i avsnitt 4.4.

Läkarförbundet och *Läkartidningen* har i några nummer av *Läkartidningen*, 45/99 och 46/99, belyst steriliseringsfrågan genom att granska dels vad som skrevs i *Läkartidningen* åren 1930 -1950 och dels vilka beslut som förbundet fattade under denna period. Utredningen redovisar en kortfattad sammanfattning av undersökningen i avsnitt 4.4.

1.3 Var direktivens frågor besvaras

Betänkandets bilagor innehåller inte enbart faktasammanställningar utan också analyser och slutsatser. Dessa analyser och slutsatser görs av självständiga forskare som själva står för sina resultat. Utredningen, som initierat dessa undersökningar, ställer sig bakom de redovisade resultaten.

I de två föregående avsnitten har utredningen redovisat hur arbetet lagts upp. Där har också nämnts att utredningen givetvis tagit del av annan viktig forskning som publicerats genom åren. Sådana undersökningar som är särskilt relevanta kommenteras i sitt sammanhang i utredningens bilagor.

I följande avsnitt tar utredningen däremot upp vissa frågor rörande begreppet ansvar (avsnitten 2.2 och 4), tvångsproblematiken (avsnitt 3), samt en diskussion om hur man undviker en upprepning (avsnitt 5).

Utredningens ställningstagande att här bara delvis sammanfatta och kommentera de bilagda forskningsresultaten har följande grund.

Uppdraget innebär framför allt att *belysa* lagstiftningens tillämpning, att *redovisa och analysera* den debatt som kan ha förts i riksdag, i de politiska partierna, av forskarsamhället eller på annat sätt under de år lagarna var i kraft fram till dess de slutligen upphävdes samt att sätta in lagarnas tillkomst, deras tillämpning och skälen till att de slutligen upphävdes i ett historiskt sammanhang och belysa förhållandena i Sverige i ett internationellt perspektiv.

Utredningen har valt att lägga ut huvuddelen av belysning, redovisning och analys som ett särskilt uppdrag till en forskare, fil. kand. Mattias Tydén, med biträde av fil. kand. Urban Lundberg. Tydéns undersökning lägger tyngdpunkten på den debatt som förts i riksdagen och de politiska partierna samt den praktiska tillämpningen hos myndigheter och på anstalter.

Tydén har haft fria händer att själv analysera och dra slutsatser när han så önskat. Detta framgår av rapporten. Motsvarande frihet gäller rapporten om tvång - frivillighet som forskarna Eivergård/Jönsson lämnat till utredningen och som publiceras i bilaga 2.

Vad gäller Svenska kyrkans och Svenska Läkaresällskapets ställningstaganden till steriliseringarna har utredningen, efter att på ett tidigt stadium kontaktats av dessa organisationer, kunnat konstatera att de hade för avsikt att själva ge oberoende forskare i uppdrag att ta fram och redovisa underlag för en diskussion. Utredningen har med hänsyn till detta valt att inte göra några särskilt riktade undersökningar angående dessa organisationer. En mycket summarisk redogörelse för slutsatserna i dessa rapporter finns som tidigare nämnts i avsnitt 4.4. Samtidigt redovisar och analyserar Tydén och Bukowska Jacobsson i sina rapporter material med anknytning till såväl Svenska kyrkan som läkarkåren.

Vad gäller de internationella jämförelserna har utredningen, som redovisats i föregående avsnitt, valt att ge i uppdrag till vissa internationella forskare att självständigt bidra med sin syn på den svenska steriliseringsfrågan i en särskild internationell rapport.

Vad slutligen gäller pågående svensk forskning har utredningen, som också nämnts tidigare, låtit publicera vissa forskningsresultat i en särskild rapport.

Om *utredningen* skulle sammanfatta dessa undersökningar skulle det leda till förenklingar. Utredningen har istället överlåtit till de enskilda forskarna att själva, i den utsträckning de funnit lämpligt, sammanfatta sina resultat i respektive undersökning. Detta ställningstagande innebär visserligen att den som vill ta del av utredningens material och forskarnas arbete måste gå till ett antal specialundersökningar. Den olägenheten anser utredningen dock vara överkomlig.

Sådana sammanfattningar finns såväl i Tydéns, Bukowska Jacobsons som Eivergård/Jönssons undersökningar. Utredningen ställer sig, som tidigare nämnts, bakom deras resultat.

2 Historien i backspegeln

"... det dilemma, i vilket historikern befinner sig. Själv lever han i en viss tid, behärskad av dess självklara förutsättningar, som han icke kan underlåta att göra bruk av. Föremålet för hans undersökning är beläget i en annan tid, behärskad av andra självklara förutsättningar. Huru skall han då kunna ge en trogen bild av denna tid? I sin verkliga innebörd avtecknar den sig ju endast mot bakgrund av sina egna självklara förutsättningar, vilka äro andra än dem som gäller för honom och hans samtid."

Ur föredraget *Det självklaras roll i historien*,
av Anders Nygren, professor och sedermera biskop i
Lund, hållet 1943 vid Kungl Humanistiska Vetenskaps-
samfundets i Lund 25-års jubileum

2.1 Bakgrund

Inledningsvis vill utredningen mycket kort redovisa några utgångspunkter för belysningen av ansvarsfrågan. Följande konstateranden kan göras på grundval av tidigare forskning och de studier som utredningen har initierat.

Lagarna. De s.k. steriliseringslagarna stiftades av Sveriges riksdag 1934 och 1941. Båda tillät i vissa situationer sterilisering utan samtycke. Enligt 1934 års lag kunde sådana ingrepp utföras om den person det gällde ansågs sakna förmåga att förstå steriliseringens innebörd (vad som då kallades rättsinkapacitet). Lagen reglerade endast sådana ingrepp. 1941 års lag byggde i princip på frivillighet. Fortfarande kunde dock s.k. rättsinkapabla steriliseras utan samtycke. Fysiskt våld fick enligt lagarnas förarbeten aldrig användas. Skälen (indikationerna) för att utföra sterilisering var tre: eugeniska (ras/arvshygieniska), sociala och medicinska. År 1976 trädde en ny steriliseringslag i kraft. Sterilisering får sedan dess endast utföras på egen begäran. Tillstånd från någon myndighet krävs inte för den som är 25 år eller äldre.

Omvärlden. Steriliseringslagar liknande de svenska stiftades på flera håll, först i USA (delstaten Indiana 1907) och under 1930-talet bl.a. i de nordiska länderna och i Tyskland. Sterilisering med liknande motiv har

dessutom förekommit i länder utan sådana lagar. Å andra sidan fanns länder som efter debatt avvisade tanken på sterilisering. Det är svårt att avgöra om tvångssterilisering, eller sterilisering överhuvudtaget, var vanligare i Sverige än i t.ex. de nordiska grannländerna. Pågående danska och norska undersökningar, som möjliggör sådana jämförelser, kommer att publiceras inom en snar framtid.

Politisk enighet. Bakom de svenska lagarna stod riksdagens partier i stort sett eniga, om än med något skilda motiveringar.

Antalet. Åren 1935-1975 rapporterades nära 63.000 steriliseringar i Sverige på grundval av denna lagstiftning. Det totala antalet ansökningar om sterilisering inlämnade till medicinalstyrelsen var ca 70.000, vilket pekar på drygt 7.000 av olika skäl ej genomförda steriliseringar (ej beviljade, vägran, ånger). Ett okänt men sannolikt litet antal steriliseringar har skett före 1935. Då rådde inte rapporteringsplikt. Under den nya lagen 1976 ökade antalet steriliseringar kraftigt och uppgick under åren 1976 - 1996 till cirka 166.000, dvs i genomsnitt drygt 8.000 per år.

Frivillighet och tvång. En analys av ansökningshandlingarna pekar på att omkring hälften av dem som steriliserades själva frivilligt hade tagit initiativ till operationen. Cirka 9 procent av operationerna har utförts under tvång (utan samtycke). Cirka 24 procent av ingreppen har skett efter formellt sett egen ansökan eller med samtycke men under omständigheter som kan betecknas som tvångsliknande t.ex. genom att operationen ställts som villkor för utskrivning från anstalt eller för abort. I ytterligare 10 procent av fallen finns tecken på övertalning eller påtryckning. Resterande ingrepp (cirka 7 procent) har inte varit möjliga att klassificera. Tvånget dominerade under periodens början. Svenska efterundersökningar tyder dock på att många som steriliserades redan under 1950-talet var tillfredsställda med ingreppet. Mot slutet tycks en mycket stor majoritet av steriliseringarna ha varit frivilliga.

Förändringar. Steriliseringslagarna har tillämpats på mycket olika sätt under den långa tid de varit i kraft. Krigsslutet 1945 innebar ingen tydlig gräns. Däremot framstår 1950-talet som en brytpunkt. Förändringar kan iaktas bl.a. på följande områden: från dominerande tvång till dominerande frivillighet; från befolkningspolitiska och ras/arvs-hygieniska motiv till socialmedicinska och familjeplanerande motiv; från samhällsintresse till individintresse.

Skilnader. Lagarna har tillämpats på olika sätt under en och samma tid. I vissa delar av Sverige och vid vissa anstalter var sterilisering vanligare än på andra håll. Enskilda läkare och andra aktörer har varit mer aktiva än andra.

Kön. Könsfördelningen var mycket sned. Av det totala antalet steriliserade var 93 procent kvinnor. Mot slutet av perioden, då den medicinska indikationen ("utsläpade mödrar") dominerade, utgjorde de

99 procent. Andelen män var störst (omkring en tredjedel) under början av 1940-talet då steriliseringarna främst utfördes med ras/arvshygieniska motiv.

Svaga grupper. Genomgående har steriliseringslagarnas tillämpning särskilt drabbat svaga och underprivilegierade grupper. Många har också steriliserats därför att de kategoriserats som svagbegåvade (sinnesslöa, efterblivna eller psykiskt utvecklingsstörda). Sådana motiv var mycket vanliga under 1940-talet, men relativt sällsynta under 1960- och 1970-talet. Från 1960-talet tillkommer arbetsinvandrade kvinnor som en överrepresenterad kategori (12 procent i förhållande till 4 procent av befolkningen).

Etnicitet. Med ett undantag kan inga tydliga utslag vad gäller etniska minoriteter noteras. Undantaget utgörs av personer utpekade som tattare; denna kategorisering har i vissa fall använts som skäl för sterilisering. I utredningens kartläggning har påträffats 22 fall där sterilisering synes ha skett på grund av att den enskilde rubricerats som tattare. Om denna siffra är representativ skulle det innebära att mellan 600 och 700 personer kategoriserats i steriliseringsansökningarna som tattare, merparten före 1950-talets mitt. Med hänsyn till de låga absoluta talen är dessa siffror dock mycket osäkra. Sterilisering av personer angivna som samer och zigenare tycks däremot ha skett i mycket liten utsträckning; utredningsresultatet ger inte stöd för att steriliseringar var särskilt riktade mot dessa som grupper.

Kränkning. Vi vet av dokumentationen både i dåtid och nutid att många människor känt sig djupt kränkta av ett påtvingat ingrepp som berövade dem möjligheten att få barn.

Det är i ljuset av dessa utgångspunkter som ansvarsfrågan skall förstås och kommer att diskuteras.

2.2 Ansvar

2.2.1 Begreppet ansvar

I utredningens direktiv anges att det är angeläget "att de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstaganden och *ansvar* blir allsidigt belysta."

Vad som menas med ansvar förklaras eller diskuteras inte ytterligare i direktiven. För att kunna belysa ansvaret har utredningen funnit det nödvändigt att först närmare studera innebörden av begreppet ansvar.

I många sammanhang används ansvar som ett moraliskt begrepp i uttryck som att *bära/konstatera/utkräva ansvar* eller *ett politiskt ansvar*. Att begreppet ansvar ges moraliska förtecken är i och för sig be-

gripligt. Men ansvar kan ha flera betydelser. Ofta hålls dessa betydelser inte tydligt isär; inte heller klarläggs alltid skillnaderna och betydelsen av dessa skillnader.

I Nationalencyklopedin (NE) definieras begreppet ansvar på följande sätt.

Ansvar, moralfilosofiskt, juridiskt och statsvetenskapligt begrepp. Inom *moralfilosofin* är begreppet relaterat till determinism och viljefrihet och har varit föremål för diskussion från Aristoteles till våra dagar. Utgår man från att allt som sker är orsaksbestämt, tycks tanken att människan har valfrihet vara en illusion. I så fall förefaller det lika meningslöst att ställa människor till ansvar för sina handlingar som att straffa maskiner. Den filosofiska diskussionen gäller innebörden i begreppet moraliskt ansvar, klassifikationen av olika typer av ansvar samt villkoren för ansvar respektive frihet från ansvar. Förutsätter ansvar viljefrihet? I så fall i vilken mening? Den brittiske filosofen John L. Mackie menar att en person är ansvarig för alla sina intentionella handlingar och endast för dem. Detta är emellertid inte helt okontroversiellt. Allmän enighet råder förmodligen om att den som handlar under yttre tvång normalt inte bör ställas till ansvar. Men det finns flera slag av yttre tvång och även olika former av inre tvång. Här förekommer en rad svåra gränsdragningsproblem.

Inom *juridik och statsvetenskap* avses med ansvar de rättsliga eller politiska konsekvenserna av handling eller underlåtenhet. Inom straff- och civilrätten används termen i mer precis och snäv innebörd för att beskriva personliga eller ekonomiska påföljder, t.ex. frihetsstraff eller skadestånd; se straff, skadestånd. I statsvetenskapen begagnas ordet i mer obestämd betydelse, "politiskt ansvar".

Även om dessa definitioner är kortfattade kan åtminstone tre olika betydelser särskiljas, ett statsvetenskapligt, ett juridiskt och ett moraliskt ansvarsbegrepp.

Ett (*juridiskt-*) *statsvetenskapligt* ansvarsbegrepp används å ena sidan för att ange rätten, skyldigheten eller konsekvenserna för myndigheter/organisationer/personer beträffande beslut i en fråga - alltifrån det övergripande lagstiftningsansvaret till ansvaret för enskilda (förvaltnings-) beslut. Man kan här möjligen tala om vilken *befogenhet* olika aktörer har dvs. ett formellt eller *objektiverat* ansvar för ett visst beslut, en viss handling eller åtgärd.

Detta ansvar har å andra sidan samtidigt en subjektiv sida som kan leda till ett (*juridiskt*) *straffrättsligt* ansvar. Att ansvar straffrättsligt kan utdömas för handlingar har såväl en objektiv som en subjektiv sida - vissa yttre krav eller kriterier skall objektivt sett vara uppfyllda och handlingen skall subjektivt sett ha begåtts med avsikt (eller oaktsamhet).

Ett sådant straffrättsligt ansvar innefattar vanligen också, beroende på vilka värderingar som gäller i samhället, ett *moraliskt* ansvar. Sambandet mellan ett straffrättsligt och ett moraliskt ansvar kan vara komplicerat och har under alla tider varit föremål för diskussion. Man gör ibland gällande att straffrättsligt och moraliskt ansvar bör sammanfalla. Så är ofta fallet, dock inte alltid (jfr Olaus Petris domarregler nr 11 "Lagen gillar icke allt det hon icke straffar: förty all misshandel kan icke uppräknas i lagboken"). I vart fall brukar man anse att det straffrättsliga ansvarsbegreppet måste vara en del i ett i samhället allmänt accepterat moraliskt ansvarsbegrepp.

Ett moraliskt ansvar kan också omfatta andra grupper i samhället än dem som s.a.s. är eller var formella beslutsfattare. Det kan gälla kyrkans företrädare, läkare, samhällsdebattörer, journalister, forskare m.fl. Det kan också vidgas ytterligare till att omfatta alla samhällsmedborgare, eller alla som är röstberättigade i en demokrati som vår.

Men ett sådant moraliskt ansvar behöver inte, som nyss påpekades, innebära ett juridiskt/straffrättsligt ansvar. Med andra ord, ett moraliskt ansvar kan ha en vidare innebörd som inte är kopplad till eller överensstämmer med det straffrättsliga ansvaret. Det innebär också att handlingar som anses moraliskt förkastliga inte behöver vara olagliga. (I det sammanhanget kan också nämnas handlingar som var olagliga en gång men som p.g.a. preskription inte kan bestraffas idag.)

Det s.k. *politiska ansvaret* kan ses som en blandning av ett juridiskt/statsvetenskapligt och moraliskt ansvar. Ansvaret för politiska handlingar och beslut utkrävs nämligen i första hand genom den demokratiska/parlamentariska processen, inte genom ett straffrättsligt ansvar. Ett politiskt beslut kan dock i vissa situationer medföra ett straffrättsligt ansvar om det kommer i konflikt med vissa regleringar (jfr t.ex. olika internationella överenskommelser samt grundlagsregleringar om straffrättsligt ansvar för vissa politiska handlingar, se även vad gäller skadestånd talförbudet mot de högsta statsorganen, 3 kap. 7 § SkL, se SOU 1999:2 s. 79).

2.2.2 Belysa ansvarsfrågan - utkräva ansvar

Enligt direktiven skall utredningen "allsidigt *belysa* de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstaganden och ansvar vad gäller tillkomsten och tillämpningen av den steriliseringslagstiftning som var i kraft i Sverige under 1930-, 1940-, 1950-, 1960- och 1970-talen, fram till dess att den nuvarande steriliseringslagen trädde i kraft år 1976".

Frågan om ansvar i moralisk mening är problematisk i relation till historien. Historien är en process, en kontinuerlig rörelse och omprövning av kunskap, värderingar, handlingar, beslut och lagar. De värdeförskjutningar som skapas av tiden främmandegör automatiskt dåtiden för samtiden. Denna effekt blir större ju längre tidsperspektivet är och ju större värdeförskjutningarna är. Riskerna för anakronismer är också stora, dvs. att vi vänder tidsföljden och applicerar våra tids värderingar på handlingar i det förflutna. Vår tids etiska principer kan bara *diskuteras* i relation till dåtiden, inte *appliceras* på dåtiden.

Generellt sett framstår dessutom idén om att *ta avstånd från och utkräva ansvar* som svårhanterlig eftersom den vanligen tar sin utgångspunkt just i en moraliserande position. Det förutsätter också konsensus i samhället om vilken som är den "rätta" moraliska positionen. Det är inte utredningens uppgift att inta en sådan moraliserande position. Uppgiften för utredningen är snarare att begripliggöra genom analys och frilägganden, att genom forskares undersökningar och analyser sätta in steriliseringslagarna och deras tillämpningar i ett historiskt sammanhang. I det arbetet är det också viktigt att redovisa dåtidens synsätt, trosföreställningar, värderingar och värdeförskjutningar. Analys av dåtiden kan samtidigt leda fram till belysning av dagens synsätt och värderingar och ge ett underlag för att diskutera och kritiskt skärsåda dessa.

Trots vad som nu sagts kan det samtidigt vara viktigt att i en sådan diskussion också *problematisera* frågeställningar om ansvar och avståndstagande. Som ett underlag för en sådan diskussion kan bl.a. följande frågor ställas. Vad *kan* samhället idag ta avstånd från? Varför ställs krav på att ansvar skall utkrävas? Vem kan göras ansvarig? Hur skall ansvar i så fall utkrävas och enligt vilka principer?

Vad kan samhället idag ta avstånd från?

Kränkningen av individen? Ja, men samtidigt var individens rätt till självbestämmande i detta sammanhang inte given under större delen av den period som steriliseringslagarna var i kraft. Snarare dominerade uppfattningen att individintresset måste underordnas samhällsintresset. Maktutövningen över kroppen? Ja, men samtidigt är maktrelationen mellan individ och samhälle idag kraftigt förskjuten; individens självbestämmande över den egna kroppen är lagreglerad.

Tvånget? Ja, men samtidigt utövas tvång i flera sammanhang idag. Vad är acceptabelt tvång?

Bristen på empati, inlevelse, och respekt för människovärdet? Ja, men samtidigt drabbar avsaknaden av empati också vår egen tids svaga och "annorlunda": invandrare, de psykiskt sjuka, åldringar i långvården.

Varför ställs krav på att ansvar skall utkrävas?

Här kan flera förklaringar prövas. För det *första* kan dagens steriliseringsdebatt uppfattas som ett led i en generell kritik av välfärdsstaten och bilden av en social ingenjörskonst förknippad med långtgående rationalism, rasbiologiskt besmittad människosyn och en politisk vision som prioriterade samhällsintresset framför individintresset. I så fall riskerar steriliseringspolitikens offer att bli redskap i en anklagelseakt som egentligen inte handlar om dem.

För det *andra* kan man peka på att den svenska steriliseringsdebatten - tillsammans med liknande debatter i andra länder - ingår i en pågående nationell självrannsakan. Frågan om vilka som utesluts ur den samhällsliga gemenskapen i en given tid, och empatin med dessa osynliggjorda, har hög relevans för en alltmer mångfaldig kulturell identitet där samma uteslutningsmekanismer riskerar att upprepas i nya former.

För det *tredje* kan steriliseringsfrågan användas för att - i frustration över en svårfångad samtid och bristen på etisk värdegemenskap - lyfta fram moraliska tillkortakommanden i historien. Genom att förhålla oss till historien vet vi åtminstone vad vi inte är, inte accepterar som moraliskt godtagbara handlingar.

För det *fjärde* kan steriliseringsfrågan fånga upp dagens osäkerhet inför vetenskapens framtida tillämpningar t.ex. på områden som den nya genetiken och den experimentella humanbiologin.

Vem kan göras ansvarig?

I direktiven anges flera grupper av aktörer vars ansvar skall belysas; de politiska beslutsfattarna, myndigheterna, forskarsamhället och den medicinska professionen.

Till dessa grupper kan läggas kyrkans representanter, jurister, journalister, samhällsdebattörer och andra som inte omfattas av de tidigare aktörsgrupperna. Om man vill vidga grupperna kan man också ta med allmänheten i stort (eller i vart fall de röstberättigade) i den mån de hade kunskap/vetskap om vad som skedde.

Ju vidare man gör grupperna ju mer uttunnat kan ansvaret kanske sägas vara. Men frågor kan ställas - Har alla ett ansvar? Var skall man dra gränsen? Och vilken sorts ansvar, juridiskt, moraliskt eller politiskt? Och skall vi sätta någon bakre eller främre tidsgräns; vilket ansvar hade t.ex. de politiker och ämbetsmän som under 1950-60-talet underlät att revidera lagstiftningen när tillämpningen ändrades?

Hur kan ansvar utkrävas och enligt vilka principer?

Man kan tänka sig att idag *utkräva juridiskt ansvar* såväl av Sverige som nation (på grundval av internationella konventioner) som av beslutsfattare och andra aktörer (enligt svensk lagstiftning) i den mån sådant ansvar med hänsyn till bl.a. allmänna juridiska preskriptionsregler alltjämt kan utkrävas.

Vad gäller denna ansvarsfråga har utredningen redan i delbetänkandet (SOU 1999:2 s. 75ff) pekat på vilka konstitutionella förutsättningar som fanns för straffrättsligt eller skadeståndsrättsligt ansvar. Enligt utredningens uppfattning torde utrymmet för sådant ansvar idag vara uteslutet med hänsyn till allmänna preskriptionsregler. Möjligheten till straffrättsligt eller skadeståndsrättsligt ansvar under den tid steriliseringslagstiftningen var i kraft torde, som utredningen också angav i delbetänkandet, ha varit begränsat men inte uteslutet.

Vad gäller rättsligt ansvar kopplat till internationella konventioner och då främst Europakonventionen är det enligt utredningens uppfattning inte sannolikt att en talan mot Sverige *i dag* om tillämpningen under t.ex. 1950-talet av den sedan 25 år upphävda steriliseringslagen skulle vara framgångsrik. Ett helt säkert uttalande om detta är dock inte möjligt att göra med hänsyn till Europakonventionens uttalade karaktär av s.k. case-law vilket innebär att ett brott mot konventionen kan konstateras först sedan Europadomstolen genom ett avgörande fastslagit detta (se utredningens delbetänkande SOU 1999:2 s. 105ff).

Huruvida en tidigare talan mot Sverige för brott mot Europakonventionen fram till 1976 p.g.a. de då gällande steriliseringslagarna skulle ha lett till en fällande dom är oklart. Detta är dock en intressant fråga för fortsatt forskning; att undersöka om och i vilken utsträckning Europadomstolens domar från den tiden ger stöd för en sådan tolkning eller ej.

Vad gäller att idag *utkräva politiskt ansvar* är den frågan mycket komplex. Politiskt ansvar utkrävs som tidigare nämnts i första hand genom den demokratiska/parlamentariska processen. Väljaren får utifrån den information han eller hon har tillgång till ta ställning till vilken betydelse t.ex. politiska handlingar eller underlåtenheter i det förflutna skall ha för hans eller hennes politiska val idag.

Är det då möjligt att ställa någon politiker eller politiskt parti till särskilt ansvar i steriliseringsfrågan? Vilka politiker eller vilket parti skall i så fall ställas till ansvar; den i stort sett eniga riksdag som på 1930- och 1940-talen fattade beslut om lagstiftningen; eller dagens politiker som representanter för samma politiska partier. Skall samtidigt det förhållandet att riksdagen 1975 med stor majoritet upphävde den tidigare steriliseringslagstiftningen ha någon betydelse i sammanhanget? Skall förhållandet att många av dagens politiker inte ens var födda då tvångssterilise-

ringar genomfördes spela in eller skall förhållandet att riksdagen nyligen genom att tillerkänna drabbade ekonomisk upprättelse uttryckligen tagit avstånd från tillämpningen av den tidigare lagstiftningen ha någon betydelse?

I avsnitt 4 tar utredningen upp frågan om riksdagens, regeringens och olika myndigheters möjliga ansvar för lagstiftningen och dess tillämpning.

Att idag därutöver *utkräva moraliskt ansvar* för handlingar eller underlåtenheter i det förflutna är problematiskt av ytterligare skäl än vad som nyss nämnts.

Här gäller som utgångspunkt att sådant ansvar endast finns för handlingar eller underlåtenheter som begås "frivilligt" med avsikt, vare sig man var medveten om handlingens alla konsekvenser eller ej.

Innebörden och omfattningen av avsiktsbegreppet har diskuterats i alla tider. Vilka handlingar som begås med avsikt är beroende av vilka värderingar man har eller vilka idéer eller värderingar som är förhärskande vid en viss tidpunkt. Det kan då mycket väl hända att flera olika idéer eller trosföreställningar föreligger samtidigt, där vissa kan sammanfalla och andra kan vara motstridiga. Att idag klarlägga hur dessa förhållanden och samband varit i det förflutna är svårt och utfallet färgas lätt av den tid man lever i och tidens värderingar samt vilket syfte man har med undersökningen.

Huruvida värderingar skiftar över tiden eller om vissa av dem är "eviga" är också en fråga som komplicerar bilden om man skall utkräva ansvar för handlingar i det förflutna. Det gäller t.ex. religiösa föreställningar eller mer materialistiska/sekulariserade filosofiska teorier om människans rättigheter och skyldigheter, om världens och värderingars ursprung och bestånd.

2.3 Avståndstagande

När samhället idag tar avstånd från steriliseringar i det förflutna därför att dessa strider mot synsätt och värderingar som gäller idag riskerar ett sådant avståndstagande att stanna vid en gest utan vidare implikationer eller djupare innebörd. Ett generellt avståndstagande skapar inte kunskap och bidrar inte till självreflektion med tillämpning vare sig på historien eller på nutiden.

För utredningen har det därför varit viktigt att genom forskares frilägganden och analyser sätta in frågan om steriliseringarna, tillämpningen av lagstiftningen och förändringar i tillämpningen i ett historiskt sammanhang. Det har också varit viktigt att om möjligt redovisa och begripliggöra den tidens värderingar, synsätt och ställningstaganden och

hur de förändrades. Sådana analyser och belysningar kan samtidigt ge *ett underlag* för den som vill kritiskt skärskåda dagens föreställningar och sätt att resonera.

Vad gäller frågan om *avståndstagande* vill utredningen dessutom tillägga att statsmakterna genom regering och riksdag redan för 25 år sedan, 1975, *på en nivå* tog avstånd från 1941 års steriliseringslag genom att upphäva den och besluta om den nya, alltjämt gällande steriliseringslagen.

Ett uttalat skäl till att regeringen då tillsatte en utredning för att se över 1941 års lag och riksdagens beslut att upphäva den var att den speglade andra värderingar än dem som gällde 1975. I såväl utredningsdirektiven som i propositionen till 1975 års steriliseringslag angavs detta, i propositionen på följande sätt (prop 1975:18 s. 54).

Gällande steriliseringslag kom till för mer än 30 år sedan och är därför av naturliga skäl i många stycken baserad på helt andra värderingar och förhållanden än dem som råder i dagens samhälle.

Härefter nämndes i propositionen att många betydelsefulla reformer skett inom flera områden sedan lagen tillkom såsom inom det familjepolitiska och sociala området, inom skolundervisningen angående sexuella frågor samt inom den medicinska forskningen vilket lett till effektivare preventivmedel. Även rätten till abort på egen begäran från 1975 nämndes som exempel. I propositionen angavs därefter följande.

Däremot visar tillämpningen av steriliseringsindikationerna att det gradvis inträtt en förskjutning i inställningen till hithörande frågor som torde ha sin grund i ändrade förhållanden och värderingar i samhället sedan 1940-talets början. Det gäller främst den eugeniska och den sociala indikationen för sterilisering.

I propositionen år 1975 angavs att tillämpningen av dessa indikationer fortlöpande har avtagit och att deras praktiska betydelse numera måste betecknas som marginell. Skälen till detta var enligt propositionen flera. Särskilt angavs följande.

Av betydelse för denna utveckling har säkerligen varit ett med tiden ökat intresse att värna om den enskildes personliga integritet och en samtidig motvilja hos myndigheter och dess representanter att ingripa med beslut som på ett avgörande sätt berör individens personliga förhållanden.

Man kan samtidigt konstatera att någon djupare diskussion om kränkningar av individers rättigheter eller övergrepp inte förekom, vare sig i

1972 års steriliseringsutredning eller under riksdagsarbetet med införandet av den nuvarande steriliseringslagen.

Genom riksdagens uttalande den 19 maj 1999 har samhället uttryckligen tagit avstånd från den tidigare steriliseringslagstiftningen. Detta avståndstagande har genom det samtidiga beslutet om ekonomisk ersättning fått ett konkret uttryck och en innebörd som sträcker sig utöver de uttalanden och åtgärder som vidtogs 1975 och som fick till följd att lagstiftningen ändrades. Ersättningen är - som det uttrycktes i samband med riksdagens beslut i maj 1999 - "ett erkännande från dagens samhälle att tidigare händelse var fel och ett sätt att säga förlåt". Genom ersättningen ges de som steriliserades under tvång en symbolisk upprättelse och gottgörelse.

2.4 Upprättelse och gottgörelse

Utredningen har i sitt första betänkande SOU 1999:2 s. 117 och 149 i korthet berört frågan om upprättelse och gottgörelse. Utredningen angav där att den ekonomiska ersättningen vill vara det konkreta synliga beviset på en personlig upprättelse i vidare mening men att upprättelse omfattar mer än den ekonomiska ersättningen. I det följande vill utredningen utveckla dessa tankegångar.

Mer än 500 personer som steriliserats - både kvinnor och män - har per telefon eller brev hört av sig till utredningen. (Intill utgången av februari 2000 har närmare 1.700 personer ansökt om ersättning till den nämnd som handlägger ersättningsfrågan.) Många har framhållit att det för deras egen del varit positivt att frågan aktualiserats och tagits upp till öppen debatt och inte gömts undan.

Många har också påpekat att de upplevt ingreppet inte bara som en oerhörd kränkning av den personliga integriteten utan också som en så personlig skam att de försökt förtränga vad som skett och inte velat tala med någon om detta.

De har kontaktat utredningen för att få berätta om vad som skett och därmed få lyfta av sig en börda de länge burit på. På olika sätt har de understrukt att upprättelsen är komplicerad och ställer krav på ömsesidigt agerande. Många har förklarat att den omständigheten att de fått berätta om händelserna för utredningen och anhöriga varit en lättnad och att en eventuell ekonomisk ersättning därför inte varit avgörande för att de skrivit till utredningen.

Samtalen och breven har av naturliga skäl endast speglat den grupp som känt sig förfördelad och utsatt och också kunnat förmedla detta. De som själva begärt och varit nöjda med steriliseringsingreppet har givetvis

inte funnit anledning att ta kontakt med utredningen. Steriliseringsfrågan har därmed i detta avseende fått en delvis ofullständig belysning.

En upprättelse och gottgörelse i steriliseringsfrågan består av flera komponenter.

1. Den ekonomiska ersättningen, som riksdagen redan beslutat om och som håller på att genomföras, är en viktig del, men endast en del i ett större sammanhang. Även om man aldrig med pengar kan kompensera eller ersätta vad som förlorats och spolierats i ett människoliv, så är den ekonomiska ersättningen en viktig konkret, synlig och kännbar handling. Den ger uttryck för samhällets försök, såsom det kommer till uttryck genom regeringens och riksdagens uttalanden och beslut, att visa sin vilja att gottgöra vad som hänt och därmed bidra till en personlig upprättelse.
2. Som ett led i upprättelsen blir det då viktigt att klart vidgå att man då (enligt vårt sätt att se det idag) i många fall handlade felaktigt även om de som agerade vid den tidpunkten menade sig ha vetenskapligt stöd och/eller var övertygade om att man handlade rätt och att intentionerna var goda. Detta gäller den ofta summariska bedömningen av personer som blev steriliserade, bristen på respekt för den enskilde individen och hans/hennes rätt att själv bestämma över sin kropp och sitt liv.
3. Kravet på en uttalad ursäkt från samhällets sida har tagits upp av många. I konstaterandet av att fel begåtts ligger en form av ursäkt, såsom den t.ex. getts redan i direktiven till utredningen. Där underströk regeringen att det som skett är något som samhället sedan länge tagit avstånd från. Ett avståndstagande togs dessutom på sitt sätt av riksdagen redan 1975 när lagstiftningen upphävdes.
4. Upprättelsen bygger också på en strävan till omsorg och omtanke. Utanförfänsla och brist på mänsklig och social gemenskap lyfts i en del fall fram som resultatet av steriliseringen. Redan genom den förda debatten har många upplevt omgivningens engagemang och upprördhet över vad som skett som en positiv hjälp. Som utredningen angav redan i delbetänkandet är det samtidigt angeläget att det finns möjlighet för de drabbade att få personlig hjälp. Det måste finnas tillgång till erfarna kuratorer eller andra verksamma inom vården för insatser av detta slag. Sådana insatser kan också ge uttryck åt den empati som behövs för att bygga upp en förnyad mänsklig och social gemenskap.

2.5 Avslutande kommentarer

Utredningens uppdrag har till stora delar haft karaktären av historisk analys. Ett problem som är centralt i ett sådant regeringsuppdrag är den begränsade tid som står till förfogande. Utredningen hade sitt första sammanträde i slutet av oktober 1997. Förslagen om ekonomisk ersättning som överlämnades till regeringen i januari 1999 behandlades med förtur och upptog mycket av utredningens tid under 1998. Enligt de ursprungliga direktiven skulle utredningen vara färdig med hela uppdraget senast den sista juni 1999. Regeringen har på utredningens begäran skjutit tidpunkten för uppdragets redovisning till senast utgången av mars 2000. Även med denna nödvändiga förlängning kan naturligtvis sägas att med ytterligare tid hade ytterligare material kunnat gå igenom och ytterligare forskningsresultat redovisas. Samtidigt måste alltid en avvägning göras mellan forskningens behov av tid och uppdragsgivarens, i detta fall regeringens, önskemål om redovisning av uppdraget inom en rimlig tid. Utredningen har under tilldelad tid, genom anlitan­de av fristående forskare, kunnat gräva till ett visst djup och fått fram nu redovisade resultat.

Utredningen försöker i detta betänkande genom dessa forskares arbete *belysa* det historiska skeendet och bl.a. ange vilket ansvar, främst juridiskt och politiskt, som olika aktörer eller professionella grupper hade då steriliseringslagarna tillkom och under den tid de tillämpades.

Vad utredningen idag kan peka på när det gäller *det juridiska ansvaret* är de fall där beslutsfattare/myndigheter eller personer synes ha handlat i strid med *då gällande* lagstiftning. Utredningen återkommer till denna fråga i avsnitt 4.

Vad gäller *det moraliska ansvaret* är det viktigt att undvika en moraliserande position. Redan att *belysa* ett moraliskt ansvar eller moraliska ställningstaganden kan vara problematiskt. Utredningen redovisar i avsnitt 3 kortfattat etiska principer samt de konflikter som kan uppstå mellan etiska principer och intressen. Mattias Tydén tar i sin historiska analys i den fristående rapporten upp etiska debatter och diskuterar vissa yrkesgruppers moraliska ansvar. Docent Niels Lynöe har i sin rapport till Läkarsällskapet också diskuterat läkarnas etiska ställningstaganden.

Utredningen vill samtidigt upprepa att det föreligger särskilda problem om man härutöver också vill *utkräva* moraliskt ansvar, nämligen de betydande svårigheterna att idag moraliskt "döma" någon för handlingar och beslut som ligger 40-50 år tillbaka i tiden och som då grundade sig på värderingar, synsätt och ställningstaganden som på väsentliga punkter skiljer sig från dagens. Denna fråga kompliceras ytterligare av att synsätt och värderingar på många områden förändrades redan under pe-

rioden 1935 - 1975, t.ex. synen på arvs/rashygien och synen på individens rätt att själv bestämma över sin kropp.

Det kan konstateras att tvångssteriliseringar genomfördes i Sverige och man kan uppröras över den kränkning som många människor utsattes för. Men vi får inte, som tidigare nämnts, stanna vid ett sådant konstaterande och avståndstagande.

Att lyfta fram och analysera de historiska förhållandena kan vara ett sätt att hjälpa dessa människor att få upprättelse. Men det är också viktigt att den kunskap som den historiska forskningen ger används för att förstå vår egen tid och uppmärksamma oss på liknande tendenser idag för att förebygga missgrepp nu och i framtiden. Utredningen försöker i avsnitt 5 beskriva några vägar att göra detta.

De resultat som utredningen nu presenterar i bilagorna kan samtidigt inte betraktas som några slutliga ställningstaganden till steriliseringsfrågan. Ett slutligt ställningstagande är knappast möjligt att göra till ett så långt och komplicerat historiskt skeende. Den historiska forskningen på detta område kommer att fortsätta. Redovisade resultat vid en viss tidpunkt kommer att revideras på grund av nya forskningsresultat. Slutsatserna i forskarrapporterna kommer att diskuteras och kritiseras av andra forskare. En sådan diskussion och kritik kommer att ge ytterligare insikter och öka kunskapen.

Utredningen vill med detta betänkande försöka bidra till sådan ökad kunskap och hoppas dessutom att det av den redovisade forskningen tillsammans med andras forskning på området går att dra erfarenheter av det förflutna inför framtiden.

3 Sterilisering som tvång

3.1 Begrepp och etiska konflikter

Med tvång avses vanligen en frihetsinskränkande åtgärd. Avgörande är den berördes vilja. Mer och mer har emellertid kravet på adekvat information också kommit att betonas. Vad gäller sterilisering kan man därför tala om tvång i situationer där den enskilde inte givit ett samtycke som både är informerat och frivilligt. Ett samtycke är informerat om den enskilde har förstått vad åtgärden (som han eller hon samtycker till) innebär och vilka konsekvenser den får, och ett samtycke är frivilligt om det ges utan påtryckningar.

En rad problem uppkommer när det gäller att tolka begreppet tvång. Den som är föremål för en åtgärd kan t.ex. uppleva denna som tvång, medan den som vidtar åtgärden vill beskriva den som övertalning. På motsvarande sätt kan det råda delade meningar om vad som är adekvat information om alternativ och konsekvenser. Än mer problematiskt är det att avgöra när t.ex. en förståndshandikappad rimligen har förstått den information som givits.

Några exempel på steriliseringar som enligt vårt sätt att se inte var frivilliga kan illustrera begreppet tvång. Sterilisering ställs som villkor för utskrivning från anstalt eller institution; sterilisering görs på underårig eller omyndig; sterilisering görs med hänvisning till att personen bedöms vara "sinnesslö"; sterilisering ställs som villkor för att göra abort; sterilisering ställs som villkor för att ingå äktenskap; och sterilisering ställs som villkor för att erhålla vissa statliga bidrag.

Det råder stor enighet om att tvång ibland får tillgripas i samhället, men att det krävs goda argument. Det är rätten till självbestämmande som gör att ett sådant rättfärdigande behövs. En formulering av denna rätt som idag tycks vara allmänt accepterad är att var och en som berörs av konsekvenserna av ett beslut själv bör få vara med och påverka detta beslut, och om individen är den enda som berörs av beslutet, så bör han eller hon ensam få avgöra det. En liknande tanke kommer bl.a. till uttryck i den svenska Hälso- och sjukvårdslagen. Där sägs att vården och behandlingen så långt som möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten.

Det bör i detta sammanhang påpekas att kravet på frivillighet inte är en nyhet, utan den var väl förankrad i riktlinjer för sjukvården redan vid sekelskiftet. I Tyskland ställdes t.ex. år 1900 långtgående krav på läkare att informera sina patienter och inhämta samtycke. Huvudregeln i den svenska steriliseringslagen från 1941 var att sterilisering endast fick ske sedan den enskilde själv ansökt om sterilisering eller, om ansökan gjordes av någon annan, skriftligen samtyckt till den. Frivillighet var lagens grund.

Utän goda argument är alltså alltid sterilisering som bygger på tvång oförsvarbart. Frågan är därför om det i några situationer finns etiska skäl som både talar för tvång och väger tyngre än kravet på informerat och frivilligt samtycke. Om det finns goda etiska skäl att använda tvång föreligger vad som brukar kallas en etisk konflikt. Vilka är då de skäl som har åberopats eller kan åberopas för att försvara tvång i samband med sterilisering?

I 1941 års steriliseringslag anges tre olika indikationer för sterilisering. Tvånget skall ses mot bakgrund av dessa indikationer.

Medicinsk indikation innebar att om en kvinna led av sjukdom, kroppsfel eller svaghet kunde hon steriliseras för att förebygga ett havandeskap som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

Eugenisk indikation (även benämnd arvs/rashygienisk) innebar att sterilisering kunde ske om det kunde antas att en person (man eller kvinna) kom att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet, svårartad sjukdom eller lyte av annat slag.

Social indikation innebar att sterilisering kunde ske om någon (man eller kvinna) uppenbart var olämplig att handha vårdnaden om barn på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller på grund av asocialt levnadssätt.

Ur etisk synvinkel antyds i dessa indikationer två helt olika typer av överväganden; dels omtanke om den som steriliseras (fast enbart kvinnan), dels omtanke om tredje part (det möjliga barnet, folkhälsan och befolkningen i stort). Den första typen av skäl gällde sterilisering i terapeutiskt syfte. Här har situationen ändrats radikalt genom utvecklingen av preventivmedel. Den andra typen av skäl, där omtanken om tredje part lyftes fram, hade mycket olika karaktär. Det kunde t.ex. gälla hänsyn till det kommande barnet och risken att det skulle få ogynnsamma uppväxtförhållanden, liksom hänsyn till övriga barn i familjen. I andra fall gällde bedömningarna risken för belastning av kommunens ekonomi. Arvshygieniska argument, dvs risk för försämring av "folkstammen", har också lyfts fram. Båda skälen, omtanke om den som steriliserades och omtanke om tredje part, uppfattades som relevanta för att i vissa situationer gå emot kravet på frivilligt och informerat samtycke.

Det minst kontroversiella villkoret anger att sterilisering är försvarbar när den bedöms vara till fördel för den som steriliseras, dock endast den steriliserade kvinnan. Denna tanke kommer till uttryck i den medicinska indikationen. Kvinnan steriliseras därför att ett havandeskap skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Om hon inte själv kan ge sitt informerade och frivilliga samtycke, kan det i vissa situationer finnas en skyldighet för andra att se till att hon skyddas till liv och hälsa. Speciellt om kvinnan saknar insikt om sin situation, hade och har troligen fortfarande skyldigheten att sterilisera, större tyngd än rätten till självbestämmande. Men om kvinnan förstår innebörden och konsekvenserna av sitt beslut, blir frågan långt mer kontroversiell. Här har synen på självbestämmande ändrats, framför allt att samtycket ska vara informerat. Idag skulle väl många (de flesta) anse att hennes informerade viljeyttring bör respekteras, men därav följer inte att vi idag utan vidare kan klandra dem som då gjorde en annan avvägning.

Enligt lagen ansågs emellertid sterilisering också vara försvarbar om den skyddade tredje part. Här är argumenteringen långt mer komplicerad och bygger på värderingar och antaganden om verkligheten som få skulle acceptera idag. Men under första hälften av 1900-talet var ett arvs/rashygieniskt synsätt och en rasbiologiskt inspirerad folkhälsopolitik vanlig bland många beslutsfattare, forskare och läkare i Sverige. Det är mot denna bakgrund som samhällets försök att vid den tiden reglera barnalstringen måste förstås. Det är speciellt den eugeniska indikationen som bygger på sådana antaganden och värderingar. Vilken betydelse sådana överväganden faktiskt hade när lagen var i kraft är en svår empirisk fråga.

Beslut om sterilisering kunde också försvaras med hänvisning till den sociala indikationen. Idag är det svårt att försvara många av de beslut som då fattades med hänvisning till vilka som bedömdes som olämpliga föräldrar. Även med dåtidens allmänt rådande värderingar bör detta ibland ha varit mycket problematiskt.

I sammanhanget bör emellertid också beaktas att överväganden med hänvisning till eugeniska och sociala förhållanden inte nödvändigtvis måste tolkas som uttryck för tvivelaktiga värderingar. Många beslut om sterilisering kan ha varit uttryck för en genuin vilja att göra gott samtidigt som de byggde på felaktiga föreställningar om verkligheten. De som fattade beslut om sterilisering var troligen övertygade om att de i många fall förhindrade att barn föddes till oacceptabel livskvalitet eller orimliga uppväxtförhållanden.

För att undvika missförstånd bör avslutningsvis påpekas att av det faktum att en etisk konflikt föreligger naturligtvis inte följer att den etiska konflikten bör lösas på något bestämt sätt. För att lösa en etisk kon-

flikt behövs alltid avvägningar vad gäller vilka skäl som väger tyngst i det aktuella fallet.

3.2 Antalet steriliserade ur perspektivet frivillighet - tvång; en uppskattning

Utredningen har försökt uppskatta hur många frivilliga steriliseringar respektive tvångssteriliseringar som genomfördes under åren 1935-1975. Beräkningen utgår från Mikael Eivergårds och Lars-Eric Jönssons undersökning av tvång och frivillighet i ett statistiskt urval av 1.074 steriliseringsansökningar. Denna studie redovisas i bilaga 2. De procentsatser för frivillighet och olika typer av tvång som Eivergård och Jönsson kommer fram till i sitt urval har nedan satts i relation till det totala antalet rapporterade steriliseringar 1935-1975, dvs. nästan 63.000 operationer.

Då utredningen nu anger bestämda antal är det viktigt att notera att det rör sig om uppskattningar. Det finns flera omständigheter som gör att siffrorna i realiteten kan se annorlunda ut.

För det första finns metodiska problem och tolkningsproblem som överhuvudtaget gör det komplicerat att uttala sig om frivillighet och tvång utifrån det bevarade aktmaterialet. Dessa problem diskuteras i bilaga 2.

För det andra utgår beräkningarna från ansökningar och inte från faktiskt utförda operationer. Siffrorna bygger alltså på antagandet att ansökningarna är representativa också för de utförda operationerna. Om däremot de ansökningar som avslogs, eller av andra skäl inte ledde till operation, på ett markant sätt avviker från det allmänna mönstret för ansökningar skulle detta påverka resultatet.

För det tredje finns bland de rapporterade steriliseringarna sådana som utförts utan formell steriliseringsansökan t.ex. operationer på s.k. tvåläkarintyg. Sådana operationer har alltså inte ingått i den studie Eivergård och Jönsson genomfört. Inget talar dock för att dessa operationer generellt skulle innehålla ett större antal tvångssituationer än vad som framkommit i de undersökta akterna utan de bör i stort sett följa det mönster angående tvång - frivillighet som konstateras i rapporten.

Det bör observeras att under de 40 år den aktuella lagstiftningen var i kraft förändrades tillämpningen kraftigt. Generellt sett kan sägas att tvång eller tvångsliknande situationer dominerade under de första 20 åren (1935 - 1955) medan steriliseringar som genomfördes efter den enskildes frivilliga önskan med tiden blev allt vanligare för att vara helt dominerande under de sista tio-femton åren.

Med dessa viktiga reservationer kan följande uppskattningar göras (siffrorna är avrundade till närmaste tusental).

Steriliseringar som inte går att klassificera med avseende på tvång och frivillighet: drygt 4.000.

Frivilliga steriliseringar på eget initiativ: drygt 31.000 (frivilliga steriliseringar dominerade under de 20 sista åren).

Tvångssteriliseringar (utan egen ansökan eller samtycke) eller under *tvångsliknande* omständigheter vid ansökningstillfället, t.ex. sterilisering av omyndiga och underåriga, som villkor för utskrivning från institution etc: omkring 21.000 (huvuddelen under de första 20 åren).

Steriliseringar efter egen ansökan eller med samtycke, men med tecken på *övertalning eller påtryckning*: knappt 6.000.

Man kan också särskilja två olika sätt för utövande av tvång och påverkan. Det ena sättet har varit *ett administrativt yttre tvång* dvs situationer där myndigheter beslutat om sterilisering utan den enskildes hörande, egna ansökan eller samtycke.

Även situationer där sterilisering ställdes som uttryckligt villkor för något annat t.ex. utskrivning från anstalt eller institution, för att få gifta sig, för att få abort eller ekonomiskt bidrag är exempel på sådant administrativt tvång. Dessa senare exempel på steriliseringar uppfattades av samtiden i stor utsträckning som frivilliga eftersom den enskilde ansågs ha en valmöjlighet. Enligt vår tids sätt att se det har den enskilde i dessa situationer inte ställts inför några reella valmöjligheter utan de utgör tvångsliknande situationer.

Andra liknande situationer har varit sådana där den enskilde visserligen fått ansöka om sterilisering eller samtycka till steriliseringen men där ansökan i realiteten gjorts av någon annan genom att den enskilde varit omyndig, underårig eller diagnosticerades som sinnessjuk eller sinnesslö. Här har det dock inte varit fråga om ett lika tydligt administrativt tvång.

Det andra sättet för utövande av tvång eller påverkan har varit situationer där den enskilde *upplevt* tvång eller otillbörlig påverkan från myndighetspersoner utan att sterilisering behöver ha ställts som ett uttryckligt villkor. I dessa situationer kan myndighetspersonerna själva haft uppfattningen att de endast diskuterat olika alternativ eller gett den enskilde saklig information och välgrundade råd.

4 Ansvaret

4.1 Inledning

I avsnitt 2 har utredningen diskuterat begreppet ansvar ur ett mer generellt perspektiv. I det följande lämnar utredningen några kommentarer till frågan om ansvar i förhållande till olika aktörer.

Vad gäller steriliseringslagarnas tillkomst var det tänkande och de förhållningssätt som möjliggjorde dem fördelat på alla politiska och administrativa nivåer. I första hand ingick det i skilda befolkningspolitiska och ras/arvsbiologiska antaganden med tungt tolkningsföreträde i en tid av sjunkande nativitet, oro för folkhälsan, ekonomiskt krisläge samt intensiv internationell rustning och konkurrens. Samtidigt visar en internationell jämförelse att man i andra länder t.ex. Storbritannien drog andra slutsatser.

Emellertid kan ansvarsfrågan, och då i första hand det juridiska ansvaret, diskuteras i relation till lagarnas tillämpning. Några typer av aktörer kan särskilt framhållas.

1. *Riksdag och regering* bör nämnas i detta sammanhang eftersom de inte tog något synligt intryck av den kritik som JO framförde så tidigt som 1947 angående praxis med sterilisering som villkor för utskrivning från anstalter men också genom att de inte tidigare initierade ändringar i lagstiftningen när tillämpningen så tydligt förändrades.
2. *Myndigheter*, i första hand medicinalstyrelsen, som genom sina råd och anvisningar och utan uttryckligt stöd i lagtexten skapade ett tydligt utrymme för strategier som taktisk övertalning och s.k. villkorat tvång.
3. *Yrkesgrupper*: läkare, kuratorer, anstaltsföreståndare, tjänstemän vid barnavårdsnämnder och socialbyråer m.fl. som i många fall - trots möjlighet till andra handlingsalternativ - valde att initiera, fatta och genomföra besluten i praxis.

Man kan också diskutera *forskarsamhället* som aktör. Det kan diskuteras om vetenskapens anspråk på auktoritet och objektivitet - samtidigt som den var färgad av den socialpolitiska arenans värderingar - är en

ansvarsfråga. Samtidigt råder ingen tvekan om att företrädarna för dåtidens medicinska och biologiska vetenskaper representerade en egen maktutövning. Det gäller dels ett vetenskapligt tolkningsföreträde att definiera gränserna mellan friskt och sjukt, normalt och avvikande, dels makten att medicinskt namnge fysisk, psykisk och social avvikelse. Det gäller också makten att sammankoppla vetenskaplig kunskap och social normering, dvs att överföra vetenskapliga data i socialpolitiska program och handlingsförslag. Här har eftersläpningsmekanismer spelat en roll: man har kunnat åberopa vetenskaplig auktoritet, baserad på bräckligt eller sedan länge förkastat underlag, till stöd för steriliseringslagarna åtminstone under första delen av perioden.

Härutöver finns en annan kategori som omfattar både enskilda aktörer och grupper, t.ex. media, och som, med några undantag, förhöll sig tysta.

Dåtidens tystnad kring de pågående steriliseringarna var mycket hörbar vilket leder till att *tigande och likgiltighet, underlåtenhet och oförmåga att reagera, liksom medveten uteslutning av kunskap och information* kan anses som i vart fall politiskt och moraliskt ansvariga handlingar.

Ett viktigt undantag bör samtidigt nämnas här; ett undantag som tillsammans med JO:s kritik 1947 kan ha haft väsentlig betydelse för den, av utredningen konstaterade, kraftiga minskning av steriliseringar på anstalter som skedde i början av 1950-talet. Undantaget är den mediala och politiska debatt som fördes 1950 med anledning av den s.k. Bodaborgsskandalen som rörde sterilisering av sinnesslöa på anstalt. Tydén redovisar i sin undersökning (avsnitt xxx) utförligt debatten och drar bl.a. slutsatsen att, även om debatten inte ledde till att lagstiftningen ändrades, den rimligen ledde till en ökad restriktivitet vad gäller sterilisering av sinnesslöa på anstalt.

Å andra sidan ledde inte de riksdagsmotioner 1955 och 1960 där bl.a. möjligheten till tvång kritiserades till någon ändring i själva lagstiftningen. (Angående riksdagsdebatterna med anledning av dessa motioner, se Tydéns rapport)

4.2 Riksdag och regering

Som utredningen angav i avsnitt 2.2.2 är frågan om det s.k. politiska ansvaret en komplex fråga. Steriliseringslagstiftningen var inte en partipolitiskskiljande fråga. Lagarna stiftades tvärtom i stor enighet. Det tänkande och de förhållningssätt som möjliggjorde dem var, som tidigare nämnts, fördelat på alla politiska och administrativa nivåer. Tydén redovisar och analyserar i sin undersökning utförligt den historiska och poli-

tiska bakgrunden till steriliseringslagarna. Utredningen får i dessa delar hänvisa till hans analyser.

Tydén redovisar i sin rapport även utförligt den kritik som JO framförde till riksdagen i sin årsberättelse 1946/47 angående olika anstalters och institutioners praxis att ställa sterilisering som villkor för utskrivning från anstalten eller institutionen. JO:s kritik var tydlig. Trots detta har inte anträffats något material som visar att kritiken föranledde något uttalande från regeringens eller riksdagens sida. Inte heller har utredningen funnit något skriftligt belägg för att centrala myndigheter - läs medicinalstyrelsen - direkt uppmanat till en förändring av denna praxis med hänvisning till JO:s kritik. Däremot föranledde kritiken justitiedepartementet att sända ut JO:s kritik på remiss till ett flertal myndigheter. De myndigheter som svarade kom i sina yttranden att på ett mycket belysande sätt ta ställning till frågor om tvång och frivillighet inom främst vården.

Det är anmärkningsvärt att den kraftiga kritiken från JO inte har gett något synligt avtryck i uttalanden från riksdagen, inte heller i några synliga direktiv från regeringen till medicinalstyrelsen om ändring av den tillämpning JO konstaterat.

Härutöver är det som nämndes inledningsvis i detta kapitel anmärkningsvärt att varken regering eller riksdag under lång tid tog initiativ till att utreda någon ändring av 1941 års steriliseringslag fastän tillämpningen av lagstiftningen, som framgår av utredningens undersökningar, så tydligt hade förändrats till att i huvudsak bli ett medel för individuell prevention. Men eftersom 1941 års steriliseringslag gav utrymme åt såväl rena tvångssteriliseringar, steriliseringar av underåriga som steriliseringar efter påtryckning från myndigheters sida t.ex. på eugenisk och social indikation, har denna passivitet och tystnad (trots enstaka röster) från riksdagens och regeringens sida uppenbarligen lett till att människor steriliserades mot sin vilja även under 1960-talet och under 1970-talets första hälft, om än i mycket liten utsträckning.

4.3 Medicinalstyrelsen

Inledning

En rad myndigheter har på olika sätt varit inblandade i steriliseringslagarnas tillämpning. Man kan nämna socialstyrelsen (före 1968), sinnessjuknämnden och på lokal nivå landsting, mödrahjälpnämnder samt kommunala barnavårdsnämnder och fattigvårdsstyrelser. Ett särskilt ansvar vilar emellertid på medicinalstyrelsen.

Medicinalstyrelsen, fr.o.m. 1968 Socialstyrelsen, var enligt såväl 1934 som 1941 års lagar den myndighet som gav tillstånd till sterilisering. Det var också medicinalstyrelsen som utfärdade råd och anvisningar rörande tillämpningen av de båda lagarna jämte abortlagen. För förståelsen av frågans behandling i medicinalstyrelsen är det viktigt att uppmärksamma generaldirektören Axel Höijers starka ställning och särskilda engagemang i folkhälsofrågor under 1930-40-talen vilket ledde till en positiv syn på steriliseringarnas betydelse (se även Tydén's rapport).

Medicinalstyrelsens råd och anvisningar kom att spela en betydelsefull roll vid ansökningar om sterilisering. Utformningen av formuläret kom att styra innehåll och bedömningar.

En genomgång av hur man inom myndigheten har hanterat steriliseringsfrågan och hur man tillämpat lagar och föreskrifter ger anledning till vissa reflexioner.

Långtgående direktiv

Medicinalstyrelsens *Råd och anvisningar* innehåller långtgående formuleringar av behovet av sterilisering av "sinnesslöa". Det fastslås att det "utan minsta tvekan [är] i fråga om de sinnesslöa som sterilisering har sin ojämförligt största betydelse". Av detta skäl vill man "kraftigt understryka" att tjänsteläkare skall uppmärksamma sin skyldighet att verka för sterilisering, liksom att anstalter, fattigvårdsstyrelser och barnavårdsnämnder "i tillräcklig omfattning" sänder in ansökningar.

Dessa direktiv grundas på påståendet att sinnesslöheten intar en "särställning" i eugeniskt avseende:

"På grund av dess vanlighet, dess tidiga manifestation, ärftlighetens stora betydelse och andra omständigheter, finnas här utsikter, att ett förhindrande av fortplantning skall medföra en betydelsefull minskning redan på ett par generationer. (*Råd och anvisningar* 1947, likartade formuleringar 1943)

Man kan ifrågasätta om dessa kategoriska formuleringar om den eugeniska nyttan av sterilisering hade stöd av samtida forskning - särskilt då de upprepades i 1947 års upplaga av *Råd och anvisningar*. Tvivel uttrycktes redan i början av 1940-talet av Rasbiologiska institutets chef Gunnar Dahlberg. Påståendet om "ärftlighetens stora betydelse" kontrasterar också mot en av medicinalstyrelsen utgiven cirkulärskrivelse 1948 där det heter att "Det skall erinras om att många fall av sinnesslöhet icke är ärftliga (---) Det har enligt erfarenheter i medicinalstyrelsen icke sällan förekommit, att i unga år såsom sinnesslöa steriliserade per-

soner efter några år uppnått en avsevärt högre eller normal intelligensålder, och ådagalagt en god social anpassning. Möjligheten av eftermognad måste därför i många fall, och detta gäller även när viss men ej helt avgörande eugenisk indikation föreligger, allvarligt övervägas".

Underlåtenhet att utge nya direktiv angående steriliseringslagens tillämpning

Fram till 1950-talets början agerar medicinalstyrelsen aktivt för en intensiv tillämpning av steriliseringslagen, särskilt beträffande de s.k. sinnesslöa. Praxis förändras därefter mot minskat tvång och minskad sterilisering av personer definierade som efterblivna. Skälen till detta tycks i första hand handla om en successiv omsvängning i värderingar bland både läkare och vårdpersonal men kanske främst i samhället i stort. Även medicinalstyrelsen har så småningom sett mera restriktivt på sterilisering av psykiskt utvecklingsstörda. Men det är anmärkningsvärt att man inte fungerar pådrivande i denna process, t.ex. genom förändrade direktiv till läkare och anstaltsföreståndare. Särskilt förvånande är att 1947 års *Råd och anvisningar* till steriliseringslagen kvarstår oförändrade fram till 1975.

Lagtexten jämte medicinalstyrelsens råd och anvisningar spelade samtidigt med tiden betydligt mindre roll vid bedömningen än det detaljerade ansökningsformuläret som var bifogat och som styrde beskrivningen av det enskilda ärendet.

Bristande samarbete inom medicinalstyrelsen

Socialpsykiatriska nämnden tycks ha arbetat utan samröre med den enhet inom medicinalstyrelsen som ansvarade för vården av de utvecklingsstörda (se även Tydén's rapport). De attitydförändringar i vårdfrågor, med betoning på de utvecklingsstördas autonomi och rättigheter, som under 1960-talet successivt vann insteg i medicinalstyrelsen har därför av allt att döma påverkat socialpsykiatriska nämndens arbete först mot periodens slut. Nämndens isolering, eller konservatism, på denna punkt kan ha bidragit till att psykiskt utvecklingsstörda fortfor att steriliseras längre än vad som annars hade varit fallet.

Bristande hänsyn till anhörigas önskemål

Enligt steriliseringslagen skulle föräldrar eller andra anhöriga "där så kan ske" yttra sig över steriliseringsansökan. Frågan om hänsynen till

anhörigas uppfattning och önskemål, särskilt när det var fråga om underåriga eller omyndiga som var föremål för sterilisering betonades i propositionen till 1941 års steriliseringslag. Där angavs bl.a. följande (prop. 1941:13 s. 24).

Att såsom i vissa yttranden föreslagits fastställa en åldersgräns, under vilken sterilisering ej må ske eller samtycke till sterilisering i allt fall ej anses giltigt, torde icke vara behövt. Det kan tagas för givet, att den prövande myndigheten även utan sådan föreskrift tager nödig hänsyn till den ifrågasvarande personens ålder. En garanti mot missbruk ligger för övrigt däri, att underåriga i regel ej må steriliseras med mindre den som har vårdnaden om honom beretts tillfälle att yttra sig.

Medicinalstyrelsen tolkade detta som en formalitet och påpekade i sina Råd och anvisningar (1947) att det

"synes vara en vida spridd missuppfattning, att de, som skola beredas tillfälle att yttra sig skola lämna sitt medgivande till ingreppet. Detta är alls icke fallet. [...] Initiativ till sterilisering behöver sålunda icke stoppas, därför att en make eller en fader vägrat samtycke till åtgärden, hos hustru respektive underårigt barn."

Socialpsykiatriska nämndens beslut visar också att i praktiken mycket liten hänsyn togs till att vårdnadshavare motsatte sig sina barns sterilisering. Nämndens sätt att tolka anhörigas yttranderätt som en ren formalitet är anmärkningsvärt.

Bristande hänsyn till steriliserades egna reaktioner

Man kan ifrågasätta det sätt på vilket nämnden hanterade de klagomål över verkställda steriliseringar som kom till medicinalstyrelsen, särskilt under 1950-talet. Dessa gällde ofta personer som menade sig ha blivit övertalade eller påtvingade sterilisering, som ifrågasatte grunderna för steriliseringsbesluten, eller som i efterhand helt enkelt inte förstod varför de steriliserats. Vanligt var att brevskrivarna hörde sig för om möjligheten till refertilisering. Nämndens sätt att bemöta dessa brevskrivare kan diskuteras. I regel besvarades brevskrivarna med en kortfattad standardformulering om att frågan om refertilisering inte var reglerad i lag, och att deras brev därför inte föranledde någon åtgärd. Vissa brevskrivare hänvisades till psykiater för utredning (en praxis som kan ifrågasättas eftersom det borde stått de steriliserade fritt att vända sig direkt till en kirurg för försök att återställa fortplantningsförmågan.)

Bristande kontroll över tillämpningen

Den ojämna tillämpningen av steriliseringslagen vid olika anstalter har påtalats tidigare. Andelen steriliserade i relation till folkmängden varierade också geografiskt. Ett skäl till införandet av central tillståndsgivning genom medicinalstyrelsen var målet att skapa en enhetlig tillämpning av lagen. Den i realiteten ojämna tillämpningen måste ha stått helt klar för medicinalstyrelsen. Man kan tycka att den borde ha föranlett åtgärder eftersom den antydde bristande rättssäkerhet (olikhet inför lagen). Särskilt anmärkningsvärt är det att medicinalstyrelsen inte ifrågasatte den praxis att sterilisera utvecklingsstörda som fortsatte vid vissa institutioner under 1960-talet.

4.4 Yrkesgrupper

Denna grupp av aktörer omfattar ett flertal olika professionella yrkesgrupper som hade inflytande på steriliseringsbesluten. Det gäller som nämndes i inledningen till detta kapitel läkare, kuratorer, anstaltsföreståndare, tjänstemän vid barnvårdsnämnder och socialbyråer. Däri ingår också kuratorer samt präster som ordförande eller representant i olika nämnder.

Någon enhetlig bild av dessa aktörers inflytande på steriliseringsbesluten är svår att se. Dock tycks det ha varit få som ställde sig principiellt avvisande till steriliseringsmöjligheten och få som motsatte sig den steriliseringspraxis som förekom under de första decennierna. Olika yrkesgruppers inställning och agerande diskuteras i de forskarrapporter som tillkommit inom utredningens ram eller efter samråd med utredningen. Utredningen får hänvisa till dessa rapporter och de analyser som görs där enligt följande.

Mattias Tydén berör i sin redovisning en del av dessa grupper. Han pekar bl.a. på steriliseringslagarnas tolkningsutrymme och framhåller att *läkare* och personal vid s.k. sinnesslöanstalter och sjukhus kunde tillämpa dem på olika sätt. Exempelvis har vissa anstaltsläkare drivit frågan om sterilisering och konsekvent ansökt om sterilisering av de intagna. Påtryckningar och indirekt tvång har på vissa anstalter varit vanliga metoder för att förmå de intagna att acceptera ingreppet. Andra anstaltsläkare har mycket sällan eller aldrig skickat in steriliseringsansökningar och har tagit hänsyn till om intagna eller deras anhöriga motsatt sig operationen.

Även om det kan finnas många skäl till denna olikhet i praxis antyder den de enskilda aktörernas betydelse för hur steriliseringspolitiken genomfördes i praktiken. Om man med detta också menar att de enskilda

läkarna skall hållas personligen ansvariga för sina handlingar, eller om man snarare skall betrakta dem som strukturernas och mentaliteternas fångar, är närmast en historiefilosofisk fråga. Ur juridiskt perspektiv torde få av dem ha agerat felaktigt; dåtidens lagar gav utrymme åt deras handlingssätt.

I detta sammanhang bör också *de medicinska läroböckernas* betydelse nämnas. De som genomgick läkarutbildning fick i gängse läroböcker i bl.a. obstetrik-gynekologi, psykiatri och socialmedicin kunskap och information om gällande lagstiftning liksom betydelsen av sterilisering. Så sent som under 1960- och början av 1970-talen rekommenderades i läroböckernas framställning fortfarande sterilisering som ett viktigt medel för att minska spridningen av vissa ärftliga sjukdomar. Särskilda redovisningar och kommentarer angående de medicinska läroböckerna finns i Tydén rapport samt hos Bukowska Jacobsson (bilaga 4) och Hagenfeldt (bilaga 3).

Eivergård/Jönsson diskuterar i bilaga 2 *kuratorernas* ställning. De anger där bl.a. att kuratorn börjar dyka upp i akterna som intygsskrivare i de sociala utredningarna under 1940-talet och att kuratorn under 1950- och 1960-talen blir den dominerande intygsskrivaren i detta avseende. De flesta kuratorer är knutna till olika kommunala byråer - familjerådgivningsbyråer, mentalvårdsbyråer och rådgivningsbyråer för sexual- och abortfrågor.

Svenska kyrkans forskningsråd gav vintern 1997/98 efter samråd med utredningen i uppdrag åt docent Kjell O. Lejon att klarlägga Svenska kyrkans hållning till steriliseringslagstiftningen och dess tillämpning. Hans rapport *Tvångssteriliseringarna och Svenska kyrkan 1935-1975* kom ut i slutet av augusti 1999. Där diskuterar han även prästernas inflytande på steriliseringsbesluten. Sammanfattningsvis anger han att Svenska Kyrkan genom biskopsbrevet 1951 accepterade den då gällande steriliseringslagstiftningen och därmed sterilisering av medborgare (även i undantagsfall tvångssteriliseringar). I brevet påpekas dock att sterilisering innebär "ett stympande ingrepp" och att "erfarenheten visar att svåra misstag på detta område begåtts". Därför önskade biskoparna att allt skulle ske öppet och med noggranna förberedelser för den enskilda människan och att alternativa lösningar skulle undersökas noggrant. Lejons slutsats är att biskoparnas hållning varken uppfattades som problematisk eller kontroversiell utan att den tillhörde normaluppfattningen bland de kristna i Sverige vid den tiden. Det förelåg i allt väsentligt ingen skillnad i attityderna mellan svenska kyrkans och frikyrklig press. Inga protester från något av dessa håll förekom och inte heller förslag till förändringar av gällande lagstiftning på området, vare sig i det undersökta materialet från 30-talet eller i samband med biskopsbrevet. Enligt Lejons undersökning på lokalplanet av fattigvårdsstyrelser och barnavårdsnämnder i

Linköping, Norrköping och Jönköping finns inte stöd för påståenden att prästerna varit särskilt aktiva i steriliseringsärendena. I medicinalstyrelsens arkiv har han funnit prästerligt agerande, men starkt begränsat. Enligt Lejon var totalt sett prästernas undertecknande i ansökningshandlingarna förhållandevis litet. Det totala antalet fall av prästerlig medverkan i de officiella ansökningshandlingarna ligger enligt honom förmodligen på högst 1 promille av fallen.

Svenska Läkaresällskapet gav på motsvarande sätt efter samråd med utredningen i uppdrag åt docent Niels Lynöe att undersöka Läkaresällskapets agerande i steriliseringsfrågan genom åren. I sin rapport *Svenska Läkaresällskapet och steriliseringsdebatten – studie av Sällskapets skrifter under perioden 1920 – 1974* som publicerades i början av 2000 har han studerat diskussionerna om steriliseringar så som de kommer till uttryck i Svenska Läkaresällskapets olika dokument. I rapporten anger han sammanfattningsvis att det fanns tre typer av argument och åsikter.

Den första kategorien av argument som dominerade remissvaren från Sällskapet innebar ett accepterande av den sociala och medicinska indikationen för utvecklingsstörda personer kombinerad med en frihet och möjlighet för rättskapabla att själva välja sterilisering. Här fanns under tiden 1929-1933 ett aktivt motstånd mot den eugeniska indikationen, ett motstånd som avtar i samband med diskussionen av 1937 års förslag (som lades till grund för 1941 års lag). Ändringen beror inte på ändringar i faktaunderlaget utan sker enligt Lynöe av "folkpsykologiska" skäl dvs. "folkpsykologiska" krav om åtgärder för att minska "krisen i befolkningsfrågan".

En annan typ av argument och åsikter fokuserade enligt Lynöe på ärftlighetsaspekter hos olika sjukdomar och en tendens att övertolka resultatet så att det kom i överensstämmelse med en mendelsk dominant arvs gång. Detta ansågs i sin tur kunna motivera eugeniska indikationer för sterilisering där sådana inte fanns i verkligheten.

Den tredje mer ideologiska gruppen av argument präglades enligt Lynöe av en rashygienisk ideologi som har stora likheter med den som kom till uttryck i Tyskland under nazitiden. De personer som företrädde dessa åsikter förefaller ha varit synnerligen talföra om än till antalet en mycket liten och isolerad grupp och i praktiken var det *en* enskild person som förde ordet.

Det kanske mest anmärkningsvärda enligt Lynöe är hur litet Läkaresällskapet spontant tar upp steriliseringsfrågorna. Enligt honom förefaller det rimligt att anta att frånvaron av diskussion beror på det vetenskapliga syftet med Sällskapet och att man som Gunnar Dahlberg anförde, ogärna tog upp frågor som berörde politiska och samhällsliga förhållanden.

Lynöe avslutar med att ange att ”även om läkarkåren som sådan har ett kollektivt ansvar för vad som hände under 1930 - 1950-talet vad angår steriliseringsverksamheten, så kan man knappast säga att Svenska Läkaresällskapet bidrog till att skapa vetenskaplig legitimitet kring verksamheten - man accepterade de samhällsinitierade och eugeniskt motiverade steriliseringarna, men man kan inte hävda att Sällskapet begärde dem”.

Läkarförbundet och Läkartidningen har, för att belysa olika frågeställningar angående steriliseringsfrågan för läkarkårens vidkommande, granskat dels vad som skrevs i *Läkartidningen* åren 1930-1950, dels vilka beslut som förbundet fattade under denna period. Avsikten med granskningen har enligt tidningens ledare varken varit att anklaga eller att försvara utan att försöka återge tankar och ställningstaganden inom läkarkåren under den aktuella tidsperioden. Granskningen redovisades i några artiklar i *Läkartidningen* nr 45/99 och 46/99 under huvudrubriken *Läkarna och tidsandan*.

Sammanfattningsvis anges att ”Läkarförbundet inte förefaller ha spelat någon mer framträdande eller pådrivande roll i steriliseringslagstiftningen. Engagemanget inskränkte sig till reaktioner på de förslag som statsmakterna lade fram. Förutom de synpunkter som här (i artikeln) redovisas uppehöll sig förbundets remissvar mest vid tekniska frågor såsom central tillståndsgivning och vid vilka sjukvårdsanstalter som ingreppet skulle få ske. Men förbundet tog heller inte på sig någon varnande eller återhållande funktion under de kritiska åren på 1930-talet. Det slog inte vakt om frivillighet och samtycke. I de etiska resonemangen vägde samhällets intressen tyngre än individens. Hänsynstagandet till ”arvssundhet” var tydligt, åtminstone i yttranden över befolkningskommissionens förslag.”

Utöver steriliseringsfrågan tar *Läkartidningen* i de nyss angivna numren i särskilda artiklar också upp den debatt som fördes i tidningen under de aktuella åren om rasbiologi och befolkningsfrågan, Läkarförbundet och läkarinvandringen samt Läkarförbundet och abortfrågan.

5 Hur undviks en upprepning?

5.1 Inledning

Dagens intresse och engagemang rörande steriliseringarna har varit starkt fokuserat på historiska frågor, främst undersökningar om 1934 och 1941 års lagar, deras bakgrund, tillkomst och tillämpning.

De människor som steriliserats mot sin egen vilja och frågan om deras upprättelse och gottgörelse från samhällets sida har med all rätt stått i centrum.

Vid tiden för införandet av steriliseringslagstiftningen och genomförandet av steriliseringarna fördes däremot ingen omfattande diskussion om dem eller om ifrågasättande av dem.

De skilda aktörerna var i stor utsträckning eniga om och positiva till de åtgärder som vidtogs. Inte heller från allmänhetens sida restes några allvarliga invändningar. De som steriliserades efter att ha utsatts för olika former av tvång eller tvångsliknande påtryckningar hade mycket små möjligheter att göra sig hörda.

Även om tillämpningen av lagstiftningen förändrades genom åren med allt färre inslag av tvång eller tvångsliknande situationer stämmer dessa iakttagelser givetvis till eftertanke. Den riktar blickarna mot vår egen tid med de uppfordrande frågorna: Vad är det som vi själva upplever som självklart och inte reagerar mot men som en kommande generation om 40-50 år kommer att stämpla som felaktigt och obegripligt? Hur undviker vi en upprepning av de missgrepp som steriliseringslagstiftningen och dess tillämpning ledde till?

Under senare år har debatter förts om en rad problem som upplevts som mer eller mindre kontroversiella. Det är lätt att peka på ett antal frågor där framtidens bedömning av dagens handlande eller ställningstagande till individens rättigheter och autonomi är mycket oviss t.ex. fosterdiagnostik och patentering av mänskliga gener, behandling på institutioner, de utvecklingsstördas situation och föräldraskapets innebörd för dem och deras barn, tvångslagstiftning (omhändertagande av ungdomar, HIV-smittade, psykiskt sjuka) och frågor om medicinska prioriteringar och vård i livets slutskede.

Ovanstående exempel är dock inte i något fall direkt jämförbart med steriliseringslagstiftningen eftersom de uppräknade frågorna öppet dis-

kuteras och ifrågasätts. Att en sådan diskussion förs kan naturligtvis ha samband med att vi idag har ett helt annat sätt att ifrågasätta och diskutera sådana frågor i en helt annan medial miljö.

Frågan gäller snarare vad vi *inte* diskuterar idag men som ur framtidens perspektiv kanske kommer att te sig oförsvarligt. Vad vi kan göra är att försöka skapa beredskap för att i tid upptäcka och förebygga svåra konsekvenser av samhällseliga ingripanden och handlingar idag (även de som görs med de bästa intentioner och med den enskildes bästa för ögonen).

Om man ser tillbaka kan klart konstateras att trots att i vart fall 1941 års steriliseringslagstiftning enligt sin ordalydelse i princip byggde på frivillighet (samtycke) har många människor som ansökte om eller samtyckte till sterilisering i realiteten gjort det under tvång eller i tvångsliknande situationer. Som lagstiftningen var uppbyggd saknades dock möjlighet att överklaga ett steriliseringsbeslut om man själv ansökt eller samtyckt till åtgärden. Vad som var mer allvarligt var att de som steriliserades t.ex. som villkor för utskrivning från anstalt uppenbarligen saknade möjlighet att överklaga även ett sådant satt villkor. Dessutom fick inte steriliseringsvillkor ställas som enda villkor vid utskrivning från anstalter; en information som undanhölls den enskilde. Det visar bl.a. JO:s utredning från år 1946-47. Likaså kunde sterilisering ställas som villkor för äktenskap, abort och för vissa ekonomiska bidrag. Vad gällde ekonomiska bidrag kunde ett avslag överklagas. Så skedde också men utan framgång i flera fall. Från statsmakternas sida ansågs inte ett sådant villkor som något otillåtet tvång.

Villkorssituationen var således inte okänd. Det fanns en spridd uppfattning att sådana villkor inte innebar något tvång eftersom individen hade "frihet" att välja mellan att steriliseras eller att stanna kvar på anstalten eller institutionen, att avstå från att gifta sig, att avstå från att genomföra en abort eller att erhålla ekonomiskt bidrag. Här var det således främst inte fråga om en "rättslig brist" i lagstiftningen utan en annan attityd till frihetsbegreppet och vad valfrihet innebar.

Frågan om sterilisering av psykiskt sjuka och s.k. rättsinkapabla innehöll ur vårt perspektiv rättsliga brister eftersom beslut om sterilisering kunde fattas utan att ens vårdnadshavare eller motsvarande gav tillstånd till eller samtyckte till det.

För oss framstår sådana villkor eller beslut som oacceptabla men samtidigt ställs även idag villkor för t.ex. olika ekonomiska bidrag även om de inte är lika ingripande i den kroppsliga sfären. Det förekommer också att det ställs krav på olika former av medicinsk behandling t.ex. kemisk kastrering för att personer skall få skrivas ut från slutna psykiatrisk vård. Krav ställs också på sterilisering vid könsbyte. Som utredningen diskuterat i avsnitt 3 anses det även idag finnas utrymme för för-

hållandevis omfattande tvångsåtgärder från samhällets sida mot den enskilda människan. Vad vi gör idag är att sätta andra gränser för vad som anses som ett acceptabelt villkor för att samhället skall bidra med en offentlig tjänst, ge ett ekonomiskt bidrag eller begränsa eller upphäva en tvångsåtgärd.

För att kunna förebygga en upprepning av missgrepp måste det finnas bindande juridiska regler som förhindrar påtvingade kroppsliga ingrepp. I det följande avsnittet gör utredningen en summarisk genomgång av existerande regelsystem i detta avseende. I sista avsnittet diskuterar utredningen sedan kort vilka andra medel som är tillgängliga för att upprätthålla och levandegöra centrala etiska principer och värderingar.

5.2 Kodifierade generella etiska regler och principer

Utredningen har tidigare i delbetänkande (SOU 1999:2 s. 102ff) redovisat innehållet i internationella överenskommelser där bestämmelser finns som har till syfte att skydda mänskliga fri- och rättigheter. Det gäller framför allt Europakonventionen angående de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna samt FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter. I dessa konventioner regleras skyddet för bl.a. envars rätt till familjeliv och privatliv, envars rätt till frihet och säkerhet till person, envars rätt till skydd mot omänsklig eller förnedrande behandling samt rätten till effektiva rättsmedel.

Europakonventionen är sedan 1995 inkorporerad med svensk rätt genom särskild lag. Utredningen har i delbetänkandet s. 104 ff närmare redovisat dessa bestämmelser och att de kan tillämpas på steriliseringsingrepp.

I Sverige ingår liknande bestämmelser sedan 1974 i *regeringsformen* (RF). I 1 kap 2 § föreskrivs att "den offentliga makten skall utövas med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet".

Innebörden av denna paragraf förklaras och utvecklas närmare i 2 kap. om de grundläggande fri- och rättigheterna. Där föreskrivs bl.a. att dödsstraff inte får förekomma (4 §) och att varje medborgare är skyddad mot kroppsstraff (5 §). I 6 § slås också fast att "varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp".

Det finns alltså i svensk grundlag regleringar för att skydda den enskilde mot ingrepp av olika slag. Enligt RF får begränsningar göras i vissa av de i 2 kap. angivna fri- och rättigheterna. Dessa möjligheter till

begränsningar finns uppräknade i 2 kap. 12-16 §§. Sådana begränsningar skall enligt huvudregeln göras i lag men kan i vissa uppräknade fall också göras i annan författning. Förslag till sådana begränsningar skall behandlas på visst sätt i riksdagen, se 2 kap. 12 § 3 stycket.

Vad gäller dödsstraff och kroppsstraff är skyddet i RF absolut och kan således inte inskränkas genom lag. (Häktning och isolering i samband därmed anses inte som kroppsstraff.)

Vad däremot gäller påtvingat kroppsliga ingrepp enligt 2 kap. 6 § RF, kan skyddet i RF begränsas genom lag (se 2 kap 12 § 1 stycket RF). (Kroppsligt ingrepp kan omfatta sterilisering eller kastrering men också t.ex. läkarundersökningar, tagande av blodprov och fingeravtryck. Om en läkarundersökning ställs som villkor för anställning räknas den inte som påtvingad.)

I 2 kap. 12 § 2 stycket RF anges samtidigt att "begränsningar som avses i första stycket får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och ej heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsning får ej göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning."

Sedan inkorporerandet av Europakonventionen anges i en särskild bestämmelse i 2 kap 23 § RF att "lag eller annan föreskrift får ej meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna".

I svensk lagstiftning finns på flera andra områden regler som direkt berör olika fri- och rättigheter. Det gäller rättegångsbalken där regler för olika former av tillfälliga frihetsberövanden återfinns. I hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns regler som reglerar olika former av tvångsvård, hur information om vårdens innehåll skall ske och hur samtycke till kroppsliga ingrepp skall inhämtas.

Det finns med andra ord i svensk lagstiftning bestämmelser som reglerar gränserna för myndigheters agerande i detta avseende. Reglerna kan också ha till direkt uppgift att skydda den enskilde mot sådana ingrepp som en påtvingad sterilisering eller andra liknande tvångsåtgärder från myndigheters sida skulle innebära. De nu angivna regelsystemen bör vara tillräckliga för att göra en påtvingad sterilisering eller annat liknande påtvingat kroppsligt ingrepp idag olagligt.

5.3 Andra medel för att upprätthålla etiska principer och värderingar

En viktig uppgift är att se till att de etiska principerna och den lagstiftning/reglering där de formuleras, tillämpas på ett sådant sätt att principerna och det skydd de innebär upprätthålls tillfredsställande. För det ändamålet krävs särskilda medel av olika slag.

I ett internationellt perspektiv kommer det i framtiden att bli än viktigare att föra upp frågor om mänskliga rättigheter och etiska principer på en internationell nivå. Det kommer också att krävas en mer enhetlig internationell syn på vilka dessa rättigheter och principer är och hur upprätthållandet av dem skall utformas.

På ett nationellt svenskt plan är *kontroll* av att ny lagstiftning överensstämmer med de nämnda principerna viktig. Det sker redan i själva lagstiftningsprocessen. Det framgår numera som nyss angavs uttryckligen i 2 kap 23 § RF. Alla lagförslag som regeringen lämnar till riksdagen och som innehåller bestämmelser som kan komma i konflikt med bl.a. Europakonventionens regler skall innan de läggs fram särskilt kontrolleras så att sådana konflikter inte uppkommer. Redan under beredningsarbetet i regeringskansliet är det brukligt att författningsförslag underställs sådan särskild kontroll av enheten för folkrätt, mänskliga rättigheter och traktaträtt inom utrikesdepartementet. Viktigare lagförslag från regeringen underställs sedan lagrådet som har särskild uppgift att granska bl.a. hur ett lagförslag förhåller sig till grundlagarna och till rättssäkerhetens krav.

Möjligheten till domstolsprövning av olika myndighetsbeslut innan de verkställs är ett medel som den enskilde själv kan använda. Svenska domstolar är skyldiga att kontrollera att tillämpningen inte strider mot de kodifierade etiska principerna som de framgår av t.ex. Europakonventionen. Sådan prövning sker enligt gängse lagtolkningsprinciper.

Det finns också andra möjligheter till kontroll av att lagstiftningen efterlevs på ett riktigt sätt. Det sker genom olika offentliga organ dit allmänheten kan vända sig, främst JO men även genom andra ombudsmän. JK har också en roll i detta sammanhang för att kontrollera myndigheters tillämpning av lagstiftningen. Även inom myndigheter och olika förvaltningsorgan kan ibland finnas särskilda nämnder som behandlar klagomål som berör dessa områden. I det sammanhanget kan nämnas Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) men även patientskadeersättningen som ett alternativ till att föra talan om skadestånd.

Att domstolar och offentliga myndigheter är skyldiga att beakta de etiska principerna så som de kommer till uttryck i lagstiftningen i sin verksamhet gör också att principerna blir levande och synliga.

Inom *offentlig förvaltning* har främst under senare decennier som ett komplement till överklagande införts omprövning av beslut och tillstånd som normala rutiner. Dessa omprövningar har inte sällan förenats med utvärderingar och kvalitetsprövningar. Kontinuerlig kontroll samt möjlighet till överklagande och/eller omprövning av lagstiftning och regelsystem med sikte på etiska dimensioner/principer kan vara en väg att se till att nuvarande principer följs och utvecklas.

Det finns emellertid andra åtgärder som är nog så viktiga för att förebygga olika missgrepp och för att utveckla etiska principer.

Det är således viktigt att man i alla sammanhang redovisar den kunskap och erfarenhet som finns tillgänglig angående dessa värderingar så att de sprids och vidmakthålls.

Under *skolutbildningen* måste dessa principer diskuteras så att de ges en naturlig plats i unga människors liv. Satsningen på projekt som *Levande historia*, med skriften "...om detta må ni berätta..." om Förintelsen, är ett exempel på detta.

I grund och botten gäller det nu förda resonemanget grundvalarna för vårt samhälle och demokratins roll. En utgångspunkt för skolans informativa uppgift bör därför kunna tas direkt i reglerna om de mänskliga rättigheterna - både i de internationella akterna och i de bestämmelser som är direkt tillämpliga i vårt land - grundlagen och Europakonventionen. Lika viktigt är det emellertid att *principerna konkretiseras* genom att handlingar och episoder som ger underlag för att diskutera olika etiska problem lyfts fram. Detta bör integreras som upplysning i flera ämnen såsom biologi, historia, religion och samhällskunskap. Moderna läroböcker och andra nya medier är viktiga medel i det sammanhanget t.ex. tv- och radioprogram, videoupptagningar, reportage, broschyrer och tidningsartiklar. Exempel på sådana satsningar är nyss nämnda projekt *Levande historia* men också den av Stockholms läns landstings utgivna boken "*Lyckad nedfrysning av herr Moro*" som delas ut och diskuteras i fr.a. högstadiet. Där presenteras viktiga skönlitterära texter och fotografier tillsammans med bl.a. FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna.

Det är också viktigt med kontinuerlig *information till olika aktörer* som i sitt arbete direkt konfronteras med de etiska principerna eller där arbetets innehåll och utformning gör att konflikter med dessa regler kan uppkomma. Det gäller myndighetspersoner, forskare, sjukvårdspersonal, personer inom massmedia m.fl. Dessa måste vara medvetna om hur de etiska principerna tar sig uttryck i deras verksamhet och i olika regelsystem.

Inom dessa yrkesgrupper bör också föras en *regelbunden diskussion* om gränserna för principernas tillämpning och de problem som kan finnas när principerna skall förverkligas och efterlevas. I yrkesutbildningar

är det viktigt att etiska dimensioner sätts in i ett samhälleligt sammanhang. Det är angeläget att diskutera hur respektive yrkesgrupp påverkar etiska ställningstaganden i samhället. Det gäller framför allt inom sådana yrkesgrupper där beslut/åtgärder/handlande direkt påverkar och begränsar olika mänskliga fri- och rättigheter.

Media har i många fall spelat en betydelsefull roll för att rikta uppmärksamhet på olika missförhållanden. Det är naturligt att i det sammanhanget som exempel nämna att den aktuella steriliseringsdebatten som bl.a. lett till denna utredning och en ekonomisk ersättning till steriliserade knappast hade kommit till stånd utan journalisten Maciej Zarembas artiklar i Dagens Nyheter i augusti 1997.

Men massmedia kan också driva fram (eller användas för att driva fram) ett visst etiskt ställningstagande som kan stå i strid med gällande etiska värderingar, exempelvis införande av dödsstraff. Det är viktigt att sådana frågor diskuteras i journalistutbildningen och att media stimuleras till att skapa mötesplatser för diskussion om etiska värden, vilka de är och hur de kan förändras men också hur man inom media bemöter och hanterar värderingar som klart strider mot de etiska grundsatser som gäller i dagens samhälle.

Även för den *bredare allmänheten* är sådan information och debatt/diskussion givetvis angelägen för att hålla kunskapen om etiska principer levande.

Inom många samhällsområden och inom olika yrkesgrupper finns olika former av *etiska kommittéer* eller råd som har till uppgift att följa och granska utvecklingen i samhället. Ett exempel på detta är Statens medicinsk-etiska råd. I rådet sitter såväl politiker som experter inom skilda områden, filosofer, jurister, läkare, teologer, författare och samhällsdebattörer. Rådet skall mot bakgrund av den snabba utvecklingen bedöma konsekvenserna för människovärdet och den mänskliga integriteten i samband med medicinsk forskning, diagnostik och behandling. Rådet uppgift är att ge vägledning till regering och riksdag. Rådet är också "överremissinstans" till regeringen i samband med förberedelser för lagstiftning i medicinsk-etiska frågor.

Etiska kommittéers eller råds arbete bör kunna bidra till att visa färdriktningen, ange normer och regler som bör iakttas och varna för felsteg. Det skulle också kunna vara möjligt att låta etiska råd få i uppdrag att kontrollera och granska lagstiftning och andra regleringar inom flera centrala samhällsområden.

Kommittédirektiv

Steriliseringar

Dir. 1997:100

Beslut vid regeringssammanträde: 1997-09-04

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall tillkallas för att allsidigt belysa de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstaganden och ansvar vad gäller tillkomsten och tillämpningen av den steriliseringslagstiftning som var i kraft i Sverige under 1930-, 1940-, 1950-, 1960- och 1970-talen, fram till dess att den nuvarande steriliseringslagen trädde i kraft år 1976.

Lagstiftningens utformning och praktiska tillämpning präglades bl.a. av ett rashygieniskt synsätt som var förhärskande bland många beslutsfattare, forskare och läkare i Sverige liksom i andra länder.

Lagarna, deras tillämpning och skälen till att de slutligen upphävdes skall sättas in i sitt historiska sammanhang och förhållandena i Sverige belysas i ett internationellt perspektiv.

Många av dem som steriliserades blev offer för det synsätt som präglade lagstiftningen och tillämpningen av den.

Det är angeläget att en kartläggning görs om hur omfattande verksamheten var och på vilka indikationer steriliseringarna utfördes.

Det är angeläget att de som steriliserades mot sin vilja eller på någon annans initiativ får en gottgörelse av samhället.

Den särskilde utredaren skall överväga principerna för en sådan gottgörelse.

Ett förslag till ersättning skall läggas fram och kostnadsberäknas.

Förslaget till ersättning och hithörande frågor skall redovisas med förtur. Uppdraget i sin helhet skall vara slutfört senast den 1 juli 1999.

Bakgrund

1. 1934, 1941 och 1975 års steriliseringslagar

I denna bakgrundsbeskrivning används de begrepp som var gängse vid tiden för de aktuella lagarna, även om de idag är föråldrade.

Efter utredningar under 1920- och 1930-talen beslutade 1933 års riksdag om 1934 års steriliseringslag (1934:171). Lagen reglerade endast steriliseringar av dem som på grund av rubbad själsverksamhet saknade förmåga att lämna giltigt samtycke till ingreppet.

Det begränsade tillämpningsområdet av lagen ansågs medföra "vissa olägenheter" och var anledningen till att lagen efter utredning och förslag från regeringen i proposition 1941:13 ersattes av 1941 års steriliseringslag (1941:282).

Den nya lagen medgav sterilisering om någon av de i lagen angivna indikationerna var uppfyllda.

För sterilisering krävdes att den enskilde samtyckt till ingreppet. Undantag fick fortfarande göras i de fall den enskilde på grund av rubbad själsverksamhet saknade förmåga att lämna giltigt samtycke.

Medicinalstyrelsens tillstånd var en förutsättning för sterilisering. Undantag från kravet på tillstånd fick endast göras vid vissa nödsituationer då fara för liv eller hälsa förelåg.

Tillståndet varade ett år och ingreppet skulle rapporteras till Medicinalstyrelsen.

De tre indikationer som nämndes i lagen var

- Eugenisk indikation (om någon med skäl kunde antas genom arvsanlag komma att på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag).
- Social indikation (där någon bedömdes på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamhet eller på grund av asocialt levnadssätt vara för framtiden uppenbart olämplig att handha vårdsnaden av barn).
- Medicinsk indikation (när det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinna är påkallat att hon steriliseras för att förebygga havandeskap som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa).

I tillämpningsföreskrifter till lagen (KK 1941:387) reglerades vem som ägde rätt att ansöka om tillstånd för underårig eller omyndigförklarad och t.ex. då någon var föremål för åtgärd från samhällets sida.

Utöver lag och kungörelse gällde också råd och anvisningar om tillämpningen utfärdade av Medicinalstyrelsen.

Frågan om en översyn av 1941 års lag behandlades av riksdagen vid flera tillfällen under 1950-, 1960- och 1970-talen. Diskussioner fördes i massmedia och krav ställdes på att en fri sterilisering skulle införas bl.a. i familjeplanerande syfte.

I betänkandet Fri sterilisering (SOU 1974:25) föreslogs en steriliseringslag som byggde på ett nytt synsätt.

Den bärande principen var att det skulle överlämnas till den enskilde att besluta om sterilisering. Den nya lagen beslutades av 1975 års riksdag och trädde i kraft den 1 januari 1976. 1975 års steriliseringslag (1975: 580) är fortfarande i kraft.

2. Principer för ersättning vid skada

Enligt 3 kap. 2 § skadeståndslagen (1972:207) skall staten eller kommun ersätta personskada, sakskada eller ren förmögenhetsskada som vållas genom fel eller försummelse vid myndighetsutövning i verksamhet för vars fullgörande staten eller kommunen svarar.

Ansvaret gäller såväl när staten eller kommunen gjort sig skyldig till fel eller försummelse utan att det går att utreda vilken tjänsteman eller vilka tjänstemän som svarat för felet eller försummelsen som när en enskild tjänsteman gjort fel eller varit försumlig.

Enligt 3 kap. 7 § skadeståndslagen får talan om ersättning enligt 2 § inte föras med anledning av beslut av bl.a. riksdagen eller regeringen om inte beslutet upphävts eller ändrats. Detta förbud innebär bl.a. att talan inte får föras på grund av innehållet i en lag.

Skadeståndslagen trädde i kraft den 1 juli 1972. Före den tidpunkten fanns det inte någon generell lagreglering av det allmännas skadeståndsansvar.

De personer som steriliserats med stöd av den aktuella lagstiftningen före den 1 juli 1972 kan inte, med tillämpning av skadeståndslagen, erhålla ersättning av staten.

Äldre lag torde inte ha gett någon rätt till ersättning. Under alla förhållanden är en sådan rätt utesluten med hänsyn till allmänna preskriptionsbestämmelser.

För personer som steriliserats efter juni 1972 skall skadeståndslagen tillämpas på eventuella ersättningskrav. Rätt till ersättning förutsätter fel eller försummelse. En eventuell ersättning är även för dessa fall i regel preskriberad.

Det är alltså sällsynt att den som steriliserats har något rättsligt befogat anspråk på skadestånd.

Vid sidan av det lagreglerade området har regeringen möjlighet att betala ersättning ex gratia. Denna möjlighet har regeringen utnyttjat endast undantagsvis och bara när mycket speciella omständigheter förelegat.

3. Regeringens praxis

Sedan början av 1980-talet har Socialdepartementet fått in 38 ansökningar från personer som steriliserats med stöd av i första hand 1941 års lagstiftning. Regeringen har i 16 fall utgett ersättning ex gratia. Ersättningen har uppskattats med utgångspunkt i skadeståndsrättslig praxis för denna typ av skador och utgått till den enskilde med ca 50 000 kr i nuvarande penningvärde.

Regeringen har utgett ersättning endast i de fall formella fel har begåtts. Oftast handlar det om att samtycke saknats till ingreppet enligt föreskrifterna i lagen.

Uppdraget

Fram till år 1976 steriliserades ett stort antal personer i vårt land med stöd av då gällande steriliseringslagstiftning. Lagarnas utformning och hur de kom att tillämpas i praktiken präglades bl.a. av ett rashygieniskt synsätt och en tro på folkrening som var förhärskande bland många beslutsfattare, forskare och läkare under första hälften av 1900-talet i Sverige liksom i andra länder. Många av dem som steriliserades blev offer för detta synsätt.

Sedan länge är detta något som det svenska samhället starkt tar avstånd från.

Historisk belysning

I uppdraget ingår att skapa klarhet om vilka överväganden som låg till grund för utformningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar.

Det är viktigt att den tillämpning som lagarna fick belyses och att den debatt som kan ha förts i riksdag, i de politiska partierna, av forskarsamhället eller på annat sätt under de år lagarna var i kraft fram till dess de slutligen upphävdes redovisas och analyseras.

Det är således angeläget att de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstaganden och ansvar blir allsidigt belysta.

Lagarnas tillkomst, deras tillämpning och skälen till att de slutligen upphävdes skall sättas in i sitt historiska sammanhang och förhållandena i Sverige belysas i ett internationellt perspektiv.

Kartläggning.

I uppdraget ingår också att göra en kartläggning av hur många personer som steriliserades med stöd av lagarna under de olika indikationerna, vilka de var och hur deras liv påverkades. Antalet steriliseringar som utfördes efter ansökan av någon annan än den person som steriliserades skall också redovisas. Av intresse är också att en kartläggning görs om eventuella förändringar i tillämpningen av lagstiftningen under den tid den var i kraft och de bakomliggande orsakerna till det.

Ersättning till dem som drabbats

Det är angeläget att de som under denna tid blivit steriliserade mot sin vilja eller på någon annans initiativ får en gottgörelse, trots att det inte finns någon formell skyldighet för staten att betala ersättning.

Förslag skall läggas fram om ersättning till de drabbade, om vilka principer som skall gälla för en sådan ersättning och om hur handläggning och beslut i ersättningsärendena skall organiseras.

Former för utredningens bedrivande

En särskild utredare skall tillkallas för att genomföra utredningsuppdraget. Till utredarens hjälp skall utses sakkunniga med bl.a. juridisk, socialmedicinsk och idéhistorisk kompetens.

Det står utredaren fritt att, om han finner det påkallat, lägga fram de ytterligare förslag som kartläggningen och övervägandena under utredningen kan föranleda. Utredaren har också möjlighet att i sitt arbete överväga och redovisa andra aspekter med anledning av uppdraget än dem som uttryckligen nämns i direktiven.

Utredaren skall - om han så finner lämpligt - inhämta synpunkter från företrädare för olika samhällsintressen.

För utredaren gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare om prövning av offentliga åtaganden (dir 1994:23). Utredaren skall också redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir.

1994:124) regionpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

Utredningen skall bedrivas skyndsamt. Förslaget om ersättning till de drabbade och därtill hörande frågor skall redovisas med förtur. Det förslag som läggs fram skall vara kostnadsberäknat.

Utredningen skall vara avslutad senast den 1 juli 1999.

Mellan tvång och frivillighet i 1.074 steriliseringsakter 1935–1975

Mikael Eivergård, Lars-Eric Jönsson

Innehåll

1	Inledning	61
	Uppdraget	61
	Källorna, källkritik	62
	Värdering av resultatet.....	64
2	Det kvantitativa momentet	67
	Resultat.....	69
	Tolkning av resultatet	73
	Summering.....	76
3	Det kvalitativa momentet	79
	Tvång.....	82
	Indirekt tvång, villkor	90
	Mellan tvång och frivillighet	95
	Frivilliga steriliseringar	107
4	Sammanfattning av undersökningen	117
5	Reflexioner, nya frågor	123
6	Litteratur	129

Mellan tvång och frivillighet i 1.074 steriliseringsakter 1935–1975

Mikael Eivergård
Lars-Eric Jönsson

1 Inledning

Uppdraget

En central del av 1990-talets historiska uppfattning om steriliseringslagstiftningen och dess praktik 1935–75 har handlat om det faktum att svenska medborgare under tvång blev fråntagna förmågan att fortplanta sig. Denna uppfattning utgjorde ett grundläggande tema för den mass-mediala fokusering på steriliseringarna 1935–75 som ägde rum 1997. Förutom lagstiftningens idag tvivelaktiga och obsoleta vetenskapliga bas kretsar steriliseringsutredningens direktiv (1997:100) till stor del kring just förhållandet att många – hur många är av olika skäl oklart – steriliserades mot sin vilja.

I utredningens direktiv sägs att ”Många av dem som steriliserades blev offer för det synsätt som präglade lagstiftningen och tillämpningen av den.” Detta synsätt, fortsätter direktiven, inbegrep bl.a. rashygien och en tro på folkrening ”som var förhärskande bland många beslutsfattare, forskare och läkare under första hälften av 1900-talet i Sverige liksom i andra länder” (dir. 1997:100). Direktiven anger att utredningen allsidigt ska belysa lagarnas tillämpning liksom dess förändring under den tid lagstiftningen var i kraft, dvs. 1935–1975 (dir. 1997:100). Föreliggande undersökning är alltså en del av steriliseringsutredningens bearbetning av lagstiftningens praktik och dess förändring över tid.

Trots att 1941 års lag i princip sades vara baserad på frivillighet är det väl känt att många ansökningar kom till under tvång och/eller påverkan från de myndigheter och institutioner genom vilka ansökningarna administrerades och formulerades. Den forskning och dokumentation som tidigare utförts (jfr t.ex. Broberg & Tydén 1991, Lindquist 1991, Runcis 1998) har dessutom kunnat konstatera hur initiativet till ansökningar om sterilisering i många fall togs av andra än den formellt sökan-

de. Sådana initiativ kunde t.ex. tas av de myndigheter och institutioner som också utförde de undersökningar som låg till grund för medicinalstyrelsens bedömning av det enskilda fallet. Förutom de fall där den steriliserade själv inte hade undertecknat sin egen finns det med andra ord en mängd andra fall där ansökningshandlingen har skrivits under av den sökande själv men där andra förutsättningar har förelegat som tyder på att den sökande har påverkats eller på olika sätt tvingats att skriva under ansökan.

Vårt uppdrag är koncentrerat kring begreppen tvång och frivillighet och syftet med vår undersökning är alltså att beskriva och analysera steriliseringslagstiftningens tillämpning i termer av tvång och frivillighet.

I praktiken sönderfaller undersökningen i två moment. För det första innebär den ett slags skattning av hur många av de steriliserade som verkligen kan beskrivas som offer i direktivens mening, dvs. hur många individer som steriliserades under några former av myndighetstvång. För det andra innebär uppgiften att beskriva och analysera hur begreppsparen tvång och frivillighet kommer till uttryck i de ansökningshandlingar för sterilisering som sändes in till medicinalstyrelsen för bedömning och beslut.

Det förra momentet innebär alltså ett slags räkneuppgift där det gäller att skaffa sig en uppfattning om hur många individer som steriliserades på frivillig grund respektive olika former av tvång eller påverkan. Det senare momentet utgörs av en kvalitativ studie av akternas texter, främst av de till varje ansökan bilagda utredningarna. Båda momenten innebär en jämförelse av praxis över tid.

Källorna, källkritik

Primärkällorna till undersökningen har uteslutande varit de akter som upprättades vid en ansökan om sterilisering. Sammanlagt har undersökningen inneburit en granskning av 1618 akter. 1092 av dessa har avsett sterilisering. Resterande 526 utgörs av de abortansökningar som var och en har sin motsvarighet i en steriliseringsansökning. De 1092 steriliseringsansökningarna har valts ut slumpvis ur medicinalstyrelsens rättspsykiatriska nämndens (1935–46) respektive socialpsykiatriska nämndens arkiv (1947–1975).

De 1092 steriliseringsansökningarna motsvarar ungefär var 58:e av det totala antalet, 62.888, utförda steriliseringar som inrapporterades till medicinalstyrelsen och socialstyrelsen 1935–1975. Av de 1092 akterna har vi sett oss tvungna att bortse från 18 akter. Tolv av dessa är ansökningar vars sociala och medicinska undersökningar ligger i abortakter

som saknas i materialet. Fem akter utgörs av brev ställda till medicinalstyrelsen och är inte några formella ansökningar om sterilisering.

Vid sidan av steriliseringsansökningarna ingår 526 abortansökningar i undersökningen, det rör fall där sterilisering och abort sökts vid samma tillfälle. Åtta av abortakterna saknar motsvarande steriliseringsansökan och har därför måst lyftas ut ur undersökningen.

Sammanlagt har med andra ord 1074 steriliseringsansökningar och 518 abortansökningar behandlats i föreliggande granskning. Det totala antalet individer är alltså lika med 1074. Det totala antalet akter 1592.

Innehållet i akterna var reglerat. Kortfattat skulle varje formellt giltig ansökan enligt 1941 års lag innehålla undertecknad ansökan, åldersbetyg för den i ansökan avsedda, yttrande (bilaga 1) från vårdnadshavare, förmyndare, make/maka eller läkare eller anstaltsföreståndare. Vidare skulle till ansökan medfölja ett intyg från anförvanter, make/maka eller andra rörande omständigheter ”som äro av betydelse för sakens bedömmande” (bilaga 2) samt ett intyg avgivet av en legitimerad läkare (bilaga 3). I 1934 års byråkratiska ordning motsvarades bilaga 2 av intyg (I) samt bilaga 3 av intyg (II). Den formella uppställningen av ansökan och dess bilagor skiljer sig med andra ord till viss del. Denna skillnad är emellertid av marginell betydelse för vår undersökning.

Trots denna formalisering skiljer sig akternas innehåll ibland starkt. Många är fylliga, andra är magra. I en del kommer den sökandes röst till relativt klart uttryck. I andra tycks den sökande knappt vara närvarande. I vissa fall framställs ansökan som om en sterilisering är starkt önskad av den sökande. I andra ansökningar står det fullständigt klart att steriliseringsansökan inte har författats med den sökandes bästa för ögonen utan t.ex. för den kommunala budgetens. Sådana och andra skillnader kan förstås ha många olika orsaker. Vi ska återkomma till dem. Poängen här är att varje fall äger sina unika drag och väljer man att på olika sätt kategorisera ansökningarna innebär det samtidigt att man gör våld på varje akts enskildheter.

Andra problem har att göra med ansökningarnas historiska källvärde. Även om de allra flesta ansökningarna skrevs under av den som ansökan gällde är det sällan som den sökandes egen röst hörs i handlingarna. Ibland citeras den sökande men generellt gäller att det är olika myndighetspersoner, ibland anhöriga eller arbetsgivare, som redovisar uppgifter om den ansökan gäller. Att uppgifterna på så vis är filtrerade genom andra personer än huvudpersonen har försvårat vår uppgift att uttala oss om just graden av tvång eller frivillighet i varje enskild ansökning. Detta problem har varit en mycket besvärande omständighet för vår undersökning.

Ytterligare en källkritisk aspekt på innehållet i ansökningshandlingarna är att dessa snarare än en avspegling av en fullständig process som vi

kan följa från början till slut snarare är att betrakta som finalen på en i många fall flerårig process. I många ansökningar står det klart att den avsedda individen tidigare har varit i kontakt med en eller flera myndigheter eller institutioner. Det kan röra sig om kommunala fattigvårdsnämnder, barnvårdsnämnder eller nykterhetsnämnder. Det kan också vara anstalter av olika slag, rådgivningsbyråer eller mödravårdscentraler. I en del steriliseringsakter är dessa kontakter uttryckta i klartext. I andra kan de bara anas. I ytterligare andra är det helt tyst trots att det är rimligt att anta att ansökan har föregåtts av någon form av möte med myndigheter. För att utröna om ansökan är resultatet av en spontan och frivillig handling eller någon form av tvång är denna ansökningens förhistoria viktig. Vår uppgift har emellertid begränsats till att endast avse ansökningshandlingarna, vilket alltså har givit vår undersökning ytterligare ett osäkerhetsmoment.

Värdering av resultatet

Man kan och bör med andra ord betrakta den här undersökningens resultat med kritiska blickar. Särskilt det kvantitativa momentet lider av källmaterialets uppenbara begränsningar. Det går inte att med ledning av vår undersökning entydigt uttala sig om hur många steriliserade individer som opererades på frivilliga grunder. Det går heller inte att säga exakt hur många steriliseringar som utfördes som villkor för något annat, t.ex. abort eller kommunalt understöd. Beträffande abortansökningarna reglerades att alla aborter som skedde på eugeniska grunder också skulle följas av sterilisering. En kvinna som sökte abort och beviljades sådan på eugenisk grund kunde, med vissa undantag¹, alltså inte få aborten utförd om hon inte samtidigt underkastade sig sterilisering. Omkring 4.000 kvinnor steriliserades 1938–1965 enligt abortlagens villkorsparagraf. I dessa fall sändes ingen ansökan om sterilisering till medicinalstyrelsen, utan av abortakten framgick att den också avsåg sterilisering. Dessa akter ingår inte i vår undersökning. Det betyder att vårt resultat avseende steriliseringar genom indirekt tvång och villkor är något i underkant. Abort och sterilisering skedde emellertid också på andra än eugeniska indikationer. I ansökningshandlingarna är det generellt sett mycket svårt att utröna om den abortsökande kvinnan har ställts inför ett outtalat villkor om samtidig sterilisering. I de fall där steriliserande operation har utförts på en person som varit inskriven på anstalt har vi tagit för givet att

¹ Undantag var enligt anvisningsföreskrifterna till 1938 års abortlag fall där mannen konstaterats vara bäraren av de oönskadeanlagen, samt fall där särskilda omständigheter ansågs föreligga.

sterilisering har skett som villkor för utskrivning eller andra förmåner som innebär utökad frihet för den intagne, t.ex. frigång eller försöksutskrivning.

Däremot går det att säga hur många som steriliserades utifrån formellt tvång, dvs. de som inte skrev under sin egen ansökan, de som inte hade uppnått myndig ålder eller som var omyndigförklarade. Vi kan också presentera siffror över hur många som steriliserades under 1935 års lagstiftning. Dessa individer betraktades som rättsinkapabla och blev, enligt vår tids definition, tvångssteriliserade.

För att förstå resultatet av denna undersökning måste således hänsyn tas till källornas begränsade informationsvärde. Likaså måste läsaren beakta de metoder som vi har använt. Till dessa återkommer i avsnitt 2 respektive 3.

2 Det kvantitativa momentet

Som en del av undersökningen ligger ett moment att utifrån de 1074 behandlade steriliseringsakterna försöka säga något om hur stor del av de knappt 63.000 steriliseringar som skedde under tvång och med villkor, efter övertalning eller bristande information eller med den steriliserades eget initiativ, frivilliga medverkan och insikt om operationens verkningar och definitiva art.

För att genomföra denna del av undersökningen har vi valt att dela in ansökningarna i fem kategorier.

Med kategori 1 avses frivillig sterilisering. För att en ansökan ska placeras i denna kategori krävs att den person som ansökan gäller själv har skrivit under ansökan, dvs. inte bara har givit sitt samtycke utan också själv har anhängit om att sterilisering ska utföras. Enbart avsaknad av tvång har inte varit tillräcklig grund för att ansökan ska bedömas som frivillig, utredningen måste därtill innehålla positiva tecken på att den sökande verkligen strävat efter och har önskat att bli steriliserad. Det får inte finnas några signaler om att ansökan har tillkommit eller skrivits på under några former av tvång eller villkor, ej heller att det har skett någon form av övertalning eller annan form av påverkan.

I kategori 2 har vi placerat sådana fall som visserligen har skrivits under av den sökande själv men där vi funnit tecken på att övertalning eller påtryckning från myndighet eller institution har förelegat eller där den sökande inte har fått informationer om ingreppets konsekvenser och definitivitet. I vissa fall framgår explicit av utredningen att ansökan kommit till genom påtryckningar från de utredande funktionärerna, i andra fall kan detta utläsas genom de omständigheter som omgav ansökan eller, ibland, via språkbruk och ordval, t.ex. att patienten ”går med på” eller ”medger” sterilisering.

Kategori 3 kännetecknas av att steriliseringen är resultatet av indirekt tvång eller att sterilisering har ställts som villkor för något annat, t.ex. abort, utskrivning från anstalt eller understöd från kommunala sociala myndigheter.

I kategori 4 hamnar vad som med vår tids ögon måste betraktas som tvångssteriliseringar, dvs. ansökningar som inte är undertecknade av den ansökan gäller eller där den steriliserade inte är myndig p.g.a. av låg ålder eller omyndigförklarad. Som tidigare nämnts har vi placerat alla steriliseringar utförda under 1934 års lag i denna kategori.

Kategori 5 är en så kallad restkategori i vilken vi har placerat de ansökningar som vi inte förmått placera in i någon av de övriga kategorierna. Den huvudsakliga orsaken är att ansökningens utredningar innehåller alltför lite information eller att de signaler som ges i undersökningarna är alltför motstridiga.

Utöver dessa fem kategorier har vi lyft ut sammanlagt 25 akter ur undersökningen med anledning av att de inte utgjort några formella ansökningar. Det kan dels gälla ansökningar som inte är kompletta och därför inte har behandlats av medicinalstyrelsen, dels informella skrivelser som kommit in till medicinalstyrelsen från enskilda personer eller tjänstemän.

Vårt tillvägångssätt har inneburit att vi var för sig, oberoende av varandra, har läst samma akter och sökt placera in varje enskild ansökan i någon av de fem kategorierna. Den som i någon mån har kommit i kontakt med steriliseringsansökningar förstår snart att det kan innebära stora svårigheter att tolka dem entydigt i termer av tvång och frivillighet och att placera in varje enskild ansökan i en kategori. En del akter har vi stått mycket tvekan inför. I en del fall har ansökningarna varit så magra att vi inte har sett det möjligt att göra någon bedömning. I andra fall har uppgifterna givit signaler åt så vitt skilda håll att inte heller dessa har varit möjliga att kategorisera. Sådana fall har krävt särskild uppmärksamhet och granskning. Antingen har vi efter ytterligare granskning enats om en bedömning eller så har vi placerat dessa akter i kategori 5.

Våra bedömningar baseras på läsningen av ansökningsakterna. Vi har således inte tagit del av material som föregått själva ansökan. Inte heller inbegriper vår undersökning medicinalstyrelsens hantering och bedömning av ansökningarna. Det är alltså enbart informationer och omständigheter som kunnat utläsas ur själva ansökningsakten som legat till grund för vår bedömning. Dessa begränsningar tillsammans med det ovan förda källkritiska resonemanget är viktiga vid tolkningen av våra resultat. När vi t.ex. bedömt att en ansökan tillkommit på frivillig väg innebär det att akten saknar såväl uttryck och faktiska förutsättningar för tvång, villkor eller påverkan, som andra tecken som språkbruk, antydningar och annat som skulle antyda att steriliseringen hade skett under andra omständigheter än i enlighet med den sökandes egen vilja, samt att vi funnit positiva uttryck för att sökanden önskat sterilisering. Vi vill därmed inte påstå att det inte kan ha förekommit tvång, villkor eller påtryckningar från de undersökandes sida. Detta är en begränsning som alla som tar del av denna undersökning måste ha i minne: *På gott och ont bygger våra bedömningar endast på de granskade ansökningshandlingarna. Vi kan med andra ord inte vara säkra på att vi uttalar oss om de faktiska förhållandena såsom de ägde rum i verkligheten utan bara om de förhållanden som den enskilda ansöknings handlingen ger uttryck för.*

Resultat

Sammanlagt har alltså vårt källmaterial utgjorts av 1074 formellt giltiga steriliseringsansökningar. Till dessa akter hör 518 abortansökningar som var och en alltså har en motsvarighet i en steriliseringsansökan. Man bör komma ihåg att antalet ansökningar inte är lika med antalet verkställda operationer. En allmän bedömning av akterna ger emellertid vid handen att det endast är ett fåtal ansökningar som inte ledde fram till operation. Somliga avstyrktes av medicinalstyrelsen, andra effektuerades inte på grund av att den sökande antingen vägrade infinna sig till operationen eller hade ångrat sig. I ljuset av andra osäkerhetsfaktorer som ingår som förutsättningar i vår undersökning har vi valt att göra dygd av nödvändigheten och bortse från denna svaghet i materialet.

Av antalet abort- respektive steriliseringsansökningar kan man dra en första slutsats. Drygt hälften – 52 procent – eller 518 av alla steriliseringsansökningar som gäller kvinnor innebar samtidigt en abort. Om vi för en stund bortser från just aborterna leder oss detta fram till det faktum att en övervägande del av de steriliserade individerna är kvinnor. I vårt material avser 991 ansökningar – eller 92 procent av ansökningarna – kvinnor².

Beträffande våra kategorier har följande resultat uppnåtts avseende hela perioden. I kategori 1 har 537 ansökningar placerats. Med ledning av de handlingar som medföljer ansökningarna har vi med andra ord betraktat dem som frivilliga ansökningar. Kategori 2 102 ansökningar, kategori 3 263, kategori 4 95 samt kategori 5 77. I procentsatser motsvarar talen: 1 – 50 procent, 2 – 10 procent, 3 – 24 procent, 4 – 9 procent och 5 – 7 procent.

Enligt vår bedömning skulle således hälften av ansökningarna ha tillkommit på den sökandes eget, frivilliga initiativ, dvs. med ledning av ansökningshandlingarnas sociala och medicinska undersökningar har vi funnit anledning att göra bedömningen att hälften har tillkommit på detta vis. Om vi bortser från den femte kategorin skulle alltså resten, knappt hälften, av ansökningarna vara resultatet av en glidande skala från formellt tvång till olika former av påtryckningar och övertalning.

² Broberg & Tydén 1991 motsvarande siffra hämtad från Sveriges offentliga statistik, Allmän hälso- och sjukvård är 93 procent. Denna siffra baseras på det totala antalet rapporterade steriliseringar, dvs. 62.888.

		totalt	kvinnor	män
kategori 1	50 %	537	530	7
kategori 2	9 %	102	96	6
kategori 3	24 %	263	221	42
kategori 4	9 %	95	67	28
kategori 5	7 %	77	77	0
summa	100 %	1 074	991	83

Tabell över fördelning i kategorier över hela perioden 1935–75, relativa och absoluta tal.

1935–41

För att få en uppfattning om hur steriliseringslagstiftningen praktik förändras över tid har vi valt att dela in åren 1935 till 1975 i fyra perioder. 1935–1941 omfattar 1934 års lag³ som medgav sterilisering utan samtycke av så kallat rättsinkapabla individer. De i vårt material sammanlagt 21 ansökningarna från denna period har således placerats i kategori 4. De steriliseringar som utfördes enligt 1934 års lagstiftning skedde alltså under formellt tvång. 18 individer eller 86 procent var kvinnor, medan 3 individer eller 14 procent var män⁴.

1942–55

Antalet steriliseringar ökade starkt under 1940-talet. 1941 års lag innebär att såväl frivilliga som icke frivilliga steriliseringar reglerades. Indikationerna utvidgades dessutom. I vårt material motsvaras perioden 1942–1955 av 424 ansökningar eller knappt 40 procent av undersökningens totala antal ansökningar. Av dessa gällde 360 eller 85 procent kvinnor. 64 eller 15 procent rörde män.

Den nya lagstiftningen reglerade alltså även frivilliga steriliseringar. I vårt material var 54 stycken eller 13 procent att betrakta som tvångssteriliseringar. Knappt 60 procent av dessa gällde kvinnor. Av de 54 tvångssteriliseringarna är 47 daterade på 1940-talet. 100 ansökningar eller knappt 24 procent var i vår mening frivilliga, dvs. vi har i dessa akter inte funnit tecken på direkt eller indirekt tvång, övertalning eller att sterilisering har använts som villkor för något annat. 186 (44 procent) ansökningar har vi funnit anledning att placera i kategori 3 medan 56 har placerats i kategori 2. I kategorierna 2 och 3 utgör 81 respektive 89 pro-

³ 1941 års lag började gälla vid halvårsskiftet 1941. För enkelhetens skull har vi låtit även andra hälften av 1941 höra till denna första period.

⁴ Dessa siffror är knappast att betrakta som säkert representativa för det verkliga antalet steriliseringar under perioden. Dock redovisar Broberg & Tydén, 1991, en motsvarande siffra på 88 procent steriliseringar av kvinnor.

cent kvinnor. 28 ansökningar har vi inte kunnat ta ställning till och alltså placerat i kategori 5.

1956–1965

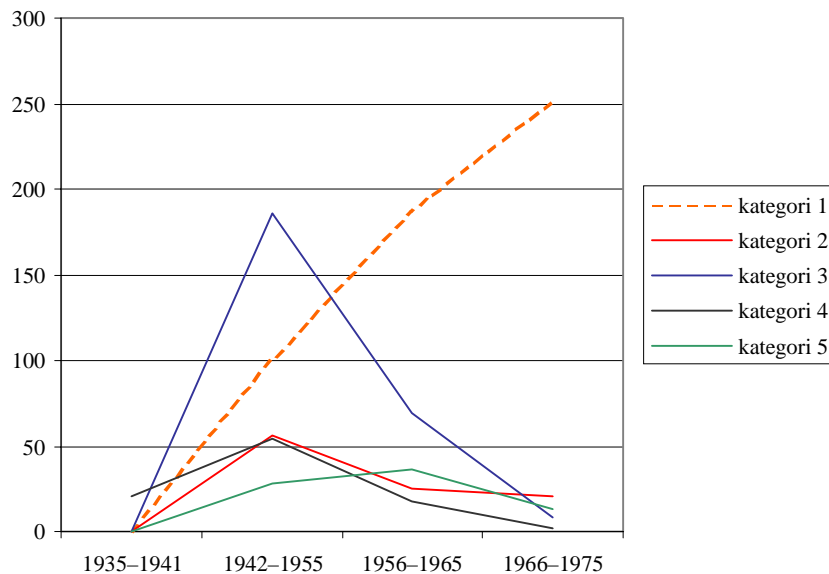
Ett kännetecken för denna period är dess fullständiga dominans av kvinnor. Av totalt 334 undersökta akter behandlar 320 eller 96 procent kvinnor. 186 ansökningar av samtliga under perioden är placerade i kategori 1 (56 procent), 25 i kategori 2 (7 procent), 69 i kategori 3 (21 procent) och 18 i kategori 4 (5 procent). I kategori 5 hamnade 36 akter (11 procent). Dominansen av kvinnor framgår tydligt av männens låga andel av ansökningarna: 1.5 procent av kategori 1, 0 procent av kategori 2, 4 procent av kategori 3 samt 16 procent av kategori 4.

1966–1975

Steriliseringslagstiftningens sista tio år understryker den närmast totala kvinnodominansen i akterna. Av 295 ansökningar gällde endast två män (= drygt 0.5 procent). Dessa två manliga fall återfinns i kategori 1, som i övrigt utgörs av 249 kvinnor. De sammanlagt 251 ansökningarna i denna kategori representerar 85 procent av periodens totala antal. I kategori 2 återfinns 21 ansökningar motsvarande 7 procent, i kategori 3 är motsvarande siffra 8 (2 procent) samt i kategori 4 två fall, vilket motsvarar ca en dryg halv procent. I den femte kategorin återfinns 13 ansökningar, dvs. 4 procent av periodens totala antal akter.

	1935–1941	1942–1955	1956–1965	1966–1975
kategori 1	0	100	186	251
kategori 2	0	56	25	21
kategori 3	0	186	69	8
kategori 4	21	54	18	2
kategori 5	0	28	36	13

Tabell över fördelning i kategorier uppdelat i fyra perioder, absoluta tal.



Kvinnor och män

I vårt material ingår sammanlagt 83 ansökningar eller knappt åtta procent som berör män. Som ovan nämnt minskar under perioden antalet ansökningar per år avseende män både i absoluta tal och i relation till antalet ansökningar rörande kvinnor. 54 av de 83 ansökningarna återfinns i vårt material före 1950. 28 ansökningar (34 procent) är inte undertecknade av den person steriliseringen avser, dvs. är i formell mening tvångssterilisering och har placerats i kategori 4. 42 ansökningar (51 procent) har i undersökningen lagts till kategori 3. I kategori 2 återfinns sex ansökningar (7 procent) och i kategori 1 sju (8 procent). I relativa tal kan konstateras att tvångssteriliseringar är vanligare i den manliga gruppen. I absoluta tal tvångssteriliserades 67 kvinnor (kategori 4), vilket motsvarar ungefär 7 procent.

Ansökningarnas kvinnliga dominans har redan framgått. 991 eller 92 procent av det totala antalet ansökningar i vårt material avser kvinnor. Som tidigare nämnts ökar dominansen till att under 1960- och 70-talen vara i det närmaste total. Av materialets 991 kvinnliga ansökningar har 530 (53 procent) placerats i kategori 1 och har alltså med ledning av ansökningshandlingarnas informationer betraktats som frivilliga. 96 (10 procent) har lagts i kategori 2, 221 (22 procent) i kategori 3 och 77 (8

procent) har inte ansetts innehålla tillräckligt underlag för en bedömning och därför placerats i kategori 5.

Beträffande aborterna innehåller vår undersökning 518 abortansökningar som alla har en motsvarande steriliseringsansökan i materialet. Vi har inte kategoriserat abortansökningarna. Istället har de använts som stöd för bedömningen av steriliseringsansökningarna. Sammanlagt 518 steriliseringsansökningar i vårt material har en motsvarande ansökan för abort. Av dessa 518 har 279 bedömts vara frivilliga och tillhörande kategori 1. 50 har placerats i kategori 2, 134 i kategori 3 och elva i kategori 4. 47 har inte varit möjliga att bedöma och lagts i kategori 5.

Tolkning av resultatet

Vad säger oss dessa siffror? Det för oss mest uppseendeväckande resultatet av undersökningen är att vi fann så många ansökningar vara uttryck för den sökandes eget uppsåt och vilja. I sådana ansökningar har vi dels inte funnit tecken på tvång eller annan påverkan från berörda myndigheter, dels funnit uttryck för den enskildes eget initiativ. Vi påstår därmed inte att det i verkligheten inte har förekommit tvång eller annan otillbörlig påverkan i dessa fall utan bara att vi inte har kunnat avläsa några sådana signaler och att vi tvärtom har funnit uttryck för den sökandes egna vilja.

Ett andra resultat är mer välkänt sedan tidigare: Den kvinnliga dominansen i materialet pockar likväl på uppmärksamhet liksom det faktum att över hälften av de kvinnliga steriliseringsansökningarna är relaterade till en abortansökan. Ett tredje faktum som kräver särskild uppmärksamhet är att steriliseringarnas praktik såsom de kommer till uttryck i ansökningshandlingarna förändras över tid.

Ett inslag i denna förändring är att antalet män minskar från att under de två första decennierna ha representerat i genomsnitt ca 15 procent av det totala antalet fall till att under det sista decenniet – 1965 till 1975 inte ens nå upp till en procent. Ett annat inslag är att andelen frivilliga ansökningar ökar från att under 1940-talet vara ca 11 procent till att under de sista tio åren kretsas kring 85 procent.

Sådana förändringar väcker frågor. Vad beror de på? På vilket sätt kommer de till uttryck i akterna? På vilket sätt kan tecknen på förändring i akterna kopplas till verklig förändring, dvs. vilka slutsatser kan dras av det resultat vi kommit fram till?

Till varje ansökan om sterilisering medföljer två undersökningar, en social och en medicinsk. Läkareundersökningen genomfördes och dokumenterades på särskilda för ändamålet avsedda blanketter (enligt 1934 års lag Intyg 2, enligt 1943 års lag Bilaga 3, fr.o.m. 1962 benämnt Lä-

karintyg). Förutom personuppgifter ingick uppgifter om hereditet, anamnes, anteckningar om somatiskt och psykiskt tillstånd samt en bedömning av fallet där den undersökande läkaren tillstyrkte eller avstyrkte ansökan. Vid tillstyrkan angavs på vilka indikationer bedömningen gjordes.

Den sociala undersökningen (enl. 1934 års lag Intyg 1, enl. 1941 års lag bilaga 2, fr.o.m. 1962 Social utredning) kunde utföras av olika slags funktionärer eller av anhöriga. Det vanliga var att någon myndighetsperson gjorde undersökningen, ibland med stöd av någon anförvant till den person ansökan gällde.

Den första kuratorn i vårt material visar sig 1943. Och på 1950-talet då över 60 procent av de sociala utredningarna är underskrivna av kuratorer tycks steriliseringsutredningarna i praktiken huvudsakligen ha varit en fråga för läkare och kuratorer. De flesta av dessa kuratorer är dessutom knutna till olika kommunala byråer – familjerådgivningsbyråer, mentalvårdsbyråer och rådgivningsbyråer för sexual- eller abortfrågor. Samtidigt med kuratorernas och de olika byråernas framträdande i akterna kan vi märka hur materialet antar en delvis annan karaktär. Steriliseringsfrågan blir alltmer en utpräglad kvinnofråga. Som tidigare nämnts försvinner männen nästan ur materialet för att under 50- och 60-talen endast utgöra 5 respektive 3 procent av det totala antalet ansökningar. Vi har dessutom kunnat konstatera att andelen frivilliga ansökningar stiger under samma period.

Vi ser kvinnor med många barn och i mycket små sociala omständigheter, kvinnor med en alkoholiserad make, täta barnsböder, få eller otidsenliga hjälpmedel för hushållets skötsel, kvinnor som var bundna till hemmet och, som det tycks, hjärtligt trötta på allt detta. Många kvinnor som levde under sådana omständigheter hade de sociala myndigheternas ögon på sig. Risken att en sådan familj skulle kunna komma att belasta den kommunala budgeten ansågs ibland vara stor. En sterilisering av kvinnan kunde därför vara en metod för myndigheterna att minska denna risk.

Men i många andra ansökningar framstår kvinnans önskan om sterilisering som genuin. I dessa fall framträder steriliseringsfrågan som en kvinnofråga, men på ett annat sätt än vad som har framförts i massmedia och forskning. Tragiken och de eventuella övergreppen i dessa fall kan inte enbart kopplas samman med steriliseringslagstiftningen utan snarare med de sociala förhållanden som dessa kvinnor levde under.

Parallellt med denna förändring där de frivilliga initiativen synes öka i antal sker en förändring av många utredningars fokus. Under 50-talet men framförallt under steriliseringslagens sista 15 år kan man ur ansökningarna utläsa hur alltfler kvinnor tycks ha sökt sterilisering som hjälp för sociala förhållanden knutna till familjen. Från att ha varit socialpolitik antar tillämpningen av steriliseringslagen karaktären av praktisk fa-

milje- eller sexualpolitik. Sterilisering framstår under dessa decennier allt oftare som en möjlig sexualprevention vid sidan av – på 50-talet – pessar och – på 60- och 70-talen – spiral och p-piller. I en lång rad ansökningar som bär på signaler om frivillighet kommenteras nästan alltid dessa andra preventionsmetoder. Ansökningarna talar om kvinnor som har provat men misslyckats med pessar, spiral eller/och p-piller. Många kvinnor uppges må dåligt av p-piller. Blodproppar och känslan av att vara gravid är vanliga företeelser. För dessa kvinnor tycks alltså sterilisering ha uppfattats som en sista möjlighet att själv kontrollera sin prevention.

Männens roll i dessa ansökningar framträder på olika sätt. Här och var uppges att kondom har provats men att mannen har "slarvat", att kondomen har gått sönder, att olika former av underlivsbesvär har kopplats samman med användandet av kondom eller att mannen helt enkelt inte har velat använda kondom.

Ett generellt intryck av ansökningarna i kategori 1 från periodens andra hälft – 1955–1975 – är att kvinnorna söker sterilisering inte för att de tvingas eller baxas dithän av olika sociala eller medicinska myndighetsutövare utan för att de lever under sådana omständigheter att sterilisering framstår som en utväg för dem. För dessa kvinnor framstår, med ledning av informationerna i akterna, steriliseringen snarare som en befrielse än som en tvångsåtgärd initierad av de sociala myndigheterna.

Trots den osäkerhet som förutsättningarna för vår undersökning har skapat menar vi att man alltså kan konstatera en ökad förekomst av frivilliga steriliseringsansökningar under perioden. Vi menar också att dessa frivilliga ansökningar kom att dominera det totala antalet ansökningar på 1960- och 70-talen.

Detta faktum ska emellertid inte dölja att steriliseringslagstiftningens tillämpning också hade en annan sida präglad av tvång och vad vi idag uppfattar vara otillbörlig påverkan. Av sifferredovisningen ovan kan vi notera att förutom de formella tvångssteriliseringarna var ansökningar tillkomna under framförallt villkor och övertalning mycket vanliga. Om kategori 1 och 5 räknas bort från materialet återstår 460 ansökningar eller 43 procent i kategorierna 2, 3 och 4. Omräknat i det totala faktiska antalet utförda steriliseringar (62.888) motsvarar alltså 43 procent drygt 27.000 individer som med ledning av vår undersökning alltså skulle ha blivit steriliserade under tvång, övertalning eller med sterilisering som villkor för annan "förmån" som abort, utskrivning från anstalt eller kommunal fattigvård eller socialhjälp.

Knappt 70 procent av dessa ansökningar sändes in till medicinalstyrelsen under första halvan av perioden, dvs. mellan 1935–55. Bryter man upp kategorierna 2, 3 och 4 får man liknande siffror. 55 procent av ansökningarna i kategori 2 återfinns under periodens första hälft, 70 pro-

cent av ansökningarna i kategori 3 och 79 procent av kategori 4. Förutom att antalet frivilliga ansökningar var fler såväl i absoluta som relativa tal under andra hälften av perioden understryker siffrorna ytterligare hur steriliseringslagstiftningens praktik förändrades över tid. Denna förändring innebar bl.a. att tvång, övertalning och villkor förekom oftare under den första halvan av perioden än den andra.

Av de sammanlagt 95 ansökningarna i kategori 4 var 62 fall eller 65 procent omyndiga. Den yngsta i vårt material var 14 år då ansökan skickades in 1944. Den äldsta i kategori 4 är en man som vid ansökningstillfället 1946 var 41 år.

Aborter

Många steriliseringar skedde i samband med aborter. Det är väl känt att sterilisering användes som ett villkor för att få abort. Enligt 1938 års abortlag fick abort på eugenisk indikation i princip endast ske om sterilisering utfördes samtidigt. I vårt material finns det anledning att dessutom dra slutsatsen att kvinnor som sökte abort utsattes för påtryckningar i syfte att få dem att även söka sterilisering. Att finna uttryckliga samband mellan sterilisering och abort är emellertid svårt. Av de i vårt material sammanlagt 518 steriliseringarna som även innebar aborter har vi kommit fram till att 278 eller 54 procent synes ha tillkommit på den sökandes eget initiativ (kategori 1), 48 eller 9 procent efter övertalning (kategori 2), 134 eller 26 procent med villkor eller indirekt tvång (kategori 3) och 11 aborter eller 2 procent har genomförts i samband med tvång i formell mening (kategori 4).

Broberg och Tydén (1991) uppger att ca 4.000 kvinnor steriliserades enligt abortlagens villkorsparagraf mellan 1941 och 1964. Den sista aborten enligt samma paragraf skulle ha skett 1964 (Broberg & Tydén 1991:139). Liksom avseende steriliseringarna i sin helhet tyder vårt resultat på att antalet frivilliga steriliseringar med aborter ökade under perioden. Kategorierna 2, 3 och 4 upptar 63 procent (122 akter) av ansökningarna med aborter 1935–1955. Motsvarande siffra för andra hälften av perioden är 24 procent (81 akter).

Summering

Vi kan alltså konstatera att 1941 års steriliseringslag medgav ett stort handlingsutrymme. För den kurator, socialtjänsteman, läkare, etc. som hade bestämt sig för att genomdriva en sterilisering gavs goda möjligheter, möjligheter som också utnyttjades. Men mötet mellan den som ansö-

kan avsåg och den undersökande tjänstemannen kan te sig på olika sätt i akterna. Så skulle man kunna säga att den första hälften av perioden till stor del präglades av samhällets intressen att stoppa de oönskades förmåga att fortplanta sig. I dessa akter kan vi avläsa en rad olika former av tvång och påverkan. Ibland uttrycks tvånget öppet, i andra fall kan det lokaliseras till de omständigheter under vilka ansökan kom till.

Möjligheterna till tvång och påverkan som lagen och dess tillämpningsföreskrifter medgav gav alltså statliga och kommunala myndigheter förutsättningar att med hjälp av kirurgiska ingrepp bedriva socialpolitik. Med det steriliserande ingreppet kunde fortplantningen av marginaliserade och hjälpsökande individer stoppas och därmed också samhällets sociala utgifter begränsas. Det är uppenbart att vi i dessa fall har att göra med ett av de mest cyniska uttrycken för den moderna socialstatens baksidor.

Vilka aktörerna var bakom denna hantering skiftar i aktmaterialet. Läkarna var givetvis en central grupp som stod bakom de undersökningar som samlades i läkarintygen. Under 30- och 40-talen återfinns även en rad andra aktörer som drev ansökningshandlingarna framåt. Kommunala fattigvårds- och barnvårdsnämnders ordförande förekommer i materialet liksom kommunala tjänstemän av olika slag. Barnmorskor och distriktssköterskor är andra aktörer som inte bara signerade undersökningshandlingarna utan också tog initiativ till ansökningar.

På 1940-talet gör kuratorerna entré i materialet. Först i enstaka akter med ursprung i storstäderna. Från och med 1948 kan man säga att kuratorerna dominerar ansökningshandlingarna tillsammans med läkarna, framförallt psykiatrikerna. Men även om vi här får en ganska homogen bild av funktionärerna bakom steriliseringsansökningarna står det klart att varken kuratorer eller läkare bedömde sina fall på samma sätt. I aktmaterialet blandas de grövsta cynismerna och förklenande människosyn med inkännande attityder och en vilja att hjälpa framförallt kvinnor som befann sig i en krissituation. Steriliseringslagstiftningen i praktiken gav utrymme till både och.

Det finns givetvis många exempel där den undersökande funktionären redan från början har bestämt sig för att en sterilisering skulle vara den bästa åtgärden i samhällets intresse. Många andra fall skvallrar om funktionärernas tro om sig själva att veta vad som är bäst för individen. I samtliga sådana fall är det uppenbart att tjänstemännens handlingsutrymme dels bestod i lagstiftningens avsikter och möjligheter, dels i myndighetsutövandets styrka gentemot individen. I de allra flesta fall, särskilt under den första hälften av perioden, kom de undersökta individerna dessutom från enkla förhållanden och små omständigheter där myndigheterna knappast var betraktade som hjälpande organ utan som korrigerande och tvingande instanser.

Medelklassens allt vanligare närvaro i akterna, dvs. under periodens andra hälft, sammanfaller med att steriliseringspraktiken ändrar karaktär. Från att ha varit en i huvudsak tvingande och påtryckande utövning där samhällets intressen går före individernas framstår den under 60- och 70-talet snarare som en möjlighet för den ansökande individen att forma förutsättningarna för sitt eget liv.

Även om 1960- och 70-talen i vår undersökning domineras av ansökningar sprungna ur kvinnors egen vilja att låta sig steriliseras gav 1941 års steriliseringslag givetvis även under de sista åren möjlighet att utöva tvång och påtryckningar. I vårt material skedde de två sista steriliseringarna utan samtycke 1971. De sista fallen i kategori 3, två stycken, återfinns 1972. De sista fallen ur kategori 2 härrör från 1974. Sådana fall understryker den cyniska potential som steriliseringslagarna erbjöd olika myndigheter att, som det uppfattades, i samhällets intresse stoppa svaga, marginaliserade och obekväma människors förmåga att skaffa barn till världen. Dessa sena fall ger oss också tragiska signaler om att inte heller den tid som ligger oss själva nära var entydig och homogen. När sterilisering för flertalet tycks ha inneburit en möjlighet, låg 1941 års lagstiftning samtidigt som ett hot för andra.

3 Det kvalitativa momentet

Denna del av undersökningen redovisar en kvalitativt inriktad läsning av ett mindre antal steriliseringsansökningar fördelade över hela undersökningsperioden. Här kommer att behandlas akter där vi ansett oss finna uppenbara inslag av direkt och/eller indirekt tvång. Här kommer också diskuteras fall där akten pekar på att ansökan kommit till stånd genom att den sökande själv, frivilligt, eftersträvat steriliserande operation. Syftet är dock inte primärt att nagla fast enskilda akter vid otvetydiga kategorier, ej heller att anvisa en entydig läsart av materialet. Avsikten är snarare att exemplifiera och diskutera hur tvång och frivillighet gestaltas i materialet, och inte minst, att lyfta fram akter där tvång och frivillighet inte uppenbart befinner sig i ett dikotomiskt förhållande utan där problematiken är glidande, mångtydig och ibland också motsägelsefull. Vår utgångspunkt är att steriliseringsakten kan ses som ett avtryck från mötet mellan dels individ och samhälle, dels – och framförallt – mellan den steriliserade och de undersökande funktionärerna, dvs. läkare, barnavårdsmän, kuratorer etc, och deras praktiker.

I vad mån kan akten ses som en avspeglning av faktiska händelser? En aspekt bedömer vi relativt okomplicerad. Det faktum att ett intyg från en läkarundersökning eller ett kuratorsamtal föreligger betyder med all sannolikhet att undersökningen eller samtalet verkligen ägt rum. Undersökningarnas utfall och framförallt de sociala människobeskrivningar de resulterade i, är mer problematiska. När personer i akterna benämns arbetsovilliga, sedeslösa, lynniga eller omvänt i mer positiva ordalag, ansvarsfulla, arbetsamma och skötsamma måste vi i första hand se beskrivningarna som argument för de åtgärder funktionären föreslog och inte utsagor om vad som faktiskt ägt rum, om hur personen egentligen var eller uppträtt. Utsagorna säger oss däremot något om de normer och den praktik och retorik de undersökande funktionärerna gjorde bruk av.

Som vi ovan har betonat är det långt ifrån i alla akter en skarp gräns mellan tvång och frivillighet kan urskiljas. Uppenbart ägde formellt frivilliga ingrepp rum under tvångssituationer som aktmaterialet inte alltid förmår ge uttryck för. Därtill inbegrep själva prövningsförfarandet möjligheter till mer subtila former av maktutövning och tvingande praktiker; undersökarens privilegium att definiera och beskriva problemens art och omfattning, former av villkor, övertalning, påverkan och liknande.

Av förståeliga skäl har tvångsfrågan varit central i den hittillsvarande forskningen och debatten om svensk steriliseringspolitik. Maija Runcis menar i *Steriliseringar i folkhemmet* (1998) att i princip alla steriliseringar till och med 1955 var ingrepp där den enskilde utsattes för någon form av tvång:

Det mesta av mina resultat visar dock att det knappast förekom någon helt frivillig sterilisering överhuvudtaget under de första två decennierna (Runcis 1998:285).

Därefter, dvs. till och med 1970 där hennes undersökning gör halt, finner Runcis ett ökat inslag av frivillighet, men menar att denna var relativ:

Endast undantagsvis har jag utifrån aktmaterialet kunnat utläsa att enskilda sökanden verkligen önskade sterilisering (Runcis 1998:287).

Runcis anser sig finna stöd i akterna för att kvinnorna utsatts för social utpressning, påtryckningar och att deras vilja i varierande utsträckning manipulerats.

Gunnar Broberg och Mattias Tydén drar inte lika entydiga slutsatser i *Oönskade i folkhemmet* (1991). Broberg och Tydén sammanfattar tvångsinslagen i tillämpningen av steriliseringslagstiftningen i två slag av steriliseringar där tvång otvetydigt kommit i bruk; dels direkta tvångssteriliseringar av rättsinkapabla utan deras samtycke, dels indirekt tvång vilket kunde förekomma i en rad olika sammanhang. Broberg och Tydén menar vidare att det är svårt att med steriliseringsakten som grund frilägga den steriliserades egentliga vilja och underkänner, liksom Runcis senare, det förhållande att den steriliserade själv signerat ansökan som en viljeytring att genomgå ingreppet.

Maciej Zaremba (1999) tar i *De rena och de andra* (1999) fäste i lagens bokstav och de politiska, vetenskapliga och rashygieniska program lagtexten anknöt till. Med denna utgångspunkt blir hans slutsats att i princip alla steriliserades under någon form av tvång eller påtryckning. Mellan 1935 och 1975, fastslår Zaremba ”berövades på det sättet 62.888 svenskar förmågan att avla barn” (Zaremba 1999:33).

Vår läsning av aktmaterialet pekar som sagt på en tydlig tendens att det otvetydiga och med vår tids synsätt ofta brutala tvång som kommer till uttryck i en stor del av 1930- och 40-talets akter successivt ger vika och vi ser tydliga tecken på att alltfler ansökningar kommit till på frivillig väg under lagstiftningens två sista decennier. I sammanhanget måste dock återigen uppmärksammas att en sådan kategorisering vi använt oss av inte är oproblematiserad och på ett förrädiskt vis kan locka till säkra slutsatser. Det går att räkna och man tycks få säkra resultat. Svårigheten ligger emellertid inte i räkandet i sig, utan det faktum att många av de akter vi läst endast med viss möda går att placera in i en kategori. Ibland har vi t.ex. tyckt oss finna tecken i akterna på övertalning från läkare eller kurator samtidigt som det verkar som om den sökande själv uttalat en egen, fri önskan att bli steriliserad. Vi menar således att vi kan skönja

tendenser, variationer och förändringar över tid som pockar på uppmärksamhet när steriliseringslagstiftningens praxis ska bedömas. Där emot manar vi till försiktighet vad gäller att i kvantitativ mening dra exakta slutsatser ”om hur det egentligen var” avseende tvång och frihet.

Syftet med denna del av undersökningen är således inte att söka bekräfta eller argumentera för att våra bedömningar är de enda möjliga eller ställda över diskussion, utan att med utgångspunkt i enskilda akter diskutera och exemplifiera hur maktutövning, tvång och frivillighet framträder i steriliseringsansökningarna och därmed också föra ett källkritiskt resonemang till de siffror vi ovan presenterat.

Som framgått är ansökningsakten en källa med begränsad räckvidd i fråga om att utröna graden av tvång och frivillighet. Skälen därtill är flera. Ett är att frågan sällan var central för aktens författare. Varken den sociala utredningen eller läkarundersökningen hade som primärt syfte att utröna den sökandes vilja och inställning till ingreppet, utan huruvida fallet uppfyllde lagstiftningens krav eller ej. Detta förändras dock över tid och på 1960- och 70-talen märks en uttalad strävan att dokumentera den sökandes inställning på ett sätt som vi sällan finner i äldre akter. Ett annat skäl är förstås att akten formulerades av mötets ena part. I den meningen redovisas en maktrelation där tolkningsföreträdet alltid ligger hos myndighetsutövaren. Denne producerade och kontrollerade texten medan den steriliserades position var den undersöktes och omskrivnes. Undersökaren kunde givetvis i varierande grad lyssna till den sökandes röst, i akten är denna röst emellertid alltid filtrerad genom undersökarens tolkning, perspektiv och kunskapsintresse.

Sammanfattningsvis, den grundläggande källkritiska frågan rör sålunda vad som är möjligt och inte möjligt att säga med ansökningsakten som utgångspunkt.

De akter vi refererar till är hämtade ur det urval av 1592 steriliserings- och abortansökningar 1935–1975 som vår granskning består av. De är valda med strävan att exemplifiera tendenser, teman och förändringar i steriliseringspraktiken. Det betyder att udda och extrema fall är uteslutna.

Dispositionen följer en rörelse från det direkta tvånget, de uppenbara villkoren till akter där vi funnit dikotomin tvång – frivillighet otillräcklig, där det inte primärt handlat om antingen eller utan både och. Avslutningsvis granskas frivilligheten, hur igenkänns den i akterna?

Tvång

Debatten om den svenska steriliseringspolitiken har i allt väsentligt fokuserat det faktum att lagstiftningen möjliggjorde tvång, övergrepp och repressiva åtgärder riktade mot enskilda individer. Vi har ovan pekat på en tendens där vi kunnat utläsa ett relativt massivt inlag av direkt tvång i akter från periodens första decennier medan akter från periodens senare del uttrycker en större grad av frivillighet. Det betyder inte att det direkta tvånget upphörde, utan vi kan också tala om ett tvångets kontinuitet över tid. Fortfarande på 1970-talet utnyttjades lagens tvångspotential. Sådana exempel utgör förvisso en liten minoritet vid denna tid, men det är ett faktum som på intet vis förmildrar omständigheterna i det enskilda fallet.

Hur framträder då tvånget i akterna? Hur ser tvångets omständigheter ut, dess förändringar och kontinuitet över tid? Inledningsvis kommer vi lyfta fram några fall på vad vi menar rört sig om absolut och direkt tvång riktat mot enskilda individer.

Låt oss börja med akt från 1937⁵ över en 15-årig flicka från ett mindre mellansvenskt samhälle, en akt som också Maija Runcis hänvisar till i sin avhandling (Runcis 1998:123–24). Den kedja av aktiviteter i form av brev, möten, protokoll, undersökningar, påtryckningar, anteckningar och efterforskningar som resulterade i en ansökan och i slutänden i operation började med ett hembesök. In i det avsides liggande hemmet, där flickan bodde med sina åldrade morföräldrar, steg fattigvårdsnämndens ordförande en dag i maj. Efter besöket tog han kontakt med provinsialläkaren som i sin tur skrev ett brev till barnavårdsnämnden. Brevet är bifogat till ansökan.

Vid besök den 9/5 hos familjen N. i x-by framställde fattigvårdsnämndens ordf. en begäran att flickan N.N., vilkens moder är sinnessjuk, måste steriliseras. Vid förfrågan hos morfadern ställde denne sig tveksam el. nekande. Då flickan icke är rättskapabel fordras barnavårdsnämndens bifall. Jag för min del skulle vilja tillstyrka flickans sterilisering därest barnavårdsnämnden är av samma mening. Jag vill därför hemställa att barnavårdsnämnden upptaga frågan till behandling.

Av brevet kan vi utläsa att fattigvårdsnämndens ordförande framställt en begäran att flickan skulle steriliseras. Förmodligen innebar det att han sökte förmå morfadern att själv ta initiativ till en ansökan. Då denne var negativ rullade ärendet vidare via provinsialläkaren till barnavårdsnämnden som tog upp frågan på sitt nästa sammanträde. Provinsialläka-

⁵ 1937, akt 1951 s.

ren deltog för att meddela fakta i ärendet. Ett kort protokollsutdrag kom att läggas till de övriga ansökningshandlingarna.

Efter diskussion beslöt nämnden enhälligt att bifalla den gjorda framställan. Åt barnavårdsman Karl E. uppdrogs att delgiva flickans morfader nämndens beslut och anhålla om dennes medgivande. Därjämte erhöll nämndens ordförande att hos Kungl. Medicinalstyrelsen ingiva ansökan enl. lagen av d. 18/5 1934.

Vi ser en process där initiativ togs av flera lokala aktörer vilka var övertygade om nödvändigheten att sterilisera flickan. Det var också personer ur denna krets som utförde de nödvändiga undersökningarna och fyllde i ansökningshandlingarna.

Uppgifterna till den sociala utredningen (intyg 1) fylldes i av barnavårdsman Karl E. som uppgav att flickan haft det svårt i skolan och var svagt begåvad. Han underkände också hennes framtida förmåga att ta hand om barn; "...knappast som moder kan tänkas". I det avseendet kom hon från en belastad miljö. Att modern var intagen på sinnessjukhus och att fadern övergivit familjen var omständigheter som försämrade flickans prognos och blev i sammanhanget till argument mot hennes framtida föräldrakapacitet.

Läkarintyget (intyg 2), författades av provinsialläkaren och fokuserade flickans hereditära belastning; en rad släktingar uppgavs vara mer eller mindre efterblivna, modern intagen på sinnessjukhus och mormodern "ganska barnslig och enfaldig". Om flickan sägs att hon var "efterbliven sedan födseln" och "klen som barn" samt att hon ännu inte, vid 15 år, fått sin menstruation. Den noteringen har någon sedan, kanske på medicinalstyrelsen, struket under med röd penna. Uppgiften talade mot sterilisering av flickan vid denna tidpunkt, praxis var att inte utföra ingreppet före första menstruation. Fortsätter vi läsa i akten kommer vi till den förtryckta frågan "sexualitet (intensitet, abnormitet)?" Här preciserade läkaren skälet till ansökan.

Uppges hava varit mycket på dansbana och där visat sig mycket intresserad av pojkar. Det är egentl. dessa pojksällskap (av tvetydigt slag) som äro själva upphovet till denna ansökan.

Flickan läkarundersöktes på provinsialläkarens mottagning den 30 juni. Läkaren gav akt på hennes uppförande, beskrev henne vara lugn och "någorlunda ordentligt klädd". Hon kom att prövas med ett batteri av frågor i syfte att fastställa eventuell sinnesslöhet. Hit hörde matematiska uppgifter och läs- och skrivövningar; "...kan läsa hjälpligt, men sammansatta ord vålla svårighet. Kan skriva någorlunda men stavar förstås

illa”. Läkaren tillstyrkte ansökan med hänvisning till flickans svaga kropps-konstitution, klena förståndsgåvor samt ärftliga belastning. Läkareundersökningen och den sociala utredningen var i fall som detta rena formaliteter. Läkaren hade i praktiken sin uppfattning klar innan flickan undersöktes.

När ansökningshandlingarna anlände till medicinalstyrelsen stod morfadern som den formellt sökande, vilket talar för att han övertalades, kanske pressades, att underteckna ansökan.

Tvånget och övergreppen denna akt förmedlar är uppenbart och ligger på flera nivåer. För det första ägde ingreppet rum under 1934 års lag och skedde därmed under ett formellt, juridiskt tvång. För det andra saknar akten alla spår av den steriliserades egen röst. För det tredje var flickan underårig, närmast att betrakta som ett barn. För det fjärde togs initiativet till ingreppet av lokala myndighetsutövare i en process där den steriliserades eller dennes närståendes vilja inte tillmättes någon som helst betydelse. Ansökan och ärendets hantering drevs igenom av lokala funktionärer vilka på ett tidigt skede föresatt sig flickans sterilisering. Både den sociala undersökningen (intyg 1) och läkarintyget genomfördes och författades av personer som redan hade sin uppfattning klar. Betraktat som möte mellan individ och samhälle illustrerar detta fall ett närmast totalitärt förhållande, där den ena parten är fråntagen all påverkan och alla möjligheter att göra sin röst och hörd medan beslut, tolkningar och definitioner samt den formella, juridiska makten är samlade hos den andra parten.

Vi kan också, liksom i många andra akter, finna uttryck för en normativ maktutövning. Inbäddad i utredningstexten ligger en outtalad manual över vilka aspekter och detaljer som tillåts träda fram, vad som förstoras och görs till huvudsak respektive det motsatta, vad som förminskas och sorteras bort. Inte minst gällde detta bedömningen av kvinnlig sexualitet i förhållande till samhälleliga normer och skötsamhetsideal. Det är väl bekant att dessa normer inte var könsneutrala. I vårt exempel uppmärksammades och problematiserades flickans beteende, inte pojk-sällskapets. I Maija Runcis analys av samma akt ges de normer som kringgärdade kvinnors sexualitet en avgörande betydelse. Exemplet visar, menar Runcis, att det kunde räcka att en ung kvinna visade intresse för det motsatta könet på en offentligt plats för att de lokala kontrollinstanserna skulle aktiveras. Normbrottet låg alltså i att flickan ofta syntes ute och gärna gick till dansbanan för att träffa kamrater skriver Runcis och menar att fallet ger ”klara besked om vad normer och kön kunde få för konsekvenser om man var en ung och levnadsglad flicka” (Runcis 1998:124). Vår uppfattning är också att kön och normer spelade en betydelsefull roll i fall som detta. Men samtidigt kan inte synen på kvinnlig sexualitet ensamt förklara varför just denna flicka blev föremål för myn-

digheternas intresse. Att besöka en dansbana eller att som femtonåring vara intresserad av det motsatta könet var knappast i sig skäl för sterilisering. Det var först tillsammans med andra omständigheter sådana handlingar fungerade som argument. Sådana omständigheter fick delvis sökas utanför flickan själv, i det fysiska och sociala rum hon levde. Vi ser t.ex. att den negativa bedömningen av pojkarna belastar flickan, de karaktärssegenskaper de tillskrivs klibbar fast vid henne och blir en del av hennes problembild. De fattiga levnadsomständigheterna i sig, de yttre och synliga tecknen som kunde tolkas i termer av misär och torftighet hör också till omständigheterna som förknippades med flickan liksom hennes egna föräldrars oförmåga att ta hand om sitt barn. Utredarnas fokusering av sexualiteten måste också relateras till sinnesslöbegreppet. Vad som ansågs vara ett okontrollerat och ansvarslost sexualliv kunde vara, särskilt om det gällde en kvinna, symtom på sinnesslöhet eller någon annan moralisk defekt. Kan vi då säga att läkaren i vårt exempel använde dansbanan och den hotfulla sexualiteten som argument för att flickan var sinnesslö och därför borde steriliseras? Eller omvänt, använde han sig av det manöverutrymme sinnesslöbegreppet medgav i syfte att kontrollera normbrytande sexualitet? Att ge ett enkelt svar låter sig inte så lätt göras. Vi kan dock konstatera att medicinalstyrelsen inte nöjde sig med motiveringen att flickan hölls på dansbanor med pojksällskap. Karl Loberg, som var fördragande i steriliseringsnämnden, begärde efter att ha granskat ansökan in en kompletterande intelligensprövning av flickan innan beslut kunde fattas. Undersökningen utfördes av provinsialläkaren som fastställde intelligensåldern till 5.3 år. Diagnosen sinnesslö ansågs därmed definitiv. Testet gav steriliseringen legitimitet och nämnden kunde fatta beslut.

I akter över tvångssteriliseringar från 1930- och 40-talen framträder ett mönster där initiativet till steriliseringen togs av kommunala funktionärer, i de flesta fall representanter för barnavårds-, fattigvårds- eller nykterhetsnämnder. Vanligen spelade också provinsialläkare och distriktssköterskor en aktiv roll. Gemensamt för dessa aktörer var att de bedrev uppsökande verksamhet, de rörde sig på fältet bland understödstagare. De steg in i hemmen där de betraktade och bedömde, antecknade och föreslog åtgärder. I denna sociala och medicinska verksamhet var sterilisering ett redskap bland andra. Ett alternativ kunde vara omhändertagande på anstalt. Det förekom att sterilisering vägdes mot att ta in personen på en institution, vanligtvis sinnesslöanstalt, skol-, och arbetshem eller sinnessjukhus. I akterna finns exempel på att både män och kvinnor lämnat medgivande till sterilisering i tron att de avvärjde hot om intagning. I ett akt från 1943⁶ beskrivs att en kvinna, vars in-

⁶ 1943, akt 2408.

tagning på anstalt var aktuell, ”går med på en sådan [dvs. sterilisering, vår anm.] endast därför hon tror sig kunna komma i från alla svårigheter”.

Vi har ovan sett prov på hur sociala och medicinska funktionärer utövade en slags indirekt, extensiv observation av människor som av ett eller annat skäl tilldrog sig de lokala myndigheternas intresse. I fall där personen i fråga var intagen på anstalt var bevakningen betydligt mer direkt och intensiv. Den intagne stod under ständig uppsikt och kontroll. Kontakterna med omvärlden och det motsatta könet var starkt begränsade. I den meningen var anstaltsinternering ett alternativ till att sterilisera personer som ej ansågs lämpade att föröka sig (se Jönsson 2000).

Vid utskrivning blev steriliseringsfrågan aktuell och från vissa anstalter var ifyllandet av ansökningshandlingarna närmast en rutin i samband med utskrivningen. Så tycks det t.ex. varit vid Nannylunds skolhem i Eksjö, som öppnades 1945 med 138 platser för s.k. bildbara sinnesslöa av båda kön. På Nannylund stannade eleverna tills de uppnått vuxen ålder och antingen återvände hem eller, om det ansågs olämpligt, flyttades till ett arbetshem. I det exempel som följer plockade föreståndarinnan fram ansökningsblanketterna när det var dags för en 17-årig manlig elev att lämna hemmet våren 1952⁷. Eftersom pojken var minderårig vände hon sig till föräldrarna för deras medgivande. Deras skriftliga svar lades sedan till ansökningshandlingarna.

Som svar på edert brev vi fick från eder angående sterilisering av min son så har min hustru och jag kommit överens om att det får icke ske för vi kommer dock icke att skriva på några papper som vi fick från eder utan när skolan är slut så får ni släppa hem honom och sedan får framtiden utvisa vad det skall bliva. Med hälsningar NN.

”Det får icke ske.” Föräldrarnas vilja går inte att ta miste på. När vi idag läser brevet och vet att pojken steriliserades trots föräldrarnas motstånd, identifierar vi en tvångssituation där ingen hänsyn togs till föräldrarnas försök att påverka situationen för sin son. Det var förstås inte för att visa det som föreståndarinnan lade med föräldrarnas brev i ansökan till medicinalstyrelsen. Brevet avsåg istället visa att hon handlagt frågan korrekt. Föräldrarna hade formellt hörts om medgivande till ingreppet. Att sådant inte lämnats påverkade inte ärendet i sig, och innehållet i brevet kom snarast att vändas mot föräldrarna. Genom att neka sterilisering visade föräldrarna prov på bristande ansvar, att de inte förstod pojkens och definitivt inte samhällets bästa i frågan. På föreståndarinnans inrå-

⁷ 1952, akt ss 996.

dan kom pojken att överföras till ett arbetshem med hänvisning till föräldrarna bristande kapacitet att ”utöva den tillsyn och ledning, som erfordras över pojken”.

Steriliseringsansökan gjordes alltså av föreståndarinnan som därmed formellt stod som sökande. Av pojkens egen vilja och inställning röjer akten överhuvudtaget ingenting. Den sociala utredningen ifylldes av föreståndarinnan och var, som i många fall rörande anstaltsintagna, kortfattad och summarisk. Förhållandet att personen befanns på anstalt och redan var försedd med diagnos antogs sannolikt vara tillräckliga skäl för medicinalstyrelsens beslut.

I de exempel vi hittills har mött har den steriliserade själv inte haft någonting att säga till om. Initiativ till ansökningarna togs av personer hos vilka det fanns ett uttalat intresse att få ingreppen utförda. Vi kan inte se några tecken på att den steriliserades egen vilja tillmättes någon som helst betydelse. Överhuvudtaget är det sällsynt att det i ansökningar där tvånget är uppenbart finns några viljeytringar som kan knytas till den steriliserade personen. I enstaka akter finns emellertid spår av en sådan vilja. I en ansökan rörande en patient vid Salberga sjukhus 1942⁸ dokumenteras patientens olust för ingreppet och kanske än mer, hans uppgivenhet och totala underkastelse inför situationen:

Visar egentligen ganska litet intresse för steriliseringsfrågan, men 'skulle naturligtvis vilja slippa om det gick, ty det vore ju roligt att då man blev fri och gifta sig, kunna få barn.'

I andra fall av vad vi bedömt rena tvångssteriliseringar antyder akten att personen i fråga ”går med på” eller rent av tagit initiativ till ansökan. Ett sådant exempel är en ansökan från S:ta Gertruds sinnessjukhus över en 30-årig kvinna, mor till ett barn⁹. I den sociala utredningen, ifylld av en underläkare på sjukhuset, uppges att kvinnan ”gjorde själv ansökan om intagning här för att få undergå steriliserande operation”. Ett visst initiativ knyts alltså till kvinnan själv. I läkarintyget sägs dock att hon ”vet, att hon kommit hit för att sedan kunna få undergå steriliserande operation”. Har hon ansökt själv eller anses hon medveten om att en operation skall utföras? Enligt anamnesen var kvinnan i ”högsta grad opålitlig, vilje- och karaktärlös och intellektuellt outvecklad men dessemellan förslagen, listig och osannfärdig”. I allt väsentligt dömdes kvinnans förståndsgåvor ut och via test fastställdes intelligensåldern till 9–10 år. Samtidigt ansågs hon fullt ut förstå innebörden och konsekvenserna av

⁸ 1942, akt 102 rp.

⁹ 1941, akt 2514 rp.

en steriliserande operation¹⁰. Vi ser här exempel på en paradox där den steriliserades omdöme och förstånd diskvalificerades på alla punkter utom i det avseende hon eller han uttryckte någon form av acceptering till steriliseringsingreppet.

Under lagstiftningens sista decennium finner vi allt färre akter präglade av ett uttryckligt tvång. Det betyder inte att tvånget upphör. Inte heller nödvändigtvis att dess karaktär och metoder har förändrats. Fortfarande riktades tvånget mot de svagaste i samhället, mot människor med små eller inga möjligheter att göra sin röst hörd. På 1970-talet tycks det direkta tvånget i första hand riktats mot människor på institutioner, dvs. mot personer över vilka samhället behöll ett grepp och vilkas vardagliga villkor snarare präglades av kontinuitet med 1930- och 40-talets anstaltsliv än samtidens generella samhällsförändringar. Vi har plockat fram en akt över en 22-årig kvinna som steriliserades hösten 1971¹¹. Enligt diagnosen var hon utvecklingsstörd och sedan 8-årsåldern omhändertagen på ett vårdhem i den kommunala omsorgsstyrelsens regi. Anammesen talade om en till institutionslivet välanpassad kvinna; ”snäll och foglig”. Steriliseringsfrågan aktualiserade då kvinnan visade sig vara gravid. Från omsorgsstyrelsen togs initiativ till en abortutredning och det framgår att man också önskade läkares och kurators ställningstagande till sterilisering. I de första kuratorssamtalen fördes också steriliseringsfrågan på tal:

Diskussion förs även med pat. ang. sterilisering och pat. förefaller få klart för sig att detta är ett ingrepp som gör att hon aldrig i framtiden kommer att få barn. Hon yttrar därvid, 'det är bra det'.

Det första kuratorssamtalet följdes av läkarkonsultationer och gynekologbesök och ännu fler möten med kurator. I läkarintygets noteringar kan läsas:

Vid förnyat samtal den 18/10 -71 uppger pat. att hon beslutat sig för att avbryta havandeskapet. Efter första konsultationen begav sig pat. tillsammans med föreståndarinnan till abortkuratorn och i väntrummet till denna sade hon plötsligt 'jag vill ta bort barnet'. Såväl enligt föreståndarinnan som enligt pat. fattade hon detta beslut

¹⁰ I många akter kan vi se hur testresultaten motsäger andra informationer i utredningen. Ett sådant fall är vårt tidigare exempel från 1937, akt 1951 s, där flickan uppgavs vara läs- och skrivkunnig samtidigt som testresultaten visade på en intelligensålder på 5.3 år. På 1950-talet kan man generellt märka en ökad skepsis hos utredarna mot testresultaten.

¹¹ 1971, akt sa 5652 samt ss 1582.

självständigt. Några påtryckningar i abortriktning utövades inte mot pat.

Jämför vi denna akt med vårt tidigare exempel från 1937 kan vi finna några likheter. En sådan är att initiativet till processen, vilken i detta fall slutade med abort och sterilisering, inte togs av kvinnan själv utan av andra aktörer i hennes näromgivning. En skillnad är förstås att i det senare fallet finner vi en uttalad strävan att dokumentera kvinnans inställning. Hon uppgavs t.ex. ”intresserad av en sådan operation [sterilisering, vår anm.]. Hon förstår innebörden av denna och är villig att underkasta sig en sådan”. Akten återspeglar en strävan att diskutera frågan med patienten och det betonas att man ej påverkat hennes beslut. Den eventuella frivillighet vi möjligen kan läsa in saknar dock inte komplikationer. För det första var diskussionen mellan kvinnan å ena sidan och föreståndarinnan, kuratorn och läkaren å den andra, knappast en jämlik sådan. Vi kan också se en uttalad vilja från dessa funktionärers sida att genomdriva en sterilisering. I läkarintyget heter t.ex. att ”pat. har av föreståndarinnan föreslagits sterilisering”. Vi kan anta att föreståndarinnan hade ett inte obetydligt inflytande över kvinnan, vilken praktiskt taget vuxit upp på institution. Vi kan också anta att inflytandet användes till att få kvinnan att omfattas av ledningens syn på vad som var rätt och bäst. Patienten var ju dokumenterat ”snäll och foglig” vilket tyder på en viss vana att ge avkall på den egna viljan till förmån för institutionens regler och ordningar. I citatet ovan lyder också ordvalet – medvetet? – att hon är villig underkasta sig sterilisering. En formulering som mer relaterar till kvinnans villkor på institutionen än en faktisk och uppriktig önskan om sterilisering. I denna mening kan också själva den praktiska processen med kuratorsamtal, läkarbesök och så vidare betraktas i termer av göranden vilka påverkade kvinnan. Det tål också upprepas att processen ej initierats av kvinnan själv, utan av vårdhjemmets ledning.

Formellt är ansökan ställd av föreståndarinnan och saknar kvinnans namnteckning. Både i praktiken och formellt rör sig detta om en tvångsterilisering där aktörerna runt kvinnan utnyttjat lagrummets tvångsmöjligheter i syfte att genomdriva ingreppet.

Jämför vi denna akt med en motsvarande från periodens början rör det sig på ett plan om samma fenomen där samhällets funktionärer tar initiativet till och genomdriver en process utanför den enskildes kontroll. Så tillvida finns släktskap mellan det maktutövande vi tidigare mött hos 1930-talets barnvårdsfunktionärer och 1970-talets omsorgsstyrelser. I det senare fallet kan vi dock ana en mer ambivalent hållning inför tvångets möjligheter och en strävan att åtminstone få det att framstå som om man först och främst verkade i den enskildes intresse. Vi möter en omfattande process syftande till att övertyga kvinnan, därtill en viss iver att

dokumentera och ge akt på det som pekar på hennes positiva inställning. Detta sken av samförstånd och strävan att dokumentera kvinnans egen, egentliga vilja är emellertid försåtlig. Av hennes tvekan, hennes möjliga motvilja syns t.ex. inga spår. Inte heller problematiserades hennes förmåga att verkligen ta ställning i frågan och någon förmyndare, anhörig eller annan från institutionen fristående part tycks inte bistått kvinnan. En notering låter antyda att kvinnan inte riktigt förstått hur hon blivit gravid, en förståndsbrist som i ansökan blir till ett argument för abort och sterilisering. Vi ser dock en parallell till många äldre akter där den steriliserades bristande förståndsgåvor inte ansågs diskvalificera förmågan att förstå vidden och innebörden av en steriliserande operation.

Det tvång som ovan redovisats är inte särskilt problematiskt att identifiera. Akterna talar tydligt om att den steriliserade varit den passiva parten och att intet eller ett mycket litet utrymme lämnats för dennes möjligheter att påverka utgången. I formell mening rör det sig också om tvångssteriliseringar eftersom ansökningarna är ställda av annan person än den som avses och att dennes medgivande också saknas.

Indirekt tvång, villkor

Det är väl bekant att omständigheten att den sökande själv i formell mening stod bakom ansökan eller lämnade skriftligt medgivande till sterilisering inte är liktydigt med frivillighet eller frånvaro av tvång. Tidigare forskning (Broberg & Tydén 1991, Lindquist 1991, Runcis 1998, Zarembo 1999) har konstaterat att initiativen i många fall togs av institutioner eller myndigheter och att olika former av villkor och/eller påtryckningar ägde rum där den sökande pressades till att skriva under. Många ansökningar tillkom dessutom när sökanden befanns i omständigheter vilka i sig måste betraktas som tvingande.

Hit hör steriliseringar utförda på personer intagna på anstalter av olika slag, i första hand sinnessjukhus, skolhem och sinnesslöanstalter. På dessa institutioner var den enskildes handlingsutrymme och personliga frihet inskränkt och vi finner här exempel på hur steriliseringslagstiftningens praktik kopplades till det legala tvång andra lagar, t.ex. sinnessjuklagen (SFS 1929:321) möjliggjorde. Studier av enskilda anstalter visar också hur anstaltens grundläggande tvångssituationer mer eller mindre systematiskt utnyttjades för att förmå den intagna underteckna steriliseringsansökan. Anstalter erbjöd förmåner i form av t.ex. frigång eller utskrivning i utbyte mot en undertecknad ansökan (se Eivergård 2000). Utpressningar av detta slag kan sällan direkt utläsas ur själva steriliseringsakten. Det faktum att sökanden var anstaltsintagen signalerar dock att personen var i en tvångssituation när ansökan undertecknades. I ak-

terna är det också institutionen som för talan, det är föreståndarinnans, läkarens, anstaltsledningens problemdefinitioner, människobeskrivning och perspektiv texten uttrycker. Ytterst sällan kommer den sökandes egen röst till tals, än mindre presenteras rimliga skäl och omständigheter varför den sökande av egen, fri vilja önskade steriliseras. I fall där utsagor kan knytas till den sökande själv antyder ordvalen tvångssituationens villkor, den intagnes underläge och begränsade manöverutrymme: patienten "går med på", "medger" eller "underkastas" steriliserande operation. Generellt menar vi att steriliseringsansökningar från anstalter och institutioner präglas av ganska enhetliga omständigheter. Variationer i fråga om relationen mellan intagen och ledning och de maktrelationer och praktiker ur vilka ansökningarna är sprungna är således inte särskilt stora. Detta gäller såväl mellan olika institutionstyper som över tid. Där emot tycks inställningen till sterilisering varierat mellan olika anstalter. Lagen gav helt enkelt ett relativt stort manöverutrymme för den enskilde överläkarens eller föreståndarens inställning. Vid vissa anstalter, hit hör bl.a. Källshagens sjukhus i Vänersborg och Nannylunds skolhem i Eksjö, tycks steriliseringsfrågan drivits starkt av enskilda personer i ledande ställning.

Också i fråga om abort är det väl känt att lagstiftning och det konkreta ansöknings- och undersökningsförfarandet gav rum för indirekt tvång där sterilisering ställdes som villkor för abort. De fall där detta villkor direkt anknöt till abortlagens villkorsparagraf ingår som tidigare nämnt ej i vår undersökning. I dessa fall skrevs inte heller någon steriliseringsansökan utan aborthandlingarna gällde för båda ingreppen (se Palmblad 2000). Vi kan dock se exempel där enskilda funktionärer mer eller mindre explicit ställer krav att kvinnan själv i samband med att hon söker abort också lämnar in en steriliseringsansökan.

Ett sådant exempel kan vi plocka fram från 1943¹². Akten rör en 29-årig gravid kvinna som söker abort. I läkarintyget, författat på Beckomberga sjukhus, beskrivs kvinnan ha nedsatt omdöme, vara slarvig med pengar och vara "sexuellt vidlyftig, slarvig klädsel och personlig hygien". Hon har, skriver kuratorn, "lämnat medgivande till att steriliserande operation må utföras på henne". Ett medgivande som måste ses i ljuset av läkarens yttrande över ärendet: "Indikation till avbrytande av havandeskap samt företagande av steriliserande operation synes föreligga på eugenisk-social grund."

Ett andra exempel är från 1945¹³ och avsåg en 28-årig kvinna, diagnosticerad imbecill och tidigare vårdad på sinnessjukhus. I den sociala utredningen skrevs att p.g.a. imbecillitet och "sinnessjuka anlag från

¹² 1943, akt 4730 rp.

¹³ 1945, akt rp 5300.

möderne- och fädernehåll, kan hon ej anses lämplig att föda och fostra barn”. Enligt läkarintyget uttryckte kvinnan en klar vilja till abort och ett lika klart avståndstagande till sterilisering, ”...vill ej ha barnet. Önskar abort men ej sterilisering.” Läkaren lämnade besked att ”hon måste steriliseras också”, vilket kvinnan, mot sin vilja, tvingades acceptera för att beviljas abort.

Aborter villkorades också av andra motiv än eugeniska. Ett skäl kunde vara att kvinnan tidigare beviljats legal abort. I en akt från 1967¹⁴ behandlades en abortansökan från en gift, 32-årig kvinna med fyra barn. En kurator på kvinnokliniken vid A-stads lasarett svarade för den sociala utredningen. Den sökande hade tidigare genomgått två legala aborter. För kuratorn uppgav kvinnan att hon ”...känner sig ej orka med ytterligare barn varken nu eller senare”. Kuratorn förde sterilisering på tal, kvinnan uppgavs dock ”mycket betänksam” och ängslig att efter en operation inte vara ”riktigt’ som kvinna”. Både kvinnan och hennes make samtalade med kuratorn. Det framgår att också maken var negativ till sterilisering, ”...menar att man längre fram om hustruns hälsotillstånd blir bättre och ekonomin förbättras kanske skulle vilja ha fler barn.”

I detta fall är det uppenbart att kvinnan vände sig till kuratorn för att söka abort och inte sterilisering, ett ingrepp till vilket hon och hennes make uttryckligen ställde sig negativa. De två tidigare aborterna vänds emellertid mot kvinnans önskemål. Eftersom hon tidigare genomgått två aborter gör kuratorn klart för henne att möjligheten att få en tredje abort beviljad var avhängig en eventuell samtidig steriliseringsansökan. Kuratorn noterade att kvinnan hade ”fördomar” mot sterilisering men, uppenbart mot sin egentliga vilja, ”ansöker om sådan, om detta underlättar att få 3:e legala aborten beviljad”.

Läkarintyget gav en något annorlunda bild av den sökandes hållning. Här uppgavs kvinnan mena ”att hon har nog som hon har och vill av denna anledning få ett avbrytande och vädjar av förståeliga skäl och efter diskussion med vederbörande gynekolog och kurator om sterilisering”. Den i kuratorsutredningen dokumenterat negativa inställningen formulerades plötsligt i termer av vädjan om sterilisering. Hur ska en sådan vädjan förstås, vad säger den? I detta fall knappast något om kvinnans egentliga och ursprungliga önskan, däremot mer om den villkorssituation hon befann sig i. Vi kan också lägga märke glidningar i aktens språkbruk som framställer kvinnan som en aktiv och självständig beslutsfattare; hon menar, hon vill, hon vädjar medan det faktiska resultatet inte kan tolkas annat än att hon underordnade sig funktionärernas uppställda villkor.

¹⁴ 1967, akt sa 5812, ss 1412.

Detta exempel illustrerar också steriliseringsutredningarna som en praktik grundad på biografiska metoder. Kvinnan sökte abort 1967 men prövningen sträckte sig bakom den förhandenliggande situationen och kom i hög grad att omfatta kvinnans förflutna. De två aborter hon genomgått i början av 1960-talet avgjorde utfallet av bedömningen 1967. I den meningen rörde prövningen något mer än en enskild abortansökan. I praktiken togs ställning till kvinnans genom åren dokumenterade ansvarsförmåga, skötsamhet och omdöme.

Tidigare forskning har också poängterat beröringspunkterna mellan steriliseringspraktiken och kommunernas sociala verksamhet. I termer av tvång handlade det om att kommunala nämnder kunde ställa sterilisering som villkor för understöd eller påtryckningsmedel vid omhändertagande av barn. I vissa fall framgår tydligt att sterilisering ställs som villkor för att den sökande ska erhålla kommunalt understöd. Följande ordalydelse finner vi en akt från 1942¹⁵:

Då sökanden är i stort behov av mödrahjälp som ej utbetalas på andra villkor än, att sökanden eller maken steriliseras.

Här är det uppenbart att familjens besvärliga ekonomiska situation utnyttjades av de kommunala funktionärer som uppenbart önskade se henne steriliserad. Kvinnan och hennes familj utsattes för ekonomisk utpressning och i praktiken kan man säga att kommunen ”betalade” för hennes sterilisering med mödrahjälp.

Så rättframt formulerades emellertid inte alltid villkoren, utan de får istället spåras i omständigheter kring den steriliserade själv och dennes familj. Familjer som stod under barnavårdsnämndens uppsikt, familjer där barn var omhändertagna, familjer som uppbar kommunalt understöd var föremål för administrativa aktiviteter och överväganden. Även om det i själva akten inte kan utläsas något klart och tydligt formulerat villkor talar omständigheterna många gånger för att de kommunala organen initierade och drev fram en rad steriliseringsfall. En indikation att så var fallet är att den sökandes röst inte existerar i ansökan. I detta exempel från 1952¹⁶ står en 33-årig, gift kvinna med fyra barn formellt bakom ansökan. Aktens argumentation kommer dock från en annan penna och företräder andra intressen än kvinnans och hennes familj.

Barnen är utsatta för grov psykisk vanvård. Modern har ej förmåga att uppfostra och ta hand om sina barn. Det språk som förekommer i hemmet är det grövsta tänkbara. 'Luderungar', 'ormyngel' etc. är

¹⁵ 1942, akt 3079 rp.

¹⁶ 1952, akt sa 3936 och ss 1416.

jämte grova svordomar ständigt tilltal till barnen. Brist på karaktär och ansvar är utmärkande för båda föräldrarna. Hemmets skötsel är under all kritik, smuts och stor oreda är rådande. Trots upprepade varningar har ej förhållandena förbättrats.

Trots att barnafadern förtjänar 75:– per vecka måste fattigvårdsnämnden träda hjälpande emellan då medel ofta saknas till de nödvändigaste kläder, mat, läkararvode etc. Hemmet står under övervakning av barnavårdsnämnden och det är redan beslutat att så fort tillfälle ges placera barnen på annat håll.

I detta fall identifierar barnavårdsnämndens ordförande – författaren till den sociala utredningen – en rad sociala missanpassningstendenser. Föräldrarna underkändes i egenskap av barnavårdare, de saknade ”karaktär och ansvar”, ansågs oförmögna sköta ett hem och trots varningar pekade prognosen inte mot bättring. Därtill uppfattades familjens ekonomiska misär självförvållad, vilket gjorde deras belastningen på den kommunala fattigvårdsbudgeten extra klandervärd. Omständigheterna med barna- och fattigvårdsnämnden, ansökans förklenande människobeskrivning och det faktum att det redan tidigare var beslutat om barnens omhändertagande talar för att kvinnan befann sig i en ytterst pressande, tvångsliknande situation. I akten kan vi inte finna någon som helst signal som fångar upp kvinnans vilja, medan de lokala myndigheternas syns synnerligen angelägna att få ingreppet utfört.

Denna typ av tvångs- och villkorsförfarande minskade i kvantitativ mening under steriliseringslagens sista decennier. Det tål dock att påpekas att myndighetsutövare fortsatte utnyttja lagens tvångsmöjligheter in på 1970-talet, om än i långt färre fall jämfört med periodens början. Som med de ”rena” tvångssteriliseringarna tycks också det indirekta tvånget i lagens slutskede främst ha utövats på människor intagna på institutioner eller där de sociala myndigheterna hade en väl etablerad kontakt med personen i fråga. Det kan dessutom att påpekas att tvångets kvantitativa förändring inte nödvändigtvis innebar en kvalitativ förändring. I följande akt från 1972¹⁷ är det för perioden närmast tidlösa perspektiv, praktiker och argument vi möter. Ansökan gällde en gravid kvinna på 30 år över vilken den sociala utredningen redovisade en gedigen missanpassningsbiografi; ungdomsvårdsskola, kriminalvårdsanstalt, fylleri, upprepade socialhjälp etc. Ett tidigare barn var omhändertaget och barnavårdsnämnden hade kvinnan och hennes graviditet under uppsikt:

Omhändertagandet av hennes dotter 1965 skedde p.g.a. föräldrarnas oförmåga att sköta barnet. Barnavårdsnämnden har i detta

¹⁷ 1972, akt sa 948.

hänseende inte ändrat ståndpunkt och det troligaste är att om pat. fick ytterligare ett barn skulle det bli frågan om omedelbart omhändertagande av barnet för samhällsvård. Pat.s fortsatta möjligheter att handha egna barn får alltså anses utesluten. För att undvika att denna situation uppstår skulle det därför vara mycket önskvärt med en sterilisering av pat. i samband med avbrytande av nuvarande havandeskap.

Här framgår tydligt de sociala myndigheternas intresse av sterilisering. Kvinnans röst, hennes vilja och inställning är osynlig. Hon omskrivs, bedöms, kategoriseras men har av allt att döma inget inflytande över utredningen. Formellt var alltså kvinnan själv den sökande. Av akten att döma råder emellertid inget tvivel om att de sociala myndigheterna initierade, drev på och kontrollerade hela ansökningsprocessen. Av läkarintyget framgår att kvinnan i ett första skede "helt vägrat abort och varit helt oresonabel på denna punkt". Här konfronterades kvinnans uttryckliga vilja att behålla barnet med myndigheternas intresse för abort och sterilisering. När läkaren skrev att kvinnan var oresonabel skulle detta kunna förstås som en strävan från läkar/kuratorhåll att föra ett resonemang med kvinnan. Så var nog inte fallet. Kvinnan beskrevs oresonabel då hon inte gick med på ingreppet. I det läget klargjordes myndigheternas avsikter beträffande det väntade barnet för kvinnan och i läkarintyget noterades att hon "nu insett att hon inte under några omständigheter får behålla ett barn utan att detta omedelbart skulle omhändertas för samhällsvård..." Ställd inför det faktum att barnet kommer att tvångsomhändertas "inser" kvinnan slutligen "att en abort och samtidig sterilisering är den adekvata åtgärden". En insikt vi i efterhand knappast kan förstå annat än som uttryck för kvinnans utsatthet och begränsade resurser gentemot myndigheternas befogenheter.

Mellan tvång och frivillighet

De akter vi hittills lyft fram uttrycker klart att direkt och indirekt tvång utövats mot den sökande. Dessa och liknande fall har inte heller berett oss alltför stora svårigheter att kategorisera i termer av tvång och frivillighet. Ansökningarna har avsett personer som varit minderåriga, klassificerats rättsinkapabla och där ansökningen gjorts av annan personen än den avsedda. Ansökningarna har också rört personer mot vilka myndighetsföreträdare utövat villkor av olika slag, inte sällan med stöd av andra lagar med tvångsmöjligheter som t.ex. abortlagen, sinnessjuklagen eller barnavårdslagen. Akterna har rört människor intagna på anstalter eller där akten redovisat sådana omständigheter att det är rimligt eller sanno-

likt att tvång och påtryckningar utövats. Ett gemensamt drag i akterna är att vi inte finner något som pekar på att den enskilde personen själv tagit initiativ till steriliseringen. De problem eller motiv som föranlett ansökan är identifierade och definierade av andra än den sökande själv; av läkare, kuratorer, kommunala funktionärer etc. Det har funnits någon annan part som visat starkt intresse för att få en sterilisering till stånd, medan det har varit svårt att finna omständigheter som talat för att ingreppet låg i den enskilde individens intresse.

De akter vi nedan ska behandla visar inte denna entydighet. Det är fall där initiativen och incitamenten inte lika entydigt kan fixeras till ena parten. Inte heller kan vi härleda intresset för ingreppet eller problemdefinitionerna på något enkelt sätt till den ena sidan. I sådana fall kan det givetvis vara svårt att använda begreppen tvång och frivillighet som fasta empiriska kategorier. Här finns i stället skäl att rikta uppmärksamhet på resonemang i akterna, på ståndpunkter som den undersökta och de undersökande ger uttryck för. Här finns också anledning att kasta ljus över de metoder utredningarna gjorde bruk av. Vilken typ av kunskaper eftersträvades om den undersökte? Hur användes kunskaperna?

Under slutet av 1940- och framförallt på 1950-talet var begreppet utsläpad moder välfrekvent i steriliserings- och abortundersökningarna. I empirisk mening omfattade begreppet dock ingen enhetlig grupp kvinnor. Utsläpad moder var en tånjbar term brukad i vitt skilda situationer, under olika omständigheter och med olika avsikter. Ibland som diagnos, ibland som motivering för en tillstyrkt ansökan, i andra fall anspelades på kvinnans sociala belägenhet alternativt hennes kroppsliga och medicinska tillstånd. Om än vi näppeligen kan tala om utsläpade mödrar som en empiriskt kategori signalerar begreppets flitiga förekomst i 1940- och 50-talets aktmaterial en förskjutning inom steriliseringspraktiken. En sådan rör sociala förskjutningar av klientelet. Från att akterna tidigare behandlade människor som levde under små omständigheter och framförallt sådana som av olika skäl betraktades som oönskade föräldrar, kan akterna längre fram inte på något enkelt vis knytas till människor i samhällets marginal. Tvärtom breddas den sociala basen till att omfatta allt bredare skikt av befolkningen.

Parallellt gjorde kuratorerna entré på bred front och övertog i de flesta fall ansvaret för den sociala utredningen, något som tidigare vanligtvis ombesörjts av fattig- och barnvårdsfunktionärer. Vi kan också se förändringar av själva undersökningspraxis. Där det tidigare i allt väsentligt handlat om att bekräfta en redan etablerad bild, ställdes utredarna inför sökanden där utfallet inte var lika givet på förhand och där uppgifter om personen i fråga inte självklart fanns i nämndernas rullor. De sociala utredningarna tycks därför, och i takt med att den professionaliserades, blivit mer omfattande och inneburit mer av aktivt kunskapsin-

hämtande för den sökandes sociala biografi. Påverkade detta mötet mellan den undersökta och undersökaren? Och i så fall: på vilket sätt påverkade de nya förutsättningarna utfallet av undersökningarna?

Vad vi kan se i akterna blir det i högre grad än tidigare den sökandes uppgift att ställa sig till förfogande och förse kuratorn och läkaren med kunskaper om sig själv. I denna produktion av kunskap blev samtalet med sökanden ett viktigt redskap. Den sökande kallades till kuratorsexpeditionen för samtal, ibland vid flera tillfällen, under vilka kuratorn sökte skapa en bild av personen och dennes levnadsomständigheter. I den meningen var samtalet en akt där kvinnans ansvarskänsla, eventuella ånger, karaktär och lämplighet som moder prövades. Kuratorn lyssnade, bedömde och iakttog. Hur samtalen omvandlades till ansökningstext varierade från fall till fall. Två huvudtendenser kan dock urskiljas. En där den sökandes egna beskrivningar i allt väsentligt erkändes giltiga och en där kuratorn fann omständigheter som "avslöjade" kvinnan. I de första fallen kan man generellt säga att det är sökandens egna motiv och identifierade problem som fördes fram, i de andra är det påtagligt hur kuratorn definierade problem bortom sökandens egna horisont och intressen.

Samtalet, den lyssnande kunskapsinhämtningen, kompletterades med och prövades mot den visuella kunskap mötet gav; hur den sökande såg ut, uppträdde och förde sig på expeditionen. Rådde överensstämmelse eller diskrepans mellan sökandens ord och vad hon visade? Kuratorns blick kunde härvidlag givetvis resultera i både positiva och negativa utsagor. Oavsett utfall var betraktandets metod ett redskap att "här och nu", med kvinnans kropp framför ögonen, uttyda vem hon egentligen var. Tematiskt står frågor kring redbarhet, skötsel och pålitlighet i intressefokus, närmast tycks det ha rört sig om att nagla fast sökande vid en typ; den skötsamma, den slarviga, den vulgära och så vidare. Inte sällan redovisar akterna detaljrika mönstringar av klädedräkt, frisyr, naglar och "stil" uppblandade med generaliserande utsagor om karaktär; kvinnan som "har billig make-up, slingrar sig och är hal" beskrivs slampig.¹⁸ Om en kvinna heter att hon har "ett ganska vulgärt utseende, långt hår som hänger runt henne. Ren och snygg annars, men ändå ett schabbigt helhetsintryck".¹⁹ Överdriven elegans, nagellack och make-up var signaler kuratorn gav akt på och prövade mot moderskapets fordringar. Knappast lämplig som moder var t.ex. slutomdömet om en kvinna "elegan klädd, rätt starkt målade naglar. Lite sjaskig i sin elegans, sorgkanter under de röda naglarna, solkig jumper. Ej deprimerad, verkar rätt oberörd av det hela, en "hårdkokt" typ²⁰". I kontrast till urbana kvinnans

¹⁸ 1953, akt sa 5807.

¹⁹ 1953, akt sa 4805.

²⁰ 1954, akt sa 504.

tvivelaktiga elegans och ansvarsförmåga står beskrivningar av kvinnor allt för pressade av vardagslivets gråa slit; inte sällan tecknade med adjektiv som torftig, färglös och sliten. I några fall karaktäriserades kvinnan "lantlig". Ytan antogs säga något om de inre kvaliteterna och kuratorn sökte också fånga sökandens känsloläge; var det anpassat till situationens allvar eller visades likgiltighet, rentav nonchalans?

Den sökande kallades vanligtvis till fler än ett kuratorsbesök. Det tycks också blivit rutin att kalla maken/barnafadern, antingen enskilt eller tillsammans medkvinnan, ett möte som också det resulterade i kortfattade omdömen av olika slag; "skötsam", "nervös", "otrevlig typ", "likgiltig", "osympatisk" etc. I vissa fall sökte kuratorn också andra informanter i den sökandes vardagsmiljö. Samtal kunde t.ex. hållas med arbetsgivare och samtal med väninnor till den sökande förekommer också. Kunskapsbehovet gjorde sålunda inte halt vid den sökande själv utan omfattade dennas vardagsmiljö och umgänge.

Till kuratorns visuella arbetsmetoder hörde också hembesöket. I många akter, framförallt från femtioalet, gör kuratorerna detaljerade beskrivningar av hemmets interiör. Uppmärksamhet riktades förstås mot bostadens materiella standard men också mot hur dess invånare agerade; var det rent eller ej, rådde "god anda" mellan makarna etc. Som undersökningspraktik kan hembesöket närmast ses som en social motsvarighet till läkarintygets status praesens, dvs. ett försök att fånga sökandens sociala nuläge i sin rätta miljö. För att få en oförställd bild förekom att kuratorn gjorde oannonserade besök. Misstanken fanns ju annars att en välstädad fasad ställts i ordning. Sådana misstankar föranledde noteringar i undersökningstexten, men också det omvända, att sökanden underlåtit att städa trots att kuratorn var väntad.

1950-talets alltmer omfattande kuratorsutredningar finner vi jämsides med åtminstone tre andra tendenser. En första är den närmast totala kvinnodominansen från femtioalets andra hälft och framåt. En andra rör det faktum att vi i akterna finner allt färre belägg för tvång och ökade inslag av frivillighet i jämförelse med föregående årtionden. En tredje tendens är att steriliseringspraktiken inte längre enbart fokuserade relationen mellan den steriliserade och samhället utan också – och efterhand alltmer – problematiserade privata relationer inom sökandens egen familj.

När vi säger att tvånget minskade till förmån för ökad frivillighet måste vi samtidigt notera att den bedömande, kliniska blicken svepte aktivare än någonsin över den sökande, dennes familj, umgänge och bostad. Undersökningarna trängde djupare in under huden och en rad aspekter av den enskilde individens liv – från samlagsfrekvens till ordningen i skåpen – ställdes till utredningens förfogande. Tendensen över tid är alltså att vi återfinner färre uttryck för direkt eller indirekt tvång i

akterna. Innebär det att vi kan säga att myndighetsutövarnas inflytande över processen och dess utfall minskade till förmån för den enskilde individen?

Ett nej på den frågan kan motiveras med att inflytandet tog sig andra uttryck än vad vi vanligtvis igenkänner som tvång. De undersökningspraktiker kuratorer och läkare gjorde bruk av behöver i sig inte vara tvingande, men lämnar definitivt utrymme för ena partens beskrivningsrätt och tolkningsföreträde. Vi kan tala om en maktutövning baserad på det skrivna ordet, på rätten att producera biografier, på rätten att definiera skötsamhet och så vidare.

Motiv att svara ja på frågan är att vi i ett växande antal akter ser exempel på en ökad strävan att också definiera problematiken ur den sökandes egen synvinkel. Den inhämtade kunskapen talade inte heller automatiskt mot den enskildes intresse och önskan. Ur ett övergripande perspektiv måste mötet mellan individ och myndighetsfunktionärer betraktas som en strukturell, reglerad relation med fastslagna rutiner, positioner och befogenheter. Det betyder inte att den var statisk och homogen. Utredningsförfarandet var inte ett automatiskt, subjektöst maskineri utan lämnade, på gott och ont får man väl säga, utrymme för den enskilde handläggarens värderingar och synsätt. Vi har läst utredningar präglade av empati och medkännande med en till synes uppriktig vilja att hjälpa, för att i nästa stund sitta med en akt genomsyrad av förakt och förklenande beskrivningar.

Vår uppfattning är att akterna speglar en spretigare praktik än vad steriliseringslagstiftningens homogena program ger sken av. En följd är att de enskilda akterna kan se olika ut, referera till olika omständigheter och synsätt. En annan är att de rymmer flera tolkningsmöjligheter, att dess informationer beträffande tvång, påverkan och frivillighet kan vara både motsägelsefulla och glidande.

Ett sådant exempel är följande akt från 1954²¹ gällande en 39-årig kvinna med sex barn. När hon först tar kontakt med kuratorn är det för att söka abort. Hon avser skiljas från sin alkoholiserade man som skall tas in på alkoholistanstalt. Vid återbesöket några dagar senare uppges kvinnan,

...helt ändrat ståndpunkt. Ville ej söka abort, rädd att få samvetsförebåelser. Mannen hade återkommit, gråtit o. varit ångerfull. Sök. hade talat med honom om grav o. påstod att han var emot ett avbrytande. Hon uppgav, att hon tänkte fortsätta samlevnaden med mannen, när han återkommit från alkoholistanstalten. Framhöll, att barnen är djupt fästa vid honom o. att det är mkt därför hon vill

²¹ 1954, akt ss 1447.

hålla samman med honom. Däremot ville hon fullfölja ansökan om sterilisering, då hon ansåg sig ej orka med fler barn.

Kuratorn informerade sig om att familjen ofta anlitat socialvården, då mannen sällan haft arbete. I augusti -53 hade understöd utgått med 243 kr. Från nykterhetsnämnden hämtades uppgifter om mannens intagning på anstalt; "Mest utmärkande för honom är hans arbetsvillighet. Han är troligen av tattersläkt". Sökanden beskrevs däremot arbetsam och duktig, "har gjort vad hon kunnat" och ansågs ej olämplig att vårda barn. Familjens bostad betygsattes "urusel", ett rum och kök i stadens nödbostäder. I läkarintyget heter att kvinnan först var inställd på abort, "men sedan hon tänkt över saken ångrat sig, då hon är rädd för att få samvetsförebåelser, vill nu föda detta barn. Hon har en önskan om att få undergå steril. op."

Pekar något på att denna steriliseringsansökan tillkommit på den sökandes eget initiativ? Det finns några formuleringar som hänvisar till kvinnans egen inställning, hon ville fullfölja ansökan om sterilisering, hon har en önskan om sterilisering. Steriliseringen var knappast ett villkor för abort, då hon ej önskade sådan. Vi kan av akten förstå att hon ville föda barnet. Eventuellt villkor i samband med abort faller därmed bort. Möjligen kan också omständigheterna tala för att hon stod bakom ansökan. Hennes ålder, det faktum att hon skulle föda sitt sjunde barn, den dåliga bostaden, den otrygga ekonomin och makens missbruk kan inte diskvalificeras som rimliga skäl att inte "orka med fler barn". Vad pekar då i motsatt riktning, på att kvinnan i själva verket underkastade sig myndigheternas vilja om sterilisering? Uppenbart rörde det sig om en problemfamilj väl känd av de sociala myndigheterna. Familjen klarade inte försörjningen utan kommunens hjälp. Det kan inte uteslutas att denna villkorades, något sådant kan dock inte utläsas i akten. Mannen var närmast okänd av de sociala myndigheterna, marginaliserad p.g.a. av missbruk och misstänkt tattersläkt. Kvinnan och hennes familj befanns i en beroendeställning till myndigheterna vilket begränsade handlingsutrymmet. Vi kan också anta att en begränsning av familjens tillväxt låg i dessa myndigheters intresse. Ansökan låter också förstå att kvinnan tog kontakt med kurator för abort och att denna förde sterilisering på tal, möjligen som villkor.

Sammantaget finns alltså flera omständigheter som pekar på att någon form av tvång eller villkor förelåg. Men utesluter det möjligheten att kvinnan själv i steriliseringen faktiskt såg en lösning på ett problem? Samtidigt tycks utredarna fått kvinnan dit man ville. Kan man utesluta att myndigheternas och individens intresse av sterilisering sammanföll, om än utifrån olika synvinklar? Vi kan inte heller utesluta att den vilja vi i akten kan knyta till kvinnan bestod i att hon övertagit läkarens och ku-

ratorns definitioner och lösningar på sina egna problem. Av ett brev bilagt ansökan framgår att steriliseringen inte genomfördes, då fru NN "avstått från ingreppet". Var det en vägran att finna sig i ett påtvingat ingrepp, eller omvänt, ett utslag av att kvinnan faktiskt hade inflytande över processen och i sista stund hade ändrat sig?

I akterna finns en rad ord vilka antyder att de speglar den sökandes inställning. Vad betyder då ord som önska, vilja, begära, söka? Uttrycker de en genuin vilja eller ett godtagande? Förmodligen finns inget entydigt svar på det. Vissa gånger är det sannolikt att utredaren lägger orden i sökandens mun, kanske uttalas de i en pressad situation på läkar- och kuratorsexpeditionen. Andra gånger kan det vara nog så troligt att det ligger en verklig önskan bakom. Att tvärsäkert uttala sig är omöjligt, möjligen kan vi med utgångspunkt i några av sökandens förhållanden komma en bit på väg.

I följande akt från 1954³⁶ ansvarade kuratorn vid X-stads Rådgivningsbyrå för sexualfrågor för den sociala utredning. Det är här, liksom i många andra samtida akter, påfallande vilken betydelse sökandens materiella förutsättningar gavs för ärendets hantering. Om vi i tidigare akter kan se en slags kartläggning av marginaliserade människor, kan vi i 50-talets aktmaterial också se en kartläggning av det framväxande folkhemmets marginaliserade miljöer och kvardröjande bostadsmisär. I denna akt över en gift 25-årig kvinna, mor till fyra barn och gravid med ett femte, står bostaden i utredningens fokus:

Familjen bor i utdömd lägenhet, som saknar såväl vatten och avlopp som andra bekvämligheter. Vattnet måste bäras i spannar från en angränsande tomt. Ena rummet saknar eldstad och familjen sover i ett rum, som är fyllt med sängar. Vid hembesök visade det sig vara ytterligt torftigt, fattigt och smutsigt. Det regnar in genom taket. Tvättstugan saknar elljus. Minsta barnet tydl. rachitiskt.

Kuratorn har uppgifter, bl.a. från en hemsyster, om att kvinnan sköter hemmet slarvigt. Det är dock ett slarv, menar kuratorn, som inte enkelriktat kan lokaliseras till kvinnans karaktär utan också måste sökas i "den urusla bostaden". När makarna väntade det fjärde barnet tre år tidigare söktes abort och sterilisering men rådgivningsbyråns läkare tillstyrkte ej ansökan. Denna gång söktes inte abort utan endast sterilisering och i utredningen heter att "båda makarna önskar livligt att sterilisering måtte beviljas...". Det motiv som uttrycks i akten, sett ur kvinnans synvinkel, är att hon inte anser sig orka med fler barn. Kuratorn ser uppenbarligen frågan ur ett bredare perspektiv och menar att "ännu fler barn

²² 1954, akt ss 727.

utöver de 5 hon får, vore olämpligt ur alla synpunkter”. Med det kan nog förstås att kuratorn dels identifierade problem utifrån den sökandes horisont, dels problematiserade den växande barnaskaran ur ett vidare, samhälleligt perspektiv. Också i läkarundersökningen uppmärksammades familjens bostadsförhållanden och allmänt svåra villkor. Till det fördes också ett annat centralt tema i 50-talets akter, med fokus på själva kroppen. Kvinnan lever, heter det

...i ständig rädsla att åter bli gravid. /.../ Är alltid rädd och ängslig för samlag, oroar sig om det dröjer någon dag över tiden med regleringen.

Vad kan vi se i termer av tvång, påverkan och frivillighet i en akt som denna? Vad beträffar det senare finns en dokumenterad ”livlig önskan” från makarna. Hur pass genuin önskan i själva verket var och i vilken grad den härrörde från kvinnan kan vi förstås inte uttala oss om. Vad vi kan säga är att det i akten uttrycks en vilja till ingreppet som knyts till den steriliserade kvinnan och hennes make. Kvinnan anser sig vidare inte ”orka med fler barn”. Det är en formulering vi finner i flertal akter över s.k. utsläpade mödrar. Att säga sig inte vilja ha eller orka med fler barn, är dock inte detsamma som att uttrycka en vilja att steriliseras. Men man kan inte heller bortse från att ett sådant uttalande kan vara ett argument för att erhålla sterilisering. Mot bakgrund av de dokumenterade omständigheterna i detta fall, kan vi inte utesluta att kvinnan önskade en sådan. Vad talar i motsatt riktning? Uppenbart finns ett visst intresse för sterilisering ur ett myndighetsperspektiv. Familjens ekonomi var förmodligen sådan att understöd bedömdes kunna bli aktuellt, även om det inte direkt kan utläsas ur akten. Man tycks också ha bedömt situationen sådan att kvinnan inte klarade av vårdsnaden av fler än fem barn. Hon hade dessutom enligt undersökaren visat sig slarvig, om än inte underkänd som moder. Hur ska vi i sammanhanget värdera kvinnans tidigare ansökan om abort och sterilisering? Det förhållande att hon återkommer med en ansökan efter att tidigare fått avslag, talar för att kvinnan verkligen önskade sterilisering. Det betyder dock inte att vi kan utesluta påtryckningar eller villkor från t.ex. de sociala myndigheterna. Akten ger inte något entydigt svar.

I denna, liksom i föregående akt, har vi sett en koppling mellan den sökandes bostadsförhållanden och sterilisering. Akten pekar också mot ett annat tema som allt tydligare växer fram under 1950-talet; problematiseringen av den äktenskapliga samlevnaden och sexualiteten. Vi ser här närmast en spegelvänd bild av den problematiska kvinnliga sexualitet som möter i många andra akter, inte minst från 30- och 40-talen. I dessa handlar det vanligtvis om normbrytande sexualitet utanför äkten-

skapet, en påstådd vidlyftig och okontrollerad sexualitet där själva omfattningen i sig – för mycket, för ofta, för många – var själva problemet. Inom äktenskapets hägn var problemet snarast det motsatta. Under trycket av kvinnors rädsla för graviditeter, täta barnsborder och svåra bostadsförhållanden samt levnadsomständigheterna över huvudtaget tycktes det äktenskapliga samlivet förtvina.

I detta ser vi ett exempel på att steriliseringslagen användes på flera sätt, i olika sammanhang och med skilda avsikter. Vi ser också exempel på tillämpningens normativa karaktär; att tygla företeelser och beteenden utanför det uppstakade området, som hotade dess gränser, och tvärtom, att stödja och underlätta det som befann sig inom sanktionerat område. Problematiseringen avser alltid kvinnans sexualitet; hotfull utanför äktenskapet, inte tillräckligt stark innanför. I många akter beskrivs hur kvinnans ångest och rädsla för graviditet gått dit hän att mannen ”nekas” samlag varvid hon sätter familjens existens på spel. Sterilisering blir i dessa fall ett instrument att rädda äktenskapet:

Pat vill ej veta av mannen, har motvilja mot samlag. Enl maken är hon rädd att få barn. Om hon får medgivande till sterilisering och därigenom slippa oron för fler barn vill hon fortsätta äktenskapet²³.

I många av dessa akter finner vi formuleringar som tyder på att initiativet till ansökan kommer från kvinnan själv, eller från makarna tillsammans. Vi kan dock i citatet ovan se en antydning till att kvinnan är satt under press, det tycks handla om sterilisering eller skilsmässa. Men varifrån utövas denna påtryckning? Från stat, myndigheter eller inom familjen? Följande akt avser en steriliseringsansökan ställd av en 36-årig, gift tvåbarnsmor, citatet är hämtat ur läkarintyget.

I vanliga fall går det dock rätt bra för henne att klara vardagens besvärligheter men så snart det blir fråga om den sexuella samlevnaden mellan makarna, blir det slitningar dem emellan på grund av hennes rädsla för att bli gravid. (...) Som nämnts har ju också skilsmässa diskuterats och enligt sökanden är orsaken härtill enbart denna fruktan: i övrigt är äktenskapet utan större slitningar. Om hon således vore steriliserad, skulle samlevnaden mellan makarna bli mer harmoniskt och risken för ev. skilsmässa elimineras.

Här är det uppenbart att läkaren i steriliseringen såg ett redskap att på mannens villkor förbättra parets sexuella samliv och rädda äktenskapet. Av akten framgår inget annat än att initiativet till ansökan kom från

²³ 1947, akt sa 2514.

kvinnan eller från makarna gemensamt. Viljan till sterilisering tycks alltså härröra från makarna och inte samhället. Vi kan inte i akten se att kvinnan påverkades eller pressades till ingreppet av läkare eller kurator. Det betyder inte att påtryckningar inte ägde rum, utan att vi också måste söka dem utanför relationen individ – samhälle och då särskilt beakta den hierarkiska relationen mellan könen i familjen. Ansökningstexterna antyder ibland, som i följande exempel från 1951²⁴, att mannen var pådrivande i fråga om hustruns sterilisering:

Maken är angelägen att framhålla sina egna svårigheter i äktenskapet och sin egen förträfflighet i många avseenden men tycks ha ganska litet förståelse för hustrun och hennes svårigheter. Han anser, att hustrun inte orkar med ett barn till och tror att lösningen på de svåra problemen i äktenskapet ligger i att hustrun blir steriliserad.

När sedan kvinnans röst träder fram finner vi att hon i hög grad definierar sina problem genom mannen. Hon säger sig vara trött, ”alltid spänd och nervös”, har ”fullt upp med arbete i hemmet” som hon sköter på egen hand. Hon uppger att hon inte orkar med fler barn utan ”önskar” att bli steriliserad, ”...hon tror sig då också bli i stånd att bättre tillfredsställa mannens sexuella behov”.

Varifrån utövades press och tvång i ett sådant fall? Kvinnans sökte själv sterilisering och tycks hos kuratorn argumenterat för ingreppet. Men på vems villkor? I vad mån var hon pressad, kanske tvingad av maken? I denna mening är det knappast stat och myndigheter som baxade fram kvinnan till operationsbordet. Svaret återfinns i stället i maktförhållanden inom familjen. Ett sådant svar är emellertid inte tillräckligt. Lagstiftningen legitimerade maktförhållandena i den meningen att de indikationer som förelåg inte medgav sterilisering av mannen. Och även om vi ser att kuratorn delvis klandrade maken för att ej förstå sin hustrus situation, definierades den äktenskapliga problematiken i allt väsentligt utifrån mannens behov.

Vissa akter redovisar att kvinnor utsattes för ett mycket påtagligt tvång i hemmiljön. I en ansökan upprättad 1963²⁵ ser en drygt 30-årig fembarnsmor sterilisering som en ”sista utväg” då hon regelbundet våldtas av sin make. Med nutida ögon är det svårt att förstå att myndigheterna, som ju uppenbart kände till förhållandena, inte ingrep mot mannen. Ett sådant tyst, indirekt medgivande till att grovt tvång och våld utövades inom familjens hägn bidrog med all sannolikhet till att sterilise-

²⁴1951, akt sa 2153.

²⁵1963, akt ss 1743.

ringen uppfattades som och kunde beskrivas som "önskvärd" av kvinnan.

Tematiken kring äktenskapliga problem och kvinnor med många och ofta täta barnsborder bakom sig intar en framträdande plats i aktmaterialet från slutet av 1940-talet och fram på 60-talet. Akterna talar om utsläpade mödrar, en benämning möjlig att anpassa till en rad olika omständigheter och situationer. Detsamma gäller bruket av tånjbara diagnoser som "försvagad" eller "förutsedd svaghet". Förekomsten av dessa termer indikerar i sig varken tvång eller frivillighet. Begreppen användes såväl där akten röjer ett myndighetsintresse av ingreppet som där ansökan tycks härröra från sökandens eget initiativ. Benägenheten att låta den "utsläpade" själv komma till tals i akten varierar också stort. Det är ett obestridligt faktum att de utredande funktionärerna ägde tolkningsföreträde och formuleringsmonopol i fråga om ansökningsaktens text. Bedömdes kvinnan skötsam tenderar texten att i högre grad ta fasta på den sökandes egna motiv, verklighetsbeskrivningar och problembeskrivningar. Andra gånger är det uppenbart att utredarna tagit över ordet och identifierar andra problem än den sökande. I många texter finner vi att perspektivet pendlar och utsagor som kan härledas till den sökande vävs samman med utredarens bedömningar. Detta kan exemplifieras med några utdrag ur en akt från 1948²⁶ över en s.k. utsläpad mor, en 41-årig kvinna med sex barn. Efter att besökt hemmet, skaffat upplysningar via socialbyrån och, inte minst, genom mötet på expeditionen, gav kuratorn ett koncentrerat personomdöme; "rejäl men sliten". Sedan följer en mening skriven så att den verkar sammanfatta kvinnans egen syn på situationen: "Tycker det tungt och arbetsamt med de många barnen och anser att det sannoligen kan vara nog nu." Nästa mening inleds med att kuratorn uttalar sig om maken men slutsatsen knyts till den sökande kvinnan.

Då det är mannen som väl är den psykiskt svaga i familjen men han vägrar vidtaga åtgärder för barnbegränsning, är pat. tacksam för att själv få gå igenom steriliserande operation.

Vems är argumenteringen? Kvinnans, kuratorns eller bådas? Att exakt fördela proportionerna låter sig knappast göras. Och hur ska det förstås att kvinnan var "tacksam" för sterilisering? Är det uttryck för en genuin vilja att genomgå ingreppet? Måhända kan övriga omständigheter i akten leda en bit på väg. Familjens bostad beskrivs "trång och kall om 2 små rum och kök, saknar vatten, slask och elektr. ljus". Mannen uppges brista i ansvar för familjen och missbruka alkohol. När kuratorn sammanfattar intrycken av familjens och kvinnans situation, är det inte utan medkänsla för hennes belägenhet.

²⁶ 1948, akt ss 1034.

Vid enbart anblicken av henne förstår man att denna betryckta människa nått gränsen för sin prestationsförmåga.

Det enda tecken på frivillighet, förutom att ansökan är undertecknad av kvinnan, är att hon säger sig "tacksam" för sterilisering. Vilka signaler på tvång eller villkor kan då utläsas? Uppenbart var maken känd av de sociala myndigheterna och familjen belastade förmodligen den kommunala socialbudgeten. Att hindra kvinnan föda ett sjunde barn kunde därför vara en metod att minska denna utgift. Ett sådant motiv kan inte uteslutas, även om det inte direkt kan spåras i akten. Kan vi å andra sidan utesluta att kvinnan verkligen såg sterilisering som en hjälp för sina problem? Hon var 41 år och, om vi litar till aktens uppgifter, hårt pressad av sina levnadsomständigheter. Samtidigt får vi begränsade upplysningar om hur hon själv såg på sin situation, om steriliseringen var hennes egen lösning eller den av myndigheterna anvisade.

Ett annat fall²⁷ samma år rör en 36-årig kvinna, som vårdades en vecka på lasarettavdelning för abortutredning. Hon var gift och hade tre barn. I denna akt framträder kvinnans egna överväganden tydligare än i det förra fallet, däremot är det svårt att utläsa i vilken grad påverkan ägde rum från läkare och kurator. Kvinnan uppges "osäker på, hur hon ville ha det". I utredningstexten refereras kvinnans självupplevda problematik, "var rädd att göra något orätt, om hon aborterades, men var samtidigt rädd att förlossningen skulle bli besvärlig". En mening är skriven med direkt hänvisning till kvinnans egna formulering, "hur hon än gör kommer hon att ångra sig". I läkarintyget sägs att kvinnan är tveksam till abort, "vill eg. ej vara med härom, grubblat mycket häröver". I texten uppges att kvinnan slutligen "bestämde sig" att föda barnet och begära tillstånd att steriliseras efter förlossningen.

Båda makarna är ense om, att det är bäst, om pat. blir steriliserad, eftersom hon omöjligt orkar med fler barn.

Texten är skriven på så vis att besluten verkar fattade av kvinnan själv, delvis med stöd, eller möjligtvis påverkan, från maken. Att döma av akten var utredarna passiva och lämnade avgörandet till kvinnan, men var fallet verkligen så? Läkaren noterade att abort "anses ej böra förekomma", men att sterilisering "bör" utföras efter förlossningen vilket patienten också "vill". Här kan å ena sidan anas att kvinnan trots allt styrts att fatta beslut i linje med vad läkaren ansåg var det rätta. Å andra sidan,

²⁷ 1948, akt ss 1814.

kan det uteslutas att kvinnan vägletts, ja påverkats, och samtidigt valt själv efter egen övertygelse?

I akter över ”utsläpade mödrar” möter inte sällan beskrivningar av kvinnor under mycket knappa omständigheter, med täta barnbördor och svåra och otidsenliga bostadsförhållanden, ibland med en alkoholiserad make. När de själva formulerar motiven till ansökan är det i termer av ”orkar inte mer” och att steriliseringen är ”en sista utväg”. I den mening- en var givetvis den enskildes vilja relativ. När omständigheterna upplevs sådana att kvinnan i steriliseringen ser sitt enda möjliga alternativ är det inte enbart steriliseringslagstiftningen som förtjänar eftervärldens upp- rördhet, utan också de sociala villkor dessa kvinnor levde under.

Frivilliga steriliseringar

Debatten om den svenska steriliseringslagstiftningens tillämpning 1935–75 har i allt väsentligt fokuserat det tvång myndigheter utövade mot enskilda individer. Det otvetydiga faktum att tusentals människor, företrä- desvis kvinnor med små eller inga möjligheter att hävda sin egen vilja på olika sätt tvingades till sterilisering kan inte, går inte och får inte negligeras.

Alla steriliseringar ägde emellertid inte rum under tvång eller otill- börlig myndighetspåverkan. I vår ovan redovisade skattning anser vi oss finna tecken på tvång, villkor och otillbörlig påverkan i ungefär hälften av de granskade akterna. I den andra hälften anser vi oss inte kunna fin- na inslag av tvång utan tvärtom, tecken på att den sökande själv önskat sterilisering. Med 1950-talets mitt som brytpunkt kan man grovt dela in lagens fyra decennier i två halvor; den första tjuugoårsperioden där lagens tillämpning påtagligt är präglad av tvång, villkor och myndighetsöver- grepp och därefter den andra perioden 1955–75 där detta blir allt säll- syntare och där akterna pekar på att ansökan kommit till på frivillig väg. Vi har ovan poängterat att tvånget inte upphör under 1960- och 70-talen. Men vid denna tid utgör de av tvång präglade akterna en minoritet, me- dan det stora flertalet ansökningar tycks baserade på den sökandes egen vilja och strävan att få genomgå sterilisering. Hur träder då frivillighe- ten, dvs. den sökandes egen fria vilja till sterilisering, fram i aktmateria- let? Och vidare, vilka omständigheter och förhållanden kan vi i enskilda fall knyta till att kvinnor, nästan uteslutande, självmant strävade efter sterilisering?

Låt oss börja med den första frågan, hur framträder frivilligheten i akten? Självklart är förstås att den sökande i formell mening står bakom ansökan. Därtill ska framgå att den sökande själv tagit initiativ till denna och uttrycker vilja att bli steriliserad. Akten ska ej ge signaler om att

tvång, påtryckningar eller annan otillbörlig påverkan ägt rum. Inte heller ska omständigheter redovisas som ger skäl att anta att sådant förekommit. I sammanhanget finns givetvis anledning att påminna om källans begränsade räckvidd. Att spår av tvång saknas i akten utesluter inte att tvång eller påtryckningar förekommit, utan bara att det inte framgår av akten.

Vi har ovan talat om utredarens makt över ansökningstexten. Den gäller givetvis även i ansökningar tillkomna på frivillig bas. En indikator på frivillighet är dock att den problematik utredarna tar ställning till i allt väsentligt härrör från den sökande själv, inte från utredarna eller andra myndighetsutövare. Motivet till och intresset för ingreppet kan alltså lokaliseras till den sökande. Låt oss försöka illustrera dessa villkor med hjälp av en akt från 1965²⁸ i vilken vi också kan identifiera några allmänna tendenser i 1960- och 70-talets steriliseringspraktik. Ansökan är ställd av en gift kvinna, gravid med sitt fjärde barn. Kuratorn skriver i utredningen:

Efter sista barnets födelse hade makarna inte tänkt sig skaffa flera barn. Sök. gick därför till läkare och fick preventivtabletter utskrivna. Hon började dock med dessa tabletter mitt i en period mellan två regleringar och väntar nu åter barn. Sök. hade till att börja med tänkt söka abort, men avstod från detta för att i stället söka sterilisering efter barnets födelse. Makarna är överens om detta och vill absolut inte ha flera barn. De har släktingar, som har många barn, och vill inte ha det likadant, tycker f.ö. att det är nog med två 'kullar' – ca 13 års mellanrum mellan 2:a och 3:e barnet.

Kuratorn konstaterar att det inte finns några som helst anmärkningar mot familjen som kunde betraktas som socialt stabil. Ansökan bygger på utsagor om kvinnans och henne makes absoluta strävan att inte få fler barn. Det är en vilja vi inte kan lokalisera någon annanstans än just till kvinnan och hennes make. De har misslyckats med p-piller och uttrycker en klar önskan om sterilisering och, tycks det, argumenterar för rätten att själva bestämma i frågan:

Båda makarna är fasta och bestämda i sina åsikter och tycker att kvinnan själv skall få avgöra hur många barn hon vill ha. Sök. tror inte att hon ångrar en sterilisering och makarna är överens om att fyra barn är tillräckligt.

I detta exempel är det sökanden som driver på och argumenterar för sterilisering, medan kuratorn inte tar ställning utan endast refererar sökan-

²⁸ 1965, akt ss 1724.

dens åsikt och viljeyttringar. Av läkarintyget framgår att läkarens hållning var avvaktande, närmast bromsande. Några egentliga indikationer för sterilisering i lagens mening kunde läkaren inte belägga. Ansökan tillstyrktes ”med tvekan” med hänvisning till de sökandes starka vilja till ingreppet.

Inte något i akten pekar på att ansökan kommit till annat än på den sökandes eget initiativ. Det är också hennes och makens motiv för och intresse av sterilisering ansökans text tar utgångspunkt i, inte i intressen och motiv formulerade av sociala eller medicinska myndighetsutövare. Vi kan vid en jämförelse med 1930- och 40-talets steriliseringspraktik lite tillspetsat tala om ombytta roller. I detta fall argumenterar de sökande för sin rätt till ingreppet medan lagstiftning och utredare ställer sig tveksamma.

I vårt exempel formulerades kvinnans steriliseringsönskan mot bakgrund av ett misslyckande med p-piller. I ansökningar från 1960- och 70-talen finns en tydlig tendens att sterilisering i allt högre grad kom att uppfattas och nyttjas som prevention i fall då inte andra medel fungerade. Paradoxalt nog tycks tillgängligheten och utbudet av 1960-talets effektivare preventivmedel i form av p-piller och spiral bidragit till att fler kvinnor sökte sterilisering i preventivt syfte. I ansökningar hänvisas till blödningar, proppar, depressioner och andra besvär i samband med 60-talets nya p-medel. Kunde kvinnan av olika skäl inte nyttja något av dessa, och ej önskade fler barn, framstod sterilisering som ett alternativ.

Redan i femtiotalets aktmaterial kan vi märka en tendens till att sterilisering sågs som en alternativ preventivlösning. Då handlade det inte om, vilket var fallet på 1960- och 70-talen, att kvinnor blev sjuka och mådde dåligt av medlen, utan att de fungerade dåligt. Pessar och kondom upplevdes inte som säkra skydd och i ansökningar talades om kvinnors rädslor för oönskade graviditeter. I en ansökan 1956²⁹ säger sig en kvinna vara ”...besviken på preventivmedlen”. Hon hade flera gånger blivit gravid trots pessar och kondom och sökte därför sterilisering. I en annan akt³⁰ samma år noteras att,

Sök. har en stark önskan om sterilisering. Hon anv. f.n. pessar, men vågar inte lita på det och är alltid rädd att bli gravid på nytt.

I flera fall togs initiativ till steriliseringsansökan i samband att kvinnan blev gravid trots man använt kondom eller pessar.

²⁹ 1956, akt ss 1247.

³⁰ 1956, akt ss 987.

I det sexuella samlivet har sök. tidigare använt pessar men på senare tid har maken istället haft kondom. Trots preventiva åtgärder är nu sök. gravid och önskar absolut ej några fler barn efter förestående förlossning. /.../ Efter moget övervägande har makarna beslutat sig för att söka tillstånd för steriliserande operation.³¹

När p-pillren och spiralen introducerades under 1960-talet bjöds alternativ till sterilisering i fall som ovan. Samtidigt dokumenterar ansökningar från denna tid kvinnors otaliga problem med de nya metoderna: "...har provat p-piller en kort tid men fick småblödningar...", "avråds använda p-piller av medicinska skäl", "inte tål p-piller", "vågar ej använda p-piller" och så vidare³². I sådana ansökningar finner vi kvinnor som söker sterilisering med hänvisning till att de inte kan använda de nya preventivmetoderna och, givetvis, att de ej önskar fler barn. I den meningen ger akterna uttryck för att kvinnor i högre grad än tidigare ställde krav på fungerande prevention. Förändringar inom familjeinstitutionen, kvinnans ökade delaktighet på arbetsmarknaden och även generella attitydförändringar till sexualitet i allmänhet och kvinnlig sådan i synnerhet är faktorer som säkerligen påverkade denna process.

De specifika omständigheterna kring enskilda fall uppvisar givetvis variationer i fråga om motivbild. Kvinnor som är äldre än 40 år hänvisar till åldern och att befintliga barn börjar bli vuxna. De "orkar inte börja om", och en oönskad graviditet leder till abort- och steriliseringsansökan.

Anser sig för gammal och svag för att kunna föda barn vid 46-års ålder. Är rädd för att få ett skadat barn. Vill bli steriliserad samtidigt för att kunna leva ett normalt sexualliv.³³

I andra fall kan upprepade missfall ligga bakom ansökan eller att kvinnan vill undvika eventuella framtida aborter³⁴. Många kvinnor hänvisar till en allmän oro för att bli gravida mot sin vilja. Steriliseringen framstår då som en befrielse från både oro och krånglande preventivmetoder, "...det vore skönt att slippa tänka på preventiva åtgärder i fortsättningen".³⁵ I andra fall motiveras ansökan med att preventivmedlen inverkar störande på sexuallivet. Följande exempel är från 1952³⁶ dvs. innan spiral och p-piller fanns att tillgå.

³¹ 1965, akt ss 1184.

³² Exempelen hämtade ur akter från 1966 och 1967.

³³ 1971, akt ss 4646.

³⁴ Sådana motiv uttrycks t.ex. 1962, akt ss 1852, 1965 akt ss 644.

³⁵ 1967, akt ss 1052.

³⁶ 1954, akt ss 1226.

Makarnas egendomliga problem ligger dock på sexualområdet. Om mannen använder preventiv, får kvinnan ingen orgasm, och därest hustrun har pessar, får mannen impotenskänningar. Hur allvarligt kontrahenterna ser på detta problem, belyses kanske bäst av, att även mannen för sin del varit inne på steriliseringstanken.

Vi har ovan sett att kvinnans graviditetsrädsla uppfattades hota mannens sexuella behov och därmed också äktenskapets fortlevnad. Vid 1960-talets början bär akterna spår av att kvinnans egen sexualitet ges ett annat värde, både av kvinnorna själv och utredarna. Kvinnor argumenterar för att de inte vill få sitt sexualliv förstört p.g.a. rädsla för graviditeter och preventivmedelsbesvär. I en akt från 1963³⁶ valde utredaren att direkt citera kvinnans argument. ”Jag ska väl inte behöva gå i kloster för återstoden av mitt liv bara för att jag är kvinna.”

Överhuvudtaget antyder aktmaterialet från 1960- och 70-talet på att relationen mellan individ och samhälle höll på att förändras. Vi finner i akterna ett annat språkbruk, annat ordval och kanske viktigast, en annan attityd till den enskilde individen än i 1930- och 40-talets ansökningar. Det betyder inte att föklenande och moraliserande omdömen helt rensats bort men att de i allt högre grad kom att brytas mot förändrade normer och moraluppfattningar. Så kan vi t.ex. successivt skönja en liberalare och mindre fördömande attityd till sexualitet utanför äktenskapets hägn. En ansökan från 1960³⁸ rör en 24-årig ogift, ensamstående kvinna som väntar sitt femte barn. Till barnen finns tre olika fäder. På kuratorn gör kvinnan ett gott intryck och beskrivs i termer av vederhäftig, sympatisk, intelligent och känslomässigt välutrustad:

Hon är själv enträgen om sterilisering, säger, att hon aldrig kommer att bryta med b.f., kommer aldrig att bli intresserad av någon annan man, 'för resten är det väl ingen, som vill ha mig med 5 barn'.

Kuratorn föreslår henne att försöka använda pessar istället för sterilisering, men den sökande framhåller sin önskan om sterilisering och att hon varken orkar eller vill ha flera barn. Läkaren beskriver kvinnan som ”en intelligent och på alla sätt fin flicka” som ”alltid trasslat till det för sig med karlar”. Hon uppges vara oroad för framtiden, bostadsfrågan är inte löst och, skriver läkaren, hon ”känner sig usel och misslyckad på alla sätt med ständiga självföreläelser”. Dessutom går hon i ständig skräck för att ännu en gång bli gravid. Läkaren tillstyrker ansökan men finner

³⁷. 1963, akt ss 396.

³⁸. 1960, akt ss 356.

inget motiv förenligt med lagens indikationer. I detta fall finns yttre omständigheter som pekar på att kvinnan kan ha pressats till ingreppet. Så var t.ex. två av hennes barn bortadopterade. Å andra sidan bedöms hon var en god mor och kuratorn argumenterar för pessar istället för sterilisering. Den press kvinnan var satt under, bör nog förläggas till själva situationen och inte till de utredande funktionärerna. Akten ger intryck av att vara formulerad nära kvinnans egen syn på sin situation, och utredarna avhåller sig från fördömanden och moraliserande.

Vi ser i denna akt att kuratorn närmast intog en bromsande hållning till kvinnans steriliseringsönskan, något vi kan se allt fler exempel på i akter från 1960- och 70-talen. När utredarna intar en tveksam hållning måste det tolkas som att initiativet till ansökan inte togs av sociala eller medicinska myndighetsutövare, utan av den sökande själv. I fall där kvinnan var under 30 år, var det vanligt att utredarna presenterade alternativ, vanligtvis rekommenderades försök med preventivmedel. Ett sådant fall från 1961³⁹ rör en 27-årig kvinna med sex barn, som sa sig absolut övertygad om att inte vilja ha fler barn. Läkaren avstyrkte ansökan med motivering att sterilisering av ”denna unga, friska människa synes mig motbjudande trots barnantalet”. I stället rekommenderades preventiva åtgärder. Ett annat fall⁴⁰ rör en 25-årig, gift kvinna med tre barn. Hon uppger att hon länge funderat över sterilisering. Hon tycker pessar är besvärlig och vill inte ha spiral p.g.a. rädsla för underlivsinfektioner, ”hon är överhuvudtaget ovillig att höra på andra möjligheter till barnbegränsning än ster”. Både läkare och kurator ställer sig tveksamma till att tillstyrka ansökan, dels då hon inte har prövat alla preventivmöjligheter, dels p.g.a. hennes låga ålder. Kvinnan vidhåller önskan till ingreppet och ”säger att hon icke kan klara av pessar eller p-tablett då hon är för slarvig”. Slarv med preventivmedel är ett argument som känns igen från 1940- och 50-talets akter. Slarvet identifierades då av läkare eller kuratorer och användes som motiv för en sterilisering. I detta fall ser vi hur den sökande har gjort argumentet till sitt.

Ansökningar bromsades och avstyrktes också för att utredarna helt enkelt inte kunde finna några indikationer i lagens mening: ”Pat. har en stark steriliseringsönskan, men man kan inte finna några skäl för sterilisering enl. steriliseringslagen”.⁴¹ I en akt 1963⁴², omtalar en 26-årig fyrbarnsmor att hon länge planerat ansöka om sterilisering, ”varför hon menar, att det är väl övertänkt.” Hon ville inte ha fler barn och uppgavs inte känna sig trygg med preventivmedel.

³⁹ 1961, akt sa 1095.

⁴⁰ 1966, akt ss 1531.

⁴¹ 1965, akt ss 164.

⁴² 1963, akt ss 1684.

Hon kan liksom inte acceptera, att hennes möjligheter att få sterilisering är ytterst små. Anser att det är hennes ensak att avgöra detta. Hon förklarar även denna gång, att hon inte kommer att ångra sig.

Kuratorn liksom läkaren avstyrkte sterilisering i detta fall. Vi ser dock att kvinnan hävdade sin suveränitet, rätten att själv bestämma över sin kropp. Sådana exempel finner vi fler av på 60- och 70-talen. De sökande ifrågasätter helt enkelt lagens ordning att samhället och inte de själva äger beslutanderätt i frågan. I ett fall ber kuratorn den sökande att själv läsa lagen för att med egna ögon se att ”det kan vara vissa svårigheter att finna indikationer...”. Kvinnan hävdar då att det är ”samhällets skyldighet att villfara hennes mycket bestämda önskan om sterilisering...” så hon ska slippa ständig rädsla att bli gravid⁴³.

Vi finner också exempel på att ansökningar tillstyrktes trots att formella indikationer saknades. Vi kan närmast tala om en praxis som i vissa avseenden föregriper en friare lagstiftning. Ett sådant exempel från 1968⁴⁴ rör ansökan från en 31-årig gift kvinna med fyra barn. Hon har använt pessar och alla barn har varit planerade.

Nu anser hon dock att hon gjort nog beträffande barnafödande och vill inom en ganska snar framtid återupptaga sitt yrke. Hon söker därför en absolut tillförlitlig preventivmetod för att inte riskera fler graviditeter och en spolerad yrkeskarriär. P-tabletter anser hon sig absolut inte kunna tänka sig, hänvisar till sin farmaceutiska utbildning, vill inte 'äta hormoner'.

Med spiral uppgav sig kvinnan inte känna sig trygg och ansåg att sterilisering var den enda metoden. Ursprungligen avsåg paret att mannen skulle steriliseras. Då inte det gick, beslöt man ansöka för kvinnans del. Kuratorn var dock tveksam till huruvida indikation förelåg; ”sök. är uppenbarligen svår att få in under bilden utsläpad mor”. Maken fann det anmärkningsvärt att de ”inte själva ska få bestämma i en sådan här sak...”. Inte heller läkaren fann stöd för ansökan i gällande lagstiftning,

men makarna vill få ärendet prövat. Pat. framhåller, att de av förnufts skull och med hänsyn till att båda makarna efter moget övervägande kommit fram till sterilisering som bästa utvägen, borde kun-

⁴³ 1968, akt ss 1532.

⁴⁴ 1968, akt ss 1103.

na få ett tillstånd. Med hänsyn till makarnas inställning är jag närmast benägen att tillstyrka.

Framförallt under lagstiftningens sista årtionde tycks de utredande funktionärerna tagit allt större hänsyn till de kvinnor som eftersträvade att få sterilisering utförd, trots att lagliga indikationer saknades. Inarbetade begrepp som "svaghet" och "utsläpad mor" kom nu att användas i nya sammanhang. 1974 kunde en gift kvinna med fyra barn, som hade besvär av p-piller och absolut inte ville ha fler barn utan ville komma från hemmet och ut på arbetsmarknaden benämnas utsläpad mor⁴⁵. I ett annat fall där kvinnan bestämt hävdar att sterilisering är den enda lösning hon godtar på preventivfrågan, tillstyrker läkaren ansökan med motivering "svaghet".⁴⁶

De motiv och omständigheter för sterilisering som enskilda personer åberopar i akterna skiljer sig givetvis från fall till fall. Några huvudtendenser och förändringar över tid kan dock iakttas. I akter från slutet av 1940- och 1950-talet är det påfallande ofta kvinnor med många barn, täta barnsborder och inte sällan knappa ekonomiska förhållanden som söker sterilisering. Kvinnorna uppger sig "ha gjort sitt", "inte orka mer" etc. I vissa fall redovisar akten att kvinnan levde under synnerligen pressande omständigheter och såg sterilisering som "en sista utväg". Dessa kvinnor såg själva sitt handlingsutrymme som begränsat, och deras steriliseringsönskan måste förstås utifrån den svåra situation de levde under. Akterna talar emellertid inte alltid om social problematik. I familjer som av undersökningen att döma levde under goda förhållanden kunde sterilisering uppfattas som en möjlighet att hejda en redan stor barnaskara från att växa ytterligare. Inte sällan hänvisar akterna till problem och osäkerhet med pessar och kondom.

Kopplingen till prevention blir ännu tydligare under 1960- och 70-talen parallellt med att medelklassens närvaro i akterna blir allt vanligare. Vi kan också se en tendens till att ansökningar också tillkommer ur andra omständigheter och som svar på andra situationer än tidigare. Vi läser akter där man motiverar sin steriliseringsvilja, inte med att man har för många barn, utan att man har så många som man önskar. I sådana fall var inte steriliseringen en sista utväg, utan ett medel för en aktiv och medveten familjeplanering.

⁴⁵ Ett exempel är 1974, akt ss 278.

⁴⁶ Ett exempel är 1972, akt ss 119.

4 Sammanfattning av undersökningen

Syftet med undersökningen har varit att granska hur tvång respektive frivillighet kommer till uttryck i 1074 steriliseringsärenden 1935–1975. Detta har inbegripit en kvantifiering av hur många som steriliserades under olika former av tvång samt hur många ingrepp som var resultat av den steriliserades eget, frivilliga beslut. Våra bedömningar bygger endast på de granskade ansökningshandlingarna. Vi kan med andra ord inte vara säkra på att vi uttalar oss om de faktiska förhållandena såsom de ägde rum i verkligheten utan bara om de förhållanden som den enskilda ansökningen ger uttryck för.

Över hela perioden har vi funnit att 9 procent av de undersökta ansökningarna kan betecknas som rena tvångssteriliseringar. 24 procent har ägt rum under olika former av indirekt tvång eller villkor. Läger vi samman dessa två kategorier har alltså 33 procent av ingreppen genomförts genom att någon form av myndighetstvång utövats mot den enskilde individen. I 9 procent av akterna har vi funnit att steriliseringsansökan tillkommit som en följd av påverkan och aktiv övertalning eller att felaktig eller selektiv information lämnats. I 7 procent av de granskade akterna har vi avstått att göra någon bedömning, huvudsakligen p.g.a. för lite eller alltför motstridig information. I hälften, dvs. 50 procent av akterna, har vi funnit uttryck för att den sökande själv, frivilligt, eftersträvat sterilisering.

		totalt	kvinnor	män
kategori 1	50 %	537	530	7
kategori 2	9 %	102	96	6
kategori 3	24 %	263	221	42
kategori 4	9 %	95	67	28
kategori 5	7 %	77	77	0
summa	100 %	1 074	991	83

Tabell över fördelning i kategorier över hela perioden 1935–75, relativa och absoluta tal.

Av aktmaterialet kan slutsatsen dras att steriliseringspraktiken förändrades påtagligt under perioden. I termer av tvång och frivillighet visar förändringen en rörelse där akterna under periodens första decennier präglas av ett tvång som successivt ger vika för en ökad förekomst av frivilliga ansökningar. För att få en uppfattning om förändringarna över tid har vi delat in åren 1935–75 i fyra perioder.

Den första, 1935–41, motsvaras av åren då 1934 års lag gällde. Steriliseringarna under denna lag har vi kategoriserat som tvångssterilise-

ringar. Period 2 avser åren 1942–55 och uppvisar en kraftig ökning av antalet ingrepp. Enligt vår bedömning ägde omkring 70 procent rum under någon form av tvång eller påtryckning, med en tydlig minskning under periodens senare del. Den tredje perioden avser åren 1956–65. Under dessa år ökade andelen frivilliga ingrepp till 56 procent medan tvång/påtryckning ägde rum i 33 procent. Den sista perioden 1966–75 domineras av frivilliga ansökningar, 85 procent.

	1935–1941	1942–1955	1956–1965	1966–1975
kategori 1	0	100	186	251
kategori 2	0	56	25	21
kategori 3	0	186	69	8
kategori 4	21	54	18	2
kategori 5	0	28	36	13

Tabell över fördelning i kategorier uppdelat i fyra perioder, absoluta tal.

Parallellt med att steriliseringspraktiken förändrades i termer av tvång och frivillighet förändrades också verksamhetens motiv och inriktning. 1930- och 40-talets steriliseringar riktades i hög grad mot människor som redan befann sig i en utsatt position. Initiativet till ansökan togs vanligen av kommunala och medicinska funktionärer eller anstaltsföreståndare. Den steriliserades egen röst och vilja är sällan synlig i akten, motiven för steriliseringen är formulerad av de utredande funktionärerna, inte av personen som ansökan gällde.

Det är väl bekant att omständigheten att den sökande själv i formell mening stod bakom ansökan eller lämnade skriftligt medgivande till sterilisering inte är liktydigt med frivillighet eller frånvaro av tvång. Hit hör steriliseringar utförda på personer intagna på anstalter av olika slag, i första hand sinnessjukhus, skolhem och sinnesslöanstalter. På dessa institutioner var den enskildes handlingsutrymme och personliga frihet inskränkt och vi finner här exempel hur steriliseringslagstiftningens praktik kopplades till det legala tvång andra lagar, t.ex. sinnessjuklagen (SFS 1929:321) möjliggjorde.

Också i fråga om abort är det väl känt att lagstiftning och det konkreta ansöknings- och undersökningsförfarandet gav rum för indirekt tvång där sterilisering ställdes som villkor för abort. De fall där detta villkor direkt anknöt till abortlagens villkorsparagraf ingår ej i vår undersökning. I dessa fall skrevs inte heller någon steriliseringsansökan utan aborthandlingarna gällde för båda ingreppen. Vi kan dock se exempel där enskilda funktionärer mer eller mindre explicit ställde krav på att

kvinnan själv i samband med att hon ansökte om abort också lämnade in en steriliseringsansökan.

Denna typ av tvångs- och villkorsförfarande minskade i kvantitativ mening under steriliseringslagens sista decennier. Det tål dock påpekas att myndighetsutövare fortsatte utnyttja lagens tvångsmöjligheter in på 1970-talet, om än i långt färre fall jämfört med i periodens början. Liksom på 1930- och 40-talen riktades tvånget under lagens sista decennier mot de svagaste i samhället, mot människor med små eller inga möjligheter att göra sin röst hörd. Påfallande ofta rörde det sig om människor intagna på institutioner eller fall där de sociala myndigheterna hade en väl etablerad kontakt med personen i fråga.

Trots att det vore fel att säga att frivilligheten fullt ut ersätter tvånget framstår åren kring 1950-talets mitt som en brytpunkt. Förekomsten av tvång minskar påtagligt vid denna tid och kvinnodominansen blir än starkare. Från att tidigare varit ett redskap som i allt väsentligt riktades mot svaga, marginaliserade människor, pekar akterna mot att sterilisering från denna tid också framstår som en möjlighet för den enskilde individen att lösa problem av skilda slag.

Från slutet av 1940- och framförallt på 1950-talet var begreppet utsläpad moder välfrekvent i steriliserings- och abortundersökningarna. I empirisk mening omfattade begreppet dock ingen enhetlig grupp kvinnor. Utsläpad moder var en tånjbar term brukad i vitt skilda situationer, under olika omständigheter och med olika avsikter. Ibland som diagnos, ibland som motivering för en tillstyrkt ansökan. I andra fall anspelades på kvinnans sociala belägenhet alternativt kroppsliga tillstånd. Om än vi knappast kan tala om utsläpade mödrar som en empiriskt kategori signalerar begreppets flitiga förekomst i 1940- och 50-talets aktmaterial en förskjutning inom steriliseringspraktiken. En sådan rör den sociala breddningen av den grupp som i sin helhet representeras i steriliseringsakterna. Ansökningarna avsåg inte längre enbart människor som på olika grunder definierats som missanpassade eller socialt problematiska. Parallellt gjorde kuratorerna entré på bred front och övertog i de flesta fall ansvaret för den sociala utredningen vilken tidigare ombesörjts av fattig- och barnavårdsfunktionärer.

Vi kan också se förändringar av själva undersökningspraxis. Där det tidigare i allt väsentligt handlat om att bekräfta en redan etablerad bild, ställdes utredarna inför sökanden där utfallet inte var lika givet på förhand och där uppgifter om personen inte självklart fanns i nämndernas rullor. De sociala utredningarna tycks därför, och i takt med att de professionaliserades, blivit mer omfattande och inneburit ett mer aktivt kunskapsinhämtande i syfte att skapa underlag för den sökandes sociala biografi.

1950-talets alltmer omfattande kuratorsutredningar finner vi jämsides med åtminstone tre andra tendenser. En första är den närmast totala kvinnodominansen från 50-talets andra hälft och framåt. En andra rör det faktum att vi i akterna finner allt färre belägg för tvång och ett ökat inslag av frivillighet i jämförelse med föregående årtionden. En tredje tendens är att steriliseringspraktiken inte längre enbart fokuserade relationen mellan den steriliserade och samhället utan också – och efterhand alltmer – problematiserade privata relationer inom den sökandes egen familj.

När vi säger att tvånget minskade till förmån för ökad frivillighet måste vi samtidigt uppmärksamma att den bedömande, kliniska blicken svepte aktivare än någonsin över den sökande, dennes familj, umgänge och bostad. Undersökningarna trängde djupare in under huden när den sökandes liv ställdes till betraktande. De undersökningspraktiker kuratorer och läkare gjorde bruk av behövde i sig inte vara tvingande, men lämnade ett uppenbart utrymme för ena partens beskrivningsrätt och tolkningsföreträde och former av inflytande över individen som inte igenkänns och uppfattas just i termer av tvång. Samtidigt ser vi en ökad strävan från de utredande funktionärerna att låta den sökandes egen definition av problematiken komma till uttryck.

Från 1950-talet förändrades utredningarnas fokus. I allt fler akter kan avläsas hur kvinnor själva söker sterilisering som hjälp för sociala problem knutna till familjeförhållanden av olika slag. Ingreppet framstår också som ett alternativ till bristfällig prevention; för kvinnor med många och täta barnsborder trots bruk av pessar och kondom var sterilisering en lösning. På 1960- och 70-talen förstärks denna tendens och sterilisering kom i allt större utsträckning att uppfattas och nyttjas som prevention i fall då inte andra medel fungerade. Paradoxalt nog tycks tillgängligheten och utbudet av 1960-talets effektivare preventivmedel i form av p-piller och spiral bidragit till att fler kvinnor sökte sterilisering i preventivt syfte. I ansökningar hänvisas till besvär – blödningar, prop-par, depressioner etc – i samband med 60-talets nya p-medel. Kunde kvinnan av olika skäl inte nyttja något av dessa, och ej önskade fler barn, framstod sterilisering som alternativ metod.

Överhuvudtaget antyder aktmaterialet från 1960- och 70-talen att relationen mellan individ och samhälle var satt under förändring. Vi finner i akterna ett annat språkbruk, ett annat ordval och kanske viktigast, en annan attityd till den enskilde individen än i 1930- och 40-talets ansökningar. Det betyder inte att förklenande och moraliserande omdömen helt rensats bort men att de i allt högre grad kom att brytas mot förändrade normer och moraluppfattningar. Så kan vi t.ex. successivt skönja en liberalare och mindre fördömande attityd till sexualitet utanför äktenskaps hägn. Framförallt under lagstiftningens sista årtionden tycks de ut-

redande funktionärerna tagit allt större hänsyn till den sökandes egna motiv och bifallit ansökningar trots att lagliga indikationer saknades.

5 Reflexioner, nya frågor

Huvudfrågan i denna undersökning har rört förekomsten av och uttrycket för tvång respektive frivillighet i 1074 steriliseringsansökningar 1935–1975. När vi påbörjade vår undersökning närde vi en uppfattning om vad vi skulle finna, en uppfattning som delvis hade präglats av den massmediala debatten i frågan men som framförallt var formad av den forskning som direkt eller indirekt berört den svenska steriliseringspolitikens historia. Det vore fel att påstå att den samlade forskningen entydigt beskriver och analyserar steriliseringspolitiken som ett tvångsprojekt. Men sammantaget framträder dock en bild där samhällets intressen i allt väsentligt kom att sättas framför den enskilda individens⁴⁷. Det är rimligt att verksamhetens repressiva sida har kommit att dominera bilden. Det är i tvånget och övergreppen mot enskilda individer frågans djupa etiska, moraliska och politiska problematik ligger, inte i det faktum att många lät sig steriliseras av fri vilja. Det senare är emellertid en del av den svenska steriliseringspolitiken och dess praktik. Det är en aspekt som antyder frågans komplexitet och som inte lika lätt låter sig inordnas i uppfattningen om folkhemmets cyniska skuggsida.

Vi menar att vi under lagstiftningens första två decennier i huvudsak möter en verksamhet präglad av samhällets intresse att se vissa individer steriliserade. Under lagens två sista decennier ger en majoritet akter uttryck för att individen själv önskade sterilisering. Hur stämmer denna beskrivning med tidigare forskningsresultat? Hur kan den relateras till vad som tidigare sagts i själva tvångsfrågan? Maija Runcis (1998) menar att steriliseringarna generellt kan betraktas som myndighetsövergrepp och uttryck för kontroll riktad mot enskilda människor (Runcis 1998:286). Endast i undantagsfall finner Runcis stöd för att den enskilda sökanden själv önskade sterilisering (1998:287). Samhällsdebattören och kulturjournalisten Maciej Zaremba (1999) benämner alla steriliseringar under perioden som tvångssteriliseringar och de steriliserade som offer för en repressiv folkhemsidéologi. ”Det var samma sorts människor som steriliserades på närmast identiska grunder i Tyskland och Sverige”, skriver Zaremba (1999:38). Vår granskning visar också att människor steriliserades i egenskap av mindervärdiga och oönskade samhällsmedborgare. Men detta gällde långt ifrån alla ingrepp och kan definitivt inte anses gälla den stora merparten steriliseringar på 1960- och 70-talen.

Gunnar Broberg och Mattias Tydén betonar i boken *Oönskade i folkhemmet* (1991) att det är svårt att fastställa hur många steriliseringar

⁴⁷ Från olika perspektiv och utgångspunkter behandlas denna aspekt av steriliseringsproblematiken - förutom i ovan anförda arbeten - bl.a. i Frykman & Löfgren (1985), Hirdman (1990) och Johannisson (1997).

som ägde rum under tvång respektive frivillighet. I senare sammanhang har Broberg och Tydén pekat på vikten att inte dra alla steriliseringar från hela perioden över en kam (Broberg & Tydén 1998).

Vår undersökning utmynnar i en liknande hållning. Lagens text stod intakt över perioden, medan praktiken långt ifrån präglas av samma kontinuitet. Ur aktmaterialet kan utläsas att steriliseringar genomfördes med olika motiv, avsikter och under vitt skilda omständigheter. Beroende på vilken akt vi väljer att studera och från vilken tid den hämtas träder olika bilder fram av verksamheten.

En vanlig akt från 1930- och 40-talen skulle då kunna beskrivas i termer av befolknings- och socialpolitisk praktik med samhällets strävan att förhindra vissa kategorier av individer att skaffa barn och sprida sin arvs massa som överordnat intresse. Den rashygieniska vision de vetenskapliga programmen uttrycker finner vi emellertid lite av i akterna. Eugeniska förhållanden lyftes fram som argument, men fokus i undersökningarna låg oftast på individens sociala förhållanden och framförallt på den undersökta förmåga att sörja för eventuella barn. För de funktionärer som hanterade steriliseringsärenden på lokal nivå tycks ärendena mer handlat om krasst kommunalekonomiskt tänkande, än omsorger om den så kallade folkstammen.

En akt från 1950-talet skulle visa på en tydligare social- och familjepolitisk profil där sterilisering framstår som en lösning, eller kanske rättare, en lindring för en familj med många barn, knappa ekonomiska omständigheter och inte sällan otidsenliga bostadsförhållanden. Ingreppet tycks också ha börjat uppfattats som ett alternativ till de tillgängliga preventivmetoderna.

Plockar vi slutligen fram en akt från 1960- och 70-talen kan vi finna tecken på att sterilisering önskas av den sökande, inte därför att man har för många barn eller lever under socialt besvärliga omständigheter, utan därför att man har det barnantal man önskar och vill ha en säker prevention utan biverkningar. Steriliseringen kan då beskrivas i termer av praktisk familjeplanering. Denna förändring i praxis visar att steriliseringsverksamheten inte kan betraktas som ett isolat, utan måste förstås utifrån en historisk och samhällelig kontext. Mellan 1930- och 1970-talet förändrades samhället på en rad områden vilka mer eller mindre direkt påverkade steriliseringsverksamheten. 1930-talets Sverige präglades t.ex. av andra auktoritetsförhållanden än 1970-talets. På motsvarande sätt förändrades synen på sexualitet, familjeplanering, barnomsorg och kvinnans plats i förvärvslivet under lagstiftningens fyra decennier. Denna period inbegriper också påtagliga förändringar av människors materiella och ekonomiska förutsättningar. Det finns skäl att tro att dessa och andra parallella samhällsförändringar lämnade avtryck i steriliseringspraktiken.

Den undersökning vars resultat vi här har redovisat väcker en rad frågor som vi inte har kunnat besvara med utgångspunkt i ansökningshandlingarna. Vi har tidigare nämnt att många steriliseringsansökningar kan betraktas som ett slags final på en längre process av kontakter mellan den sökande å ena sidan och sociala och medicinska instanser å den andra. Den sökande hade i många fall stått under myndigheternas uppsikt och kontroll. Individer som var intagna på anstalter stod dagligen under myndigheternas uppsikt. Andra hade kanske varit i kontakt med fattigvårdsnämnder eller med den lokala sjukstugan och på så vis fått uppmärksamheten riktad mot sig. I vårt material hänvisas ofta till kontakter mellan den sökande och kommunala instanser, kontakter som inte sällan resulterade i administrativa biografier av liknande slag som steriliseringsakterna. *Att följa individer genom detta system av sociala och medicinska institutioner och myndigheter skulle skapa förutsättningar att ge en klarare bild av vad som föregick steriliseringsansökan, vad som fick den sökande att ta steget att ställa sin biografi till förfogande för undersökarna, skriva under eller att vägra att skriva under och till sist lägga sig på operationsbordet.* Att följa individerna bakåt på detta sätt är enligt vårt sätt att se en av två modeller att försöka utröna vad som låg bakom steriliseringsansökningarna och på vilket sätt tvång och påverkan respektive frivillighet faktiskt ägde rum. Vi skulle dessutom få en klarare bild av hur tvång och påverkan utövades i många andra situationer som inte hade direkt bäring in i steriliseringslagstiftningen men som kunde leda dit, situationer präglade av ojämlika maktförhållanden och av repressiv myndighetsutövning baserad på uppfattningar om det normala och avvikande. Det är en undersökning som också skulle ge insikter i hur det sociala och medicinska systemet fungerade på individnivå och hur tätt sammanflätade de medicinska och sociala praktikerna faktiskt var.

Den andra modellen som skulle kunna ge svar på de frågor som föreliggande undersökning lämnar öppna är att försöka höra ännu levande individer som på ett eller annat sätt var inblandade i ansökningsprocessen. Vi kan räkna med att flera tusen människor lever som steriliserades under 1941 års lag, kanske 1/3 av det totala antalet steriliserade eller fler. Givetvis skulle deras versioner av händelseförloppen vara ytterst angelägna för att nå ökad kunskap och förståelse av den svenska steriliseringspolitikens praktik. Ett par mindre undersökningar och reportage har gjorts, t.ex. av journalisten Bosse Lindquist vars bok *Förädlade svenskar* (1991) innehåller intervjuer med individer som utsattes för tvångssterilisering. *En vidare intervjuundersökning skulle kunna bidra med ytterligare kunskap om det svenska folkhemmets och välfärdssamhällets mest repressiva och cyniska sidor. Men den skulle också kunna ge kunskap om alla de människor som verkligen ville låta sig sterilise-*

ras, om hur de resonerade, vilken process de tvingades genomgå och vilka erfarenheter de gjorde.

Av vår undersökning har framgått att lagen gav ett stort handlingsutrymme för de funktionärer som genomförde de sociala och medicinska undersökningarna. En läkare eller kurator som hade satt sig före att driva en tveksam eller motspänstig person till operation hade påtagligt goda möjligheter att göra det. Men vårt källmaterial ger också exempel på motsatsen, på hur de undersökande funktionärerna var den sökande behjälplig med att lotsa frågan igenom lagstiftningen till, den av den sökande önskade, steriliseringen. Även om lagstiftningen ursprungligen hade syften kretsande kring samhällets skydd mot oönskade individer och deras arvsmassa kunde den också användas i andra syften sprungna ur individens egen vilja och initiativ. *En intervjuundersökning som inbegrep sådana tjänstemän som själva arbetade med steriliseringslagens tillämpning skulle ytterligare kunna belysa frågan hur ansökningsprocessen gick till och inte minst vad som föregick den.*

Lagstiftningen, dess förarbeten och vetenskapliga grundvalar motsvarades alltså långt ifrån alltid av en praxis som tog de ursprungliga målsättningarna med lagen som sin utgångspunkt. Istället erbjöd lagstiftningen ett förhållandevis stort manöverutrymme för de sociala och medicinska funktionärer som hade för avsikt att utnyttja det.

Vårt intryck är att den bild av steriliseringarna i Sverige 1935 till 1975 som massmedia och delar av den vetenskapliga forskningen har producerat till stor del har satt likhetstecken mellan lagstiftningen, dess politiska och vetenskapliga program, å ena sidan, och utövandet av lagen, dvs. dess praktik å den andra. Denna överföring är i vissa avseenden befogad. Men den har också fått som resultat att bilden av steriliseringarna har kommit att uppfattas som påtagligt homogen. Alla som steriliserades 1935 till 1975 tycks i denna mening ha uppfattats som offer för en förtryckande politisk och vetenskaplig uppfattning.

Ytterligare ett problem med att likställa lagstiftning med praxis är att när en lag ersätts av en annan kan man få uppfattningen att praxis ändras lika radikalt som skrivningen av lagen antyder. *Utifrån vår problematisering av förhållandet mellan program/lag och praktik/tillämpning skulle det därför vara av stort värde att undersöka hur 1975 års steriliseringslag tillämpades i praktiken, vilka skillnader som tillämpningarna faktiskt innebar i förhållanden till 1941 års lag.* Vår undersökning antyder att skillnaderna i praktiken kanske inte var så dramatiska, att praxis under 1960- och 70-talet generellt sett hade förändrats i så hög grad att den hade större likheter med den lag som skulle komma än den lag den i praktiken var en tillämpning av.

Av vår undersökning har framgått hur 1941 års lag verkade tvingande från två olika håll. Å ena sidan steriliserades människor under tvång

eller tvångslika omständigheter framförallt under lagstiftningens första decennier. Å andra sidan tycks lagen, under periodens sista decennier, förhindrat att sterilisering utfördes på människor som verkligen önskade en sådan. Statistik pekar på att lagen under de sista åren höll nere antalet steriliseringar i Sverige. 1975 rapporterades totalt 1.028 steriliseringar varav 99 procent utfördes på kvinnor. Första året med 1975 års lag (SFS 1975:580) utfördes 4.433 steriliseringar. De följande två åren var antalen 5.242 respektive 5.916⁴⁸. Den kraftiga ökningen under den nya lagen tyder på att den äldre lagstiftningen hindrade personer som verkligen önskade sterilisering att få sådan utförd. Särskilt gäller det män. Indikationerna i 1941 års lag begränsade starkt männens möjlighet till sterilisering. Att sådana önskemål förelåg under lagens sista decennium understryks av att andelen steriliserade män ökade från 1 procent 1975 till nära 50 procent 1976. Den kraftiga ökningen av steriliseringar under den nya lagen kan också sägas stödja uppfattningen att en stor andel ingrepp under 1960- och 70-talet tillkom på frivillig väg. Lagens indikationer men också, vilket är rimligt att anta, ett utredningsförfarande som kunde uppfattas som integritetskränkande, tycks ha fått många att avstå från ansöka.

Men vilka möjligheter, vilket handlingsutrymme, erbjöd 1975 års lag i termer av påverkan och övertalning? Man kan betrakta 1975 års lag som en anpassning till såväl gällande praxis som till allmänna uppfattningar om individens autonomi i förhållande till samhället och dess myndigheter. Men vi kan heller inte bortse från att den nya lagen kan ge utrymme åt sociala och medicinska funktionärers påverkan och övertalning av individer som befinner sig i situationer liknande de som under den äldre lagstiftningen kunde leda till sterilisering. *Om man alltså antar att tillämpningen av steriliseringslagarna inte nödvändigtvis följer de ursprungliga intentionerna borde vi alltså ställa oss frågan om huruvida tvång och påverkan förekommer i steriliseringsärenden i vår egen samtid. En undersökning i denna riktning borde också inbegripa frågor om hur dagens omsorgs verksamhet och liknande samhällsinstitutioner hanterar frågor om vad som betraktas som oönskade graviditeter. Hur bemöts t.ex. individer som ser bekymmersfritt på sin egen roll som blivande far eller mor men som av de sociala myndigheterna ses som olämpliga som just mammor eller pappor? Vems rätt gäller, det ofödda barnets eller den vuxna individens rätt att vara eller bli mamma eller pappa? Eller är det den sociala myndighetens uppfattning?*

Steriliseringspolitikens och dess praktiks historia är i denna mening inget som tillhör det förflutna med en gång för alla avklippta band till

⁴⁸ SOS, Allmän hälso- och sjukvård, 1975, 1976, 1977, 1978. Antalet verkställda steriliseringar redovisas i tabell D.

vår egen tid. Många frågor kretsande kring individens rätt och integritet i förhållande till samhällets krav, kring det ofödda barnets rättigheter och var och ens rätt att få bilda familj leder in mot några av vår tids mest brännande samhällsdiskussioner.

Det finns många skäl att fördöma den människosyn som låg till grund för 1934 och 1941 års steriliseringslagar och den tillämpning i form av tvång, påverkan och villkor som förekom ända in på 1970-talet. Den hittillsvarande forskningen, och även denna undersökning, har visat upp systematiska övergrepp och stymplingar på tusentals människor under åren 1935–1975. Att skriva deras historia är i sig mycket angeläget. Varje enskilt öde har något väsentligt att säga om 1900-talets Sverige, om dess baksida, om hur det kunde vara att leva i detta samhälles marginaler och om gränserna för individens rättigheter och samhällets intressen.

Att beskriva och analysera 1934 och 1941 års steriliseringslagar och tillämpningen av dem kan därför i förstone synas vara ett uppdrag som borde stanna 1976 då en ny lag byggd på frivillighetens grund trädde i kraft. Men vi är alltså av den meningen att liknande frågor också kan och bör ställas till tiden efter, till vår egen tid. Historia är i denna mening inget från vår egen tid isolerat fenomen.

6 Litteratur

- Broberg, Gunnar & Tydén, Mattias (1991) *Oönskade i folkhemmet. Raskhygien och sterilisering i Sverige*. Stockholm: Gidlunds.
- Broberg, Gunnar & Tydén, Mattias (1998) "När svensk historia blev en världsnöhet" I: *Tvärnsnitt 1998*:3.
- Eivergård, Mikael (2000) "Bör först steriliseras. Anstalt, patient och steriliseringar vid Salberga sjukhus". I: Broberg, Gunnar, Johannisson, Karin & Tydén, Mattias red. *Fem uppsatser om steriliseringsfrågan i Sverige*. Lund: Ugglan 12.
- Frykman, Jonas & Löfgren, Orvar (1985) "På väg - bilder av kultur och klass" I: Frykman, Jonas & Löfgren, Orvar red. *Moderna tider. Vision och vardag i folkhemmet*. Lund: Liber förlag.
- Hirdman, Yvonne (1990) *Att lägga livet tillrätta. Studier i svensk folkhemspolitik*. Stockholm: Carlssons.
- Johannisson, Karin (1997) *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Nordstedts.
- Jönsson, Lars-Eric (2000) "Ett skarpt vapen. Sterilisering som alternativ till anstaltsvistelse". I: Broberg, Gunnar, Johannisson, Karin & Tydén, Mattias red. *Fem uppsatser om steriliseringsfrågan i Sverige*. Lund: Ugglan 12.
- Lindquist, Bosse (1991) *Förädlade svenskar. Drömmen om att skapa en bättre människa*. Stockholm: Alfabeta bokförlag.
- Palmblad, Eva (2000) "Abortpolitikens dolda dagordning under trettio- och fyrtiotalen". I: Broberg, Gunnar, Johannisson, Karin & Tydén, Mattias red. *Fem uppsatser om steriliseringsfrågan i Sverige*. Lund: Ugglan 12.
- Runcis, Maija (1998) *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm: Ordfront.
- SOS, *Allmän hälso- och sjukvård*, årgångarna 1976, 1977, 1978.
- Tydén, Mattias (1999) "Rasbiologi och andra rasismer". I: Svanberg, Ingvar & Tydén, Mattias *I nationalismens bakvatten*. Lund: Studentlitteratur.
- Zaremba, Maciej (1999) *De rena och de andra. Om tvångssteriliseringar, raskhygien och arvssynd*. Stockholm: Bokförlaget DN.

Preventivmedel, abortmetoder, steriliseringsmetoder 1934-1974

Vid Steriliseringslagens tillkomst 1934 gällde fortfarande lagen om förbud mot spridande av preventivmedel, den s.k. preventivlagen, som tillkom som ett tillägg i Strafflagen 18 kap. 13§ den 22 juni 1911.

Den lag om sårande av tukt och sedlighet, 18 kap. 13§ Strafflagen, som gällde våren 1910, hade följande lydelse:

Sprider någon ut skrift, målning, teckning eller bild, som tukt och sedlighet sårar; straffes med böter eller fängelse i högst sex månader. Lag samma vare, om man genom annan gärning sårar tukt och sedlighet, så att allmän förargelse eller fara för andra förförelse därpå kommer.

Den 10 juni 1910 höjdes straffmaximum från fängelse i 6 månader till fängelse i 2 år. Ett nytt moment tillfogades:

Där någon offentligt utställer eller förevisar föremål, som är afsedt för otuktigt bruk eller till att förebygga följder af könsumgänge; eller i skrift, som han utsprider eller eljest genom tillkännagifvande för allmänheten till salu utbjuda eller själf eller genom annan till försäljning kringför dylika föremål; eller under sådana förhållanden, att allmän fara för andras förförelse därpå kommer, vare sig muntligen eller genom utspridande av skrift söker förleda till användande af föremål, som nu sagts, eller meddelar anvisning om sättet för deras användande; varde ändå att gärningen ej är sådan som första momentet sägs, dömd efter ty där stadgas.

Bakgrunden till preventivlagens tillkomst

I slutet på 1800-talet började födelsetalen i Sverige sjunka. De sjönk tidigare i städerna än på landsbygden och sjönk först hos medelklassen och senare hos de industriarbetande kvinnorna. Trots de sjunkande födelsetalen kom strömningar i dagen som förespråkade en aktiv familjeplanering. Den s.k. nymalthusianska rörelsen förespråkade barnbegränsning som ett sätt att hålla nöd och fattigdom borta. Den unge studenten Knut Wicksell, som senare skulle bli en framstående liberal nationaleko-

nom, menade att man inte skulle ha fler än två eller tre barn och ansåg att läkaren skulle upplysa om hur befruktning skulle undvikas. Wicksells inlägg startade en debatt, som sedan pågick under de närmaste tre decennierna och som engagerade alla politiska partier, kvinnoorganisationer på både vänster- och högerkanten, akademiker, läkare och kyrkan. På våren 1910 höll agitatorn Hinke Berggren ett föredrag under temat "Kärlek utan barn". Hinke Berggren blev dömd till fängelse för sitt tal och strax efteråt tillstyrkte riksdagen preventivlagen. Hela den diskussion som fördes i samhället från och med 1880 och fram till lagens tillkomst finns väl beskriven i Hjördis Levins avhandling "Masken ut i rosen" (12).

Enligt Hjördis Levin var det främsta skälet till preventivlagens tillkomst den rädsla för folkminskning, som genomsyrade samhället och de politiska partierna. Därefter kom rädslan för ökad sedeslöshet med prostitution, smittospridning, aborter och barnamord som följd. I den diskussion, som fördes före lagens tillkomst framfördes risken, att om man förbjöd preventivmedel skulle könssjukdomarna öka, men detta ansågs som mindre troligt, då man framhöll att om människorna hade tillgång till preventivmedel skulle sexualiteten och sedeslösheten öka så att könssjukdomarna istället skulle spridas.

Det tredje skälet till tillkomst av preventivlagen var oron för en rasförsämring. Man menade att om man hade tillgång till preventivmedel så skulle de begåvade utnyttja det och minska barnafödandet, medan obehåvade individer inte skulle ta till sig budskapet och fortsätta att föda många barn.

Utvecklingen 1912 – 1938

De farhågor man hyst vid lagens tillkomst, att den skulle hindra effektiv upplysning angående skydd mot könssjukdomar, visade sig besannas. Redan 1918 kom en lag om åtgärder mot könssjukdomar där man framhöll den personliga profylaxen och rekommenderade användning av kondom. Det stod således klart att preventivlagen måste förändras och den var sedan föremål för diskussion i riksdagen 1923, 1925, 1929, 1930 och 1933 utan att lagparagrafen förändrades (18). 1934 tillsattes en sakkunnigutredning som utmynnade i ett förslag om upphävande av 18 kap. 13 §, andra momentet Strafflagen, och dess ersättning med en lag om preventivmedel och en lag om fosterfördrivande medel. Det var dock först i samband med Befolkningskommissionens förslag och proposition 146/1938 som preventivlagen slutligen upphävdes (20).

Vilka preventivmetoder fanns då tillgängliga?

Den sannolikt vanligaste metoden i Sverige som i andra länder var det avbrutna samlaget eller *coitus interruptus*. Metoden kan vara utomordentligt säker men kräver behärskning och absolut kontroll från mannen sida. Risken för misslyckande är stor hos unga människor, och vid nedfatt omdöme, t.ex. under inverkan av alkohol eller andra droger. I Elis Essen-Möllers lärobok "Föreläsningar i gynekologi" (första upplagan 1931, andra upplagan 1939) beskrivs metoden och poängteras dess osäkerhet och låga effektivitet. Samtidigt varnar man för metodens användning då både mannen och kvinnan som använder sig av den riskerar att utveckla "nervositet". Man beskriver också ett tillstånd hos kvinnan med smärtor, svullnad och obehag ifrån underlivsorganen beroende på att det avbrutna samlaget gjort att kvinnan ej fått sexuell utlösning (4).

Användning av s.k. säkra perioder som preventivmetod hade sannolikt ingen större utbredning i vårt land. Essen-Möller avråder direkt från användning av metoden på grund av dess osäkerhet (4). Metoden beskrivs också i RFSU:s bok från 1960, men även här avråder man från metoden som enda skydd mot graviditet (18).

Övriga metoder tillgängliga under 30-, 40-, 50- och början av 60-talet var då som nu för mannen *kondom*. För kvinnan *kemiska medel*, *pessar* samt *sköljningar*.

På grund av preventivlagen var kondom svårtillgängliga, ofta dyra och av dålig kvalitet. Efter Riksförbundet För Sexuell Upplysnings (RFSU) bildande i början av 30-talet engagerade sig organisationen i import och testning av kondomer. Detta resulterade bl.a. i föreskrifter "Kungliga kungörelsen 19/9/1938 (nr. 568) med vissa föreskrifter med anledning av förordningen samma dag om handel med preventivmedel", som ersatte preventivmedelslagen av 1912. I förordningen stipulerades att när man ansökte om tillstånd att idka handel med preventivmedel så skulle man inhämta yttrande från Medicinalstyrelsen om medlet kunde befaras olämpligt eller skadligt. Viss kontroll av sammansättningen bl.a. av de kemiska medlen skedde således. Däremot ingen testning av den kliniska effektiviteten. Från och med den 1 januari 1947 ålades apoteken att tillhandahålla vissa preventivmedel och 1951 utfärdade Medicinalstyrelsen en särskild kungörelse i vilken apotekshandeln med kondomer och pessar reglerades. Efter att under några år kvalitetskontroll diskuterats i samråd bl.a. med Food and Drug Administration i USA, samt RFSU, tillkom en förordning 1/7/1959 angående kvalitetskontroll, detta gällde då framförallt kondomer. Tillgängligheten av kondomer för allmänheten ökade ej förrän automatförsäljningen blev verklighet genom "Förordningen om handel med preventivmedel" 5/6/1959 med tillämpningsföreskrifter (18).

Utvecklingen av *slidpessar* och *livmodertappessar* startade liksom kondomutvecklingen i samband med att man kunde vulkanisera gummi. De första publikationerna rörande slidpessar daterar sig till slutet av 1800-talet. Under 1900-talet utvecklades flera olika typer, vilka måste importeras till Sverige. Detta gjorde tillgängligheten låg så länge den gamla preventivlagen var verksam. Även efter 1938 var det ett fåtal kliniker som tillhandahöll pessar; pessar måste ju inprovas av läkare eller barnmorska. 1947 beslöt riksdagen att mödravårdscentralerna gratis skulle prova ut pessar. Men detta blev aldrig speciellt vanligt och det var företrädesvis RFSU klinikerna i Stockholm, Göteborg och Malmö och enstaka gynekologer som erbjöd denna service. Slidpessaret kom att bli den dominerande kvinnliga metoden ända fram till att p-piller introducerades i början av 60-talet. Korrekt utprovat och rätt använt är slidpessaret i kombination med kemiska medel en effektiv metod. Problemet i Sverige under tidigt 30-, 40- och 50-tal, liksom i utvecklingsländerna idag, är att hanterandet av pessar och skötsel av ett sådant kräver avskildhet och tillgång till vatten. Omoderna, trånga bostäder med slask i köket och utan ett separat tvättrum försvårade användandet av ett pessar för många kvinnor (18).

Då både kondomer och pessar var beroende av import till landet försvann de nästan helt under andra världskriget. Denna brist på preventivmedel var tydlig även i England. Uppgång i födelsetal, och såväl legala som illegala aborter kan delvis ha varit ett resultat av denna brist (19).

Beträffande *kemiska medel* framgår av Essen-Möllers lärobok att under 20-30-talet användes framförallt två metoder: kinasalter och sura lösningar. Kinasalterna applicerades i form av tabletter som fördes in i slidan före samlaget. Medlen ansågs ofarliga men hade mycket låg effektivitet. Den sura lösningen som vanligen användes för slidsköljning efter samlaget var vanlig ättika blandad i vatten (4). Med kännedom om samlagets fysiologi och spermernas förmåga att omedelbart ta sig in i livmodern och äggledarna kan man konstatera att detta var en mycket opålitlig metod. Upprepade sköljningar gjorde att kvinnan ibland drabbades av kroniska slidkatarrer. Flera läkemedelfirmor utvecklade senare surgörande medel i form av geléer och slidtabletter, så kallade vagitorier, med något högre effektivitet än de tidigare nämnda. På 1950-talet introducerades det spermiedödande medlet non-noxynol-9, som fortfarande ingår i alla saluförda spermiedödande preparat. Kemiska medel var fortfarande svårtillgängliga till dess apoteken år 1947 fick skyldighet att tillhandahålla preventivmedel (18).

Preventivmedels effektivitet mäts med s.k. Pearl index som baserar sig på hur många kvinnor som blir gravida om metoden använts under ett år, dvs. om 100 kvinnor utsätter sig för risken för graviditet under ett

år. Hos en frisk, fruktsam population blir i så fall 80 av 100 kvinnor gravida utan preventivmedel. De metoder som vi hittills diskuterat har en varierande säkerhet. Man brukar tala om den teoretiska effektiviteten och den verkliga eller praktiska effektiviteten. Kondom som alltid används korrekt vid varje samlag och under hela samlaget har ett teoretiskt Pearl index på 2 per 100 kvinnoår, men i praktiken ligger det på cirka 15-20 graviditeter per 100 kvinnoår. Detsamma gäller för pessaret i kombination med kemiska medel. Beträffande avbrutet samlag eller slidsköljning finns inga studier som anger effektiviteten. Alla metoder som är knutna till samlaget riskerar en låg praktisk effektivitet beroende på den mänskliga faktorn dvs. om och hur medlet används. Detta gör att moderna preventivmetoder såsom intrauterint inlägg, injektionspreparat och hormonstavar under huden har en mycket hög effektivitet, den teoretiska och praktiska effektiviteten ligger nära varandra. Tablett intag av t.ex. p-piller är också beroende av den mänskliga faktorn och Pearl index varierar därför mellan 0, 1-8. Vid kirurgisk kontraception, dvs. sterilisering av man eller kvinna är graviditetsrisken mycket låg mellan 0,1-1,5 per 100 kvinnor/år (14).

Så kallade *p-piller*, en kombination av östrogen och gulkroppshormon, som introducerades i Sverige 1964 var utomordentligt effektiva bl.a. beroende på att de doser som användes under det första decenniet var 5-10 gånger högre än de preparat som vi idag använder. Samtidigt som metoden mottogs med stor entusiasm när preparaten registrerades i Sverige stod det tidigt klart att det förekom biverkningar och att inte alla kvinnor lämpade sig för denna preventivmetod. Speciellt olämplig var metoden för kvinnor med komplicerade medicinska sjukdomar som i sig ökade risken för allvarliga biverkningar (26).

Det *intrauterina inlägget*, den s.k. plastspiralen, registrerades i Sverige för användning 1966. Metoden hade hög säkerhet, var oberoende av samlag och av kvinnans egna åtgärder, Pearl index 2-3. Under de första åren var spiralen inte allmänt tillgänglig utan det var framför allt de stora RFSU-klinikerna och enstaka intresserade privatläkare som tillhåll metoden. Liksom med kombinerade p-piller visade det sig snart att det fanns kontraindikationer och att metoden inte passade för alla kvinnor. Först med utbyggnaden av den offentliga preventivmedelsrådgivningen 1971-75 och utvecklingen av den s.k. kopparspiralen, som registrerades i Sverige 1972, fick metoden större spridning. En nackdel med intrauterina inlägg stod tidigt klar; risken för infektioner ökar och metoden är därför olämplig för unga kvinnor som inte fött barn. De moderna kopparspiraler som används idag får i långtidsanvändning anses ha samma effektivitet och säkerhet som kirurgisk sterilisering, 0,1-1,5 per 100 kvinnor/år (14).

Abortmetoder

Avbrytande av graviditet har utnyttjas i födelsekontrollerande syfte i alla kulturer sedan urminnes tider (7). Avbrytande av graviditet har varit en kriminell handling i Sverige allt sedan landskapslagarnas tid. I strafflagen 1890 säger man i 14 kap. 26:e paragrafen:

"Qvinna som i uppsåt att döda eller fördrifva sitt foster nyttjar invärtes eller utvärtes medel som sådan verkan hafva kan varde dömd, om fostret kommer utan liv eller ofullgånget fram, till straffarbete från och med ett till och med sex år och i annat fall till sådant straffarbete eller fängelse i högst sex månader.

Den vanligaste orsaken till illegal abort var graviditet utanför äktenskapet. I en svensk avhandling från 1901 rörande illegala aborter mellan 1851-1900 undersöktes 1412 dödsfall med obduktioner, 1262 kvinnor var ogifta, 86 gifta och 46 änkor, de flesta synes ha gjort abort för att undvika att föda ett barn utanför äktenskapet. De flesta kvinnor var mellan 21 och 30 år, i 5 % förelåg ingen graviditet alls (5).

Metoder vid illegal abort

I Sverige användes i första hand *arsenik* som abortmetod, detta gällde under perioden 1850-1880. År 1876 då arsenik förbjöds övergick man till *fosfor* som var tillgängligt i tändstickor. Hedréns undersökning visade att ett stort antal av de obducerade kvinnorna tidigare genomgått illegala aborter, sannolikt med fosfor som sålunda var verksamt och sannolikt inte alltid ledde till döden. Under 1890-talet svarade fosfor för de flesta av de svåra förgiftningsfallen. Av de fall som kom till myndigheternas kännedom lyckades drygt hälften framkalla abort, beroende på graviditetsmånad, men de flesta avled strax efter abortprovokationen. Av dem som undersöktes var det endast ett fåtal, som lyckades med aborten och själva överlevde (9).

I sin avhandling "Maternal mortality in Sweden" beskriver Ulf Högborg de illegala aborterna som ett folkhälsoproblem redan i slutet av 1800-talet. Omfattningen av de illegala aborterna har varit en kontroversiell fråga sedan 20-talet. Det finns ingen säker statistik men man har beräknat att under 30-talet uppgick antalet illegala aborter till mellan 10.000-20.000 årligen. Införandet av legal abort 1938 på vissa specifika indikationer hade sannolikt ingen effekt på antalet illegala aborter. De legala aborterna var färre än 1000 per år de första åren efter abortlagens tillkomst och ökade till drygt 5000 under 1951, varefter de minskade till

cirka 2000 per år 1960 (10). En ökning av de legala aborterna skedde då diskussionen om 1965 års abortlagsbetänkande "Rätten till abort" presenterades 1971. Det slutliga utplånandet av illegala aborter i Sverige kom ej förrän med den nya abortlagen 1975, då aborter avkriminaliserades och kvinnan ensam fick rätt att besluta om abort till och med utgången av den 18:e graviditetsveckan (23).

Sedan fosformetoden övergivits användes inläggning av en *metallsond* i livmodern eller insprutning av någon typ av irriterande vätska med hjälp av s.k. *livmoderssprutor*. Anmärkningsvärt nog annonserades och skyltades dessa livmoderssprutor på 30-talet som hygienartiklar i sjukvårdsaffärerna medan samtidigt försäljning av preventivmedel och reklam för dessa var ej tillåtet. Aborter utfördes även av sjukvårdskunnig personal i form regelrätta livmodersskrapningar. Ett stort antal illegala aborter förlöpte relativt komplikationsfritt, andra sökte sjukvården för blödningar dvs. så kallade spontana missfall som åtgärdades inom sjukvården. Detta gör att total antalet illegala aborter är svåröverskådligt. I allmänhet har man ansett att om kvinnor kommit till sjukhuset med s.k. infekterad abort har ett illegalt ingrepp utförts.

En indikation på sjuklighet och dödlighet vid illegala aborter ges i en rapport av Holtz över intagna patienter på den s.k. Gula kliniken som öppnades vid Sabbatsbergs Sjukhus 1930 för att ta hand om infekterade aborter i Stockholmsområdet. Holtz uppger att dödligheten var 1,47 %, dvs. 1470 per 100.000 ingrepp (8).

På den så kallade Gula kliniken intogs i medeltal 7 patienter om dagen och vanligen avled en patient i veckan. Av de säkert kriminella aborter, som nådde sjukhusen, var dödligheten 8 %. Bland aborterade patienter, som kom in med bukhinneinflammation, var dödligheten 10 % och de som fick blodförgiftning hade en dödlighet på 30 % (28). En undersökning visade att 25 % av kvinnorna blev sterila som resultat av den infekterade aborten.

Den totala mödradödligheten i samband med graviditet och förlossning liksom vid illegal eller legal abort sjönk kraftigt under slutet av 30- och början av 40-talet p.g.a. minskat antal svåra infektioner efter införandet av sulfonamiderna 1937 och penicillinet 1945. Dödsfall p.g.a. blödningar, luftembolier eller andra embolier låg däremot relativt konstant (10).

Metoder vid legal abort

Legala aborter utfördes av läkare på medicinska indikationer även före införandet av 1938 års abortlag: I Essen-Möllers lärobok från 1931-39 liksom i en uppsats av John Olow 1934 (16) uttryckes det som självklart att läkare har rättighet att avbryta graviditet på medicinsk indikation dvs när kvinnan lider av en sjukdom som man befarar skall försämrans kraftigt under graviditeten. Tuberkulos, nefrit och hjärtsjukdomar var de vanligaste orsakerna. Den metod man använde sig av var s.k. *dilatation* och *skrapning* upp till gränsen mellan 3-4:e graviditetsmånaden (idag 12-16 veckor). Det vanligaste sättet var att vidga livmoderhalsen med Hegarstift dvs. ett metallstift men man använde sig också av s.k. Laminaria, dvs. en växtprodukt, som långsamt svullnade i livmoderhalsen och på sätt vidgade densamma. Den senare processen var förenad med ökad infektion. När man sålunda vidgat livmoderhalsen skrapades livmodern med hjälp av instrument. Denna metod har använts fram till att den s.k. sugskrapningen (vakuumexeres) infördes i Sverige i slutet på 60-talet. Vi har senare också fått tillgång till metoder som på ett mer naturligt sätt förbereder och vidgar livmoderhalsen. Detta har skett genom utvecklingen av de s.k. prostaglandinerna. Fördelen med de nya metoderna är att man undviker skador på livmoderhalsen som skulle kunna ställa till problem i en kommande graviditet (21, 23).

När det gäller abortingrepp senare än första trimestern (första 3 månaderna) förelåg mycket större svårigheter att framkalla abort och kvinnorna utsattes för mycket större risker. Några värkstimulerande medel kände man ej till. Man kunde lägga in en kateter eller en gummiballong i livmodern mellan livmodervägg och moderkaka. Så småningom uppstod ett spontant värkarbete. Idag vet vi att detta åstadkoms genom bildning av s.k. naturliga prostaglandiner. Metoden var långdragen, smärtsam och riskfylld och medförde framförallt en stor infektionsrisk (10).

Den vanligaste metoden för sen abort som kom att användas långt in på 60-talet var s.k. *hysterotomi* eller "det lilla kejsarsnittet". Detta innebar en bukoperation där livmodern öppnades som vid ett kejsarsnitt och foster och moderkaka togs ut. Ingreppet kunde också utföras genom slidan dvs. att snittet lades i övre delen av livmoderhalsen sedan urinblåsan skjutits upp. Båda dessa ingrepp krävde narkos dvs. man utsatte kvinnan för ytterligare risk. I slutet på 50- och i början på 60-talet infördes metoden att installera en hyperton lösning (koksalt eller glykos) i livmodern och fosterhålan. Denna lösning dödade fostret och ett spontant värkarbete inträffade som ledde till att fostret stöttes ut. Metoden kunde också användas extraovulärt, dvs. man gick in med en tunn kateter genom livmoderhalsen och installerade den hypertona lösningen mellan livmoderväggen och fostervävnaden, dvs. hinnorna (21).

Dödligheten i legala aborter var hög under den första perioden. Under perioden 1938-45 gjordes de flesta legala aborter med en medicinsk indikation som grund, vilket bidrog till en hög dödlighet. Enligt Klintskog låg dödligheten på 300-600 per 100.000 ingrepp, 1950 låg dödligheten på 403, för att under nästa årtionde sjunka till 128, förmodligen beroende på att färre vaginala och abdominella hysterotomier utfördes (11). I Ulf Högbergs avhandling framgår att dödligheten i legala aborter under åren 1951-60 var 40,4 per 100.000 ingrepp och att bukoperation med hysterotomi "det lilla kejsarsnittet" stod för den största delen av dödsfallen. Under perioden 1961-1970 hade antalet dödsfall i samband med legal abort sjunkit till 16,3 per 100.000 ingrepp med en relativt jämn fördelning mellan de olika metoderna. Under perioden 1971-1980 hade dödligheten sjunkit till 0,7 per 100.000 ingrepp. De fåtal dödsfallen var lika fördelade mellan s.k. skrapning och installation av hyperton lösning i livmodern (10).

Den viktigaste faktorn när det gäller en sänkt dödlighet var det anorlunda utredningsförfarandet som blev följden av den nya abortlagen. Tiden från 1938 och fram till dess att 1965 års abortutredning framlade sitt betänkande "Rätten till abort" 1971, innebar abortutredning en långsam, komplicerad process som tog många veckor i anspråk. Praktiskt taget alla aborter var sena och måste utföras med de riskfyllda metoder som ovan nämnts. Från sista åren av 60-talet och fram till och med den nya abortlagen 1975 ökade antalet s.k. tvåläkarintyg, vilket innebar att kvinnorna sökte och fick tillstånd till abort före den 12:e veckan och sålunda kunde genomgå s.k. sugskrapning. I dagens abortverksamhet sker mer än 95 % av alla aborter före utgången av 12:e veckan och något abort relaterat dödsfall har ej förekommit i Sverige sedan 1984 trots att 30-35.000 legala aborter utförs årligen.

Steriliseringsmetoder

Även före 1934 års steriliseringslag förekom sterilisering i samband med förlossning t.ex. vid kejsarsnitt men också efter vaginal förlossning. Den vanligaste indikationen var medicinsk sjukdom hos kvinnan som gjorde det riskfyllt för henne att genomgå ytterligare graviditeter. Någon sterilisering i familjeplaneringssyfte förekom ej. Ingreppet utfördes vanligen som en bukoperation, någon gång via slidan, varvid ett kortare eller längre segment av äggledarna avlägsnades. Flera olika operationsmetoder hade beskrivits av olika gynekologiska kirurger. Ingreppet fordrade alltid anestesi, vanligen i form av eternarkos.

Hos mannen var det steriliserande ingreppet väsentligt enklare, företogs i lokalbedövning och innebar avlägsnande av en liten del av sädes-

ledaren på båda sidor. Den vanligaste komplikationen vid sterilisering av mannen är blödning i operationsområdet och infektion. Dödsfall i ingreppet finns ej beskrivet i västvärlden däremot har det i u-länderna förekommit utveckling av stelkramp i samband med operationen (25).

Beträffande sterilisering av kvinna ansågs länge upprepade kejsarsnitt bereda kirurgiska svårigheter och öka risken för sjuklighet och komplikationer hos kvinnan. De flesta gynekologer erbjöd då sterilisering vid det 3:e kejsarsnittet och eventuellt redan vid 2:a kejsarsnittet (17). Inom 48 timmar efter en vaginal förlossning står livmodern högt i bäckenet och ägglarna är lätt åtkomliga. Sterilisering kan därför i allmänhet utföras genom en s.k. minilaparotomi. I många länder utförs detta i lokalbedövning.

Så kallad titthålskirurgi eller laparoskopi har utvecklats inom den obstetrisk-gynekologiska specialiteten sedan drygt 25 år. Idag är laparoskopi den mest använda metoden för sterilisering av kvinna. Via titthålskirurgi kan ägglarna brännas av med diatermi eller klämmas av med clips eller små plastringar. Laparoskopisterilisering är dock förenad med en ökad sjuklighet jämfört med den enkla minilaparotomin. Angående risken för död i samband med steriliseringsingrepp uppgav Steriliseringsutredningen att dödligheten uppskattades till mellan 20-30 fall per 100.000 ingrepp (22). Som jämförelse påpekade man att risken för död i samband med tidig abort var 3 per 100.000. Även vid sena aborter var dödligheten något lägre än vid steriliseringsingreppet, 15-30 per 100.000. Vid en kombination av sen abort och sterilisering ökade dödligheten ytterligare. Samtidigt angavs att mödradödligheten i samband med förlossning 1970 uppgick till 10 per 100.000 (22). Detta betyder således att steriliseringsingreppet var cirka 2-3 gånger mer riskfyllt med avseende på dödlighet än en vaginal förlossning. Det finns få tillgängliga data för dödligheten i samband med sterilisering under 30- och 40-talet, men den bör sannolikt ha legat högre än vad som anges för 60- och 70-talen. Bengtsson och Sjöstedt redovisar ett material av legala aborter utförda vid kvinnokliniken, Lunds lasarett 1939-1947 (1). Vid 346 aborter utfördes i 142 fall samtidig sterilisering. Komplikationsfrekvensen vid enbart abort var 8-20 % medan kombinationen abort/sterilisering gav allvarliga komplikationer i 67 % om livmodern öppnades via slidan och i 16,3 % om ingreppet skedde genom buken. Ett dödsfall inträffade bland de 142 kvinnor, som genomgick både abort och sterilisering. En dödlighetssiffra på 1-2 % framfördes som den gängse i de diskussioner om abort och sterilisering som försiggick på Läkaresällskapet i samband med att Befolkningskommissionens rapport diskuterades på 30-talet (13).

Vad hände efter införandet av "fri sterilisering"?

Sedan steriliseringslagen ändrades blev det efter 1975 helt fritt för män och kvinnor att utnyttja metoden för födelsekontroll under förutsättning att de var kompetenta, hade fyllt 25 år och fått full information av läkare/kurator. Antalet steriliseringar steg omedelbart upp till cirka 10.000 per år och har sedan dess legat ungefär oförändrat, 20 % av ingreppen görs hos män. Sterilisering är för närvarande den mest effektiva och mest allmänt använda familjeplaneringsmetoden över världen. Både manlig sterilisering med vasektomi och kvinnlig sterilisering genom extirpation av en bit av äggledarna är en engångsprocedure som är säker, billig och relativt enkel. En preventivmetod som sterilisering kräver inte konstant motivation, som när man använder samlagsbundna metoder eller vid dagligt intag av hormoner. Inga kontroller är nödvändiga inom sjukvården och inga ytterligare kostnader för preventivmedelsinköp. Med modern teknik är allvarliga komplikationer eller dödlighet utomordentligt sällsynta om ingreppet utförs enligt strikta regler endera på sjukhus eller i öppenvård.

I de flesta länder är kvinnlig sterilisering vanligare än manlig, men det procentuella antalet män varierar också mellan olika länder.

I USA är sterilisering den vanligaste preventivmetoden bland gifta par – 24 % av kvinnorna och 13 % av männen använder denna metod. Av 40 % gifta eller samboende par i USA 1995 var antingen mannen eller kvinnan steriliserad (3).

Metoden är något mindre populär i Europa, men väljs av 11,0 % gifta kvinnor och 12 % gifta män i England och Wales (25).

Sterilisering är i princip en oåterkallelig preventivmetod, även om operation med återställande av fruktsamhet kan företas. Någon garanti för att detta skall lyckas är inte möjlig att ge.

Det är väl känt att både män och kvinnor oftare ångrar ingreppet om de steriliseras före 30 års ålder eller om de opererats i en instabil parrelation. För kvinnor gäller att de oftare ångrar ingreppet om de opereras i nära anslutning till graviditet – abort eller förlossning. Man har i allmänhet angivit att cirka 1 % av både män och kvinnor ångrar frivillig sterilisering. En färsk studie från USA visar dock betydligt högre frekvens av ånger efter steriliseringsoperation. Bland dryg 11.000 kvinnor, som intervjuats 14 år efter operationen, ångrade sig 20,3 % av de kvinnor som var 30 år eller yngre vid ingreppet. För kvinnor över 30 år var ångerfrekvensen 5,9 %. Det förelåg ingen skillnad om kvinnorna steriliserats vid kejsarsnitt, vid vaginal förlossning eller inom ett år efter yngsta barnets födelse (6).

Vad hade läkare och allmänheten för kunskaper om de metoder som ovan diskuterats?

I den inflammerade diskussion, som pågick innan man införde preventivlagen 1911-12, stod det klart, att man ville förbjuda information som nådde allmänheten i form av föredrag, tidningsartiklar, informationsbroschyrer etc. Man hade svårigheter att hantera frågan om vad en enskild läkare hade för rättighet att informera sin patient. Man hade också problem med att få lagen att stämma överens med tryckfrihetsförordningen. Från läkarhåll gjordes det klart, att även om läkarna i gemen sannolikt var emot användning av preventivmedel, tyckte man att det var läkarens ensak att tillsammans med sin patient diskutera dessa områden.

Vad hade då läkarna för information? Det är sannolikt att man vid universitetsklinikerna tillgodogjorde sig de artiklar, som fanns i internationella tidskrifter, men frågan är huruvida kunskapen i någon större utsträckning spreds till de läkare, som var verksamma ute i landet, speciellt till provinsialläkarna, som var de som ju stod kvinnorna närmast och som i allmänhet skötte dem under graviditeterna. Som framgår av Niels Lynoes genomgång av steriliseringsfrågornas hantering inom Svenska Läkaresällskapet från 20-talet och framåt, var det inte frågor som i allmänhet diskuterades på djupet annat än i samband med att man remissbesvarade statliga utredningar. Någon vetenskapligt intresse för området synes man inte ha haft (13).

I den vid tiden mest använda läroboken i gynekologi, Elis Essen-Möllers föreläsningar i gynekologi som utkom med första upplagan i Lund 1931 och i en andra upplaga tillsammans med Axel Westman 1938, finns ett relativt omfattande kapitel om dåtidens preventivmetoder. Likaså beskrivs metoder för abort och sterilisering (4). Således bör, åtminstone ur teoretisk synpunkt, blivande läkare ha fått undervisning om både preventivmetoder, abort- och steriliseringsmetoder redan från 30-talet. I den tyska lärobok, Heinrich Martius "Der Lehrbuch der Gynäkologie", som rekommenderades under min egen utbildning på Karolinska institutet i slutet på 50-talet, är antikonceptionsavsnittet totalt 1,5 sida, och man slår fast att "Nur wenn das Leben und die Gesundheit der Frau durch eine Schwangerschaft erheblich in Gefahr geraten würden, dürfen Antikonceptionelle Mittel verordnet werden" (endast när kvinnans liv och hälsa hotas genom graviditeten kan antikonception rekommenderas). Begreppet legal abort eller sterilisering finns inte diskuterat i läroboken (15). 1965 utkom "Obstetrik och gynekologi – Lärobok för sjuksköterskor" författad av Gösta Sundelin på uppdrag av svensk Sjuksköterskeförening. Barnbegränsning diskuteras på tre sidor och man nämner avbrutet samlag, säkra perioder, kondom, men även livmodersspiralen och p-piller. Metodernas säkerhet diskuteras ej. Legal abort diskuteras

och abortindikationerna enligt 1938 års lag presenteras. Sterilisering diskuteras i samband med legal abort. Man påpekar den eugeniska indikationen och uppger att ingen får steriliseras mot sin vilja, försåvitt inte vederbörande till exempel på grund sinnesslöhet saknar förmåga att själva ge sitt tillstånd. Metoder eller komplikationer i form av sjuklighet eller dödlighet finns ej beskrivet (24). RFSU utgav 1960 boken "Födelsekontroll" med medverkan av Elisabet Sjövall och andra författare. Boken är den första större genomgången av preventivmetoder på svenska. Abortfrågan eller steriliseringsfrågan tas ej upp (18). Bland internationell litteratur publicerades 1969 "Textbook of contraceptive practice". Den innehåller en noggrann genomgång av de olika tillgängliga preventivmetoderna, även de moderna som intrauterina inlägg och p-piller. Boken har sannolikt använts i Sverige under 70-talet som underlag för undervisning i området (17). 1970 utkom förta upplagan av Sam Brodys lärobok i Obstetrik och Gynekologi, som sedan dess varit standardverket i grundutbildning av läkare vid landets medicinska fakulteter. Preventivmetoder är noggrant beskrivna och deras säkerhet diskuterad. Brody redogör för abortmetoder, men uppgifter om sjuklighet och dödlighet med olika metoder finns ej angivna. Steriliseringsmetoden är ytligt beskriven. Den gällande lagen finns dock omnämnd, men inga uppgifter om sjuklighet eller dödlighet (2).

Sammanfattningsvis är det troligt att kunskap om preventivmetoder, abortmetoder och steriliseringsmetoder länge var ofullständig bland landets läkare, utom hos ett fåtal som engagerade sig i området vetenskapligt. Då läkarna var allmänhetens främsta informationskälla kan man sluta sig till att hos den stora allmänheten var kunskapen mycket ofullständig och det är svårt att se hur kvinnan/mannen i det enskilda fallet har kunnat ta ställning till sitt eget behov och val av metod för kontroll av fruktsamheten.

Litteratur

1. Bengtsson L PH, Sjöstedt S: Primära komplikationer vid legal abortprovokation. *Nordisk Medicin* 39: 1425-31, 1948.
2. Brody S: *Obstetrik och Gynekologi*, 1:a uppl. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 1970.
3. Center for Disease Control, USA: *Vital and Health Statistics, Series 23, N:o 20*, 1998.
4. Essen-Möller E, Westman A: *Föreläsningar i Gynekologi*, 2:a uppl. PA Norstedt & Söner, Stockholm, 1939.
5. Hedrén E: Om fosterfördrivning från rättsmedicinsk synpunkt särskilt med hänsyn till svenska förhållanden och lagstiftning. Akademisk avhandling, Karolinska institutet, Stockholm, 1901.
6. Hillis SD, Marchbanks PA, Ratcliff Taylor L, Peterson HB: Poststerilization Regret: Findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol* 93: 889-93, 1999.
7. Himes NE: *Medical History of Contraception*. Gamut Press Inc., New York, 1963.
8. Holtz F: Feberabortens primära och sekundära prognos. *Nordisk Medicinsk Tidskrift* 12: 441-8, 1936.
9. Högberg U: Svagårens barn – ur folkhälsans historia. Liber, Stockholm, 1983.
10. Högberg U: *Maternal Mortality in Sweden*. Akademisk avhandling, Umeå Universitet, 1985.
11. Klinskog E: Om mortalitet vid legala aborter utförda i Sverige 1935-51. *Läkartidningen* 48: 1691-9, 1951.
12. Levin H: *Masken uti rosen – nymalthusianism och födelsekontroll i Sverige 1880-1920. Propaganda och motstånd*. Akademisk avhandling, Umeå Universitet, 1994.
13. Lynoe N: *Svenska Läkaresällskapet och steriliseringsdebatten*. Hygiea, Svenska Läkaresällskapet, Stockholm, 2000.
14. *Läkemedelsverket: Contraceptive Methods; Workshop*, 1994.
15. Martius H: *Lehrbuchder Gynäkologie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1956.
16. Olow J: I: Sex läkare om sexualproblemet. *Natur & Kultur*, sid. 167-78, 1934.
17. Peel J, Scott M: *Textbook of Contraceptive Practice*. Cambridge University press, 1969.
18. Sjövall E, och medarbetare: *Födelsekontroll*. RFSU, Stockholm, 1960.
19. Sjövall H: Abortion and contraception in Sweden 1870-1970. *Zeitschrift Rechtsmedizin* 70:197-209, 1972.

20. SOU 1936:51: Befolkningskommissionens yttrande angående revision av 18 kap. 13 § Strafflagen.
21. SOU 1971:58: Rätten till abort. 1965 års abortkommitté, Allmänna Förlaget, Stockholm, 1971.
22. SOU 1974:25: Fri sterilisering. Betänkande av Steriliseringsutredningen. Allmänna Förlaget, Stockholm, 1974.
23. SOU 1983:31: Familjeplanering och abort. Erfarenheter av en ny lagstiftning. Betänkande av 1980 års Abortkommitté. Liber, Stockholm, 1983.
24. Sundelin G: Obstetrik och gynekologi. Lärobok för sjuksköterskor. Svensk Sjuksköterskeförenings Förlag, Stockholm, 1965.
25. United Nations: Family Planning, Health and Family Wellbeing. UN, New York, 1995.
26. Westerholm B: Rapport från Biverkningsnämnden. I: Symposium om peroral antikonception (red. C Gemzell, U Larsson-Cohn), Uppsala, sid. 107-30, 1967.
27. Westman A, Leissner H: Några erfarenheter om de illegala aborterna i Stockholm. Läkartidningen 29:389-96, 1932.
28. Wetterdal P: Några synpunkter på abortproblem. Hygiea 21: 1221-6, 1947.

En kartläggning

1	Uppdraget	149
2	Metod och material	151
2.1	Operationalisering av kartläggningens frågor	151
2.2	Totalmaterial, urval, pilotstudie och bearbetning.....	152
2.3	Motiv för en periodindelning - En bakgrund.....	153
2.4	Metoddiskussion	155
2.5	Vilka handlingar har använts?	157
3	Tidigare undersökningar	161
3.1	Inledning.....	161
3.2	Ekblads tre undersökningar.....	162
3.3	Kaij/Malmquists undersökning	166
3.4	Avslutande kommentar.....	167
4	Lagarnas utformning, praxis, läroböcker och språkbruk	169
4.1	Inledning.....	169
4.2	1934 års lag.....	169
4.3	1941 års lag.....	173
4.4	Läroböcker, språkbruk i intyg, klinisk praxis.....	176
5	Medicinska och psykologiska kategorier	181
5.1	Inledning.....	181
5.2	Kort historisk bakgrund	181
5.3	Begåvningsfaktorer - Sinnesslöbegreppet.....	185
5.4	Sinnesslölagen	187
5.5	Intelligenstestning	188
5.5.1	Inledning.....	188
5.5.2	Krav på testsituationen.....	189
5.5.3	Binets test	189
5.5.4	Terman-Merills test.....	190
5.5.5	Intelligenstestning av vuxna.....	191
5.5.6	Intelligenstestning - slutord.....	192
5.6	Epilepsi	193
5.7	Psykisk sjukdom och psykiatrisk vård.....	194
5.8	Psykopatibegreppet	195

5.9	Medicinska och psykologiska kategorier - slutord	196
6	Social indikation och sociala kategorier i urvalet	199
7	Etniska och sociala grupperingar och medborgarskap.....	201
7.1	Inledning.....	201
7.2	Begreppet tattare.....	202
8	Institutionsvård.....	205
9	Resultat från kartläggningen. Ett urval av 2088 akter	209
9.1	Delfråga 1: Antalet steriliserade.....	209
9.1.1	Nationell statistik	209
9.1.2	Geografisk fördelning.....	211
9.2	Delfråga 2: Antalet ansökningar initierade av annan än den sökande.....	214
9.2.1	Statistik	214
9.2.2	Ett karakteristiskt fall.....	216
9.2.3	Kuratorernas och psykiatrikernas betydelse.....	217
9.2.4	Ansökningsformuläret	218
9.3	Delfråga 3: Indikationer för sterilisering	219
9.3.1	Statistik	219
9.3.2	Kommentar	224
9.4	Delfråga 4: Uppgifter om de steriliseringssökande.....	25
9.4.1	Könsskillnader i urvalet.....	225
	Kvinnor	226
	Män.....	231
9.4.2	Könsskillnader - slutord.....	231
9.4.3	Ålder i urvalet	233
9.4.4	Civilstånd och barnantal i urvalet	233
9.4.5	De sökandes ekonomiska situation	236
9.4.6	Social anpassningsförmåga.....	238
9.4.7	Etniska och sociala grupperingar samt medborgarskap/ursprungsland i urvalet	240
9.4.8	Institutionsvård i urvalet.....	243
9.5	Delfråga 5: Förändringar i lagstiftningens till- lämpning.....	254
9.6	Delfråga 6: De steriliserades livssituation	254
9.6.1	Inledning.....	254
9.6.2	Granskning och kommentarer till brevgenomgång 1954/55 och 1974/75	255
10	Sammanfattning och slutord	259

1 Uppdraget

Steriliseringsutredningen har enligt kommittédirektiv Dir.1997:100 haft i uppdrag att bland annat utföra en kartläggning av steriliseringsverksamhetens omfattning av 1934 och 1941 års steriliseringslagar. I direktiven uttrycks detta på följande sätt:

"I uppdraget ingår också att göra en kartläggning av hur många personer som steriliserades med stöd av lagarna under de olika indikationerna, vilka de var och hur deras liv påverkades.

Antalet steriliseringar som utfördes efter ansökan av någon annan än den person som steriliserades skall också redovisas. Av intresse är också att en kartläggning görs av eventuella förändringar i tillämpningen av lagstiftningen under den tid den var i kraft och de bakomliggande orsakerna till det."¹

Kartläggningen syftar till att redovisa representativa data om de personer som steriliserades under åren 1935–1975 enligt steriliseringslagarna. Den har som mål att objektivt beskriva steriliseringsförfarandet genom statistik erhållen från steriliseringsansökningarna samt belysa eventuell förändring i tillämpningen av lagstiftningen under de fyrtio år den var i kraft.

Kartläggningen har genomförts av Monika Bukowska Jacobsson specialist i barn- och ungdomspsykiatri i samarbete med sjuksköterska Tobias Edbom och forskningsassistenten Ingegärd Fried och med bistånd av professor Per-Anders Rydelius vid Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Karolinska Institutet samt med bistånd av statistiker Christer Henriksson institution för Medicinsk Epidemiologi vid Karolinska Institutet.

¹ Kommittédirektiv 1997:100.

2 Metod och material

2.1 Operationalisering av kartläggningens frågor

För att ha möjlighet att besvara kommittédirektivens frågor har dessa operationaliserats på följande sätt:

Delfråga 1: Frågan om hur "många personer som steriliserades" kan besvaras via Statistiska Centralbyråns officiella statistik.

Delfråga 2: Frågan om "antalet steriliseringar som utfördes efter ansökan av någon annan än den person som steriliserades" kan redovisas enligt ansökningshandlingarnas rubrik för vem som var initiativtagare till ansökan.

Delfråga 3: Frågan om "de olika indikationerna" kan belysas genom att studera den bilaga i ansökningsmaterialet där läkaren har tillstyrkt ansökan enligt någon av de tre indikationerna, eugenisk, social eller medicinsk.

Delfråga 4: Frågan om "vilka de var" som steriliserades kan beskrivas genom akternas uppgifter om civilstånd, yrkestillhörighet, etnisk bakgrund, institutionsvård, antalet barn etc.

Delfråga 5: En fråga om "eventuella förändringar i tillämpningen av lagstiftningen" under den tid den var i kraft och bakomliggande orsaker kan belysas/analyseras genom att dela perioden 1935-75 i fyra för frågeställningarna relevanta perioder, vilka i sin tur identifierades genom den pilotstudie som genomförts (se nedan). Informationen i ansökningshandlingarna åskådliggör hur yttre omständigheter som samhällsutvecklingen, medicinska framsteg, lokala traditioner och geografisk tillhörighet kan ha påverkat tillämpningen av de aktuella indikationerna.

Delfråga 6: Frågan om "hur deras liv påverkades" belyses i ett annat arbete genom ett antal intervjuer med personer som blivit steriliserade mot sin vilja under den aktuella tidsperioden.² Många berörda har också brevlades beskrivit hur deras liv påverkades. Sådana brev har inkommit både under ti-

² Lomfors I. Berättelser från livet. Intervjuer med tvångssteriliserade i Sverige, bilaga 5.

den för lagarnas tillämpning och nu i samband med utredningen. Tidigare forskningsarbeten avseende uppföljning av personer som blivit steriliserade enligt 1941-års lag redovisas. Sådana undersökningar finns från 1960-talet och framåt³⁴⁵

2.2 Totalmaterial, urval, pilotstudie och bearbetning

Enligt den officiella statistiken steriliserades nära 63 000 personer enligt steriliseringslagarna 1934 och 1941. På Riksarkivet och Socialstyrelsens arkiv finns ansökningsakter ("Ansökan om sterilisering") bevarade. Ca 10% av ansökningar ledde ej fram till steriliserande operation. Hur många ansökningsakter som exakt finns bevarade är ej fastställt; enligt beräkningar kan antalet uppgå till omkring 70 000.

Det har ej varit möjligt att inom ramen för utredningen läsa och analysera samtliga 70 000 akter. Efter samråd och seminarium vid Institutet för Social Forskning bestämdes att ett statistiskt urval skulle ske. Då officiell statistik samlas för personer födda den 15:e varje månad bestämdes att undersöka samtliga 15:e födda i materialet. Förfaringssättet kan ge möjlighet till eventuell framtida uppföljning/jämförelse via de officiella data som finns tillgängliga på Statistiska Centralbyrån. Urvalsproceduren gav 2.088 akter för perioden 1935-1975, alla födda den 15:e under en av årets månader. Datainspektionen tillstyrkte bearbetning av aktmaterialet. Relevanta uppgifter enligt operationaliseringskriterierna från de 2088 akterna fördes över på ett inmatningsformulär för att senare databearbetas.

För att ytterligare stärka planeringen av denna databearbetning genomfördes en pilotstudie. Steriliseringsansökan för personer födda den 15:e var femte månad från och med januari 1935 togs ut från det totala urvalet. Förfaringssättet gav ett representativt urval om 98 akter för perioden 1935-

³ Ekblad M. The prognosis after sterilization on social-psychiatric grounds A follow-up study of 225 women Acta Psychiatrica Scandinavica supplementum 161, 37, 1961.

Ekblad M. Special-psychiatric prognosis after sterilization of women without children. A follow-up study of 60 women. Acta Psychiatrica Scandinavica 39,3,1963.

Ekblad M. Induced abortion on psychiatric grounds. A follow-up Study of 479 women. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 1955.

⁴ Kailj L. Malmquist A. Prognosis after sterilization on connection with parturition. A follow-up study of 179 women. Acta Psychiatrica Scandinavica 41, 1965.

⁵ Höök K: Refused abortion. Acta Psychiatrica Scandinavica supplementum 168, 39, 1963.

1975. Dessa ansökningshandlingar undersöktes avseende de sökandes kön, ålder, civilstånd, antal barn, samtidig graviditet och abortansökan, eventuell somatisk och/eller psykiatrisk diagnos samt indikation för sterilisering. Studien visade stora skillnader i tillämpning av steriliseringslagar under den fyrtioåriga perioden. Under 1930- och 1940-talen fanns ansökan från män i 37%; kvinnor i 63%. I slutet av perioden, på 1960- och 1970- talen fanns ansökan från män i 5% av fallen; kvinnor i 95%. Många kvinnor och män var unga och ogifta i början av steriliseringslagarnas tillämpning, medelåldern ökade med tiden och var i genomsnitt 31 år för män respektive 35 år för kvinnor på 1960- och 1970- talen. Fram till mitten av 1940- talet var det vanligast att ansökan om sterilisering initierades av en annan person än den som ansökan gällde (74% av fallen). Motsvarande andel av de "sökande" vistades vid den tiden på anstalt. Förhållandet var annorlunda under 1960- och 1970- talen då de flesta (94%) ansökte själva. Ansökningar kom från enskilda personer som bodde hemma, inte från anstalter. Två tredje delar av de sökande betecknades som sinnesslöa och en tredje del som psykopater på 1930- och 1940- talen, ett fåtal på 1970- talet. Eugenisk och social indikation för sterilisering dominerade fram till 1950- talet, medan medicinsk indikation på socialmedicinska/socialpsykiatriska grunder tillämpades huvudsakligen på 1960- och 1970- talen. Den information som framkom i pilotstudien kunde jämföras med de genomgångar som redan utförts av Broberg/Tydén och Runcis⁶⁷. Med pilotstudiens resultat som bakgrund bestämdes den vidare bearbetningen av databasen.

2.3 Motiv för en periodindelning - En bakgrund

Perioden 1935-1975 omfattar fyra decennier. Det är en lång period, rik på stora samhällsförändringar i Sverige och övriga Europa. Följande faktorer kan ha påverkat lagarnas tillämpning; här utelämnas dock frågor som rör den större samhälleliga ramen.

1934 års lag var i kraft till 1941. Enligt den kunde endast rättsinkapabla individer bli steriliserade enligt eugenisk eller social indikation. 1941 års lag gällde fram till 1976. Med hänsyn härtill kan två särskilda tidsperioder avgränsas, 1935 - 1941 samt 1941 - 1975.

Akterna från perioden 1941-1975 skiljer sig sinsemellan. På 1930- och 1940-talet var det vanligt att make, ordförande för fattigvårds/barnavårds-

⁶ Broberg G., Tydén M. Önskat i folkhemmet. Rashygien och sterilisering i Sverige. Stockholm, Gidlungs 1991.

⁷ Runcis M. Steriliseringar i folkhemmet. Stockholm, Ordfront 1998.

nämnden eller föreståndare på institution yttrade sig inom ramen för ansökningens sociala utredning. På 1960- och 1970- talen gjordes sådana yttranden nästan uteslutande av kuratorer. Lagstiftningen kom också att tillämpas på olika sätt under perioden 1941-1975. Detta framkommer även av tidigare undersökningar där det arkiverade aktmaterialet studerats (Broberg/Tydén och Runcis) samt tidigare studier av de steriliserades psykiska hälsa (Ekblad³ och Kaij - Malmquist). Redovisning av de sistnämnda studierna följer i avsnitt 3.

Under de fyra decennierna har det skett en betydande utveckling inom medicinsk vetenskap och inom det socialpolitiska fältet.

Betoningen av "konstitutionella" faktorer (innefattande inte minst arvsbiologiska faktorer) förändrades från 1950-talet successivt till en kombination av neuropsykiatriska och socialpsykiatriska synsätt. Genom inflytande av anglosachsisk psykiatri utvecklades särskilt från mitten av 1950-talet socialpsykiatri i takt med nya forskningsrön om den sociala miljöns betydelse.

I mitten av 1960-talet ökade inflytandet från den psykodynamiska psykiatrin, som betonade vikten av den psykologiska utvecklingen för individens psykiska hälsa och lyfte fram familjrelationers betydelse.

Dessa förändringar inom den medicinska vetenskapen som åskådliggörs i avsnitt 3 och pilotstudieresultatet stärkte intrycken av att beslutsfattare och praktiker tycks ha arbetat med skilda förutsättningar under den 40 år långa tidsperiod som steriliseringslagarna var i kraft. Med hänsyn till den omfattande förändringen i lagstiftningen 1941 övergavs den ursprungliga idén att dela hela perioden i tre lika långa perioder, vilket omnämns i delbetänkandet (SOU 1999:2). Analysen gav istället stöd för en indelning av aktmaterialet i fyra perioder under tiden 1935-1975 på följande sätt:

- 1935-1941. Den första perioden omfattar den tid då 1934 års lag var i kraft eller knappt fem år. (1941 års lag trädde i kraft 1 juli 1941.) Lagstiftningen från 1934 avsåg sterilisering av rättsinkapabla personer. Den omfattade endast eugenisk och/eller social indikation; medicinsk indikation var inte reglerad enligt lagen.

Med hänsyn till ovan beskrivna faktorer kunde tiden därefter indelas i tre perioder av inbördes samma storleksordning.

- 1941-1952. Under denna period kulminerar antalet steriliseringsansökningar till ca 2000 ansökningar/år. Många beslut om sterilisering skedde enligt eugenisk indikation. Mot slutet av perioden togs fler beslut på medicinsk grund. En abortlagstiftning från 1938 med ändring 1946 gav möjligheter till abort på medicinsk/social indikation. Tillstånd till abort

på eugenisk grund förutsatte en samtidig sterilisering, om ej särskilda skäl talade emot detta.

- 1953-1963 Antalet ansökningar under denna period sjönk till cirka 1500/år. En klar förskjutning skedde från eugenisk till medicinsk indikation för sterilisering, där kvinnans socialmedicinska och socialpsykiatriska ohälsa omtolkades till begreppet medicinsk svaghet.
- 1964-1975. Antalet ansökningar om sterilisering fortsatte att minska. En liberalare syn på sexualiteten gjorde sig gällande. Introduktion skedde av det perorala antikontentionsmedlet - p-pillret. Såväl restriktiv abortlagstiftning som önskan om välfungerande preventivmedel kan ha påverkat både den som ansökte om sterilisering och kurators/läkares beslut. Under tidsperioden arbetade abort- och steriliseringsutredningar som utmynnade i förändring av abort- och steriliseringslagarna.

1941 års lagstiftning upphörde att gälla från och med 1976. Antalet steriliseringar ökade därefter markant enligt den nya lagen 1976 som innebar att samtliga män och kvinnor äldre än 25 år har rätt att begära att få bli steriliserade utan särskilt ansökningsförfarande eller krav på tillstånd från någon myndighet.

2.4 Metoddiskussion

Tydliga skillnader framkom vid jämförelser av akterna från de fyra perioderna. Skillnaderna avser såväl språkbruk som de indikationer på vilka sterilisering beviljades. Som framgår ovan kan tre perioder urskiljas för tiden 1941-1975. Under perioden 1941-1952 var indikationer på eugenisk grund vanliga. Mot slutet av perioden tillkom fler beslut på medicinsk grund. Under tidsperioden 1953-1964 liknar akterna varandra när det gäller språkbruk och beslutsgrunder. En förskjutning mot medicinska, socialpsykiatriska och sociala indikationer kan ses. Denna period har sannolikt påverkats av den utveckling som skedde inom det medicinska och psykosociala området och med den förändrade synen på psykiskt sjuka som successivt ledde till mentalsjukvårdsreformen 1967.

Tidsperioden 1964 -1975 skiljer sig från de första tre genom att ännu fler steriliseringsansökningar beviljades enligt medicinsk indikation, på socialpsykiatrisk grund. Egentliga somatiska sjukdomar som diabetes, njursjukdomar, hjärtsjukdomar var relativt ovanliga som enda orsaker till steriliseringsansökningar. Dessa sjukdomar låg till grund för beslut om sterilisering som togs av två läkare i samråd, s.k. tvåläkarbeslut. Språkbruket och informationen i aktmaterialet talar för att den pågående abortdiskussionen hade betydelse för steriliseringsbesluten.

Insamlade data från ansökningsakterna är av skiftande kvalitet. Handlingarna var inte avsedda att ligga till grund för vetenskaplig undersökning. Detta medför att så grundläggande egenskaper som de enskilda bedömningarnas validitet och reliabilitet inte fyller önskvärda vetenskapliga krav. De personer, anhöriga, myndighetspersoner, läkare och övriga som fyllde i de olika formulärens var inte samtränade. Intresse- och värderingsförskjutningar skedde under den långa tidsperioden. Detta har sannolikt påverkat de tjänstgörande läkarna när de bedömde ansökningshandlingarna.

Med hänsyn till källmaterialets tveksamma vetenskapliga kvalitet som underlag för vetenskaplig undersökning och efter diskussion med statistisk expertis har data bearbetats med, så långt möjligt enkla deskriptiva metoder. Den statistiska bearbetningen har skett genom fortlöpande diskussion med den statistiska forskningsgruppen (avdelningen för matematisk statistik) vid Stockholms universitet samt med hjälp av statistiker från Karolinska Institutets epidemiologiska enhet. Avancerade statistiska analyser har undvikits eftersom materialets karaktär inte möjliggör sådan bearbetning.

En pilotstudie genomfördes, omfattande 98 akter för perioden 1935 – 1975. Resultaten var jämförbara med den genomgång av steriliseringsärenden och abortärenden som 1975 presenterades av Hjalmar Sjövall (professor i rättsmedicin vid Karolinska Institutet)⁸.

Hans artikel "Fri sterilisering kontra påtvungen i Sverige förr och nu" från *Läkartidningen* 1975 innehåller genomgång av den officiella statistiken över sterilisering/abortindikationer och analys av lagarnas tillämpning under den tid de var i kraft. Sjövalls artikel har sitt särskilda intresse därför att den visar en relativt tidig diskussion om viss godtycklighet i steriliseringspraxis, varför den redovisas här.

Sjövalls artikel utgör kommentar till 1974 års steriliseringsutrednings betänkande "Fri sterilisering". Med hjälp av Allmän hälso- och sjukvårdsstatistik fann författaren att antalet steriliseringar på eugenisk indikation för både män och kvinnor nådde en topp (ca 500 män och 1000 kvinnor/år) i mitten av 1940-talet, för att minska betydligt på 1960-talet.

Sjövall konstaterade att den sociala indikationen "med vars hjälp man hade tänkt befria sinnesrubbad och asociala från bördan av föräldraskap och samhället från stora socialvårdskostnader m.m., har som synes blivit ett slag i luften".

Den medicinska indikationen (social/socialpsykiatrisk grund) blev helt dominerande från mitten av 1950-talet. Den kraftiga nedgången av steriliseringar på 1970-talet, kunde enligt Sjövall bero på att ett okänt antal män steriliserades utomlands eller möjligen olagligt i Sverige.

⁸ Sjövall H. Fri sterilisering kontra påtvungen i Sverige förr och nu. *Läkartidningen* 72, 1975.

Sjövall granskade de diagnoser som angavs vid eugenisk indikation och fann att sinnesslöhet dominerade hela tiden för båda könen. Sinnesslöhet och sinnessjukdom som indikation var mest frekvent i mitten av 1940-talet, medan diagnoser av somatisk karaktär (kroppslig sjukdom eller lyte) och epilepsi i slutet av årtiondet. Samtliga dessa indikationer visade stark nedgång vid slutet av 1950-talet. Enligt Sjövall försvann epilepsi praktiskt taget som indikation redan i början av 1950-talet.

En anledning till att betydligt fler kvinnor än män steriliserades såg Sjövall i många steriliseringars koppling till abort, med eller utan villkor. 1930- och 1940-talens praxis att vid abort på eugenisk grund ställa sterilisering som villkor kringgicks på 1950- och 1960-talen genom att allt oftare tillämpa medicinska eller socialmedicinska grunder för abort. Den medicinska och socialmedicinska indikationen för abort dominerade helt över tiden.

Sjövall sammanfattade beslutsprocessen i sterilisering och abortärenden med följande slutsats: Medicinalstyrelsen (efter 1947 års omorganisation dess Socialpsykiatriska Nämnd) hade sin handlingsfrihet beskuren på olika sätt i följande fall:

Om styrelsen önskade bevilja en sterilisering, måste den före 1941 beteckna personen som rättsinkapabel. Före 1941 beviljades sterilisering av Medicinalstyrelsen endast för rättsinkapabla personer.

1941 års lag innebar förändring så att både rättsinkapabla och rättskapabla kunde steriliseras.

Om styrelsen önskade bevilja abort, före 1946 (då abortlagen utvidgades med bl.a. socialmedicinsk indikation) hade den att välja på två, delvis sammanfallande möjligheter: eugenisk indikation eller att kvinnan betecknades som rättsinkapabel. Om eugenisk indikation ej var tillämplig, måste kvinnan betecknas som rättsinkapabel. Om man ansåg eugenisk indikation tillämplig, måste man vid arvsrisk från kvinnan ställa steriliseringsvillkor, om det ej av särskilda skäl befanns olämpligt. Följden blev att antalet fall med medicinsk indikation på rättsinkapabla ökade mycket snabbare än antalet fall med eugenisk indikation.

Vid lagändringen 1946 kvarstod villkor att kräva sterilisering vid arvsrisk från kvinnan. Detta tvång hade minskat genom att man inte längre använde eugenisk indikation i någon större utsträckning. Om ansökan innehöll ett samtycke från kvinnan, förlorade frågan om rättskapacitet sin betydelse för aborttillståndet. Följden blev att antalet rättsinkapabla kvinnor minskade betydligt.

Härav framgick, enligt Sjövall, att begreppet "rättsinkapacitet" (=avsaknad av förmåga att lämna rättsligen giltigt samtycke), var mycket oklart och att det lämnat utrymme för godtycke vid tillämpningen inom vida gränser. Sjövalls slutsats från undersökningen blev att de ursprungliga motiven för lagen i praktiken befunnits ohållbara, vilket framtvingat en tillämpning som väsentligt avlägsnat sig från lagens intentioner.

2.5 Vilka handlingar har använts?

För kartläggningsdelen har flera typer av handlingar använts:

- De individuella akterna (ansökan om sterilisering)
- Socialstyrelsens diarium över ansökningar om steriliseringar och aborter
- Kortregister (från 1958 och framåt) med Socialpsykiatriska nämndens beslut i enskilda ärenden. Rättspsykiatriska nämndens behandling av steriliseringsärenden övertogs 1947 av Socialpsykiatriska nämnden.
- Socialstyrelsens konceptböcker om meddelanden av beslut till enskilda och dem som ansökt om sterilisering
- Operationsberättelser från operatörer/sjukhus om verkställd sterilisering. Ansökningsblanketten har ändrats under tidsperioden. En blankett gällde under 1934 års steriliseringslag fram till 1941, en annan 1941 – 1959, en tredje från 1960 till 1975 då lagen upphörde.

Språket och begreppen som användes i steriliseringsansökningarna skiljer sig från dagens sätt att uttrycka sig. I den fortsatta redovisningen kommer vissa tidstypiska ord och begrepp, som idag anses värdeladdade att användas utan citationstecken för att förenkla framställningen. Sådana begrepp kan vara: rättsinkapabel, sinnesslö, imbecill, utsläpad etc.

Genomgången av ansökningsakterna visade på olika svårigheter för kartläggningsarbetet. Nämnas kan att informationsmängden i de olika akterna skiljer sig, ibland är aktinnehållet rikligt, ibland saknas uppgifter. I de fall ansökan om sterilisering och abort skedde samtidigt är informationen i steriliseringsakterna ofta ofullständig då hänvisning gjordes till abortutredningen. Aborthandlingar förvaras separat arkiverade. En systematisk undersökning av detta material har inte varit möjlig att utföra inom utredningens tidsram, men hade ökat informationen i de ovan nämnda fallen, liksom när det gäller aborter med sterilisering som villkor, då steriliseringsansökan ej var obligatorisk.

Ett metodproblem av annan karaktär iaktogs vid analysen av tillstånd till abort med sterilisering som villkor och kommenteras därför särskilt. Efter genomförd steriliseringsoperation under perioden 1935 och 1975 skickades en operationsberättelse till Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen enligt en fastställd blankett som genom åren kom att ändra utseende. Blanketten för operationsberättelsen består av ett förtryckt blad där uppgifter om operationens förlopp och patientens tillstånd efter operationen har nedtecknats av den läkare som utfört operationen. På denna blankett finns också en ruta för att markera om abort beviljats med villkor att sterilisering också skulle utföras. Från och med 1961 ändrade denna blankett utseende på ett sätt som gav utrymme för att felaktigt markera steriliseringsvillkor. Enligt den praxis som utvecklades efter en Riksdagsdebatt 1954 minskade antalet

"villkorade aborter" för att upphöra efter 1964, enligt den offentliga statistiken⁹.

Vid en genomgång av operationsberättelserna för hela tidsperioden framkom emellertid att det ibland i dessa fanns markeringar om villkorad sterilisering även efter 1964. En särskild genomgång gjordes därför genom att i enskilda fall jämföra konceptböckerna och operationsberättelserna för tidsperioden från 1947 och framåt. Var tionde handling i det aktuella urvalet där "villkorad abort" markerats i operationsberättelsen jämfördes på detta sätt.

Konceptböckerna från 1947 till 1956 visar att, när sterilisering har varit ett villkor för att få abort beviljad har följande formulering använts: "Edert havandeskap får avbrytas om Ni samtidigt steriliseras."

Från mitten 1950-talet och framåt skedde en förändring av praxis när aborter beviljades utan "villkor om sterilisering", men där sterilisering samtidigt beviljades av sociala och medicinska skäl. Medicinalstyrelsen grundade sitt beslut på något av alternativen förutsedd svaghet, svaghet eller sjukdom. I konceptböckerna ändrades formulering till: "Medicinalstyrelsen får härigenom meddela, att styrelsen på grund av ----- bifallit Edra ansökningar om avbrytande av det hos Eder pågående havandeskapet samt om utförande av steriliserande operation å Eder".

I och med den grafiska förändringen av blanketten för operationsberättelsen 1961 fanns risker för felmarkering om bakgrunden för att både abort och sterilisering beviljats och skulle utföras. Jämförelsen mellan konceptböckernas beslut och markeringen i operationsberättelserna visar dock att det inte finns någon anledning att tro att villkorade steriliseringar gjordes efter 1964.

⁹ Sveriges offentliga statistik. Allmän Hälsa- och sjukvårdsstatistik, Kungliga Medicinalstyrelsen, 1976.

3 Tidigare undersökningar

3.1 Inledning

Under 1990-talet har flera undersökningar av den tidigare steriliseringslagstiftningen gjorts. Särskilt bör nämnas Broberg/Tydén "Oönskade i folkhemmet", Stockholm 1991, Lindquist "Förädlade svenskar", Stockholm 1991 samt Runcis "Steriliseringar i folkhemmet", Stockholm 1998.

Broberg/Tydén och Runcis analyserar bl.a. uppgifter ur det steriliseringsmaterial som finns arkiverat hos Socialstyrelsen och i Riksarkivet samt sammanställer offentligt statistik.

Broberg/Tydéns "Oönskade i folkhemmet" är en idéhistorisk beskrivning av politiska, sociala och vetenskapliga processer kring steriliseringslagarnas tillkomst och tillämpning under tidsperioden 1935-1975. Förändringar i användningen av de olika indikationerna för sterilisering belyses där, liksom omfattningen av antalet steriliseringsingrepp. Framställningen kompletterades också med överskådliga tabeller och diagram. Syftet var bl.a. att ge en allsidig beskrivning av steriliseringsperioden och analysera denna ur ett övergripande idéhistoriskt perspektiv. Resultaten redovisas i övrigt i Tydén's historiska genomgång den rapport han lämnat till 1997 års steriliseringsutredning.

Bo Lindqvist (1991) har som journalist gjort en mer populärvetenskaplig beskrivning. Boken återger intervjuer med personer för vilka steriliseringsansökan aktualiserades av andra som föreståndare/läkare på anstalt. De personliga intervjuerna gör framställningen mycket levande.

Maja Runcis (1998) har i sin avhandling redovisat resultaten av bearbetningen av 1 587 steriliseringsakter. Tyngdpunkten kan sägas ligga på de första decenniernas tillämpning av 1934 och 1941 års steriliseringslagar. Från första kapitlet i avhandlingen där problemställningen beskrivs kan följande citeras: *"Avsikten är att analysera hur vissa samhällsmedlemmar, för det mesta utan medborgerliga rättigheter och i beroendeställning och ofta sedda som avvikande individer, hanteras av myndigheter och folkvalda politiker. Det är statens och myndigheternas grepp över familjelivet*

och enskilda som studeras genom steriliseringslagarna sedda ur makt- och könsperspektiv.”

Runcis analyserar sitt material ur ett genusperspektiv. Hon lyfter fram kvinnoperspektivet genom att visa hur steriliseringslagarna blev till en kvinnofråga genom att tillämpningen främst omfattade kvinnor. Steriliseringslagarna användes som verktyg för samhället att förhindra oönskade graviditeter. *”Det råder alltså ingen tvekan om att steriliseringsfrågan under perioden utvecklades till en kvinnofråga, dvs något som enbart rörde kvinnor, och blev en väsentlig del i kvinnornas jämlikhetssträvanden”.*

Redan när lagstiftningen var i kraft gjordes undersökningar av steriliserade. Psykiatriska undersökningar med intervjuer av tidigare steriliserade kvinnor finns publicerade från 1961 och framåt. Någon systematisk liknande uppföljning av steriliserade män har däremot inte påträffats. Genom att granska äldre relevanta undersökningar finns det möjlighet till ökad förståelse för de steriliserade och deras livssituation efter operationen.

I avsnitt 2 har tidigare nämnts och redovisats Sjövalles artikel i Läkartidningen nr 72/1975. De undersökningar som presenteras i det följande avsnittet har inte redovisats i någon omfattning i tidigare forskning eller i samband med den aktuella steriliseringsdebatten. De beskrevs endast kortfattat i 1997 års steriliseringsutrednings delbetänkande (SOU 1999:2 s. 119). Det finns därför anledning att lyfta fram dem mer utförligt här.

Genomgången omfattar tre studier av Martin Ekblad, dels av 225 steriliserade kvinnor, dels av 60 steriliserade kvinnor utan barn, samt dels av 479 kvinnor som hade fått abort "på psykiatrisk grund" och där sterilisering ställdes som villkor i vissa fall. Härutöver presenteras Lennart Kaijs och Ann Malmquists studie av 179 kvinnor som steriliserats i samband med förlossning. Kerstin Hööks undersökning av 249 kvinnor som blev nekade abort vid sin ansökan hos Medicinalstyrelsen har också granskats och omnämns i korthet.

3.2 Ekblads tre undersökningar

Första undersökningen

Ekblad har 1961 publicerat en uppföljningsstudie på 225 kvinnor som steriliserades 1951. Samtliga var vid tiden för den uppföljande studien bosatta i Stockholm. Undersökningen ägde rum 5-6 år efter operationen och bestod av en psykiatrisk undersökning med omsorgsfull anamnes av kvinnans tidi-

gare förhållanden inklusive sociala omständigheter. Särskilt intresse ägnades kvinnans reaktion på steriliseringen.

Alla kvinnor utom 16 (7%) var gravida när de ansökte om sterilisering. 191 (85%) var gravida och genomgick abort i samband med steriliseringen. Av dessa var 12 (5%) kvinnor barnlösa. 13% av kvinnorna hade fler än fyra barn. En fjärdedel hade tidigare gjort minst en legal abort och 17 (8%) kvinnor medgav minst en illegal abort. Flertalet kvinnor (86) var gifta. Deras makar hade ibland alkoholproblem (18%) och 4% led av kronisk somatisk sjukdom. Majoriteten av kvinnorna (79%) var vid tiden för ansökan äldre än 30 år men 14 av kvinnorna (6%) hade ej fyllt 26 år.

Ingen av kvinnorna bedömdes som imbecill, 18% bedömdes ha en begåvning under genomsnittet medan 74% hade genomsnittlig intelligens och 8% en intelligens över genomsnitt. Bland de ofta "utsläpade" kvinnor som fick tillstånd till sterilisering på grund av svaghet saknade 40% uppenbara tecken på psykisk ohälsa eller begåvningsavvikelse. Ekblad drog den slutsatsen att sociala och ekonomiska omständigheter spelade en betydande roll vid Medicinalstyrelsens bedömning av steriliseringsindikationer.

En tredjedel av kvinnorna hade symtom på psykasteni eller kronisk neuros, en femtedel visade tecken till personlighetsstörning. Endast ett fåtal led av en allvarlig psykisk störning och var i behov av sjukhusvård. Tillstånd till sterilisering gavs enligt medicinsk indikation för 199 kvinnor (88%), enligt eugenisk indikation för 24 kvinnor (11%) och social indikation för 2 kvinnor (1%). Psykiatrisk eller social- psykiatrisk grund för sterilisering fanns för 216 (96%) kvinnor, för 7 (3%) kvinnor både psykiatrisk och somatisk och för 2 (1%) endast somatisk. Enligt Ekblad visade detta att Medicinalstyrelsen gav tillstånd till sterilisering framför allt på socialpsykiatriska/psykiatriska grunder. Bland kvinnor som steriliserats enligt medicinsk indikation hade 73% fått tillstånd på grund av svaghet. Bland de 24 kvinnorna (11%) som hade steriliserats enligt eugenisk indikation var de flesta ogifta och barnlösa. Den angivna orsaken till sterilisering var att intelligensnivån låg strax under det normala. 2 kvinnor (1%) hade steriliserats enligt social indikation då de ej ansågs lämpade att ta hand om barn.

För att kunna analysera resultaten delade Ekblad in de 225 kvinnorna i fyra grupper avseende hur nöjda/missnöjda de var med att ha genomgått en steriliserande operation. Grupp I bestod av 175 kvinnor (78%) som var nöjda med den steriliserande operationen, grupp II av 10 kvinnor (4%) som känt sig bekymrade för operationen men ej ångrat den. I grupp III ingick 25 kvinnor (11%) vilka ibland ångrat sig och var missnöjda men ansåg sig inte ha lidit nämnvärt på grund av operationen. Resterande 15 kvinnor (7%) i grupp IV hade ångrat sig och hade vid tiden för undersökningen psykiska besvär till följd av ingreppet. Dessa hade dock inte krävt sjukhusvård eller inverkat menligt på deras yrkesverksamhet. Bland de 15 kvinnorna som

ångrade ingreppet kunde sterilisering enligt Ekblad, med kunskap om hur kvinnornas liv gestaltades efter operationen, ifrågasättas i fem av fallen.

Vid försök att analysera faktorer som kunde ha bidragit till kvinnors missnöje tenderade enligt Ekblad följande kvinnor att ångra sterilisering:

- kvinnor utan egna barn
- yngre kvinnor (< 26-30 år)
- kvinnor med personlighetsstörning
- kvinnor i disharmoniska äktenskap som saknade stöd från maken
- kvinnor som påtvingades sterilisering antingen genom att tillstånd till aborten villkorades, eller genom annan påverkan/övertalning från myndigheter eller anhöriga.
- kvinnor med lättare psykastiska/neurastiska besvär ångrade ej sterilisering i större utsträckning än andra, men verkade något mer besvärade över ingreppet.

Flera kvinnor bland dem som var missnöjda över steriliseringen utvecklade psykiska symtom i form av mild depressiv insufficiens och/eller irritabilitet. Andra kvinnor besvärades av mag-, rygg-, huvudvärk och trötthet som de själva relaterade till det steriliserande ingreppet. Några kvinnor (3%) kände oro för att utveckla cancer till följd av steriliserande operation. De tre kvinnor i materialet som led av cancer vid uppföljningstillfället kopplade inte sin sjukdom till steriliseringen utan var nöjda med den. Av kvinnorna i undersökningen tyckte 33% att deras sexualliv blev förbättrat 54% att det förblev oförändrat och 13% att det blev försämrat. Missnöje med sexuallivet var korrelerat till missnöjet med sterilisering.

Av kvinnor som hade genomgått legal abort i samband med sterilisering ångrade 40 kvinnor (21%) abortingreppet.

Tre kvinnor i Ekblads undersökning hade gjort refertiliserande operation, en av dem var gravid vid uppföljningen.

Ekblads undersökning av steriliseringslagens tillämpning visade att merparten av operationerna skedde på medicinsk d.v.s. social/socialpsykiatrisk grund. Den medicinska indikationen bottnade oftast i psykisk svaghet av insufficiensstyp och ej allvarlig psykisk störning. Avslutningsvis påpekade Ekblad att andra länder med liknande steriliseringslagar som Sverige som Schweiz, Japan, Puerto Rico använde sterilisering som metod för familjebe-gränsning av huvudsakligen ekonomiska och sociala skäl.

I Ekblads undersökning var således omkring 80% kvinnor nöjda med sterilisering, mindre än 20% missnöjda, varav 7% hade både ånkrat och fått psykiska besvär till följd av ingreppet.

Andra undersökningen

Resultaten av den nyss redovisade studien gav anledning till en ny undersökning av gruppen steriliserade barnlösa kvinnor. Urval av 60, i Stockholm bosatta kvinnor utan barn skedde bland dem som ansökt och fått Medicinalstyrelsens tillstånd till sterilisering samt dem som fått tillstånd till abort med sterilisering som villkor under åren 1950 och 1952–55.

Bland de 60 kvinnorna var 52 (87%) gravida och avbröt graviditeten samtidigt som de steriliserades.

Merparten, 45 kvinnor steriliserades på psykiatrisk grund, några, fem kvinnor på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel. Eugenisk och medicinsk indikation tillämpades i ungefär lika delar, 29 respektive 31 kvinnor.

Drygt hälften 32 (53%) kvinnor var missnöjda med att de hade steriliserats varav 16 (27%) kände djup ånger. Övriga 28 (47 %) kvinnor uppgavs vara helt nöjda med operationen. Nitton (32 %) av kvinnorna som var missnöjda upplevde komplikationer efter operationen som depression och nervositet. Dessa besvär medförde emellertid ej sjukhusvård eller nedsatt arbetskapacitet. De som ångrade operationen hade en djup längtan efter egna barn.

Sexuallivet förblev oförändrat efter operationen hos de flesta, 38 kvinnor (63 %), förbättrat hos 10 kvinnor, försämrad hos 12 kvinnor. Ingen av kvinnorna blev "sexuellt oansvarig" efter operationen. Makarnas svartsjuka blev ej heller så påtaglig att den skulle utgöra kontraindikation för sterilisering.

Framför allt unga kvinnor (under 26 år) ångrade operationen.

Unga, ogifta kvinnor med begåvning under genomsnittet, som blivit önskat gravida löpte störst risk att ångra operationen. Ekblad diskuterar möjligheten för kvinnor i liknande situation att få tillstånd till abort på medicinsk grund utan samtidig sterilisering. Kvinnor av genomsnittsintelligens utan personlighetsstörning visade sig nöjda med ingreppet kanske tack vare en god förmåga att anpassa sig till nya omständigheter.

Risken för att ångra ingreppet befanns större om kvinnan påverkades/övertalades till sterilisering. Som villkor för abort steriliserades 26 kvinnor.

Resultat från denna undersökning visade att unga kvinnor utan barn som blev gravida utan att önska eller planera det och som dessutom övertalades till sterilisering ångrade ingreppet i stor utsträckning (53%).

Tredje undersökningen

479 kvinnor bosatta i Stockholm som genomgått abort under vissa månader 1949-1950 undersöktes 2-4 år senare avseende sin attityd till ingreppet. Samtliga genomgick en psykiatrisk undersökning och intelligenstest enligt CVB-skalan (utarbetad av Husén i Sverige 1949) i samband med ingreppet.

Bland dessa kvinnor fanns 81 som steriliserades i anslutning till aborten antingen som villkor vid eugenisk indikation eller på eget initiativ enligt medicinsk-social indikation, ibland med övertalning från kurator/läkare. Majoriteten (86 %) var nöjda med åtgärden. Samtliga som ej var nöjda och/eller ångrade ingreppet, hade blivit utsatta för en tvångssituation antingen enligt abortlagens villkorsparagraf eller genom övertalning från sjukvårdspersonal. Ingen av kvinnorna som själva önskat sterilisering hade ångrat sig vid tiden för undersökningen. Fem kvinnor som nekats sterilisering eller övertalats att avvakta med sin ansökan, lyckades senare genomdriva ett tillstånd till sterilisering.

I likhet med Ekblads slutsatser från hans tidigare undersökning kunde sterilisering vid samtidig abort rekommenderas i de fall kvinnan själv önskat sådan åtgärd.

3.3 Kaij/Malmqvists undersökning

Urvalet i Kaij och Malmqvists studie bestod endast av kvinnor som var gravida när de ansökte om sterilisering, under en 10-års period 1952 - 1961. Operationen verkställdes i samband med förlossning. De 179 kvinnorna intervjuades på sjukhus, i sina hem och ett fåtal per telefon av intervjuare som inte kände kvinnans "sjukhistoria" på förhand.

De flesta kvinnorna var gifta och äldre än 31 år. Samtliga hade barn, majoriteten fler än fyra. De delades i fyra grupper. Grupp I, 79 % av kvinnorna var helt nöjda med den steriliserande operationen. Grupp II, 13 % hade ej ångrat operationen men kände ibland obehag på grund av den. Grupp III, 4 % ångrade delvis steriliseringen. Grupp IV, 4 % ångrade djupt att de hade låtit sterilisera sig. Flertalet kvinnor i materialet (82 %) skulle rekommendera sterilisering för andra. Bakgrundsfaktorer som ålder, antal barn, äktenskapskvalitet och varaktighet, uppväxt i lands eller stadsmiljö etc. analyserades. Kvinnor yngre än 30 år löpte större risk att ångra ingreppet efteråt. Äktenskapets kvalitet tycktes inverka på kvinnans reaktion, även om skillnaden ej var signifikant. Någon korrelation mellan kvinnans psykiiska status och eventuella psykiatriska diagnoser i samband med ansökan och reaktion på sterilisering fanns inte. Möjligen visade de som betecknades som psykopater tendens till större missnöje med ingreppet än andra. Kvinnor

som var missnöjda med operationen visade högre frekvens av psykiska besvär efteråt.

Sex av 179 kvinnor i undersökningen uttryckte längtan efter flera barn. Dessa kvinnor hade mellan fyra och sju egna barn.

De kvinnor som var missnöjda med eller ångrade steriliseringen tyckte ofta att deras sexualliv hade försämrats efter operationen. Å andra sidan verkade sexuallivet förbättrat eller oförändrat bland dem som var nöjda med steriliseringen.

Hälften av kvinnorna fick sin abortansökan avslagen i samband med den aktuella graviditeten. De flesta (93 %) var vid den uppföljande undersökningen ändå nöjda med att de fullföljt graviditeten. Kaij - Malmquist drog slutsatsen att sterilisering i samband med förlossning var, vid brist på effektiva preventivmedel, en bra utväg för medelålders kvinnor med barn där graviditeten var oönskad. De fann en god överensstämmelse med Ekblads undersökning.

Författarna ansåg i övrigt att internationella uppföljningsstudier av steriliserade kvinnor var svåra att jämföra med varandra. De bestod dels av kvinnor som varit gravida vid steriliseringsansökan och steriliserades i samband med abort eller förlossning; dels av kvinnor som inte var gravida vid ansökan. Författarna menade att kvinnans upplevelse av steriliseringsingreppet påverkades av de olika situationer kvinnorna befann sig i vid tiden för operation.

3.4 Avslutande kommentar

Utöver de nu nämnda studierna finns även en undersökning av Kerstin Höök. Denna studie gäller väsentligen ett abortklientel. Höök har gjort en efterundersökning av 249 kvinnor bosatta i Stockholm eller Uppsala med omnejd som 1948 fått avslag på abortansökan. Vid efterundersökning 7-11 år senare hade 13 % av dessa genomgått sterilisering varav 1 kvinna sade sig ångra detta. Resultaten av undersökningen tydde på att en ofrivillig graviditet utgjorde påfrestning för modern och kunde även uppfattas som en riskfaktor i barnets utveckling.

De uppföljningsstudier av kvinnor som tidigare steriliserats med eller utan samtidig abort visade att flertalet var nöjda med ingreppet. I Ekblads efterundersökning av barnlösa kvinnor var dock drygt hälften av kvinnorna missnöjda med att de hade steriliserats varav 16 (27%) kände djup ånger.

Resultaten avspeglar i första hand kvinnans anpassningsförmåga till den uppkomna situationen och pekar ut vissa riskfaktorer för bristfällig anpassning. De talar egentligen inte om kvinnans upplevelse av operationen.

4 Lagarnas utformning, praxis, läroböcker och språkbruk

4.1 Inledning

I 1934 och 1941 års lagar angavs riktlinjer för hur steriliseringsärenden formellt skulle handläggas. I det följande redovisas hur ansökningsprocedur, Medicinal/Socialstyrelsens beslutsgång, operativa ingrepp och slutlig rapportering beskrevs i lagar och kungörelser, råd och anvisningar samt ansökningsblanketter. Dessa dokument finns återgivna i bilagorna 2-8 i 1997 års steriliseringsutrednings delbetänkande SOU 1999:2.

4.2 1934 års lag

1934 års lag reglerade sterilisering av "rättsinkapabla". *"Kan med skäl antagas, att någon som lider av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten är på den grund för framtiden ur stånd att handhava vårdsnaden om sina barn eller kommer att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet, må utan hans samtycke sterilisering enligt denna lag å honom företagas, där han på grund av sin rubbade själsverksamhet varaktigt saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden. Å sterilisering på grund av medicinska skäl äger lagen icke tillämpning."*¹⁰

Det krävdes inget samtycke från den enskilde som ansökan gällde. Egen underskrift ansågs vara fördelaktig ur psykologisk synpunkt, men inte nödvändig för ansökans formella giltighet. Medicinalstyrelsen tog beslut om sterilisering av de rättsinkapabla enligt de två indikationerna social och eugenisk. Till detta kom att två legitimerade läkare i samråd kunde ta beslut om sterilisering av s.k. sinnesslö person utan att formellt ansöka hos Medicinalstyrelsen. Läkarna måste rapportera steriliserande operationer till Me-

¹⁰ Lag om sterilisering, given Stockholms slott den 18 maj 1934, Svensk Författningssamling nr 171.

dicinalstyrelsen. Rättsinkapabla ansågs vara de som ej kunde förstå steriliseringsingreppets innebörd. Av lagens föreskrifter framgick att till de rättsinkapabla räknades personer som hade en intelligensålder understigande 12 år. *"är den psykiska efterblivenheten så höggradig att utvecklingen stannat vid 12 årsåldern eller därunder, utgår man i allmänhet från att vederbörande är rättsinkapabel. Intill denna utvecklingsålder är förmågan att rent förståndsmässigt fatta vad saken verkligen gäller mycket begränsad."* Och vidare: *"För bedömning av graden av psykisk efterblivenhet och därigenom för fastställande av rättskapacitet är intelligensprövning ett praktiskt viktigt hjälpmedel"*. Förmågan att förståndsmässigt tillgodogöra sig innebörden av en steriliserande operation liksom förmågan att lämna giltigt samtycke till sterilisering ansågs då begränsad. Det krävdes att den sökande skulle inse ingreppets betydelse även för samhället. I motiven till 1934 års steriliseringslag angavs att rättskapaciteten skulle bedömas enligt de i allmänhet gällande rättsgrundsatserna. Bedömning av rättskapaciteten gjordes av läkare, som gavs vägledning i sitt arbete genom "Råd och anvisningar rörande tillämpning av steriliseringslagen".¹¹

"Frågan om rättskapaciteten bör bedömas enligt följande överväganden. Gäller det en sinnessjuk eller en som lider av en annan rubbning av själverksamheten, varmed i allmänhet avses psykisk abnormitet (psykopati), är första frågan man har att göra sig: Har vederbörande rent förståndsmässigt en klar insikt om vad saken gäller? Har han icke denna insikt eller kan icke bibringas densamma, är rättsinkapaciteten uppenbar".

Det angavs i Medicinalstyrelsens Råd och anvisningar att det var viktigt att bedöma att de eventuella psykiska rubbningarna ej var av tillfällig karaktär: steriliseringslagen förutsatte varaktig rättsinkapacitet. Manodepressiv sjukdom var exempelvis att betrakta som övergående psykisk rubbning medförande tillfällig rättsinkapacitet och borde således ej utgöra indikation för sterilisering.

Ansökningsförfarandet

Ansöka hos Medicinalstyrelsen kunde:

- Den som avsågs med ansökan
- För underårig, den som hade vårdnaden om honom
- För omyndigförklarad, förmyndaren

¹¹ Råd och anvisningar rörande tillämpning av 1941 års steriliseringslag och abortlagen. Till läkare och övriga medverkande, Nr 93. Meddelanden från Kungl. Medicinalstyrelsen, 1947.

- För den som var intagen på allmän anstalt, anstaltens läkare eller föreståndare
- För den som åtnjöt fattigvård och den vars make eller minderåriga barn åtnjöt sådan vård fattigvårdsstyrelsen, eller för den som var föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen och den vars barn var föremål för sådan åtgärd, barnavårdsnämnden

Ansökningshandlingarna bestod av tre obligatoriska inlagor: Intyg I, Intyg II samt åldersbetyg. Intyg I bestod av socialutredning som omfattade frågor kring den sökandes personliga förhållanden, egen psykosocial utveckling, skolgång, konfirmation etc och utfärdades av make, förälder/förmyndare eller myndighetspersoner som föreståndare på institution och fattigvårdsnämnd/barnavårdsnämnd. Intyg II bestod av läkarintyg innehållande den sökandes hereditära förhållanden, tidigare sjukdomshistoria, resultat från den aktuella undersökningen samt läkarens bedömning av vilka indikationer som förelåg för sterilisering. Intyg II utfärdades endast av läkare med svensk legitimation. Åldersbetyg inhämtades från sökandes pastorsexpedition.

Ansökningen skulle göras skriftligen enligt fastställt formulär och vara av sökanden egenhändigt undertecknad. Ungefär hälften av ansökningar enligt 1934 års lag är underskrivna av den person som ansökan gällde. I de fall där ansökan inte är underskriven går det sällan att från akterna beskriva varför detta inte skett.

Det poängterades i anvisningarna att make/maka, i egenskap som sådan, inte var behörig att göra ansökan om sterilisering av sin hustru/man, såvida han/hon ej lagligen var förordnad som förmyndare. Föräldrar till barn som uppnått myndig ålder var ej behöriga att ansöka om sterilisering för sitt barn såvida de ej lagligen var förordnade som förmyndare. Det kunde förekomma att anstaltens läkare och föreståndare yttrade sig gemensamt eller var för sig.

På det lokala planet kunde fattigvården och barnavårdsnämndens ordförande samarbeta med distriktsköterska/barnmorska och andra som i sin yrkesutövning hade kännedom om familjerna.

Kategorierna anhöriga, make/maka och förmyndare anmodades att yttra sig i fråga om sterilisering i en särskild bilaga. Intyg från anhörig efterfrågades men krävdes ej. Det togs inte alltid hänsyn till anhörigas, exempelvis föräldrarnas mening i de fall de hade motsatt sig sterilisering.

Tillstånd

"Har ansökan om tillstånd till sterilisering rätteligen skett, skall medicinalstyrelsen så snart ske kan pröva, om sterilisering må äga rum." (Råd och anvisningar till 1934 års lag). Medicinalstyrelsen behandlade samtliga inkomna ansökningar om sterilisering och hade befogenhet att ge tillstånd beträffande samtliga ifrågavarande kategorier, dvs. "sinnessjuka, sinnesslöa, och de som lida av annan rubbning av själsverksamheten". Personer som betecknades som sinnesslöa steriliserades även utan Medicinalstyrelsens tillstånd enligt s.k. tvåläkarbeslut.

Rättspsykiatriska nämnden sammanträdde under åren 1938 – 1941 varje vecka och tog beslut i åtskilliga steriliseringsärenden. Samma nämnd beslutade om abortärenden. I protokoll från nämndens sammanträden kan man följa tidstypiska resonemang kring steriliseringsbesluten som från början hade en arvshygienisk karaktär. Med tiden ökade restriktiviteten särskilt ifråga om yngre människor.

Medicinalstyrelsens beslut om tillstånd kunde inte överklagas. Vid avslagen steriliseringsansökan kunde besvär anföras till kungen inom 20 dagar.

I lagens förarbeten framhölls uttryckligen att även den i lag reglerade steriliseringen i princip var frivillig och att ett eventuellt motstånd endast fick övervinnas genom "övertalning och dylik påverkan". Fysisk våld fick inte tillgripas för verkställande av sterilisering.

Rättspsykiatriska nämnden redovisade årlig statistik över avgjorda ärenden enligt 1934 års lag. Det förefaller som om kraven på att rättsinkapaciteten måste vara styrkt ökade med tiden. (tabell 1). Tabellen visar en tydlig ökning mellan åren 1935 och 1940 av andelen ärenden där rättsinkapaciteten var styrkt. Ökningen tyder på att lagen blev alltmer etablerad och tillämpades i större utsträckning vilket även påpekades i Sjövalls ovan nämnda artikel 9.

Tabell 1: Tillstånd till sterilisering enligt 1934 års lag. Rättsinkapaciteten styrkt/ej styrkt

	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
	%	%	%	%	%	%	%
Styrkt/tillstånd	56	57	77	78	81	83	Uppgift saknas
Ej styrkt	30	31	16	12	13	13	Uppgift saknas
Överförd/avskriven	14	12	7	10	6	4	Uppgift saknas

4.3 1941 års lag

Lagens innehåll

I 1941 års lag utvidgades steriliseringsindikationerna till att även gälla rättskapabla. Den medicinska indikationen reglerades i lagen och gällde endast för kvinnor. Män tilläts inte söka sterilisering av medicinska skäl. Den sociala indikationen gällde tidigare de som led av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten (ofta psykopati). Denna utvidgades nu med asocialitet "eller ock på grund av asocialt levnadssätt prövades vara för framtiden uppenbart olämplig att handhava vårdnaden om barn".

Således omfattade 1941 års lagstiftning tre indikationer för sterilisering, som enligt Medicinalstyrelsens "Råd och anvisningar" definierades på följande sätt:

Eugenisk indikation föreligger, då någon med skäl kan antagas komma att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller ock svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag.

Social indikation föreligger, då någon på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller ock på grund av asocialt levnadssätt prövas vara för framtiden uppenbart olämplig att handhava vårdnaden om barn.

Medicinsk indikation föreligger, då det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinna är påkallat, att hon steriliseras för att förebygga havandeskap, som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Benämningen medicinsk indikation kan vara missvisande då den i realiteten kom att tillämpas för socialmedicinska och/eller socialpsykiatriska tillstånd. Det var ovanligt att den medicinska indikationen användes för rent somatiska sjukdomar.

Under tidsperioden 1941-1975 bestod ansökan om sterilisering av

- bilaga I (oftast tillstånd från anhöriga men också från myndighetspersoner),
- bilaga II ("social utredning")
- bilaga III (läkarintyg)
- åldersbetyg,
- protokoll från intelligenstestning i aktuella fall

Ansökningsformulär fastställdes av Medicinalstyrelsen den 27/6 1941. Tryckta blanketter fanns att köpa genom bokhandeln.

Ansökningshandlingar skulle sändas till Medicinalstyrelsen. I lagens tillämpningsföreskrifter påpekades vikten av att lämna fullständiga ansökningshandlingar. Under kartläggningsarbetet påträffades många skrivelser av medicinalråden, som önskade skyndsamt komplettering av handlingar. Utan fullständiga handlingar prövades ärendet ej. Enligt föreskrift skulle ansökan vara egenhändigt undertecknad av den sökande. Den egenhändiga underskriften skulle vara bevitnad av två personer. Ansökan fick inte ske genom fullmakt. Om ansökan gjordes av annan än den sökande, önskades ett skriftligt samtycke även av den sökande. Det ansågs enligt anvisningarna ha stor psykologisk betydelse att den sökande meddelade sitt samtycke. Å andra sidan "skall givetvis ansökan om sterilisering av en rättsinkapabel person icke underlåtas av det skälet att han vägrat lämna samtycke".¹²

Ansökningsförfarandet

Ansöka hos Medicinalstyrelsen kunde:

- den som avsågs med ansökningen;
- för underårig, den som hade vårdnaden om honom;
- för omyndigförklarad, förmyndaren;
- för den som åtnjöt fattigvård eller vars make eller minderåriga barn åtnjöt sådan vård, fattigvårdsstyrelsen;
- för den som var föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen, eller vars barn var föremål för sådan åtgärd, barnavårdsnämnden;
- för den som behandlades vid en av det allmänna anordnad öppen läkarmottagning, av den för behandlingen ansvarige läkaren;
- för den som var intagen å lasarett eller därmed jämförliga sjukhus, å sjukstuga eller sinnessjukhus, av lasarettsläkaren, sjukstugsläkaren, sjukvårdsläkaren, eller motsvarande läkare samt
- för den som var intagen å annan allmän anstalt, av anstaltens läkare eller föreståndare.

Behörighet att göra ansökan tillkom dessutom vissa tjänsteläkare (förste provinsialläkare, provinsialläkare, extra provinsialläkare, stadsläkare, stadsdistriktsläkare, köpingsläkare, municipalläkare samt hjälpverksamhetsläkare vid sinnessjukhus samt läkare i tjänsteställning jämförlig med de nämndas).

¹² Råd och anvisningar angående 1941 års steriliseringslag och abortlag. Meddelanden från Kungl. Medicinalstyrelsen. 1947.

Under den tid som 1941 års lag omfattade blev det allt vanligare att den sökande själv framställde och skrev under sin ansökan. Mot slutet av perioden skedde detta nästan undantagslöst. Samma personer som ovan kunde fylla i bilaga II, ansökningens sociala utredning. Medicinal/Socialstyrelsen begärde även yttrande från anhöriga eller andra för sökanden ansvariga personer.

Följande personer ombads att yttra sig i ansökningens bilaga I:

- föräldrar till underåriga
- förmyndare för ommyndigförklarade
- anstaltsläkare eller föreståndare för dem som var intagna på allmän anstalt
- sökandes make/maka

Tillstånd

Ansökningshandlingarna bestod av ansökningsformulär med bilagor. Dessa såg olika ut under 1934 och 1941 års steriliseringslagar. Läkarintyget var dock obligatoriskt. 1934 års lag reglerade sterilisering av rättsinkapabla. 1941 års lag omfattade både rättsinkapabla och rättskapabla personer. Lagens sociala indikation utvidgades till att även gälla personer som på grund av asocialt levnadssätt ansågs för framtiden vara uppenbart olämpliga att handhava vårdnaden om barn. Enligt lagen kunde nu även medicinsk indikation användas för kvinnor. Steriliseringsansökan var frivillig, ett eventuellt motstånd fick dock övervinnas genom "*övertalning och dylik påverkan*". Fysiskt våld fick dock inte tillgripas för verkställande av sterilisering.

Medicinalstyrelsen behandlade samtliga inkomna ansökningar om sterilisering. Besluten grundades på bedömning av läkare som medverkat till steriliseringsansökan genom att utföra läkarundersökning och utfärda läkarintyg. Tillstyrkan av vederbörande läkare följdes oftast av bifall från Medicinalstyrelsen. Samstämmighet i besluten återfinns i 92-97 % av fallen i urvalet under 1941 års lag. Vid allvarliga sjukdomar hos kvinnor som ansågs rättskapabla krävdes ej Medicinalstyrelsens tillstånd. Beslut om sterilisering kunde då tas av den läkare som utförde det steriliserande ingreppet tillsammans med en annan läkare – tvåläkarintyg. Medicinalstyrelsens tillstånd krävdes ej heller vid samtidig abort enligt abortlagens nödfallparagraf. Nödfallparagrafen kunde användas när en rättskapabel kvinnas liv och hälsa allvarligt äventyrades av en barnafödsel. Den läkare som utförde aborten enligt nödfallparagrafen hade rätt att besluta om samtidig steriliserande operation efter skriftligt samtycke från kvinnan. Ansökan tillstyrktes enligt eugenisk/social indikation under den första tiden. Mot slutet av sterili-

seringslagstiftningens tillämpning bifölls ansökningarna nästan uteslutande på medicinsk indikation. Socialstyrelsen föreföll att bli alltmer restriktiv att tillstyrka männens ansökningar. Samma gällde tillstånd till sterilisering för yngre människor. Urvalets period tre har ej givits tillstånd för personer yngre än 30 år, respektive under 35 år period fyra. Majoriteten av dem som fick tillstånd genomgick operation

4.4 Läroböcker, språkbruk i intyg, klinisk praxis.

Rekommendationer i läroböcker

Läroböcker torde ha haft stor betydelse för läkarnas och andra berördas synsätt och utformningen av det praktiskt kliniska arbetet. På det psykiatriska området var den mest spridda och viktigaste läroboken författad av överläkaren och sedermera professorn i psykiatri Gunnar Lundquist¹³. Boken användes från senare delen av 1940-talet och ca tjugo år framåt i undervisningen för sjuksköterskor och läkare.

Följande avsnitt ger en sammanfattning av bokens bedömningar och rekommendationer:

"Vilka äro nu de vanligaste eugeniska indikationerna? Utan tvivel intar efterblivenhet den främsta platsen. Som tidigare framhållits i kapitlet om efterblivenhet är arvsrisken betydande, i det att c:a 40% av barnen riskerar efterblivenhet, om ena föräldrarnas är efterbliven, och 80%, om båda föräldrarna är efterblivna. Det är sålunda uppenbart, att man bör verkställa sterilisering av efterblivna för att förhindra deras fortplantning.

Har nu en patient inställt sig för ev. sterilisering och arvsrisken bedömes vara stor, uppställer sig först frågan om den undersökte har rättslig handlingsförmåga. I så fall kan sterilisering icke äga rum utan vederbörandes samtycke, som skall givas skriftligt och enklast genom egen ansökan. Är den undersökte icke "rättskapabel" (exempelvis efterblivna med intelligensålder under 10 år), må han steriliseras, även om han icke skriftligt samtyckt därtill.

Nu bör även observeras, att all sterilisering i Sverige är frivillig. Om sålunda svårt efterblivna, exempelvis av fruktan för själva operationen, vägrar sterilisering, kan han icke mot sin vilja tvingas därtill. I sådana fall, då den efterblivne icke kan ta vara på sig själv, bör han givetvis omhändertagas, och utskrivning från anstalt brukar då icke ske, om han ej

¹³ Lundquist G. Psykiatri och mentalhygien. Stockholm

blivit steriliserad dessförinnan. I det enskilda fallet blir dock steriliseringen enbart icke ett absolut villkor för utskrivning.

En annan indikation för sterilisering än den eugeniska är den sociala. Personer som föra ett asocialt levnadssätt, exempelvis många alkoholister, prostituerade och dylika kan således på grund härav få tillstånd till sterilisering. I de flesta fall bottnar det asociala levnadssättet i ett psykiskt lyte såsom imbecillitet eller psykopati, och indikationen blir därför i själva verket både eugenisk och social."

Lundquist redovisar beräkningar på att ca 1% av befolkningen led av sinnesslöhet och att omkring 3% av alla skolbarn var "hjälpklassmässiga". Antalet efterblivna med en IÅ på 10 år (IQ på ca 65) uppskattades till 6-7% av befolkningen.

De imbecilla och debila beskrevs utgöra en kliniskt och socialt viktig grupp som inte alltid var lätt att diagnostisera. Lundquist varnade för "beskäftiga och pratsamma imbecilla" med intelligensålder på 9- 10 år som hade duperat sin omgivning och ej avslöjats som intelligensdefekta. Vidare kunde två subgrupper skiljas ut: de eretiska eller lättretliga, beskäftiga och torpida eller tröga i sin tankeförmåga. Den efterblivnes känslö- och viljefunktion förväntades också mindre välutvecklad.

Förutom Lundquists lärobok användes dansk och norsk studielitteratur i Sverige. Dessa förmedlade en liknande syn på svagbegåvning och förordade sterilisering som en effektiv åtgärd för att begränsa antalet svagbegåvade i landet.

Även andra ärftliga sjukdomar ansågs utgöra indikation för sterilisering. I ett avsnitt av Henrik Forsius i Nordisk lärobok i Oftalmiatrik¹⁴ under redaktion av ögonläkaren Gunnar von Bahr utgiven 1972 och omtryckt 1975 gavs riktlinjer för eugenisk rådgivning vid ögonsjukdomar. Vid allvarliga ärftliga ögonsjukdomar rekommenderades kombination av abort och sterilisering. Störst betydelse tillmättes sterilisering vid ögonsjukdomar som nedärvdes dominant. *"Eftersom endast affekterade ...för sjukdomen vidare, har sterilisering av dessa full effekt och är absolut att rekommendera i synnerhet i fall av till blindhet eller svagsynthet ledande sjukdomar..."* Vid recessiv nedärvning då risken att ett nytt barn skulle få "defekten" bedömdes till 25% och om ena föräldern hade sjukdomen till 50%; rekommenderades *"sterilisering av ena föräldern eller andra åtgärder som förhindrar nya barn att födas. Detta även om den ärftliga sjukdomen är ganska litet invalidiserande."* Samtidigt fastslogs att effekten av sterilisering *"var beklämmande liten"* då antalet anlagsbärare uppskattades vara mycket större än antalet personer med manifest sjukdom. Åtgärden *"kan möjligen försvaras vid svåra eller till blindhet ledande sjukdomar. Sociala*

¹⁴ von Bahr G. Nordisk lärobok i oftalmiatrik, Stockholm 1972.

aspekter bör även beaktas." Det konstaterades vidare att olika gendefekter kunde ge liknande slutresultat. Liknande sjukdomsbilder kunde ha helt olikartad arvsgång och förekomma i kombination med andra defekter som t.ex. dövhet. Således diskuterades svårigheterna vid avgörande huruvida sterilisering skulle tillämpas vid olika ögonsjukdomar, men ingreppet som sådant ifrågasattes inte. Kerstin Hagenfeldt och Mattias Tydén har tagit upp ytterligare relevanta läroböcker i sina arbeten, se bilaga 3 och bilaga 6.

Språkbruket i undersökningsakternas läkarintyg

Vid den obligatoriska läkarundersökningen gjordes en klinisk bedömning. Resultat från intelligensundersökning och klinisk bedömning sammanvägdes och kom att ligga till grund för läkarens rekommendation. Ansökningsakterna ger många exempel på olika kränkande omdömen om de personer som varit aktuella för sterilisering. Dessa beskrivningar blandas ofta med termer, okritiskt hämtade från olika psykologiskt – psykiatriska beskrivningssystem, t ex Kretschmers och Sjöbrings personlighetsteorier¹⁵, möjligen i syfte att ge den i grunden subjektiva framställningen en slags vetenskaplig – objektiv prägel. Dessa teorier tillkom som diagnostiskt medel och blev mycket användbara i klinisk verksamhet.

Ett begrepp som användes var *konstitution*. Med konstitution menades summan av en människas anlag. Människans förmåga i olika avseenden och hennes beteende bestämdes av konstitutionen under påverkan av sociala och kulturella miljöfaktorer. De konstitutionella kännetecknen ansågs huvudsakligen ärftliga.

Intelligens ansågs vara ett annat ärftligt och mätbart kännetecken. Med hjälp av intelligensstest diagnostiserades personens begåvning. Begreppet sinnesslö (svagbegåvad) blev centralt. I avsnitt 5.4 beskrivs intelligensstesten närmare.

Ur steriliseringsansökan från 1940 för en 33-årig kvinna: "*Utpräglat astenisk kropps-konstitution, mager och blek. Gör ett påtagligt imbecillt intryck. Trög och torpid med torftiga reaktioner, har dåligt reda på sig, resonerar nävt och primitivt, varvid hon hela tiden visar en tydlig omdömeslöshet och defekter i den moraliska uppfattningen.*"

Ur steriliseringsansökan från 1952 för en 27-årig kvinna som även söker aborttillstånd. Social utredning: "*Mannen störande på natten, sitter med sina kumpaner i köket och skrålar, minst 1 gång i veckan, blir då aggressiv mot hustrun, har slagit henne. Ständigt ekonomiskt trassel.*" Ur läkarundersökning: "*Gracil asthenika. Ordnad, klar och redig. Gör ett opålit-*

¹⁵ Rylander G. Samhället och de psykiskt avvikande. Stockholm, 1968.

ligt intryck, ganska pockande, insmickrande, asocial företeelse. Föga ägnad att fostra barn, vilka ej heller bör födas till ett sådant hem”.

Förekomst av sådana beskrivningar minskade successivt under 1960-1970-talet.

Tillämpningen i klinisk praxis

Av kartläggningen har framgått att tillämpningen av steriliseringslagen kulminerade 1947-1952, trots att ärftlighetsforskning, känd i Sverige redan på 1930- och 1940- talet bl.a. genom Dahlberg¹⁶, (för närmare beskrivning se Mattias Tydén's historiska analys) pekade på att sinnesslöhet inte kunde begränsades genom sterilisering.

Från mitten av 1950-talet modifierades dock den praktiska tillämpningen så att medicinsk indikation blev betydligt vanligare än den eugeniska. Under de 40 år då lagarna var i kraft tillkom hela tiden nya medicinska och vetenskapliga upptäckter. Under arbetet med kartläggningen uppmärksammades att förändringar i synsätt avspeglades i tillämpningen av de tre indikationerna för sterilisering. När den arvshygeniska vetenskapen/ideologin övergavs och alltmer ersattes av ett socialpsykiatriskt synsätt kom den medicinska indikationens svaghetsbegrepp att tillämpas. Uttryck för egna sexuella behov och önskan om familjeplanering i ansökningsakterna ökar och föregår de familje- och sexualpolitiska förändringarna i lagstiftningen.

En följd av kvardröjande ålderdomlig steriliseringslag blev samtidigt att den tillämpades olika i landet. De nya vetenskapliga landvinningarna och ideologiska förändringarna spreds sannolikt inte lika snabbt till landsorten som till storstaden.

Förändring i den praktiska tillämpningen av lagen avspeglades bl.a. i användning av medicinsk indikation vid social, socialmedicinsk och socialpsykiatrisk ohälsa samt även vid tillstånd (ex. svagbegåvning) som tidigare skulle ha försvarat eugenisk indikation. I urvalets period tre har 151 (20 %) av sökanden betecknats som ”sinnesslö”. Av dessa har ansökan för 84 individer (56 %) tillstyrkts på medicinsk indikation. I period fyra då diagnosen ”sinnesslö” blev ovanlig (43 sökanden = 6 %) hade drygt hälften av dessa ansökningar (63 %) tillstyrkts på medicinsk indikation.

¹⁶ Dahlberg, G. Normalt och sjukt arv. Stockholm, 1946.

5 Medicinska och psykologiska kategorier

5.1 Inledning

I samband med bedömningen av steriliseringsansökningar användes flera olika medicinska och psykologiska kriterier eller kategorier. Dessa framgick i vissa fall direkt av lagstiftningen och i andra fall av förarbeten eller medicinalstyrelsens råd och anvisningar. Skäl för att bevilja en ansökan om sterilisering kunde vara att en person var epileptiker eller diagnostiserats med någon psykisk sjukdom, exempelvis psykopati. Ett annat skäl kunde vara att en person efter särskild intelligenstestning rubricerats som sinnesslö. För att kunna ge en bakgrund till hur steriliseringsansökningarna behandlats finns i detta avsnitt en kortfattad genomgång av några vanligt förekommande medicinska och psykologiska kategorier. Dessutom redovisas olika intelligenstester. Inledningsvis ges en summarisk historisk bakgrund.

5.2 Kort historisk bakgrund

Vid tiden för tillkomsten av 1934 och 1941 års steriliseringslagar var, som tidigare framgått, arvshygieniska tankegångar rådande. De ingick i en social reformpolitik på stark framväxt. Även om denna kombination av arvshygien och social reformpolitik kan tyckas oss främmande knöts den samman av en gemensam önskan av att reducera sociala problem i samhället. Sterilisering uppfattades som en effektiv strategi. "Sterilisering har i vissa avseenden en mycket stor samhällelig betydelse. Detta gäller särskilt ur arvshygienisk synpunkt, i synnerhet som sterilisering av sinnesslöa i tillräcklig omfattning kommer att medföra en minskning av sinnesslöhetens frekvens i befolkningen. Den sterilisering, som företages av sociala skäl, är ur samhällets synpunkt också mycket väsentlig, då det därigenom förhindras tillkomsten av barn, som skulle komma att uppväxa under mycket ogynnsamma förhållanden. Rent objektivt sammanfalla naturligtvis samhällets och den enskildes intressen i flertalet fall av sterilisering på såväl arvshygie-

niska som sociala grunder, då sterilisering i hög grad är ägnad att förebygga socialt elände."¹⁷ Steriliseringsidén lanserades emellertid redan 1897 i en lag i staten Michigan i USA då gällde det sterilisering av kriminella. I USA togs också den första eugeniskt motiverade steriliseringslagen i staten Indiana 1907. 1926 fanns steriliseringslagar i 32 amerikanska delstater.

Olika metoder att "*rena rasens blod från de medfödda defekternas tryck*" diskuterades i det amerikanska samhället. Bland dessa metoder kan nämnas "*lagliga restriktioner för äktenskap, vetenskapligt kontrollerad människoavel, placering på anstalt eller koloni, eutanasi och sterilisering, men även allmän förbättring av levnadsvillkoren*".¹⁸ Liknande diskussion föregick införandet av steriliseringslagar i de nordiska och flera andra europeiska länder.

Efter andra världskrigets slut skedde en vändpunkt inom medicinsk vetenskap. Intresset fokuserades på mänskligt beteende kopplat till strukturella förändringar i hjärnan, utvecklingspsykologiska aspekter, miljöfaktorer. Dessa förändringar avspeglades också i utformningen av steriliseringsansökningarna, dels genom vad som fokuserades i socialutredning och läkarintyg dels genom vilka indikationer som kom att tillämpas.. Det från början starka arvshygieniska intresset övergick gradvis i socialpsykiatriskt, i slutet av perioden skönjdes familje/sexualpolitiska tankegångar. Dock noteras en viss eftersläpning i denna process; tydlig brytpunkt i utformningen av ansökningsakterna dröjer till *mitten av 1950-talet*. Men ansökningar på social-medicinsk/psykiatrisk indikation för utsläpade kvinnor förekom i slutet av 1940-talet och ansökningar enligt eugenisk indikation var sällsynta men förekom ända fram till 1970-talet.

Användning av ord som eugenik, arvsbiologi och rashygien minskade under 1950-talet. Nya begrepp som genetisk forskning och genetisk rådgivning beskrev den aktuella vetenskapliga inriktningen inom genetiken. Detta innebar inte endast en semantisk utan även en innehållsmässig förändring. Den genetiska forskningen kom nu att kartlägga ärftliga markörer och förfinna diagnostiska metoder som underlag för behandling.

De eugeniska tankegångarna kom att efterträdas av socialpsykiatriskt och medicinsk- psykiatriska synsätt. Steriliseringsansökningar under åren 1955-1975 syftade f.f.a. till en individuell prevention på medicinsk indikation. Förskjutningen av indikationer för sterilisering från eugenisk till medicinsk indikation avspeglade dels en vetenskaplig/ideologisk förändring, dels en förändring i praxis (i viss mån relaterad till utvidgningen av abortlagen 1946). Under 1950-talet överlappade indikationer varandra, medicinsk indi-

¹⁷ Myrdal A, Myrdal G. Kris i befolkningsfrågan. Stockholm, 1934

¹⁸ Kanner L. Den psykiska utvecklingsstörningen, översättning och bearbetning av Forssman H.. Stockholm, Läromedelsförlagen Svenska Bokförlaget, 1968.

kation användes där eugenisk tidigare ansågs tillämplig. Bland ansökningar tillstyrkta på medicinsk indikation återfinns flertal med beteckning "sinnesslö" under 1950, 1960-talet.

En medicinsk indikation var enligt steriliseringslagen endast tillämplig på kvinnor. Medicinsk indikation kunde ej lagenligt tillämpas i period 1, enligt 1934 års steriliseringslag. Den infördes enligt 1941 års lag och kom att bli dominerade under resten av perioden. Den innefattade sjukdom, kroppsfel och/eller svaghet hos kvinna som skulle kunna utgöra risk för hennes hälsa eller liv vid framtida eller aktuell graviditet. Denna formulering lämnade utrymme för en vid tolkning. Den medicinska indikationen i ansökningsmaterialet uttryckte i de flesta fall en psykisk svaghet ofta med sociala belastningsfaktorer. Svår psykisk sjukdom förekom i mindre antal. Psykisk insufficiens, en vanligt förekommande diagnos tillämpades på vida indikationer och kunde syfta på såväl psykisk svaghet som på sociala omständigheter. De varierande benämningarna: psykasteni (neuros med inslag av ängslan, oro, fobier;), neurasteni (neuros som karakteriserad av fysisk och mental irratibilitet och extrem uttrötthet); nervösa/depressiva besvär, syftade till att beskriva kvinnans sviktande sociala och medicinska hälsa.

Den medicinska indikationens mångtydighet gjorde det möjligt att kringgå den ideologiska och religiösa problematiken vid aborter och sterilisering. Sociala fenomen kunde omformuleras till sjukdomsdiagnosen och medicinsk tolkad funktionssvikt.

Begreppet "*utsläpad moder*", i meningen uttröttad, fysiskt och psykiskt utsliten mångföderska blev ett alltmer etablerat begrepp i slutet av 40-talet. Den medicinska indikationens "svaghet hos kvinna" ("*Är det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinna påkallat att hon steriliseras för att förebygga havandeskap som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, må, ock med hennes samtycke sterilisering enligt denna lag företagas åt henne.*"¹⁹) kom att bli den mest tillämpade diagnosen från 1950-talet.

Specifika kroppssjukdomar förekom i mindre antal. Det rörde sig om sjukdomar som diabetes, hjärt-, lung- och njursjukdomar. På 1930- och 1940-talen var tuberkulos en relativt vanlig diagnos. Blödarsjuka liksom Rh-immunisering föranledde eugenisk indikation, innan behandlingsmetoder fanns. Epilepsi minskade betydligt som indikation för sterilisering från 1950-talet. Neurologiska sjukdomar som Huntingtons chorea, liksom ovanliga ärftliga ögonsjukdomar och missbildningar förekom mindre frekvent, men märks i protokoll från Rättspsykiatriska/Socialpsykiatriska nämndens sammanträden då de gav upphov till policybildande diskussio-

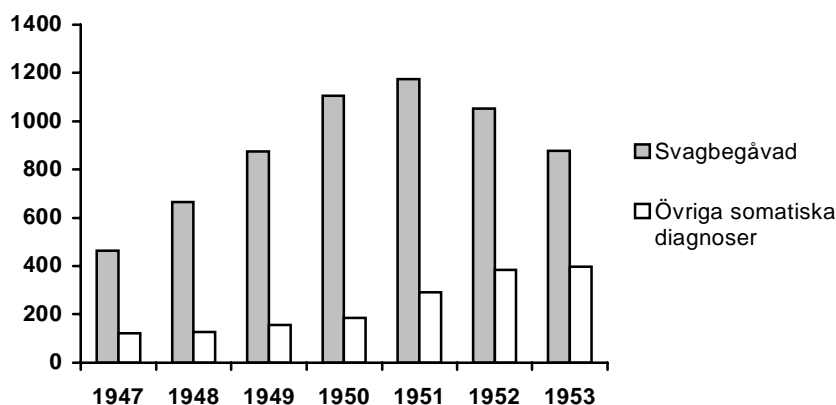
¹⁹ Lag om sterilisering, given Stockholms slott den 23 maj 1941. Svensk författningssamling 1941:282.

ner.. Kroppsbesvär av utslitningstyp samt graviditetsrelaterade komplikationer som ryggvärk, anemi, kraftiga åderbråck, livmodersframfall beskrevs ofta.

Allvarlig kroppslig ohälsa utgjorde indikation för tvåläkarbeslut, varför den mer sällan förekom i ansökningar som riktades till Medicinal/Socialstyrelsen.

Nedanstående stapeldiagram visar förekomst av diagnoser inom medicinsk indikation enligt Allmän hälso- och sjukvårdsstatistik på verkställda steriliseringar.

Diagram 1. Övriga somatiska/psykiatriska diagnoser tillsammans: På grund av tekniskt fel är stapelbeteckningarna felaktiga. Svagbevågad skall vara svaghet, övriga somatiska diagnoser skall vara övriga somatiska/psykiatriska diagnoser. I detta begrepp ingår neuros, depression, psykos, hypertoni, epilepsi, diabetes, bäckenanomali, hjärtsjukdom, astma, njursjukdom, anemi.



Under 1960-talet noteras i steriliseringsakterna en tendens till aktiv familjeplanering där kvinnors önskan om egen yrkeskarriär och barnbegränsning framkom. Det redogjordes för familjens ekonomi som skulle möjliggöra ett gott familjeliv vid få barn. Allt oftare syntes ansökningshandlingar från män som önskade sterilisering i stället för hustrun. Dessa män fick avslag på sina ansökningar med hänvisning till lagens utformning. Akternas innehåll avspeglade den pågående familje-/sexualpolitiska diskussionen som utmynnade i abort och steriliseringsutredningar.

Ett karakteristiskt fall

Ur ansökan om sterilisering från 1966.

"Pat. är välvårdad och proper 37-årig kvinna med fem barn, gravid i sjätte månaden, som lever ett gott äktenskap under ordnade förhållanden. Hon är lugn och ordnad, berättar beredvilligt och sansat om sin situation och verkar intellektuellt välutrustad, realistisk och rejäl. Motiverar sin steriliseringsansökan adekvat och är väl insatt i ingreppets betydelse. Önskar befrias från risken att åter bli gravid. Vill nu få lite lugn och ro och tid att ägna sig åt sig själv. Vitaliteten är inte densamma som vid de första barnen. Önskar även försöka bereda de barn hon har och det som väntas en trygg uppväxttid. Hoppas även genom sterilisering att uppnå större harmoni i sexuella samlivet. Det sexuella samlivet har på senare år för pat:s del varit stört då hon oroar sig starkt för att bli gravid på nytt. Kan inte koppla av, inväntar varje månad ängsligt menstruationen. Kan ej ha pessar, rädd för P-tabletterna. Den aktuella graviditeten beror sannolikt på en sprucken kondom." Maken tillstyrker operation vid samtal med kuratorn. Pat:s ansökan om sterilisering tillstyrktes pga "begynnande och tilltagande psykisk svaghet och graviditetsängslan".

5.3 Begåvningsfaktorer Sinnesslöbegreppet

Evolutionsteorin, läran om naturligt urval, gav inspiration åt arvshygieniska tankegångar och framhävde vikten av att förstå biologiska skillnader mellan individer. Redan 1883 myntade Galton (pionjär inom den moderna statistiken), begreppet eugenik vilket han förklarade som *"den vetenskap som sysslar med alla faktorer, som förbättrar de medfödda egenskaperna hos en ras"*. Han förespråkade reglering av äktenskap och familjestorlek i enlighet med föräldrarnas nedärvda begåvning, och skrev om intelligensens ärftlighet, idéer som vann gehör i den etablerade vetenskapsvärlden. Vetenskapsmän klassificerade och inordnade individer efter olika karakteristika, där hudfärg, huvudform, skullomfång avgjorde rangordningen. Studierna syftade ofta till att bevisa och framhäva den vita rasens överlägsenhet.²⁰

Intresset för begåvningsfaktorerna kom dels från pedagogiken med syftet att förbättra undervisningen och hjälpa barn med inlärningssvårigheter och dels från arvshygienens företrädare som avsåg eugeniska möjligheter.

Intelligens ansågs möjlig att kvantifiera med hjälp av enkla test och begreppet blev därmed användbart för rangordning av individer efter samma

²⁰ Gould S. Den felmätta människan, Bonniers Grafiska Industrier AB., Stockholm 1983.

värdeskala. Den förknippades med förmågan till ett autonomt fungerande och hanterande av vardagskrav på ett tillfredsställande sätt. *Sinnesslöhet* användes som uttryck för låg intelligens och intog en mellanställning mellan hälsa och sjukdom. Enligt steriliseringslagens eugeniska och sociala indikation ansågs sinnesslöhet vara ett skäl för att tillstyrka sterilisering²¹. Begreppet sinnesslöhet förutsatte personen att "*vara ur stånd*", eller att vara "*uppenbart olämplig*" som vårdare för sina barn, vilket utgjorde den sociala indikationen för sterilisering. (Sinnesslöbegreppet behandlas även i avsnittet om sinnesslölagen). Begreppet sinnesslö lyder enligt English Royal Commission on Mental Deficiency som citerades i den första svenska översättningen av Binet- Simon och Termans tester 1926²²: "*En sinnesslö person är sådan, som på grund av medfött eller i späd ålder förvärvat själsligt lyte är oförmögen a) att stå sig i konkurrensen med sina normala likar eller b) att sköta sig själv och sina angelägenheter med vanlig omtanke.*" I lättare former kunde sinnesslöhet leda till särskoleplacering, i svårare till långvarig vård på speciella sjukhus avdelningar eller anstalter. Det befarades att de lätt eller måttligt sinnesslöa kvinnorna och männen skulle få betydligt fler barn än andra. I förlängningen skulle detta kunna få till följd att antalet svagbegåvade och hjälpbehövande individer skulle öka med en takt som samhällsliga resurser inte kunde klara. Oron var inte lika uttalad kring de personer som led av svårartade begåvningshandikapp och vistades på anstalt åtskilda från det motsatta könet. Dessa hade få eller ingen möjlighet att umgås ensam med någon av motsatt kön. "*Det är alltså utan minsta tvekan i fråga om de sinnesslöa som sterilisering har sin största betydelse. Den i tillämpningsföreskrifterna till steriliseringslagen stadgade skyldigheten för vissa läkare att vidtaga åtgärder för sterilisering har främst till syfte att åstadkomma en ökad sterilisering av sinnesslöa.*"²³ Det ansågs att sinnesslöa saknade förutsättningar att kunna erfarit differentierade, sammansatta känslor av social, etisk, moralisk karaktär, som sanningskärlek, känsla för rätt och orätt, moral. I sin avhandling "Steriliseringar i folkhemmet" analyserar Maja Runcis tillämpning av begreppet "sinnesslö" som "ett mått på sociala och mentala förhållanden" och dess applikation på kvinnor.

Det fanns också ett renhetsideal där ett önskesamhälle bestod av friska vackra människor i ändamålsenliga hygieniska bostäder. Även andra sjukdomar/avvikelser från normen ansågs vara ärftliga och enkla att eliminera

²¹ Råd och anvisningar rörande 1941 års steriliseringslag och abortlag. Meddelanden från Kungl. Medicinalstyrelsen nr 88, 1943.

²² Binet A, Simon Th. Intelligensundersökningar. Almqvist & Wiksell. Uppsala, 1926.

²³ Råd och anvisningar rörande 1941 års steriliseringslag och abortlagen. Meddelanden från Kungl. Medicinalstyrelsen Nr 88, 1943.

genom sterilisering av individer som bar på "dåliga" anlag. Det gällde psykiska sjukdomar, epilepsi, asocialitet, kriminalitet och alkoholism.

5.4 Sinnesslöagen

Under 1920- och 1930-talet utvecklades de nya kunskaperna om intelligenstestning i Sverige. Det ledde till modifiering av skolsystemet genom uppdelning av "sinnesslöa barn" i bildbara och obildbara. Uppskattningsvis ansågs ca 1 % av skolpliktiga barn i behov av specialundervisning på grund av svagbegåvning. Det medförde införande av lagen om vård av bildbara sinnesslöa. I sinnesslöagens första paragraf anges: *"Med sinnesslö förstås i denna lag den, som på grund av bristande förståndsutveckling icke kan tillgodogöra sig folkskolans vanliga undervisning eller hjälpundervisning. Med bildbar sinnesslö avses den, som är mottaglig för sådan teoretisk eller praktisk undervisning, som meddelas i sinnesslöskola. Från lagens tillämpning undantages sinnesslö, som är intagen å sinnessjukhus eller staten tillhörig anstalt för sinnesslöa"*. Den kostnadsfria skolgången blev åttaårig och skulle följas av praktisk utbildning. Barn och ungdomar mellan sju och 21 år omfattades av denna "förmån". Landstingen blev huvudmän för undervisningen och vården av de bildbara sinnesslöa. I varje län skulle finnas en centralanstalt bestående av upptagningshem och skolhem med skola och arbetshem för den praktiska utbildningen. Undervisningen skedde i form av externat och internat. Internatundervisningen var den enda möjliga undervisningsformen för landsbygdens barn på grund av de stora avstånden mellan skola och hem. Internat ansågs vara bättre alternativ för barn med större avvikelser i sitt utseende och uppträdande, kroppsligen kläna, försummade och svåruppfostrade barn. Det förelåg en anmälningsplikt för skolstyrelser och barnavårdsnämnder beträffande sinnesslöa barn sedan lagen trädde i kraft 1945. I samband med ansökningsförfarandet prövades de aktuella barnen med intelligenstest.

Medan det pedagogiska intresset för begåvningsfaktorerna kan sägas ha verkat i positiv riktning för barnen gällde arvshygienikernas intresse för begåvningsfaktorerna något helt annat. Intelligenstesten blev ett redskap vid steriliseringsansökan på eugenisk grund som komplement till information som inhämtades från myndigheter och omgivning. De användes som bekräftelse på att steriliseringsindikation förelåg.

Av särskilt intresse blev gränsdragningen mellan de obildbara och de bildbara sinnesslöa. De obildbara sinnesslöa skrevs in på anstalt. Sterilisering av bildbara sinnesslöa ansågs tidigt särskilt angelägen, eftersom de klarade att leva utanför institutioner. Enligt Medicinalstyrelsens "Råd och anvisningar" till 1941 års lag hade läkare skyldighet att initiera sterilisering

när de i sin yrkesutövning diagnostiserade svagbegåvning hos sina patienter. Utskrivning från anstalten kunde bl.a. för sinnesslöa vara förenat med krav på sterilisering. Under 1970-talet öppnades träningskolor för denna grupp. De bildbara hade undervisningsplikt på särskolor vid öppna eller slutna institutioner.

Det bör påpekas att begreppet "sinnesslö" ej är liktydigt med dagens "psykiskt utvecklingsstörd/hämmad" eller "mentalt retarderad".

5.5 Intelligenstestning

5.5.1 Inledning

I och med att 1934 års lag omfattade endast rättsinkapabla blev det viktigt att ha metoder som kunde urskilja intelligensavvikelser då rättskapaciteten definierades som förmåga att lämna giltigt samtycke till sterilisering. Rättsinkapaciteten kunde ha olika orsaker, varav sinnesslöheten intog en viktig plats. I anvisningarna till ansökningshandlingarna, bilaga III rekommenderades systematisk undersökning av intelligensåldern vid misstanke om intelligensnedsättning. Intelligensmätning användes för bestämning av intelligensåldern. De i Sverige oftast använda metoderna var tester knutna till Terman Merrill, Point Scale och Wåhlén. Terman Merrill's test erfordrades i de fall de andra två testen gav ett resultat av minst 12 år.

Det varnades dock uttryckligen i Råd och anvisningar 21 för att sätta alltför stor tilltro till intelligensmätningar "... Intelligensmätningens betydelse får emellertid ej överskattas."

Läkarens allmänna undersökning av patientens psykiska funktioner kan ge upplysningar av minst lika stort värde som intelligensprövningen, särskilt i fall av mindre höggradig efterblivenhet och vid blandformer av efterblivenhet och psykopati. En sådan undersökning bör därför alltid verkställas och dess resultat i korthet meddelas (fall av djup undermålighet kunna naturligtvis vara så enkla att någon undersökning i egentlig mening ej är behövlig). En naken uppgift om intelligensålder är sällan fullt övertygande och bör ej förekomma."

Intelligens blev ett modeord och det gjordes åtskilliga försök att definiera och systematisera begreppet. Det fanns många fällor; begreppet är svår-gripbart och påverkbart av många faktorer. Det förelåg ingen entydig och enkel definition. Frågan: vad är intelligens? Vad är det man mäter med intelligenstest? sysselsatte många forskare. Brist på entydiga svar hindrade

inte en riklig utveckling av testmetoder. Tidens praktiska/kliniska behov prioriterades framför teoretiska svar.

5.5.2 Krav på testsituationen.

Det ställdes krav både på patient och på testledare. Testsituationen förutsatte vana, skicklighet och professionell hållning. En neutral relation hade väsentligt betydelse för testresultaten. *"Experimentatorn bör uppfylla vissa villkor. Han får icke låta suggerera sig genom upplysningar från andra källor utan bör anse barnet som ett x, som han skall lösa med egna medel. Man bör ha erfarenhet och förtroende till sig själv, innan man drar slutsatser av sina försök, underkasta sig en inledande försöksperiod, under vilken man undersöker minst 20 barn"*, skrev den svenska psykiatern Alf-hild Tamm i förordet till den första svenska översättningen av Binet- Simon och Termans intelligenstester.

På anstalterna utfördes testen oftast av anstaltsföreståndare eller lärare, i särskolan av klassföreståndare eller annan lärare som kände barnen och redan hade en uppfattning om dem. Ofta inhämtades information angående dem som skulle testas från andra källor som barnavårdsnämnd, fattigvårdsnämnd, skola, kyrka och anhöriga. Det kunde förekomma beroendeställning mellan patienter och testledare/informatörer.

Utvecklingspsykologiska faktorer som under första hälften av 1900-talet var ett etablerat, men ej allmänt känt begrepp beaktades inte alltid i testsituationen. Med tiden uppmärksammades dock alltmer mognadsutveckling och möjlig eftermognad hos patienter och elever. I inlagor till ansökningshandlingar kunde diskussioner om detta följas. Det förekom också omtestningar. Dessa kan åtminstone ha tre tänkbara förklaringar: osäkerhet om testens tillförlitlighet, krav på omtestning vid intelligensålder av 12 år, önskan att se eventuell eftermognad. Det är i efterhand svårt att utläsa intentionen. I *"Steriliseringar i folkhemmet"* lyfter Maja Runcis fram det förhållandet att män omtestades i större utsträckning än kvinnor. Det relaterades till att män ofta hade begått kriminella handlingar. De intelligenstestades som del i *"sinnesrannsakning"* vid brottsutredning. De som befanns *"ej i förståndets fulla bruk"* straffriförklarades och dömdes till psykiatrisk vård. De placerades på anstalt och blev senare ofta föremål för steriliseringsutredning inför utskrivning vilket genererade ytterligare testning. Enligt Maja Runcis fanns det anstaltsvana män som hade genomgått flera tester och höjt resultaten efter varje tillfälle.

Kvinnor kom sällan i kontakt med intelligenstester innan en steriliseringsutredning då de inte lika ofta var kriminellt belastade eller vistades på anstalt.

5.5.3 Binets test

På uppmaning av de franska skolmyndigheterna konstruerade Alfred Binet under åren 1905 –1908 några intelligensprov som gjorde det möjligt att skilja de svagt begåvade i skolklasserna från de normalt begåvade. Binet införde begreppet intelligensålder. Han utarbetade noggranna åldersnormer för de olika testen och förde dem samman till en enhetlig åldersskala. Ett test ansågs karaktäristiskt för en viss ålder om det löstes av 65 % av barnen i en ur statistisk synpunkt tillräckligt stor population. Senare har den sk intelligenskvoten (IK) använts som mått på den testades intelligens. Theodor Simon²² (1873- 1961) fransk psykiater och medarbetare till Binet, vidareutvecklade Binets tankegångar

5.5.4 Terman-Merills test.

Författarna till testen Lewis Terman och Maud Merill ansåg att dessa skulle ge en uppfattning om en individs förmåga att anpassa sitt tänkande till nya situationer. Terman definierade intelligensen som förmågan till abstrakt tänkande. Intelligensen ansågs vara en ärftlig egenskap, tämligen konstant hela livet, åtminstone i vuxen ålder.

Den i Sverige under den aktuella tiden mest anlitade testmetoden var Terman-Merills metod, från början avsedd att användas av psykologer, läkare, socialarbetare och lärare. Testen visade sig mycket användbara för barn och ungdom, men hade sin begränsning vid bedömning av vuxna vilkas skolgång låg långt tillbaka i tiden. Testerna var konstruerade för att upptäcka och diagnosticera inlärningsproblem och lämpade sig inte för personer äldre än 15 - 16 år.

Terman-Merills test infördes i Sverige av skolpsykiatern Alfhild Tamm och pedagogen/ läkaren Alice Hellström 1926. Alice Hellström standardiserade testmetoden för svenska förhållanden. Testet uppdaterades återkommande för att vara kliniskt aktuellt. Testerna bestod av fem deluppgifter anpassade efter ålder från 2 eller 3 år till vuxen ålder och med stigande svårighetsgrad. Den testade skulle klara deltester till och med sin egen åldersnivå. Syftet var att förbättra skolundervisningen och hade inget samband med arvshygien.

I instruktioner till testerna ges uttryck för förståelse inför testsituationens känslighet och de fel som kan uppstå: *"Nödvändiga villkor för att provningen skall lyckas. – Först och främst bör man arbeta i ett tyst och avsides liggande rum. Man skall vara ensam med det barn som undersökes. Man behandlar den som undersökes vänligt, stirrar icke på honom, när man ställer frågorna. Om han förefaller blyg försöker man inge honom*

tillförsikt, icke blott genom att använda en vänlig röst utan också genom att taga till de prov som mest ha tycke av lek.Man börjar alltid med ett prov som passar åldern eller utvecklingsnivån. Om man genast tar till svåra prov, slår man ned barnets mod. Äro begynnelseproven däremot för lätta, så framkallar man dess förakt. Det får den föreställningen att man driver med det och anstränger sig följaktligen icke."

Vidare fanns noggranna instruktioner angående protokollets ifyllande. Förutom alla personuppgifter, tid och plats skulle omständigheter av vikt nedtecknas så snart testningen var klar. Av vikt ansågs bland annat vara barnets skolgång, antal kamrater, föräldrars sociala ställning, uppväxtmiljö (landsbygd – stadsmiljö).

Om barnet klarade intelligenstesten som motsvarade dess ålder, bedömdes intelligensen som medelgod; hög om det hade en intelligensålder som med ett år eller flera översteg den kronologiska levnadsåldern. Barnet ansågs efterblivet om intelligensåldern med ett år eller flera understeg åldern. Samtidigt underströks att ett barn ej borde betraktas som undermåligt om intelligensåldern ej uppmättes till mer än två år under biologiska åldern. Intelligenskvoten (IK) utgör intelligensåldern uttryckt i procent av levnadsåldern. I Alice Hellströms svenska bearbetning av "Terman & Merills test " anges $I\dot{A} 12 = IK = 80$.²⁴

Sinnesslöhetens övre gräns hade IK-värde på 75. De angivna gränserna kunde diskuteras. Även personer med högre intelligenskvot än 75 kunde uppvisa sådana drag att de behövde vård på sinnesslöanstalt. Andra med intelligenskvot under 75 kunde klara sig utan samhällets försorg. En långsam reduktion av intelligensen förmodades inträffa efter 20-25 årsåldern, vilket rekommenderades att ta hänsyn till vid testning av vuxna individer. Följande beteckningar användes enligt den svenska bearbetningen av Terman & Merills test

²⁴ Terman L, Merill M, svensk översättning och bearbetning Hellström A.. Es-selte, Stockholm, 1967.

IQ	Beteckning
Över 140	Snille eller "nästan snille"
120–140	Mycket överlägsen intelligens
110–120	Överbegåvning
90–110	Normal eller genomsnittsintelligens
80–90	Dumhet, knappt att hänföra till undermålighet
70–80	Gränsfall, ibland betecknade som dumhet, ibland som undermålighet
	Under 70 avgjord undermålighet eller sinnesslöhet
50–70	Debil (för vuxen intelligensålder 7-11 år)
20-25–50	Imbecill (för vuxen intelligensålder 3-7 år)
Under 20-25	Idiot (för vuxen intelligensålder <2-3 år)

5.5.5 Intelligenstestning av vuxna

Önskan om en möjlighet att skatta vuxnas intellektuella resurser, utmynnade i utarbetandet av intelligensbestämningsmetoder efter en annan princip, så kallade poängmetoder. I ett test bestående av delfrågor bedömdes individens åldersnivå efter hur stor poängsumma han/hon uppnått i hela provet, oberoende av vilka delfrågor han/hon klarat. Ett för vuxna konstruerat individualtest, vilket främst kunde användas för testning av intellektuellt efterblivna, var *Point Scale*.²⁵ Detta översattes av Axel Wåhlén 1924, förkortades och anpassades för svenska förhållanden från en amerikansk förebild. Wåhlén var överläkare och sjukhuschef vid Västra Marks sjukhus 1932 – 1958. Detta sjukhus hörde till kategorien statliga sinnessjukhus för "asociala och imbecilla" och även "straffriförklarade" kvinnor.

Point Scale utsattes för mycket kritik redan under sin samtid. Försök att ytterligare förfina poängskalemetoden gjordes av Wåhlén, som 1938 utgav sin egen intelligensbestämningsmetod. *Wåhléns test* i sin originalutgåva "*Experimentell intelligensundersökningsmetod*", Örebro 1938 rekvirerades direkt från författaren - Dr A. Wåhlén, Västra Marks sjukhus Örebro. Wåhléns och Point Scale erhöll officiellt erkännande genom att omnämnas vid föreskrifterna för handhavandet av undersökningar för steriliserings- och abortutlåtanden.

Wåhléns metod omfattade 50 frågor ordnade i 8 grupper. Wåhléns test var med sin enkla metodik liksom Point Scale lätthanterlig och ej tidskrävande. Egenskaperna uppskattades i daglig klinisk verksamhet och bidrog

²⁵ Lindberg, B J. Intelligensbestämning enligt "Point Scale" och Wåhléns metod. Göteborg, 1942.

sannolikt till att de användes vid testning av sinnesslöa på institution. Samtidigt ifrågasattes behovet av två snarlika testmetoder som båda led brist på exakthet.

Ytterligare ett för vuxna avsett intelligenstest var CVB skalan, vilken utarbetades för pedagogiska mätningar av Torsten Husén. I undantagsfall användes detta test i steriliserings-sammanhang.

5.5.6 Intelligenstestning -slutord

Vid tillkomsten av steriliseringslagen och de första årtiondena av dess tillämpning gällde arvsbiologiska tankegångar inom den rådande vetenskapen och samhällsplaneringen. Sterilisering av svagbegåvade och på andra sätt avvikande individer som kunde ligga samhället till last ansågs vara effektiv metod att minska utbredning av sådana tillstånd.

Intelligenstestning, som ursprungligen skulle tjäna pedagogiskt syfte för skolbarn, användes vid undersökning av s.k. sinnesslöa individer i samband med steriliseringsansökan för att eventuellt styrka eugenisk indikation. Intelligenstestningen gav upphov till flera felkällor. Vissa testfrågor kunde lättare besvaras av stads- än landsortsbor, många av de testade kom från torftiga förhållanden och hade ofullständig skolgång. Omständigheter som uppväxtsmiljö, föräldrarnas ekonomi och testvana hos den undersökte torde ha påverkat resultaten. Testsituationen kunde upplevas stressfylld då det aktuella resultatet blev avgörande för den testades framtid (utskrivning från institution, sterilisering etc.). Gränsen mellan rättskapabel/rättsinkapabel låg så högt som 12 år = 75- 80 poäng nära gränsen för lindrig sinnesslöhet. Ovan nämnda förhållanden kunde utgöra en allvarlig risk att personer skattades för lågt.

Intelligenstester återfanns även i senare tids ansökningsakter, men tycktes ej ha samma betydelse då medicinsk indikation var den mest tillämpade. Möjligen "vägde" testresultaten över i någondera riktning vid beslutet.

5.6 Epilepsi

"Epilepsi eller fallandesjuka har sedan urminnes tider betraktats som en särpräglad sjukdom. Under vissa perioder har epilepsi uppfattats som ett gudarnas straff, under andra perioder har man ansett att gudarna själva talat genom den sjuke. På grund av det "stora" anfallets bisarra och dra-

*matiska karaktär finns tillståndet beskrivet i många äldre medicinska skrifter..”*²⁶

Man talade om epileptisk sinnessjukdom med möjliga depressiva eller manodepressiva inslag och om epileptisk demens med "sinnesslöhet" som följd. Inte sällan förekom beskrivningar som avspeglade teorier att personer med epilepsi utmärktes av särskilda personlighetsdrag.

Sverige fick genom en bestämmelse från 1757 ett förbud för personer med epilepsi att gifta sig. Ett upphävande av förbudet övervägdes i samband med ny äktenskapslagstiftning under tiden för första världskriget. Någon ändring skedde inte då. Under 1900-talet krävde läkare flera gånger ett upphävande av äktenskapsförbudet. Äktenskapshindret var således föremål för stark kritik under 1930-talet bland annat från den då ledande gestalten i svensk psykiatri, Bror Gadelius.

Två decennier senare, 1950, publicerade Carl Henry Alström²⁷, sedermera professor i psykiatri vid Karolinska Institutet, en omfattande diskussion om epilepsibegreppet såväl ur medicinsk som samhällelig och juridisk synpunkt. Alström redogjorde för hur hans arbete initierades av läkarnas professionella svårigheter då de vid utredning och behandling av epilepsi ställdes inför lagens krav att patienterna ej hade tillstånd att gifta sig. I många fall tedde detta äktenskapsförbud sig enligt hans mening som orimligt och felaktigt.

Han beskrev hur epilepsi hade indelats på olika sätt utifrån bestämmelsen från 1757. En första indelning gällde sjukdomsförloppen, där skillnad gjordes mellan epilepsi med dålig prognos (idiopatisk epilepsi) och epilepsi med god prognos (sympatisk epilepsi). Indelningsgrunderna ändrades sedermera till att avse eventuella orsaker (s k symptomatisk epilepsi tillkom) och begreppen endogen (dvs inifrån kommande orsak) och exogen (utifrån kommande orsak) introducerades. Eftersom många sjukdomsförlopp talade för att den idiopatiska formen av epilepsi (dvs den med dålig prognos) kunde ge personlighetsförändring och orsakades av inifrån kommande faktorer, ansågs orsaken följaktligen vara ärftlighet. Sådana resonemang ledde enligt Alström till att äktenskapsförbudet vid epilepsi kom att kvarstå vid översynen av äktenskapslagstiftningen under första världskriget och att epilepsi också, trots invändningar från delar av läkarkåren, kom att omfattas av steriliseringslagstiftningen.

Av Alströms mycket omfattande arbete framgick att tidigare antaganden om ärftlighetens betydelse vid epilepsi inte hade vetenskapligt stöd. Under 1950- och 1960-talen vann denna uppfattning successivt större insteg och

²⁶ Nationalencyklopedin, band 5 sid 562, 1995.

²⁷ Ahlström C.H. A study of epilepsy and its clinical, social and genetic aspects, Stockholms 1950.

äktenskapsförbudet upphävdes 1969. Mot den redovisade bakgrunden kom epilepsi som skäl för eugenisk indikation också att minska kraftigt redan från mitten av 1950-talet.

5.7 Psykisk sjukdom och psykiatrisk vård

Med psykisk sjukdom avses sådan psykisk/beteendestörning som förknippas med långvarigt subjektivt lidande som medför funktionsförsämring i ett eller flera viktiga avseenden. Detta gäller i första hand schizofreni eller "schizofreniliknande tillstånd", allvarlig affektstörning som vid djup depression eller mano-depressiv sjukdom, allvarlig ångest- och tvångssjukdom.

Vården av psykiskt sjuka människor erbjöd fram till 1950-talet få möjligheter till egentlig behandling och präglades av erfarenheter att många psykiska sjukdomar tenderade att bli kroniska samt uppfattningen att allvarligt psykiskt sjuka var besvärliga och även kunde vara farliga för omgivningen. Sedan länge fanns dock kunskap om att många sjukdomstillstånd – t ex vid manodepressiv sjukdom – hade en övergående karaktär och att det också fanns "lättare" psykiska sjukdomar. Mot den bakgrunden var vårdtiderna relativt korta även för många patienter vid sinnessjukhusen och detta gällde än mer de psykiatriska kliniker som från 1930-talet växte fram vid olika centrallasarett. Från denna tid tillkom också en expanderande öppen vård och familjevård (arbete hos familj, ofta på lantgård, under hjälpverksamhetsläkares översinseende) inom ramen för sinnessjukhusens hjälpverksamhet. Den helt dominerande delen av den psykiatriska vården var dock under nästan hela den för kartläggningen aktuella perioden koncentrerad till en sluten vård vid anstalter och vårdhem med ett stort antal patienter (i vissa fall upptill 1000-tals).

Vårdprinciperna varierade mycket inom och mellan olika sjukhus – från en inriktning att lugna och passivisera patienterna till en mer aktiv inriktning med olika former av sysselsättningsterapi. Behandlingsmässigt famlade man närmast i mörker med en tendens att genast tillgripa vad som rapporterats som lovande möjligheter: feberbehandling och insulinkoma vid schizofreni, sömnkurer där patienterna fick ligga i mörkklädda enkelrum i åtskilliga dagar, från slutet av 1940-talet även hjärnkirurgiska ingrepp som lobotomi. Under dessa förhållanden kom även ett viktigt terapeutiskt framsteg som ECT-behandling (elektrokonvulsiv behandling, sk elchock) att ofta användas oövertänkt och osystematiskt på ett sätt som ännu belastar denna behandling som av många alltfjämt anses som värdefull i rätt sammanhang.

Först under 1950-talet tillkommer på bredare front behandlingsmetoder som haft bestående betydelse med en karaktär som i dagens terminologi kan betecknas som "evidens-baserad". Det gäller utvecklingen av psykofarmaka

som hibernal och andra neuroleptika vid behandling av schizofrenier och andra psykotiska tillstånd samt från senare delen av 1950-talet tillkomsten av tofranil och andra antidepressiva medel för behandling av depressioner. Det är även först under denna period som den psykiatriska vården successivt påverkas av humanistiska och psykodynamiska synsätt samt mer systematiska socialpsykiatriska insatser.

Psykisk sjukdom var relativt ovanlig som indikation för sterilisering. Under de första decennierna av steriliseringslagarnas tillämpning lades dock stor tonvikt vid efterhörande av förekomst av psykisk sjukdom i sökandes släkt. Beskrivningar av hereditet varierade i steriliseringsakterna från noggrann redovisning av släkträd till lakoniska uppgifter som *"en moster lär ha vistats på sinnessjukhus"*. Liknande tendens ses i läkarintygens återgivande av den sökandes psykiska status. Målande skildringar, distinkta diagnoser och kortfattade meddelande avlöser varandra. Psykiatrisk diagnostik med sin mångtydighet och inexakthet kunde i sig bereda svårigheter. Det var ej ovanligt att psykiatrisk vokabulär användes i nedsättande syften.

5.8 Psykopatibegreppet

Ett begrepp som beredde särskilda diagnostiska svårigheter och tilldrog sig psykiatriernas intresse var psykopati. Psykopatibegreppet diskuterades ofta under 1900-talets första årtionden och beskrevs då i termer som "Anlagsbetingad abnormitet och psykisk abnormitet"²⁸. Det ansågs att psykisk sjukdom inte alltid inverkade på intelligensen utan kunde bestå i en förändring inom känslolivet eller karaktären. En alternativ benämning till psykopati blev "moral insanity" där brister i moral och social anpassning poängterades. Psykopati ansågs vara ärftligt betingad. Under en period kom begreppet sociopat att ersätta begreppet psykopat.

På 1920-talet började man bl.a. inom barn- och ungdomspsykiatri att intressera sig för miljöns effekt på barn med uppförandeproblem och vanartighet. När det gällde barn kom psykopatibegreppet under en tidsperiod att bli ett samlingsbegrepp för dessa barns symptombild. De första hemmen för psykopatiska barn öppnades i Sverige i slutet av 20-talet.

Psykopati ingick bland steriliseringsindikationer såsom *"annan rubbning av själsverksamheten"*. I och med formuleringen i 1941 års lag tillkom *"asocialt levnadssätt"* som en grund för social indikation. I det tidigare aktmaterialet förekom begreppet psykopati ibland samtidigt som begreppet sinnesslöhet.

²⁸ Fried I. Mellansjö skolhem licavhandling. Stockholm 1992

5.9 Medicinska och psykologiska kategorier – slutord

Arvsygienisk ideologi påverkade 1934 och 1941 års steriliseringslagar. Lagstiftningen var också präglad av hänsyn till de ännu inte födda barnen och oro över de uppväxtförhållanden som väntade dem. En förmyndaraktig omsorg om kvinnorna gjorde sig gällande. Många av de berörda kvinnorna var flerbarnsmödrar med en tung livssituation, ej sällan gifta med alkoholiserade män som föga bidrog till familjens försörjning.

Begreppet sinnesslö användes om personer som med hjälp av tester eller andra bedömningsgrunder ansågs svagbegåvade. Enligt arvsygienisk forskning ansågs det möjligt att begränsa antalet svagbegåvade genom sterilisering. Läkare rekommenderades att diagnostisera svagbegåvning hos sina patienter och initiera ansökningar om sterilisering, enligt Medicinalstyrelsens "Råd och Anvisningar" till 1941 års lag²⁹.

Intelligenstestningen utformades i början av 1900-talet i pedagogiskt syfte. Testen kom också att användas som redskap för att konstatera svagbegåvning och ingick rutinmässigt i dåtida undersökningar i samband med ansökan om sterilisering. Av särskilt intresse ansågs gränsdragningen mellan "bildbara och obildbara sinnesslöa". "De bildbara" ansågs klara ett liv utanför institution och därmed angeläget komma ifråga för steriliserande åtgärd. Utskrivning från institution kunde vara förenad med villkor om sterilisering. Det ursprungliga syftet med testningarna som utvecklats för att identifiera personer med behov av särskilt stöd kom att frångås. I stället kunde det förekomma att personer identifierades i repressivt syfte.

1938 års abortlag reglerade sterilisering som villkor för abort i fall av eugenisk indikation. Många ansökningar om sterilisering var samtida med ansökning om abort.

Denna möjlighet tillämpades frekvent fram till 1946, då abortlagen utvidgades med social- medicinsk indikation. Abort med uttryckligt villkor om sterilisering minskade sedan i antal, enligt Socialstyrelsens uppgifter förekom den inte efter 1964.

Från 1950-talet ersattes eugenisk indikation för sterilisering allt oftare med medicinsk. I dess formulering "svaghet hos kvinna" tolkades in psykisk ohälsa med social grund. Vanligheten av kategorin "utsläpad moder" är ett exempel på att det ofta var fråga om en omformulering av vad som i realiteten var en typ av "social indikation". Förskjutning av indikationer markerade ideologisk förändring och avspeglade vetenskaplig utveckling.

²⁹ Råd och anvisningar angående 1941 års steriliseringslag och abortlagen. Meddelanden från Kungl. Medicinalstyrelsen Nr 88, 1943.

Begrepp som utsläpad eller graviditetsrädd antydde psykosocial omsorg om kvinnan. Social- psykiatriskt synsätt med tillämpning av medicinsk indikation dominerade under 1960- och 1970-talen. Ansökningsakterna speglade tendens till familjeplanering där införandet av perorala antikonceptionsmedel kom att bli betydelsefullt. Allt fler kvinnor förvärvsarbetade och önskade större inflytande över hela sin situation. Förändring i tillämpning av steriliseringslagen föregrep den faktiska tillkomsten av ny abort- respektive steriliseringslag (1974 respektive 1976).

6 Social indikation och sociala kategorier i urvalet

1941 års steriliseringslags sociala indikation definierades enligt följande: "...där någon prövas på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller ock på grund av asocialt levnadssätt vara för framtiden uppenbart olämplig att handha vårdnaden om barn". Personer som ansökte om sterilisering prövades med hänsyn till sin lämplighet som föräldrar. De sökandes psykiska status och intelligens liksom social anpassningsförmåga undersöktes. Trots att tecken till asocialitet med missbruk, kriminalitet och sexuell opålitlighet hos den sökande återfanns förhållandevis ofta i ansökningsakterna under de tidiga perioderna tillämpades den sociala indikationen som ensam indikation i endast en mindre av fallen. Kombination av social och eugenisk eller medicinsk indikation var betydligt vanligare.

Vid läsning av steriliseringsansökningarna, i synnerhet de tidiga, framkommer att majoriteten av de sökande hade lågavlönade lågstatusyrken och att det rådde bristfällig ekonomi i många hushåll, flera erhöll ekonomiskt understöd. Sannolikt motsvarar bilden i stora drag socioekonomiska förhållanden i Sverige vid den tiden.

Professor Gunnar Inghe beskrev i boken "Den ofärdiga välfärden"³⁰ att drygt 3% av befolkningen erhöll ekonomiskt understöd 1962, åren innan var andelen ännu högre. Understödsdagarna rekryterades i ökad utsträckning från familjer där föräldrarna själva haft understöd i barndomen. Majoriteten av bidragstagarna led av ohälsa; nervösa besvär och ryggbesvär förekom oftast. Andra anledningar till understödsbehovet var arbetslöshet, stor försörjningsbörda, misskötsamhet i familjen, låga inkomster. Det förelåg också en stegrad belastning i form av alkoholmissbruk och tidigare asocialitet. Ensamma kvinnor och ensamma mödrar med flera minderåriga barn löpte den största risken att bli varaktiga socialhjälpfall. Mannens försörjningsplikt gentemot familjen var lagreglerad och underlåtelse av denna kunde leda till placering på arbetshem.

³⁰ Inghe G., Inghe M-B. den ofärdiga välfärden. Tidens förlag. Folksam, Stockholm 1967.

Behov av ekonomiskt understöd till familjen, särskilt långvarigt sådant dokumenterades i ansökningsakter initierade av fattigvårdsstyrelser och barnvårdsnämnden. Det framgår inte explicit att sterilisering skulle utgöra villkor för fortsatt understöd, däremot att myndigheten ville undvika ytterligare ekonomisk belastning i form av nya barn. I ett fåtal ansökningshandlingar har dock framgått att sterilisering kunde ingå som villkor för mödranhjälpen (se i övrigt Mattias Tydén's rapport för steriliseringsutredningen).

Kvinnans sociala villkor som omvårdnad av många barn, fattigdom, trångboddhet, ibland bristande stöd från en sjuklig eller alkoholmissbrukande make uppmärksammades i steriliseringsansökningar. Sterilisering föreslogs ofta som ett sätt att kunna avlasta eller begränsa kvinnans börda.

7 Etniska och sociala grupperingar och medborgarskap

7.1 Inledning

De ledande arvsbiologerna under 1930-1940-talen menade att fattiga, arbetslösa, utslagna, ensamma mödrar, tattare, homosexuella och utvecklingsstörda tillhörde nationens "*slaggprodukter*". Även skribenter som Alva och Gunnar Myrdal förordade en "*utsovring av höggradigt livsodugliga individer*" genom ett "*ganska skoningslöst steriliseringsförfarande*", för att uppnå social välfärd. Samhället skulle ta hand om och fostra individen. Det fanns en stark tilltro till experter och specialister med vilkas ledning ett starkt och friskt samhälle skulle byggas. Den vetenskapliga kompetensen ansågs ge moralisk rätt att ingripa i människors liv. Enskilda medborgare skulle underordnas samhällets krav. De människor som kom i åtnjutande av samhällets stöd förväntades också ge något tillbaka. Sterilisering ansågs vara ett medel för att förhindra att vissa ärftligt mindervärdiga såsom de kriminella ökade i antal.

Med hänsyn till vad som nu sagts har det varit angeläget att genom kartläggningen försöka få svar på i vilken utsträckning vissa underprivilegerade grupper och etniska minoriteter utsattes för sterilisering mot sin vilja. Grupper av människor som betecknades "*tattare*", "*zigenare*", "*lappar*" och "*vagabonder*" hör dit. Gemensamt för dessa var att deras livsstil och ofta kringvandrande levnadssätt avvek från gängse sociala normer. Kartlägningsarbetet har försökt belysa i vilken utsträckning dessa grupper återfanns bland de steriliseringssökande. Kriterium för att tillhöra någon av grupperna har i kartläggningen varit att den sökande själv eller anhörig uttryckligen betecknats som tattare, zigenare etc. I steriliseringsansökan kunde exempelvis läsas: "kom från känd tattarsläkt". Oftast framkom att dessa sökande livnärde sig på yrken som hästhandlare, gårdfarihandlare, diverse/skrothandlare. I avsnitt 9.4.6 redovisas kartläggningens resultat i denna fråga. Av resultatet framgår att begreppet *tattare* har återfunnits i flera ansökningsakter under period två. Skäl finns därför att beskriva detta begrepp något närmare här.

7.2 Begreppet tattare

I Sverige liksom i övriga Norden har det funnits och finns släkter och grupper av individer som idag kallas/kallar sig själva "resande". Tidigare har dessa människor, som ej har levt ett bofast iv och försörjt sig på sysslor som ej ansetts attraktiva för de bofasta, betecknats av omgivningen med olika nedästående benämningar som "tattare", "skojare", "tavringar" eller "fanter". Grupperna har levt i samhällets utkanter, utstötta och föraktade.³¹ Beteckningen "tattare" är vanligast förekommande i ansökningshandlingar och kommer därför att användas i denna framställning. Det var en vedertagen beteckning som användes av läkare och sociala myndigheter. Begreppen "resande" respektive "tattare" måste således hållas isär (se Mattias Tydén's rapport för steriliseringsutredningen) som en egen, självvald benämning respektive omgivningens etikett.

Det har rått olika meningar om tattarens ursprung. Vissa forskare³², har framfört åsikten att tattare var en social grupp, förenad av sociala mekanismer som t.ex. samma sociala status, samma yrken, och inte att de är en etnisk grupp förenad av samma ursprung. Tattare skulle då kunna vara ättlingar till missanpassade, asociala eller kriminella som av ekonomiska eller andra orsaker utslöts ur samhället. Andra forskare³³ har ansett att tattare härstammar från romer som immigrerade från andra delar av Europa på 1500-talet.

Det var inte heller under 1930- och 1940-talet klart vilka "tattare" egentligen var; benämningen användes godtyckligt om personer som ansågs föra ett vagabonderande liv. Från skilda håll uppkom önskemål om registrering av tattarna. Socialstyrelsen fick av regeringen i uppdrag att utreda "tattarfrågan". En undersökning som skulle belysa vilka tattare var, företogs vid Statens Institut för Rasbiologisk Forskning 1943, under ledning av institutets chef professor Dahlberg. Undersökningen visade att det inte var möjligt att ur antropologisk synvinkel säga att en person var tattare eller att deras sociala problem kunde särskiljas från andra. Under våren 1944 verkställdes en allmän inventering av tattarna i Sverige³⁴. Polismyndigheterna samlade in uppgifter om 2.000 hushåll omfattande 8.000 "tattare". Inventeringen gav också svaret att det fanns många eller få "tattare" beroende på vad som avsågs. De som ägnade sig åt det "ansågs" "allmänfarliga levnads-

³¹ Svanberg I. I samhällets utkanter. Om "tattare" i Sverige. Center for Multi-ethnic Research, Uppsala University - Faculty of Art, 1987.

³² Heymowski A. "Swedish Travellers" and Their Ancestry. A Social Isolate or an Ethnic minority? Avhandling, Uppsala, Almquist & Wiksell, 1969.

³³ Etzler A. "Zigenarna och deras avkomlingar i Sverige", avhandling, 1944.

³⁴ Inghe G. Klientelet på arbetshemmen. En socialpsykologisk utredning om försumliga försörjare och störande understödstagande, Stockholm, 1949.

sätt" ansågs vara endast 1000 personer. Inventeringar och undersökningar gav alltså klen svar på frågan vilka eller hur många "tattarna" var. Tattarnas normsystem och sätt att leva ansågs ha såväl ärftliga som miljömässiga orsaker. *"Frånsett den säregna biologiska belastningen i tattarsläkterna, är det ju rimligt, att den speciella gruppbildning och gruppmentalitet, som utmärker tattarna, kan disponera för missanpassning av olika slag gentemot eljest gällande beteenderegler"*³⁵.

Sterilisering av tattare, liksom andra "asociala element" diskuterades under 1930-, 1940-talen men blev inte lagstadgad. Omdömen i steriliseringsansökningar tyder på att tattarens "oförmåga" till socialt accepterat liv ofta förknippades med "sinnesslöhet" liksom vid andra "socialt avvikande" tillstånd.

³⁵ Svensson B. Bortom all ära och redlighet. Nordiska museet. Stockholm 1993.

8 Institutionsvård

Sterilisering var vanligt förekommande vid utskrivning från institution. En kort redovisning av institutionsvård kan därför vara av värde som en bakgrund.

Det har alltid ansetts att psykisk sjukdom berör fler än den sjuke själv och det har setts som en samhällsuppgift att skydda familjen och omgivningen från farligt och störande beteende hos den sjuke. Fattig/äldrevården, sinnessjukvården ansågs exempelvis vara en kommunal angelägenhet. Varje kommun skulle hålla en fattigstuga, senare ålderdomshem. På större fattigvårdsinrättningar fanns det barnhem och ibland även skyddshem för vanartiga barn. Sedan medeltiden har det funnits hospital i städer, initialt inrättade för spetälska, men där man även tog hand om störande psykiskt sjuka. Asylavdelningar för obotligt psykiskt sjuka inrättades vid sekelskiftet 1900. Begreppen hospital och asyl togs bort i och med 1929 års sinnessjuklag och ersattes med sinnessjukhus. På sinnessjukhusen vårdades individer som bedömdes vara i behov av isolering från samhället, antingen p.g.a. uttalad psykisk problematik, farlighet för sig själva eller andra. Flera nya sinnessjukhus byggdes under första hälften av 1900-talet³⁶. Överblivna kaserner kunde tack vare läkaren Alfred Petréns initiativ disponeras av den statliga sinnessjukvården³⁷. Även sinnesslövarden utvidgades från 680 platser år 1900 till 11 000 platser år 1950. De s.k. obildbara sinnesslöa placerades på asyl. På 30-talet ersattes benämningen asyl med vårdhem. För de s.k. bildbara sinnesslöa fanns det uppfostringsanstalter. Arbetshem inrättades för dem som efter uppfostringsanstalten ej ansågs klara ett arbete utanför anstalten. Benämningen uppfostringshem ersattes med skolhem på 30-talet. Både sinnessjukhus och sinnesslöanstalt kunde drivas av staten/kommunen/lands-tinget. Dessutom fanns det anstalter i privat regi.

Vid anstalter ansvarade en föreståndare för patienternas vård. Läkarna arbetade som konsulter. Anstalterna och vårdinrättningarna inspekterades regelbundet av utomstående läkare ofta tillsammans med kurator. Dessa personer granskade ett större antal institutioner för att få kunskap om lokalernas standard och vårdens kvalitet. Oftast bokfördes utförd inspektion utan

³⁶ Åman A. Om den offentliga vården. Liber förlag, 1976.

³⁷ Petrén A. Läkare, nykterhetsman, socialdemokratisk ledamot genomdrev bl.a. att överblivna kaserner fick disponeras av den statliga sinnessjukvården.

kommentarer, men det kunde också finnas upplysningar såsom³⁸ *"Litet – ganska dystert hem, för mellansvårt klientel". "Andan varm och säkert är man snäll mot pat. Skulle passa bra för gamla gubbar, som inte har behov av så mycket rörlighet eller sysselsättning". "Föreståndare NN har ingen som helst utbildning, verkar som helhetsintryck inte särskilt lämplig. Är en konturlös – slapp typ. Skötsel och noggrannhet verkar vårdslös. Patienternas pengar – ingen bokföring. Hemmet består av en fallfärdig villa, belägen i skön trädgård vid sjö. Pojkarna rör sig fritt på området"*.

Patienterna som vistades på institution sågs som en potentiell samhällsfara, dels genom sitt avvikande eller särpräglade beteende och bristande sociala anpassning dels genom sina möjligheter att reproducera sig och öka antalet avvikande. Män och kvinnor vistades ofta på olika institutioner och hade därmed begränsad möjlighet att umgås med varandra. Könsisolering på institution ansågs vara ett bra sätt att förebygga reproduktion. På de statliga sinnessjukhusen fanns avdelningar för sinnesslöa kvinnor och män. Avdelningarna låg väl åtskilda från varandra. Parallellt med dessa fanns det öppna och slutna sinnesslöanstalter innefattande skolhem, arbetshem och vårdhem. Institutionsvården uppfattades som kostsam och det rådde platsbrist. Trots detta ökade antalet diagnostiserade sinnessjuka och sinnesslöa stadigt för att nå en topp i slutet av 1940-talet. Med hjälp av sterilisering ansågs många av de institutionsbundna kunna skrivas ut, utan risk att föda "undermålig avkomma" som de dessutom ej ansågs kunna vårda. Ansökan om sterilisering blev mer eller mindre rutin vid utskrivningsförfarande på institutioner. Enligt vedertagen praxis på många institutioner ställdes sterilisering som villkor för utskrivning, en praktik som inte reglerades i steriliseringslagen. Detta kritiserades av JO 1947³⁹ men ledde ej till någon dokumenterad förändring. Institutionsforskning⁴⁰⁴¹ belyser att sterilisering förutom villkor för utskrivning från institutionen medförde andra förmåner som permission, frigång, arbete utanför institutionen etc. Detta gällde främst för de manliga institutionerna där sterilisering ingick som moment i behandlingsutbudet.

I och med en förändrad syn på de utvecklingsstörda och deras rättigheter minskades sinnesslöanstaltarnas betydelse på 1960-talet. Många anstalter stängdes. De som i vår undersökning vårdades på anstalt på 1960- och 70-talen vistades mestadels på sinnessjukhus. Efter det att staten 1967 överlämnat specialsjukhusen och specialsärskolorna till landstingen infördes rätt

³⁸ Förteckning över anstalter, Socialstyrelsens arkiv.

³⁹ Tydén M, Historisk rapport på uppdrag av utredningen.

⁴⁰ Jönsson L-E, Det terapeutiska rummet, avhandling Carlssons förlag, Stockholm 1998.

⁴¹ Eivergård M. Bör först steriliseras, Fem uppsatser om sterilisering i Sverige, Ugglan 12, 2000.

för alla utvecklingsstörda barn till förskola. De tidigare s k obildbara barnen fick rätt till träningskola. Antalet utvecklingsstörda som fick omsorger i mitten av 1970-talet hade fördubblats på 15 år.⁴² På sinnessjukhusen förändrades diagnospanoramats benämningar på tillstånd som sinnesslöhet, debilitet, imbecillitet blev ovanliga. Psykiatriska/social-psykiatriska diagnoser som neuros, och psykisk insufficiens framträdde i stället.

⁴² Grunewald K. Medicinska omsorgsboken. Natur och kultur, 1996.

9 Resultat från kartläggningen. Ett urval av 2088 akter

9.1 Delfråga 1: Antalet steriliserade

9.1.1 Nationell statistik

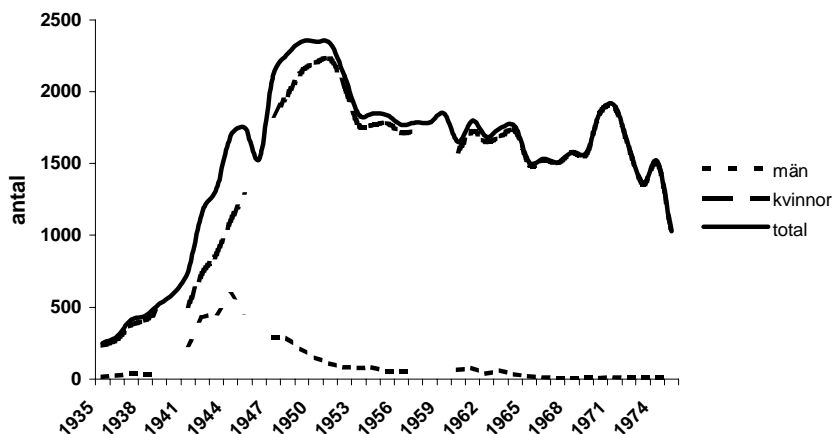
Som tidigare framgått har antalet verkställda steriliseringar (efter tillstånd av Medicinal-/Socialstyrelsen eller sk. tvåläkarintyg) enligt offentlig statistik uppgått till 62 888 personer. I kartläggningen bestående av 2088 steriliseringsansökningar har 94 % fått tillstånd av Medicinal/socialstyrelsen till sterilisering. Något färre blev steriliserade, 88% av urvalet fick steriliseringsoperationen verkställd. Den approximering som kan göras från urvalet stämmer med den offentliga statistiken beträffande antalet steriliseringar.

Från den offentliga statistiken har följande siffror hämtats:

- 1935–1939 steriliserades 138 män och 1778 kvinnor totalt 1916 personer
- 1940-1975 steriliserades totalt 60 972 personer
- 1935-1975 steriliserades totalt 62 888 personer, varav 58 500 kvinnor och 4 400 män.

Diagram 2

Antal steriliserade 1935-1975 män och kvinnor



Antalet verkställda steriliseringar för män och kvinnor enligt den offentliga statistiken åren 1935 - 1975

Flertalet av de män och kvinnor som ansökte om steriliserande operation fick Medicinalstyrelsens tillstånd till detta. Under första perioden fick oavsett kön ca 80 % tillstånd och under andra perioden 95 %. Därefter ser förhållandet olika ut för män och kvinnor. Det förefaller som om det blir allt svårare för de få män som ansöker om sterilisering att få tillstånd till operation. För kvinnor däremot var det ovanligt med avslag under de senare perioderna. Se tabell 2.

Ett mindre antal personer vägrade operation eller tog tillbaka sin ansökan. Under den senaste perioden saknas ibland information huruvida operationen blev verkställd eller ej. De flesta operationer verkställdes utan komplikationer trots att det för kvinnors del innebar en bukoperation. I de fall komplikationer inträffade rörde det sig oftast om banala feberinfektioner, gallstensanfall etc. Se tabell xx

Två dödsfall har beskrivits i operationsberättelserna. I det ena fallet rörde det sig om en ung pojke med Downs syndrom. Samband mellan operation och dödsfall är oklart.

Särskilt riskfylld var kombination av abort och steriliseringsoperation. På 1930-talet redovisades i diskussioner om abort och sterilisering på Läkaresällskapet i samband med Befolkningskommissionens rapport en dödlighetssiffra på 1-2%.⁴³ Vid Steriliseringsutredningen 1974 uppskattades

⁴³ Hagenfeldt K. Preventivmedel, abortmetoder, steriliseringsmetoder 1934-1974. Bilaga x.

mortalitetsrisken i samband med steriliseringsingrepp till 20 - 30 fall per 100.000 ingrepp. De sjunkande talen bör tolkas som uttryck för en väsentligt förbättrat sjukvård och en förfinad operationsteknik.

Tabell 2 Tillstånd till steriliserande operation. Operations verkställande och förlopp

	Period 1 1935 – 1941		Period 2 1941 - 1952		Period 3 1953 – 1963		Period 4 1964 - 1975	
	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %	Män %	Kvinnor %
Tillstånd från med/socstyr	N=13	N=28	N=145	N=482	N=25	N=714	N=11	N=670
Ja	77	78,5	95	94,5	84	90	73	95
Återtagen	0	0	0	0	0	1	0	0
Nej	23	18	5	5	16	8	27	3
Uppgift saknas	0	3,5	0	0,2	0	1	0	1
Tillstånd, op verkställd	N=10	N=22	N=138	N=455	N=21	N=645	N=8	N=638
Ja	77	75	82	83	76	81	36	81
Vägran	0	0	2	1	0	1	0	1,5
Nej	23	22	14	12	20	10	27	4,5
Uppgift saknas	0	3	2	4	4	8	36	13
Postoperativt förlopp	N=10	N=21	N=119	N=401	N=19	N=576	N=4	N=543
U.a	77	71,5	66	76	64	75,5	27	70
Kompl	0	0	1,5	3	0	2,3	0	3
Uppgift saknas	23	28,5	32,5	21	36	22	73	27

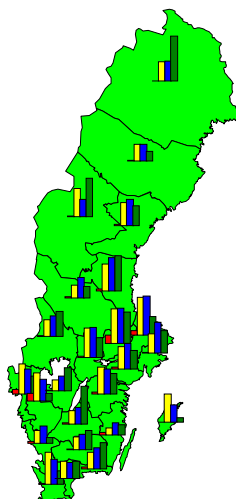
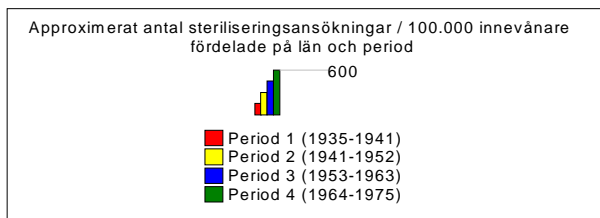
9.1.2 Geografisk fördelning

I olika sammanhang har det framförts att det skett fler steriliseringar i västra Sverige än på andra håll i landet (Fotnot Maja Runcis Steriliseringar i folkhemmet). Med hjälp av det insamlade materialet och den offentliga befolkningsstatistiken har antalet steriliseringsansökningar per 100.000 invånare kunnat beräknas uppdelade efter de aktuella tidsperioderna och efter den då aktuella länsindelningen. Dessa har därefter schematiskt "plottats ut" på en Sverigekarta. Som framgår av kartan (bilaga 1) skedde huvuddelen av steriliseringarna under åren 1941-1975. I befolkningstäta län eller i län där det fanns mentalsjukhus och större vårdinstitutioner skedde steriliseringar också under den första perioden 1935-1941. Dessa län var framför allt Göteborgs och Bohuslän, Jönköpings län, Uppsala län, Västmanlandsländs län.

Steriliseringar förekom även vid mindre sinnes-slöanstalter, i Blekinge, Kalmar, Södermanlands, Östergötlands, Stockholms, Örebro, Västernorrlands, Västerbottens, Norrbottens län. En förteckning över sinnesslöanstalter från 1950-talet bifogas rapporten.

Bilden förändrades under tid; från mitten av 1950-talet skedde alltfler steriliseringar utan anknytning till anstalter. Ansökningar skrevs i samband med öppenvårdskontakter, steriliserande ingrepp skedde på närliggande sjukhus. I Norrbottens län, Jämtlands län, Gävleborgs (Hälsinge-Gästriklands) län, Värmlands län, Jönköpings län, och Blekinge län skedde flest steriliseringar under den sista perioden, 1964 – 1975. Vid denna tidpunkt användes framför allt socialmedicinska indikationer, eugenisk indikation förekom mer sällan. Steriliseringar skedde vid centrallasaretten eller andra större sjukhus på centralorten. Det är svårt att förklara olikheter i den geografiska spridningen som varför Norrbotten hade högst frekvens steriliseringar under sista perioden. Ett skäl kan vara att vetenskapliga innovationer och ideologiska förändringar inte nådde landsbygden lika snabbt som större städer, ett annat att det längre rådde svåra sociala förhållanden på landsbygden. Skälen till sterilisering kunde då vara önskan att avlasta kvinnans hårt pressade situation. Ytterligare skäl kunde finnas i den på 1960- och 1970-talen ökade invandringen från Finland.

Således skedde flertal steriliseringar i anknytning till större anstalter i Göteborgs och Bohuslän men även i Mellansverige under de första årtiondena av steriliseringslagarnas tillämpning. Under senare tid då steriliseringar tillstyrktes i samband med öppenvårdskontakter blev spridningen jämnare över landet. Mot slutet tycks fler steriliseringar ha skett på landsbygden än i storstäderna, vilket kan ha orsakats av kvardröjande inövad praxis i kombination med relativt stor social belastning för kvinnorna och deras familjer. Resultaten får dock tydas med yttersta försiktighet då antalet steriliseringsansökningar funna i respektive län är lågt.



Nedanstående tabell 3 visar antalet steriliseringansökningar i absoluta tal fördelade länsvis

Län	Antal	Antal	Antal	Antal
STOCKHOLMS LÄN	3	83	155	132
UPPSALA LÄN	2	23	27	15
SÖDERMANLANDS LÄN	1	19	24	19
ÖSTERGÖTLANDS LÄN	2	38	38	32
JÖNKÖPINGS LÄN	1	14	20	48
KRONOBERGS LÄN	0	8	10	13
KALMAR LÄN	2	7	11	10
GOTLANDS LÄN	0	7	4	1
BLEKINGE LÄN	1	10	13	17
KRISTIANSTADS LÄN	0	19	17	19
MALMÖHUS LÄN	0	76	65	41
HALLANDS LÄN	1	8	12	4
GÖTEBORGS OCH BOHUS LÄN	7	66	62	51
ÄLVSBORGS LÄN	10	41	33	13
SKARABORGS LÄN	0	11	15	24
VÄRMLANDS LÄN	1	18	26	30
ÖREBRO LÄN	1	29	32	23
VÄSTMANLANDS LÄN	5	27	33	34
KOPPARBERGS LÄN	1	14	24	13
GÄVLEBORGS LÄN	2	31	41	43
VÄSTERNORRLANDS LÄN	1	27	31	22
JÄMTLANDS LÄN	0	17	10	20
VÄSTERBOTTENS LÄN	0	15	16	9
NORRBOTTENS LÄN	0	18	21	48

1.1 Delfråga 2: Antalet ansökningar initierade av annan än den sökande

1.1.1 Statistisk

Frågan har besvarats genom att analysera ansökningshandlingarnas rubriker för vem som var initiativtagare till ansökan. För tiden fram till 1941, gällde (som tidigare redovisats) två olika intyg. Resultatet av sammanställningen framgår av tabell 4. Som framgår nedan förelåg egen ansökan i 46 % av fallen under denna tidsperiod. Övriga kom från förälder, läkare/institutionsföreståndare, förmyndare. (Det bör observeras att de totala antalet genomgångna akter för denna period endast är 41 stycken).

Intyg (bilaga)I utfärdades nästan lika ofta av make/maka, föräldrar/förmyndare som föreståndare/läkare på institution.

Tabell 4. Ansökningshandlingar under period I (1934 - 1941).

Ansökan om sterilisering Kvinnor + män N=41 %	Bilaga I (Socialutredning) Kvinnor + män N=41 %	Bilaga II (Läkarutlåtande) Kvinnor + män N=41 %
Egen ansökan	46,5	Make/maka 22
Föräldrar	5	Förälder 20
Läkare/förest inst	12	Förmyndare 2,5
Förmyndare	7	Social myndighet etc. 14,5
Social myndighet	27	Föreståndare etc. in- stitution 29
Annan	2,5	Läkare 2,5
		Kyrkoherde 2,5
		Provinsialläkare 41
		Psykiater 59

Enligt kartläggningen har ansökningshandlingarna oftast varit egenhändigt undertecknade av den som ansökan avsåg. Under de första decennierna initierades ansökan oftast av myndigheter och myndighetspersoner och de sökande var ofta intagna på institution/anstalt. Unga ogifta män och kvinnor dominerade. Under fjärde och sista perioden kom ansökningarna övervägande från gifta flerbarnsmödrar.

För tiden efter 1941 gällde att ansökan om sterilisering kompletterades med information från anhöriga och andra enligt bilagorna I och II. Genom att sammanställa dessa bilagor har frågan besvarats om antalet som steriliserades utan att det förelåg en egen ansökan för var och en av de tre tidsperioderna mellan 1941 och 1975 (tabell 4).

Som framgår av tabell 5 inkom 32 % av männens resp. 13 % av kvinnornas steriliseringsansökningar på initiativ av någon annan än den sökande under åren 1941 – 1952. Sådana ansökningar minskade påtagligt under perioden 1953 – 1963 till 8 % för männen resp. 4 % för kvinnorna. Under den sista perioden inkom inga sådana ansökningar för männen resp. 1 % för kvinnorna. Under tiden 1941 – 1975 kom 7 % ansökningar för män och kvinnor på annans initiativ.

Tabell 5. Sökande enligt 1941 års steriliseringslag

	Period 2 1941 - 1952		Period 3 1953 - 1963		Period 4 1964 - 1975	
	Män N=145 %	Kvinnor N=482 %	Män N=25 %	Kvinnor N=714 %	Män N=11 %	Kvinnor N=670 %
Ansökan						
Egen	68	87	92	96,5	100	99
Anhörig	1	2,5	4	1	0	0,5
Myndighet	31	10,5	4	3,2	0	0,5
Institutionsvistelse						
Ja	74	24	48	7	27	2
Nej	26	76	52	92,5	73	97,5
Uppgift saknas	0	0	0	0,5	0	0,5

Det vanligaste var att anhöriga tillstyrkte sterilisering. Uppgifter om avstyrkande från föräldrar/makar/förmyndare har tillsammans förekommit i 2-3 % av samtliga ansökningar i urvalet. Oftast har bilaga I undertecknats av make/maka, förälder och föreståndare/läkare på institution. Under senare perioderna har denna nästan uteslutande undertecknats av make/maka. (tabell 6).

Tabell 6 Vilka yttrade sig i bilaga I

	Period 2	Period 3	Period 4
	Kvinnor + män N=627 %	Kvinnor + män N=739 %	Kvinnor + män N=681 %
Make/maka	48	76	77
Förälder	11	2,5	1,5
Förmyndare	2	1	0,4
Föreståndare institution	8	0,5	0,1
Läkare institution	17	4	0,9

1.1.2 Ett karakteristiskt fall

Nedanstående ansökan exemplifierar ett för den aktuella tiden typiskt ansökningsförfarande:

Föreståndarinnan för ett vårdhem ansöker hos Medicinalstyrelsen om sterilisering av en 20-årig kvinnlig elev: *"får undertecknad i egenskap av föreståndarinna å xx vårdhem anhålla att å X.X. måtte utföras steriliserande operation etc."*, bevitnad av två tjänstgörande personal.

Medicinalrådsassistent xx svarar följande: *"Till föreståndarinnan å xx vårdhem. I ansökning hos medicinalstyrelsen den xx xx 1940 har Ni anhållit om tillstånd till sterilisering av XX, född 1920. Då XX är underårig skall hennes fader beredas tillfälle att yttra sig, varför jag enligt uppdrag får be Eder skyndsamt inkomma med sådant yttrande från fadern eller därest han ej vill yttra sig i ärendet inkomma med bevis att han beretts tillfälle därtill."*

I ansökan finns brev från Barnavårdsnämnden:

"Till Kungliga Medicinalstyrelsen i Stockholm. På begäran av föreståndarinnan vid vårdhemmet xx hava vi sökt förmå fadern till flickan XX att lämna sitt medgivande till dotterns sterilisering. Såsom framgår av bilagda intyg har fadern vare sig velat lämna sådant medgivande eller i övrigt yttra sig för eller emot steriliseringen. Han har helt överlämnat åt dottern att avgöra saken. På tjänstens vägnar, byråföreståndare."

Intyg från två undertecknade barnavårdsassistenter bifogats:

"Häri genom intygas att ladugårdskarlen XX... och dennes hustru XX..., genom undertecknade fått underrättelse därom, att ansökan gjorts hos Medicinalstyrelsen om tillstånd att å deras dotter XX, född xx 1920, måtte få utföras steriliseringsoperation, samt att makarna XX därvid vägrat lämna sitt samtycke till åtgärden under motivering, att deras dotter själv finge avgöra saken och att de själva inför henne icke ville stå till svars för att ha lämnat medgivande."

Den 20-åriga flickan underskrift medföljer: *"Härmed intygas att jag, XX, är villig till att underkasta mig sterilisering; XX vid vårdhemmet xx."*, underskriften bevitnad av tjänstgörande personal.

Ansökans intyg I utfärdades av föreståndarinnan vid vårdhemmet.

Beträffande "den sjukes släktförhållanden" framkommer:

"XX födde ett gossebarn xx 1939. Barnet är fysiskt och psykiskt efterblivet. XXs mor är imbecill, en broder är sinnesslö och intagen på anstalt. En morbror är periodsupare."

Vidare om "den sjukes levnadsförhållanden och föregående hälsotillstånd: *"Vårdad i föräldrahemmet tills hon intogs å skyddshem...1935. Har genomgått sex klasser i folkskolan. Konfirmerad 1937. Utpräglad karaktersvaghet. Stark sexualdrift. Begåvning under medelmåttan."*

Intyg II skrives av ortens provinsialläkare. Psykisk status sammanfattas: *"Tankeförlopp raskt. Omdöme gott. Inga sinnesvillor, eller tankevillor. Inga tvångstankar. Tycker att det är lite deklasserande för henne att bli steriliserad, eftersom hon trott att sådan åtgärd vidtages endast beträffande sådana som äro "litet bakom"*

Intyget avslutas *"Jag anser mig kunna göra ett bestämt tillstyrkande."*

Det förekom även att föräldrarna tillstyrkte ansökan:

"Undertecknade föräldrar till AA, född xx1939 som för närvarande vistas å Allmänna Barnbördshuset få härmed värdsamt anhålla, att vår dotter blir steriliserad. Som skäl för vår önskan vilja vi särskilt anföra, att flickan som två gånger varit intagen på skyddshem utan att bättra sig, är vanartig och trots många förmaningar fört ett sedeslöst liv. När hon nu också själv medger operation, hoppas vi som hittills haft mycket tråkigt för flickans skull, att vår anhållan måtte bifallas."

AA som var 21 år vid ansökans tillkomst undertecknade denna själv. Hon var gravid och sökte samtidigt aborttillstånd. AA saknade höger hand och fingrar på vänster hand, varför hon ansågs ej kunna sköta sitt ofödda barn.

1.1.3 Kuratorernas och psykiatrikernas betydelse

I och med att kuratorerna allt oftare ansvarade för den sociala utredningen kom ärendena att skötas med kunskap och rutin. I akterna framkommer att samma parkonstellationer av kurator och psykiater samarbetade i årtal. Den sociala utredningen/bilaga II utfärdades under period 3 (1953-1963) till 85 % och under period 4 (1964-1975) till drygt 90% av kuratorer (tabell 7)

Tabell 7. Intygsskrivare till bilaga II

	Period 2	Period 3	Period 4
	Kvinnor + män N=627 %	Kvinnor + män N=739 %	Kvinnor + män N=681 %
Make/maka	18,5	4,1	0,7
Förälder	8,6	0,4	0,1
Förmyndare	0,3	0,1	0
Socialnämnd etc	7,5	2,7	0,1
Kurator	34,1	85,3	94,4
Föreståndare/uppsyningsm. etc.	18,2	2,5	0
Läkare/sjuksköterska	6,7	2,7	0,7
Kyrkoherde	0,3	0,1	0
Annan	5,8	0,5	0
Uppgift saknas	0	1,6	4

Läkare med svensk läkarlegitimation hade befogenhet att utfärda bilaga III. Läkarundersökningen var av central betydelse för ansökningsförfarandet. Den utfördes framför allt av psykiatrer tjänstgörande vid öppna psykiatriska mottagningar eller vid olika anstalter/institutioner. Provinsialläkare förekom mestadels i början av perioden. Somatiska läkare vid den medicinska vården och gynekologer förekom allt oftare i slutet av perioden, men det var framför allt psykiatrer som ombesörjde bilaga III. Öppna mottagningar fanns med eller utan anknytning till sjukhus. På sjukhus fanns de vid psykiatriska kliniker, i övrigt vid rådgivningsbyråer, mentalvårdsbyråer, RFSU och liknande. Mot slutet av perioden saknas ofta uppgifter om läkarens specialitet och tjänsteställe. Det finns inte underlag för att förvänta att fördelningen är annorlunda än för de läkare för vilka sådana uppgifter finns. Andelen psykiater inom öppenvård tycks öka under period 4. (tabell 8)

Tabell 8. Intygsskrivare till bilaga III

	Period 2 Kvinnor + män N=627 %	Period 3 Kvinnor + män N=739 %	Period 4 Kvinnor + män N=681 %
Läkarkategori			
Provinsialläkare	34,5	17,5	11
Psykiater	64	72	57,5
Uppgift saknas	1,5	10,5	31,5
Läkares tjänsteställe			
Institution/psykvård	36	9	2,5
Öppenvård/somatisk vård	63	80	66,5
Uppgift saknas	1	11	31

1.1.4 Ansökningsformuläret

Bilaga II-blanketten undertecknades i början av ansökningsperioderna av andra än nära anförvanter och myndighetspersoner. Det kunde också vara släktingar och grannar i enlighet med Medicinalstyrelsens anvisningar "*denna bilaga kan undertecknas av vem som helst, som överhuvudtaget vet något om den till sterilisering föreslagna*".

Från Medicinalstyrelsen krävdes att ansökningshandlingarna var kompletta. Ofullständigt ifyllda handlingar returnerades för komplettering. Det förväntades av de närstående att de skulle yttra sig. Samtidigt påpekades att avståndstagande från den anhörige lämnades utan åtgärd. Ett avstyrkande behövde alltså inte påverka beslutsfattarna "*Medicinalstyrelsen är därför*

vid sin prövning icke bunden av en eventuell avstyrkan. Initiativ till sterilisering behöver sålunda icke stoppas, därför att en make eller en fader vägrat sitt samtycke till åtgärden hos hustru respektive underårigt barn"¹. På 1940- och 1950-talen utfärdades bilaga II vanligen av make, maka, föräldrar till sökanden. Det framgår av akterna att ovanstående ibland fick hjälp av myndighetspersoner "Det inträffar tyvärr icke sällan, att uppgifterna i bil. II äro alltför knappa, detta särskilt om den avgivits av mindre skrivkunniga intygsskrivare. Önskvärt är därför, att kuratorer och andra socialfunktionärer biträda vid avfattandet av detta intyg."

Från slutet av 1950-talet och framåt utfärdades bilaga II övervägande av socialkurator. Bilaga II som har karaktär av en social utredning utgör kartläggning av sökandens psykosociala omständigheter. Förfrågan hos den lokala fattigvårds/barnavårdsnämnden, kyrkan, skolan, distriktssköterskan/barnmorskan angående eventuella kontakter med sökanden, tidigare behov av myndighetsingripanden eller stöd, förmåga att tillgodogöra sig skolundervisning och konfirmationsundervisning, ingick i den sociala utredningen på 1930-, 1940- och 1950-talen. Ibland krävdes ett hembesök. I akterna kunde utförliga beskrivningar av såväl "prydliga" som "bedrövliga" hemmiljöer påträffas.

På 1960- och 1970-talen lades stor vikt vid äktenskap och samlevnad. Gängse preventivmedelmetoder var inte tillfredsställande och ansvaret för preventionen lämnades ofta till kvinnan. P-pillren introducerades 1964. I akterna därefter framkom att kvinnorna oroade sig för de biverkningar som blodpropp, viktökning och dysfori. Äktenskapets upprätthållande tycktes vara av vitalt intresse. Steriliserande operation sågs som en möjlighet att underlätta samlivet mellan makarna och därmed äktenskapets fortbestånd. Kuratorerna hade i regel ett samtal med maken för att informera och inhämta dennes åsikt om innebörden av ett ev steriliseringsingrepp och dess konsekvenser för äktenskapet.

1.2 Delfråga 3: Indikationer för sterilisering

1.2.1 Statistik

Den medicinska indikationen dominerade över hela perioden 1941-1975, i synnerhet från 1950 och framåt (period 3 och 4) och kom att omfatta fram-

¹ Råd och anvisningar rörande tillämningen av 1941 års steriliseringslag och abortlagen, reviderad upplaga nr 93, 1947.

för allt psykisk utbrändhet, psykisk insufficiens men hade också en klar social grund. Den medicinska indikationen förekom i 75% av steriliseringsansökningarna under perioden 1941-1975; under de sista 10 åren (1965-1975) i 93%.

I tabell 9 åskådliggörs hur indikationerna förskjuts från att rubriceras som eugeniska/sociala till att övervägande rubriceras som medicinska.

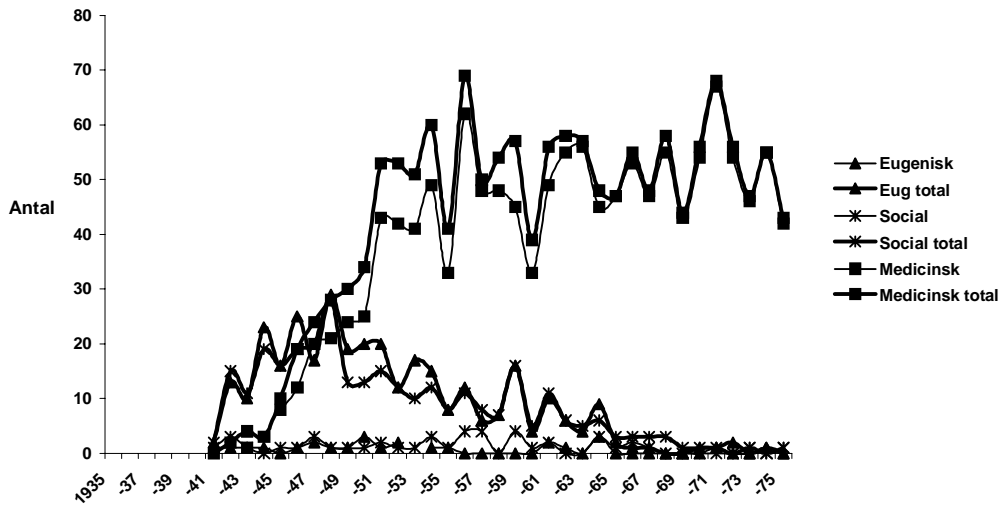
Tabell 9. Indikationer för sterilisering enligt ansökningshandlingar under tre perioder

	Period 2 1941 - 1952		Period 3 1953 - 1963		Period 4 1964 - 1975	
	Män N=145 %	Kvinnor N=482 %	Män N=25 %	Kvinnor N=714 %	Män N=11 %	Kvinnor N=670 %
Indikationer						
Eugenisk	9,7	3,1	24,0	0,7	18,2	0,7
Social	4,8	3,3	12,0	2,8	0	1,3
Medicinsk	0,7	40,7	0	72,7	0	90,7
Eugenisk + Social	82,1	30,7	60,0	7,4	27,3	0,9
Eugenisk + Medicinsk	0,7	8,9	0	6,6	9,1	1,0
Social+Medicinsk	0	3,9	0	3,6	9,1	1,2
Eugenisk+Medicinsk+Social	0	6,4	0	3,2	0	0,4
Avslag/ångrat sig	0,7	1,2	4,0	2,4	9,1	2,8
Uppgift saknas	1,4	1,7	0	0,6	27,3	0,7

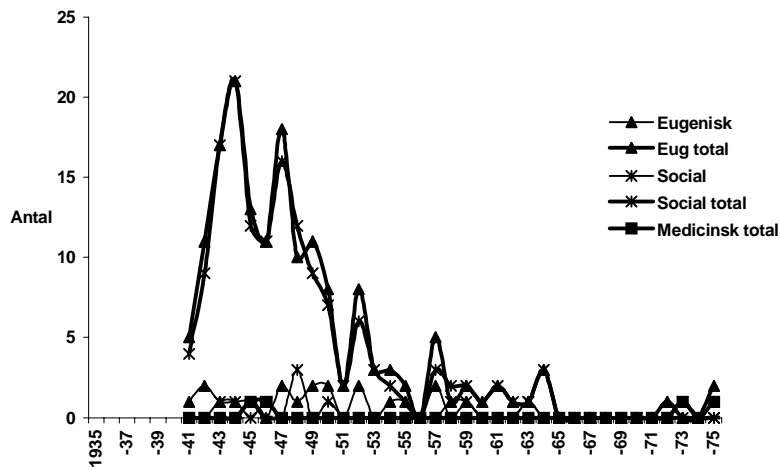
De olika indikationerna illustreras även grafiskt med absoluta tal där det går att följa indikationerna år för år kvinnor och män.

Diagram 3

Indikationer över tid kvinnor

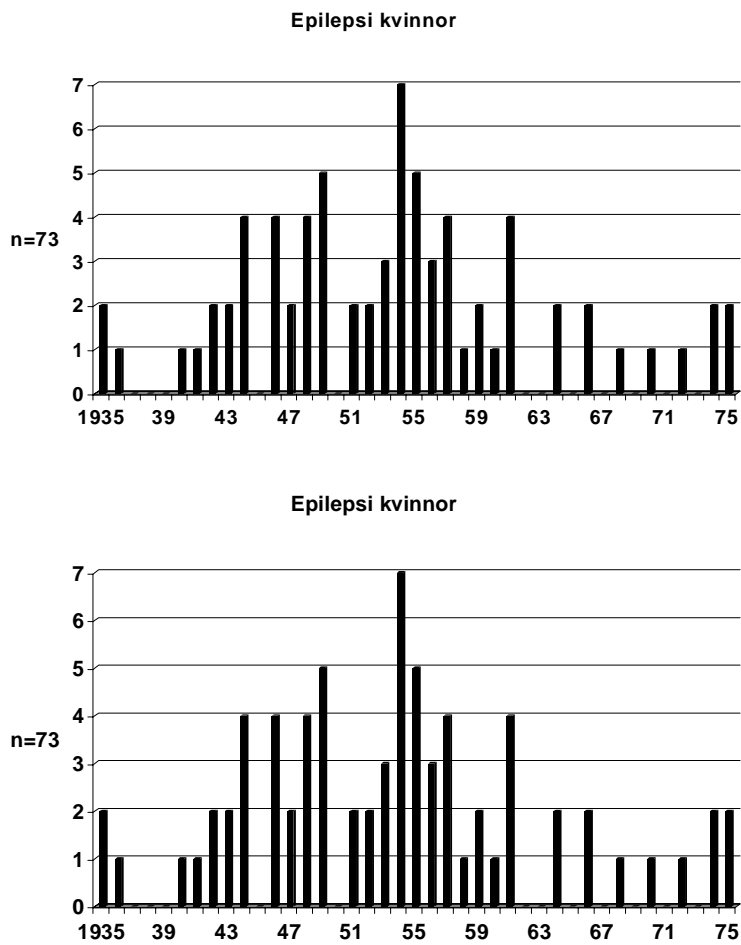


Indikationer fördelade på år män

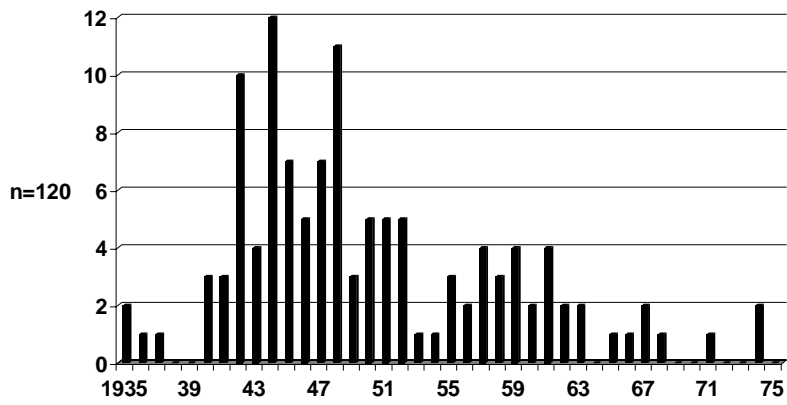


Figur 4 visar hur de olika diagnoserna epilepsi, psykopati, psykisk sjukdom och sinnesslöhet hos kvinnor användes under lagarnas tillämpningstid.

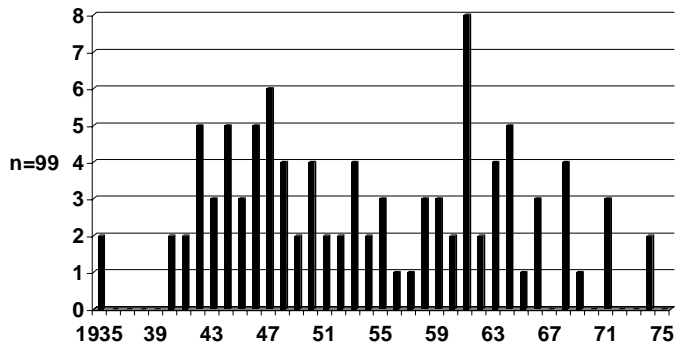
Figur 4

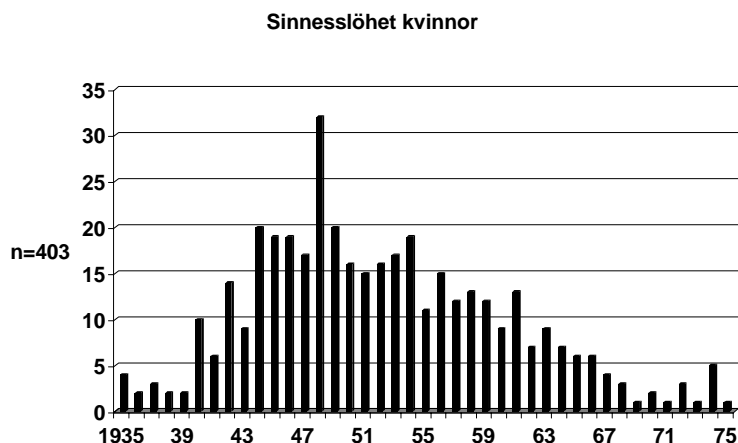


Psykopati kvinnor



Psykisk sjukdom kvinnor





1.2.2 Kommentarer

Genomgången av lagtexter, ansökningsförfarande, samt Medicinalstyrelsen/Socialstyrelsens beslut talar för att ansökningarna enligt 1934 års lag följde dess intentioner. 1934 års lag avsåg endast rättsinkapabla. Eugenisk och social eller endast eugenisk indikation tillämpades oftast. Den vanligaste grunden för eugenisk och social indikation var bedömning att personen var sinnesslö. Olika myndigheter medverkade till ansökan. Det är sannolikt att beroendeförhållande förekommit mellan den sökande och den som bistått vid ansökan oberoende om det varit anhörig eller offentlig tjänsteman. Mycket talar för att en stor del av ansökan dikterades av myndighetspersonen även när den sökande hade själv undertecknat ansökan. Samtidigt togs i förarbetena till lagen bestämt avstånd från fysiskt våld i samband med ansökningsproceduren.

Under 1934 års lag tillämpades tvåläkarbeslut för sterilisering av sinnesslöa. Enligt 1941 års lag däremot inbegrep tvåläkarbeslut en så svårartad kroppslig sjukdom att den vid graviditet förväntades medföra allvarlig risk för kvinnans liv och hälsa. Förfarandet enligt 1934 års lag möjliggjorde att rättsinkapabla steriliserades mot sin vilja medan 1941 års lag också gav läkare/kuratorer tillfälle att visa omsorg om kvinnan utifrån ett medicinskt/socialt perspektiv.

I Medicinalstyrelsens protokoll finns omfattande diskussioner kring beslut i vissa komplicerade fall. I dessa utlåtanden finns såväl allmänmänskliga som yrkesmässiga resonemang. Det är troligt att den typen av diskussion också var policygrundande och ledde till att steriliseringsbesluten påverkades av medicinska och sociala framsteg.

Läkare hade således uppenbara skyldigheter enligt steriliseringslagarna. De skulle igenkänna och diagnostisera svag begåvning och psykisk sjukdom hos sina patienter och aktivt verka för sterilisering i förekommande fall. Enligt lagen krävdes läkarundersökning vid samtliga steriliseringsansökningar.

Det förefaller samtidigt som om lagens anvisningar tillämpades på olika sätt av olika läkare i skilda delar av landet.

I materialet framkommer genom åren en intresseförskjutning från ett arvsbiologiskt synsätt till ett socialt, socialmedicinskt och medicinskt. I ansökningsakterna från de tidigare perioderna fokuserade läkarna sitt intresse på den sökandes intellektuella funktion.

Utsläpad moder var en diagnos som fick flitig användning från 50-talet och framåt. Den syftade i första hand på en mångföderska i en socialt utsatt situation. Beteckningen utsläpad moder som omfattade den sökandes sociala situation användes ofta för att motivera medicinska indikationen "svaghet" hos kvinnan. Under de två senare perioderna dominerade socialmedicinska frågeställningar i steriliseringsansökningarna; den medicinska indikationen kom att bli den vanligaste. Kvinnspecifika sjukdomar och problem lyftes fram. Läkaren kunde beskriva åderbräck, ryggvärk, dåliga blodvärden och trötthet. Ansökningar tillstyrktes av humanitära skäl och i förebyggande syfte.

Under den sista perioden fanns också ett antal män som ansökte om sterilisering av ideologiska skäl. Dessa fick dock avslag då den medicinska indikationen inte var tillämplig på män och då de inte uppfyllde kriterierna för bifall enligt de eugeniska eller sociala indikationerna.

1.3 Delfråga 4. Uppgifter om de steriliseringssökande

1.3.1 Könsskillnader i urvalet

Ansökningsakterna för hela tidsperioden 1935-1975 fördelas mellan könen i följande proportion: 9 % (194) män och 91% (1894)kvinnor.

Andelen kvinnor som sökte sterilisering ökade med tiden, andelen män minskade (Tabell 9).

Tabell 9 Andelen män och kvinnor som ansökte om sterilisering 1935 - 1975

	Period 1 1935 - 1941		Period 2 1941 - 1952		Period 3 1953 - 1963		Period 4 1964 - 1975	
	Män N=13 %	Kvinnor N=28 %	Män N=145 %	Kvinnor N=482 %	Män N=25 %	Kvinnor N=714 %	Män N=11 %	Kvinnor N=670 %
Ansökan	32	68	23	77	3	97	2	98

Steriliseringslagen 1934 omfattade endast sk rättsinkapabla män och kvinnor. Majoriteten av dessa befann sig på institution vid tiden för ansökan, där ansökan ofta initierades av en föreståndare, läkare eller annan vårdpersonal (se avsnitt om institutionsvård). Det förekom att föräldrar på eget eller annans initiativ ansökte om sterilisering för sina minderåriga hemmaboende barn.

Även i början av tillämpningen av 1941 års steriliseringslag vistades många av de sökande kvinnor och män på institution. De flesta var unga, ogifta och utan barn, men där fanns även ogifta kvinnor med barn.

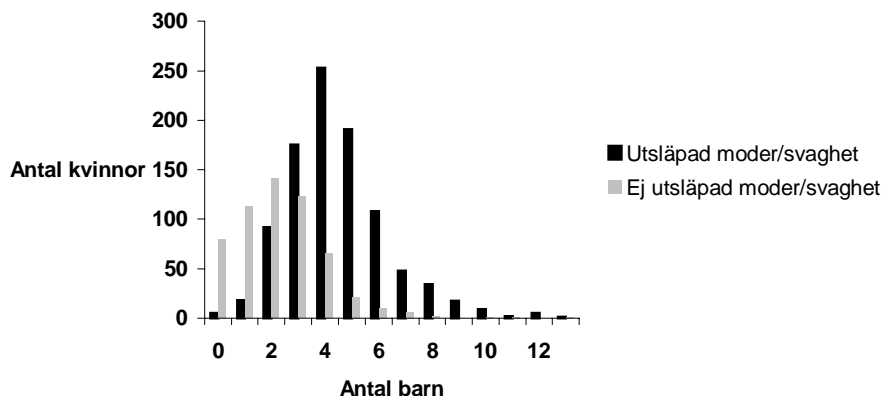
Kvinnor

Av de kvinnor som ansökte om sterilisering enligt 1941 års lag (1941-1975) gavs tillstånd enligt medicinsk indikation för 82 %. Män hade enligt lagen ingen möjlighet att få tillstånd till sterilisering enligt denna indikation.

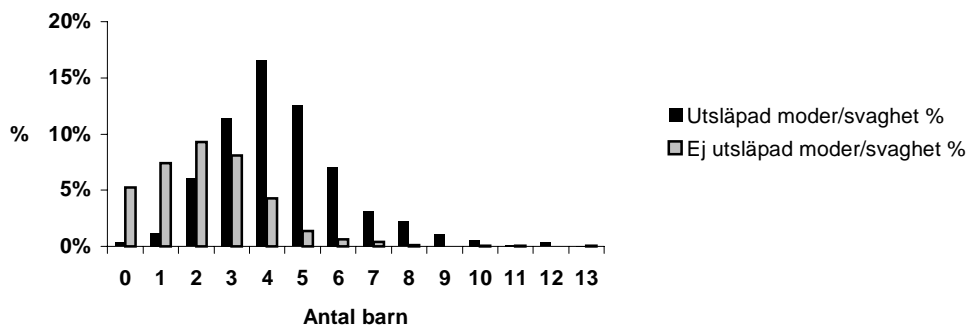
Endast ca 5 % av de kvinnor som steriliserades på medicinsk indikation hade tillskrivits diagnosen psykisk sjukdom som schizofreni eller allvarlig depression. Mer än hälften tillskrevs dock psykiska insufficienssymtom som lättare nedstämdhet, nervösa besvär, asteni etc. Ungefär tre fjärde-delar betecknades som "utsläpade mödrar". Bedömningen att en kvinna var "utsläpad" var den vanligaste orsaken till att den medicinska indikationen/svaghetsindikationen ansågs föreligga från 50-talet och framåt.

Diagram 5

Antal barn hos kvinnor med indikationen utsläpad moder respektive icke utsläpad moder



Antal barn hos kvinnor med indikation utsläpad moder/svaghet respektive icke utsläpad moder/svaghet i %



Begreppet "utsläpad" sammanfattade tillstånd som sociala/ekonomiska förhållanden, dåliga bostäder, uteblivet stöd alternativt påfrestningar i relationen till maken, dålig ekonomi och/eller många barn, komplicerade förlossningar, missfall etc.

På 1960-talet tillkom begrepp som graviditetskräck eller räds-la/sexualneuros. Begreppet bottnade oftast i en stark rädsla hos kvinnorna att bli gravida. Många av dessa kvinnor hade upplevt graviditets-, förlossnings- eller preventivmedelskomplikationer. I ansökningsakterna framkommer att många av de kvinnor som på 1960- och 1970-talen prövade perorala preventivmedel råkade ut för komplikationer av olika svårighetsgrad, från illamående och olustkänslor till blodpropp.

"Utsläpade mödrar"

Av samtliga kvinnor där ansökan till sterilisering tillstyrktes enligt medicinsk indikation betecknades 72% som "utsläpade mödrar". De hade i genomsnitt 4,5 barn (upp till 13 barn) jämfört med de övriga som hade 2,3 barn. De utsläpade kvinnorna hade haft i genomsnitt 6,2 graviditeter, (upp till 17), medan genomsnittet i övrigt var 3,3 graviditeter. De hade i genomsnitt fler aborter och missfall än de övriga. Av utsläpade mödrar var 82% gravida och 65% av dessa sökte abort vid tiden för ansökan. 90 % av dessa kvinnor var gifta, 77% av dem var hemmafruar, ca femte del (18%) hade eget yrke. Majoriteten (72%) beskrevs leva i goda äktenskapsförhållanden. 16% hade dock en asocial/kriminell man eller man som betecknades som psykopat. Två tredjedelar (66%) av kvinnorna kom från lägre socialgrupper männen var arbetare oftast icke facklärd. Många (59 %) levde under mycket knappa ekonomiska förhållanden/erhöll ekonomiskt stöd.

Nära en tredjedel (28 %) av de utsläpade mödrarna uppgavs vara besvärade av graviditetsskräck. Intrycket är att dessa kvinnor beskrevs som mer neurotiska än övriga. Det är svårt att säga hur ofta denna diagnos hörde samman med tidsandan där kvinnans behov och önskningar respekterades och hur ofta begreppet beskrev en verklig neuros. Det var viktigt att det äktenskapliga samlivet fungerade tillfredsställande för båda makarna. Mer än hälften av kvinnor med graviditetsskräck var gravida (58 %) vid tiden för steriliseringsansökan, 46 % sökte både abort och sterilisering samtidigt. Preventivmedelskomplikationer förekom frekvent (80 %) och graviditets- och förlossningskomplikationer hos hälften (53 %) av kvinnor med graviditetsskräck. 70 % av graviditetsrädda kvinnor ansågs ha någon form av somatisk sjukdom, varav en mindre del (4 %) utgjordes av diabetes, hjärt-, kärl eller njursjukdom. Diffusa besvär som (rygg-, led-) värk besvärliga åderbräck, livmodersframfall etc. förekom ofta.

Av kvinnor med graviditetsrädsla bedömdes 6 % ej kapabla att ta hand om barn. Nästan alla, 92 % var gifta, 75 % var hemmafruar. Merparten, (60%) av makarna hade arbetaryrken, 40% utan att vara facklärd.

Koppling till abortansökningar.

1941-1952 var 50 % av steriliseringsansökningarna kopplade till abortansökningar, från 1953-1975 var det 62%. Abortlagens villkorsparagraf påbjöd sterilisering som villkor för abort på eugenisk grund, enligt offentlig statistik hade omkring 4000 sådana aborter utförts. Dessa aborter med villkor får betraktas som påtvingade. Enligt Socialstyrelsens offentliga statistik förekom inte några aborter med steriliseringsvillkor efter 1964 I övriga ärenden är det vanskligt att ur aktmaterialet utläsa graden av frivillighet i

fall av samtidig graviditet och abortansökan. Ofrivillig graviditet är en påfrestning för kvinnan och kan påverka hennes övriga beslut. Rimligen fanns det skillnader mellan kvinnor i upplevelsen av hur frivillig eller påtvingad situationen var, beroende på olika faktorer. Det är viktigt att påpeka att den medicinska indikationen ofta hade socialpsykiatrisk prägel. I bilaga 2 berör Eivergård/Jönsson denna fråga.

Diagnoserna som sammanfattades i bedömningen "svaghet" var neurasteni/psykasteni, psykisk insufficiens och depressiva besvär. Flertalet kvinnor i denna grupp levde i trängda sociala förhållanden med bristfällig ekonomi. Många kvinnor levde också i dåligt fungerande äktenskap med en make som gav bristfälligt eller obefintligt stöd.

Den stränga abortlagen från 1938 bidrog sannolikt också till att många kvinnor valde att söka sterilisering i samband med abort. Många tyckte sig inte att ha något annat val för att undvika framtida graviditeter, ytterligare andra ställdes inför villkor att genomgå sterilisering om de önskade abort. Abortlagens villkorsparagraf påbjöd, som nyss nämnts, sterilisering vid abort på eugenisk grund. I dessa fall behövdes ingen enskild steriliseringsansökan och ingen utredning av andra möjliga steriliseringsindikationer, vilken annars följde noggranna föreskrifter.

Vid genomgång av steriliseringsberättelserna uppskattades andelen aborter försedda med steriliseringsvillkor till ca 10 %. Osäkerheten i denna siffra är beroende av de förhållanden som redovisas under metodavsnittet. Troligtvis tillämpades villkorsparagrafen mestadels under det första decenniet efter sin tillkomst och avtog efter abortutredningens betänkande 1954². Enligt Socialstyrelsens egna uppgifter upphörde paragrafen att tillämpas efter 1964. Enligt tidigare forskning³ kan det finnas olika varianter av mer eller mindre påtvingade steriliseringar i samband med abortansökan. Ett möjligt exempel är att kvinnan kan ha nekats abort, men övertalats att föda barnet och bli steriliserad i samband med förlossningen. Ibland bidrog den utdragna abortutredningen till att kvinnan tog tillbaka abortansökan och nöjde sig med steriliseringsåtgärd.

Ur ansökan om sterilisering från 1970 för en 33-årig finsk kvinna med sex barn: *"När denna utredning gjordes hade pat. skrivit ansökan om avbrytande av havandeskap, men när hon fick vänta på psykiatriska undersökningen, tog hon tillbaka sin ansökan om abort, tyckte att det hade gått för långt"*.

² Tydén M: Historisk rapport på uppdrag av utredningen.

³ Palmblad E. Abortpolitikens dolda dagordning under trettio- och fyrtiotalen, Ugglan 12, 2000.

Även i fall av eugenisk abortindikation förekom att kvinnan ansökte om både abort och sterilisering vilket formellt ”uteslöt” villkor. Huruvida det ökade den faktiska frivilligheten kan diskuteras.

Karakteristiskt fall

Ur ansökan om sterilisering (samtidig abortansökan) från 1947 för en 25-årig kvinna: *”Fick lungtuberkulos 1944, behandlas med gas å båda sidor. Enl. Barnavårdsnämnd och fattigvårdsnämnd är sökanden av sämsta kvalitet, slarvig och misskötsam, mycket sorgliga hemförhållanden. Barnen ha upprepade gånger varit omhändertagna.*

Psykiskt visar pat. En uttalad insufficiensbild, gråter obehärskat. Säger att det är otänkbart att hon kan orka med ett barn ytterligare.”

Bedömdes deprimerad; ansökan tillstyrktes på eugenisk och medicinsk indikation, på grund av psykopati respektive tuberkulos.

Inför åtgärden *”har nu fur xx rest mycket starkt motstånd mot steriliseringen och sedan vi konsulterats från kvinnokliniken ha vi ånyo tagit ställning till fallet. Aborten är alltjämt motiverad,...hennes konstitutionella brister synes dock icke så grava, att man kan pressa henne till steriliserande operation mot hennes konsekventa önskan i flera samtal. Då från kvinnans sida framställning gjord angående båda åtgärderna, innebär beslutet icke att villkor från Kung. Styrelsens sida ställs att sterilisering skulle genomföras”.*

I svaret från Medicinalstyrelsen kan läsas: *”I anledning av Eder skrivelse i ärende angående tillstånd till avbrytande av havandeskap hos och steriliserande operation å fru xx får jag meddela, att det i den föreliggande situationen givetvis är kvinnas ensak, huruvida hon vill använda sig av det meddelade tillståndet till sterilisering. Medicinalstyrelsens tillstånd till abort eller sterilisering innebär icke att ingreppet skall äga rum. Även vid tillstånd till abort under villkor av sterilisering har kvinnan valfrihet, d.v.s. hon kan välja mellan att underkasta sig båda operationerna eller att avstå från aborten”.*

Det är dock viktigt att påpeka att flertalet samtida abort och steriliseringar tillstyrktes och bifölls enligt social-medicinsk respektive medicinsk indikation. Den medicinska indikationen hade ofta som tidigare nämnts socialpsykiatrisk prägel.

Till diagnoser som sammanfattades i bedömningen ”svaghet hos kvinnan” hörde neurasteni/psykasteni, psykisk insufficiens och depressiva besvär. Flertalet kvinnor i denna grupp levde i trängda sociala förhållanden med bristfällig ekonomi. Många kvinnor levde också i dåligt fungerande äktenskap med en make som gav bristfälligt eller obefintligt stöd.

Män

Två tredjedelar (68%) av de män som ansökte om sterilisering befann sig på institution. (se även avsnittet om institutionsvård). De övriga männen bedömdes som psykopater (33%), psykiskt insufficienta (24%), deprimerade (19%), psykiskt sjuka (17%) och/eller alkoholmissbrukare (10%). Några led av specifika, somatiska sjukdomar (28%) eller besvärades av diffusa symtom (3%).

Många (även utanför institutionerna) bedömdes som sinnesslöa (73%) och/eller oförmögna att ta hand om barn (23%). Männen var relativt yngre än kvinnorna under de två senare perioderna. De flesta män på institution var ogifta och barnlösa. Bland de hemmaboende däremot fanns det flera gifta män.

Männen som steriliserats enligt 1934 års lag hade alla bedömts som rättsinkapabla.

En kombination av eugenisk och social indikation var den vanligast förekommande indikationen för männen under 1941 års lag. Lagstiftningen tillät inte, som tidigare nämnts, att män steriliserades på medicinsk indikation. Under slutet av 1960-talet och början av 1970-talet inkom flera ansökningar från män som önskade att lätta på sin hustrus börda genom att låta sig steriliseras; dessa fick avslag hos socialstyrelsen.

1.3.2 Könsskillnader - slutord

Tidigare forskning har visat att majoriteten av dem som steriliserats enligt lagarna 1934 och 1941 var kvinnor. Kartläggningen kunde bekräfta det förhållande, ansökningar från kvinnor utgör drygt 90% av materialet.

Under de första två decennierna då steriliseringslagarna gällde var de kvinnor som ansökte om sterilisering i stor omfattning unga och ogifta. De diagnostiserades som sinnesslöa och var placerade på institution. Steriliserande operation av dessa kvinnor verkställdes enligt eugenisk eller eugenisk/social indikation i enlighet med lagens intentioner. Senare kom den medicinska indikationen att dominera helt. Arvsbiologiskt tänkande synes ha ersatts av ett socialpsykiatriskt tänkande. Enligt det socialpsykiatriska synsättet ansågs sterilisering som en möjlighet att hjälpa kvinnan ur en svår livssituation i en tid av restriktiv abortlagstiftning, svårtillgängliga preventivmedel och sociala konventioner med äktenskap som norm.

Majoriteten av steriliseringsansökningar från kvinnor var relaterade till en aktuell graviditet och samtidig abortansökan.

Vid vissa aborter ställdes sterilisering som villkor för aborttillstånd. Dessa villkorade aborter hade tillstyrkts enligt eugenisk indikation. I andra fall hade kvinnan fått avslag på sin abortansökan, men tillstånd till sterilise-

ring i samband med barnets födelse. Många abortansökningar avgjordes relativt sent i graviditetsförloppet, vilket berodde på omständliga handlägningsrutiner, men även på kvinnans eller makens tveksamhet inför ingreppet. Abortmotståndare bland läkare kunde neka till att utföra en abort. I sådana fall fick kvinnan vända sig till nästa praktiker medan graviditeten fortskred. Ibland föranleddes rekommendationen om sterilisering "i samband med partus" av att graviditeten var för långt gången. Det är svårt att ur aktmaterialet bedöma graden av frivillighet i steriliseringsansökan när samtidig graviditet och abortansökan förelåg. Ofrivillig graviditet utgjorde en stor påfrestning för kvinnan och försatte henne i utsatt position. Kvinnor kunde i sådana lägen ha påverkats att söka sterilisering trots att sterilisering ursprungligen inte varit aktuell. Det aktuella materialet belyser ej dessa frågeställningar i sådan utsträckning, så att frågan kan besvaras. Uppenbart är att det fanns skillnader mellan hur olika kvinnor upplevde sin situation. I de flesta fall av samtidig abort och steriliseringsansökan verkställdes bägge operationerna, enligt socialpsykiatrisk/medicinsk indikation.

Män blev föremål för steriliseringsåtgärd främst under de första två decennierna efter lagarnas tillkomst. Majoriteten var unga, placerade på institution under diagnos sinnesslöhet och/eller psykopati, ofta med fattig, "småkriminell" bakgrund. De steriliserades enligt eugenisk eller eugenisk/social indikation. Med förändrad tidsanda blev Medicinal/Socialstyrelsen alltmer restriktiv vad gäller tillstånd till sterilisering av män. Den allmänna debatten om jämlikhet mellan könen och mannens rätt till sterilisering avspeglades i slutet av steriliseringslagarnas tillämpning då män ansökte om operation istället för sina hustrur. Dessa ansökningar måste avslås, då lagstiftningen ej tillät sterilisering av män av medicinska skäl. Kvinnodominansen bland dem som steriliserades enligt 1934 och 1941 års lagstiftning har i tidigare forskning hänförs till sociala skillnader mellan könen som kvinnans svagare ställning i samhället, manlig dominans bland beslutsfattare etc.

Den medicinska indikationen kom att användas på socialmedicinska/socialpsykiatriska grunder. Detta förhållande, i kombination med en vetenskaplig och ideologisk förändring och en sträng abortlag, bidrog sannolikt till att lagen under sista perioden i huvudsak kom att tillämpas med preventiv inriktning.

Huvuddelen av männen hade under de första decennierna av steriliseringslagstiftningens tillämpning steriliserats i enlighet med dess eugeniska avsikt. Även kvinnorna steriliserades av samma skäl under denna period.

När steriliseringslagen hade ändrats 1976 ansökte ca 10 000 personer om sterilisering under det första året, jämfört med 1000-1500/år de närmaste åren dessförinnan. Av dessa var ca 8000 kvinnor och 2000 män.

1.3.3 Ålder i urvalet

Under praktiskt taget hela tidsperioden från 1934-1975 var myndighetsåldern 21 år. Därför har denna gräns använts för att skilja yngre/äldre. I materialet finns under samtliga perioder ett antal sökande som var yngre än 21 år vid ansökningstillfället. Bland männen var ca hälften yngre än 21 år under första perioden. Andelen unga män minskade under senare perioder men var hela tiden betydligt fler än unga kvinnor. (Tabell 10). Under den sista perioden var det ovanligt att kvinnor yngre än 21 år ansökte om sterilisering.

Var sig 1934 eller 1941 års lag fastställde någon åldersgräns för sterilisering. Medicinalstyrelsen tillämpade 15 år eller menstruationsdebut som nedre gräns för tillstånd till sterilisering. Bland ansökningsakter har påträffats ansökningar för tolv och trettonåring, dock inte i urvalets, varför de inte redovisas. De äldsta sökande i urvalet var i urvalet omkring 50 år, män något äldre än kvinnor.

Tabell 10 Åldersfördelning bland de sökande i hela materialet för varje period och totalt samt andel yngre än 21 år

	Ålder Period 1		Ålder Period 2		Ålder Period 3		Ålder Period 4		Ålder Totalt	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Lägst	15	19	14	15	18	14	20	16	14	14
Högst	52	43	53	46	50	48	58	46	58	46
Medel	29	27,8	28,4	31,5	30,1	34,1	33,5	35	28,9	33,6
Std. Dev	12,4	6,5	9,5	7,4	8,2	6,1	11,7	5,4	9,7	6,3
<21år	6 (46,2%)	3 (10,7%)	34 (23,4%)	47 (9,8%)	3 (12,0%)	22 (3,1%)	2 (18,2%)	7 (1,0%)	45 (23,2%)	79 (4,2%)
N	13	28	145	482	25	714	11	670	194	1894

1.3.4 Civilstånd och barnantal i urvalet

Under den första perioden var två tredjedelar av både män och kvinnor ogifta. Cirka hälften av männen var gifta under de två senare perioderna. För kvinnorna gäller att redan under andra perioden ökar andelen gifta för att mot slutet gälla flertalet kvinnor.

Under de första perioderna var nästan två tredjedelar av männen barnlösa. Under de två senaste perioderna var motsvarande andel knappt hälften. För kvinnorna var sammantaget ca en fjärdedel barnlösa under de två första perioderna. Under de två sista däremot hade ca 95% barn. (tabell 11)

Tabell 11 Civilstånd, graviditet, abort samt antal barn hos kvinnor och män som sökte sterilisering under åren 1935-1975

	Period 1 1935 - 1941		Period 2 1941 - 1952		Period 3 1953 - 1963		Period 4 1964 - 1975	
	Män N=13	Kvinnor N=28	Män N=145	Kvinnor N=482	Män N=25	Kvinnor N=714	Män N=11	Kvinnor N=670
	%	%	%	%	%	%	%	%
Civilstånd								
Ogift	61,5	68	72	28	44	10	45	6
Gift	31	18	21	65,5	52	81	36	80
Sambo	0	3,5	2	0,5	0	1	0	2
Frånskild	0	0	4	5	4	7	18	10,5
Änka/änkling	7,5	10,5	1	1	0	0,5	0	1
Uppgift saknas	0	0	0	0	0	0,5	0	0,5
Förekomst av egna barn								
Ja	38	68	31	78	44	92	55	96
Nej	62	32	66	21	48	6	36	3
Uppgift saknas	0	0	3	1	8	2	9	1
1.3.4.1.1.1								
Aktuell grav								
Ja	-	32	-	65	-	80	-	71
Nej	-	68	-	35	-	19	-	28
Uppgift saknas	-	0	-	0,2	-	1	-	1
1.3.4.1.1.2								
Aktuell abort								
Ja	-	14	-	50	-	63	-	60
Nej	-	82	-	49	-	36	-	39
Uppgift saknas	-	4	-	1	-	1	-	1
1.3.4.1.1.3								
Antal barn	2	2	1	3	1	3,5	2	3,5

Sociala kategorier

I det material som ingår i kartlägningsarbetet återfinns för nästan alla personer som ansökte om sterilisering en uppgift om personens sociala status. Genom indelning efter SCB:s system⁴ har en gruppering skett där individerna kodats efter yrkestillhörighet. Indelningen har skett efter den sökandes yrke, sysselsättning. I de fall där kvinnan varit hemmafru har hon kodats efter mannens yrke.

Tabell 12

Yrke, sysselsättning	Period 1	Period 2	Period 3	Period 4
	Män och kvinnor %	Män och kvinnor %	Män och kvinnor %	Män och kvinnor %
Arbetare, utan utbildning samt lägre grad av fackkunskap	49	52	45	43
Facklärd arbetare	2	10	19	14
Kontorister, vaktmästare				
lägre tjänstemän	20	2	4	6
Tjänstemän i mellanställning	0	2	6	9
Högre tjänstemän, direktörer	0	2	4	4
Jordbruksägare, bönder	2	3	5	4
Egna företagare	0	2	3	4
Hemmadotter/-son	12	4	3	0
"Vanlig" stud alla kategorier	0	0	1	1
Sinnesslöskola, skolhem etc.	7	9	1	0
Långvarig sjukdom, sjukpensionär	20	8	2	2
Arbetslös, Oklassificerbara, Ålderspensionärer, frånskilda hemmafruar	7	5	7	14

Drygt hälften av de sökande under i stort sett hela perioden 1935 – 1975 hade arbetarbakgrund. I de flesta fall rörde det sig om arbetare utan facklig utbildning eller "med lägre grad av fackkunskap". Tillsammans med andra

⁴ Socioekonomiska grupper för individer PM 1975-06-28.

socialt avvikande och underprivilegierade grupper som långvarigt sjuka, sinnesslöa på anstalt, vuxna hemmadöttrar/söner utgjorde de majoriteten av alla sökande under de första decennierna av steriliseringslagarnas tillämpning. Skillnad över tid märks tydligt bland andelen sökande från institution (sinnesslöskolor, skolhem etc), bland dem som var långvarigt sjuka eller vistades i hemmet som hemmadöttrar/söner. Dessa grupper förekom relativt frekvent under de första perioderna för att nästan helt försvinna under den sista perioden. Andelen tjänstemän och egna företagare var låg i början, men ökade stadigt. Dessa uppgifter sammantaget talar för att de som ansökte om sterilisering under den första perioden ofta var personer som på grund av sjukdom eller social oförmåga stod utanför det vanliga arbetslivet.

Kvinnor, i det mån de hann förvärvsarbeta innan de fick barn, försörjde sig på yrken som hembiträde, servitris, fabriksanställd. Ofta återkommer i akterna formuleringen "efter skolan tog plats i familj". Efter giftermålet blev de flesta kvinnor hemmafruar. Andelen hemmafruar minskar något i slutet av perioden, i stället började kvinnor framträda med egen yrkestillhörighet. Andelen frånskilda kvinnor ökar från 0% i början till 10% av samtliga kvinnor mot slutet av perioden.

Tabell 13 Hemmafruar

	Period	Period	Period	Period
Hemmafru	18	61	74	60
Ogift	68	28	10	6
Gift	18	66	82	81
Frånskild	0	5	7	10

1.3.5 De steriliseringssökandes ekonomiska situation

Ansökningshandlingarna ger varierande upplysningar om de sökandes ekonomiska situation. Det förefaller som de tillstyrkande myndigheternas intresse för de sökandes ekonomiska situation avtog under den tid då steriliseringslagarna gällde. Mot slutet av perioden är det mer sällsynt att redovisning av familjens ekonomi förekommer. Den ekonomiska situationen relateras inte som villkor till steriliseringsåtgärder, utan som skäl till familjeplanering..

Det framgick av handlingarna för de personer som inte vistades på institution att de ofta levde under små ekonomiska omständigheter. Från dessa kan utläsas beskrivningar om familjernas ekonomiska nöd. Däremot är det

inte alltid uttalat att de erhöll ekonomiskt stöd. Detta i kombination med den bristfälliga informationen under senare tidsperioder gör det omöjligt att ange exakta siffror över de ekonomiska förhållanden som rådde. Däremot förefaller det som om ungefär hälften av de män och kvinnor som ansökte om sterilisering under de första perioderna hade ansträngd ekonomi. Förhållandenvis många män och kvinnor som ansökte om sterilisering vistades på institution under perioden fram till 1950-talet. Deras ekonomiska situation var av denna anledning inte aktuell att beskriva i steriliseringshandlingarna, de torde dock levt under knappa ekonomiska omständigheter.

Ett karakteristiskt fall

Ur ansökan om abort och sterilisering för en 35-årig kvinna, från 1951. gift sedan 1934, fem barn, varav ett tvillingpar. Ett barn dog i två månaders öålder i bronkit. Äldsta sonen omhändertagen för skyddsuppföstran. Maken har haft ryggbesvär, vårdats på kuranstalt för dessa. *Har ej haft något stadigt arbete utan gått från det ena till det andra och gjort det han orkat. Sedan omkring sex månader samlar han flaskor på landet.* Familjen har flyttat ett antal gånger. Pat har tidvis haft arbete som gift, bl.a. arbetat på apotek och slakteri.

Enligt assistent xx från Socialvårdsbyrån har familjen haft fattigvårdsunderstöd i många år. Mannen har ej något ordnat arbete, varit fiskahandlare och skrothandlare. Makarna vill framställa sig i en fördelaktig dagar men är i viss mån asociala. Familjen bor f.n. hos hustruns mor i en mindre 2-rums lägenhet. Det är inte uppenbart slarvigt i hemmet. Kan de få en "hacka" av samhället, anser de det bra.

Den sökande haft dåliga nerver länge. Blir ängslig och ledsen periodvis. Känner sig nu trött, nedstämd och kraftlös. Anser inte att hon orkar med flera barn och vill också bli steriliserad. Maken omtalar att hon kan sitta en hel dag och bara gråta, och det blir inte någon ordning på någonting. Efter kl. fem eller sex på e.m. är hon alldeles slut.

Enligt kuratorns bedömning verkar i sitt yttre lite slarvig och vårdslös. Blek och tämligen mager. Har troligen ingen förmåga att hålla hemmet uppe. Ännu ett barn skulle sannolikt bli för mycket för hennes. Steriliseringsoperation önskvärd.

Stadsläkaren tillstyrkte ansökan på medicinsk indikation, abort och sterilisering genomfördes.

1.3.6 Social omsorgsförmåga

Den sociala kompetensen hos sökande granskades i samband med den steriliseringsutredning som företogs vid varje ansökan. Särskilt stor vikt lades vid den sökandes förmåga och lämplighet att vårda barn.

Sökandes omsorgsförmåga efterfrågades specifikt. Trots att uppgiften är central saknas ofta information. Detta kan ha många orsaker. En är att upplysningen inte uppfattades relevant i de fall den sökande var barnlös eller var mycket ung. Möjligen besvarades frågan främst då vederbörande bedömdes som olämplig eller då tveksamhet förelåg. Med utgångspunkt från de tillgängliga uppgifterna kan sägas att ca en femtedel av de sökande ansågs olämpliga att fostra barn. Under den fjärde och sista perioden var dock andelen betydligt lägre och frågan lämnades obesvarad oftare.

Fokusering på sexuella aspekter

De tillstyrkande myndigheterna bekymrade sig särskilt mycket över de kvinnor och män som ansågs vara sexuellt opålitliga. Liksom när det gäller uppgifter om omvårdningsförmåga saknas dock ofta uppgifter. Från de tillgängliga uppgifterna under den första perioden kan sägas att i mer än hälften av fallen fanns anteckningar om ett anmärkningsvärt sexuellt intresse hos den sökande. Den andra perioden var knappt en tredjedel av männen och en femtedel av kvinnorna sexuellt opålitliga/visade anmärkningsvärt sexuellt intresse. De två sista perioderna förefaller det som om allt färre personer, särskilt kvinnor bedömdes som sexuellt opålitliga. Det är svårt att säga om den relativt låga andelen kvinnor som betecknats sexuellt opålitliga var resultat av ett förändrat synsätt på sexualitet och moral. Det kan också ha berott på att det var andra kategorier kvinnor som ansökte om sterilisering mot slutet av perioden.

Ett karakteristiskt fall

Ur en av Barnavårdsnämnd initierad ansökan om sterilisering 1941, om en ogift 35-årig två barns mor, hembiträde. *"År 1927 intogs pat. å fattigvårdsanstalt på begäran av Barnavårdsnämnden med stöd av §12 i lagen om samhällets barnavård. Hon avvek upprepade gånger men återfördes av polisen. År 1928 intygar stadsläkaren att hon "lider av kronisk gonorré och moralisk mindervärdighet". 1929 gjordes ansökan om inträde å arbetshem med bland annat följande motivering: "bristande viljestyrka och läggning för sedeslöst leverne gör att hon icke kan motstå lockelsen för uteliv, ej heller stanna kvar på de platser fattigvården skaffat åt henne etc.*

År 1941 i ansökan om sterilisering "starkt sexuell, började springa ute tidigt, klarar ej av att behålla en plats, barnen omhändertagna för samhällsvård etc"

Samma år 1941: ur en steriliseringsansökan för en 19- årig föräldralös pojke: *"gått i hjälpklass, varnad av Barnavårdsnämnden för inbrott och stöld. Båda föräldrarna döda. År 1936 intogs på skolhem. Haft samlag med ett flertal flickor. Mycket omdömeslös. Sorglös, indolent, obekymrad för framtiden."*

Ordförande för en barnavårdsnämnd i Mellansverige skrev 1940 om en 25-årig ogift, gravid kvinna med ett barn: "sedeslöst leverne. Då hon har benägenhet för utsvävningar på det sexuella området och då det med hänsyn till hennes rubbning av själstillståndet kan befaras bli mindervärdig avkomma är det av samhällsintresse att hon blir steriliserad."

Sociala villkor - slutord

I steriliseringsansökningarnas sociala utredning (intyg I enl. 1934 års lag; bilaga II enligt 1941 års lag) sammanfattades den sökandes sociala och ekonomiska status. Vanligen beskrevs påtagliga brister i familjens ekonomi. Ibland påpekades uttryckligen att den sökande eller hennes make var understödstagare eller föremål för andra stödåtgärder från fattigvårdsstyrelse eller barnavårdsnämnd. Lagen angav möjligheter och skyldigheter för dessa instanser att initiera ansökan om sterilisering i fall där ekonomiska stödåtgärder, alternativt ingripanden från barnavårdsnämnden varit aktuella. Ansökningar om sterilisering undertecknade av fattigvårds-/barnavårdsnämnds ordförande tyder på att åtgärder från dessa myndigheter hade förekommit i sökandens familj. Det är dock svårt att uppskatta andelen understödstagare i ansökningsmaterialet då sådan information sällan uttrycktes explicit. Sannolikt minskade deras antal med tiden.

De personer som ansökte om sterilisering hade oftast arbetaryrken. Den höga representationen av utbildade fattiga människor bland sökande kan ha olika orsaker. Asocialitet, missbruk, kriminalitet ansågs vara ärftliga. Sannolikt bedömdes dessa "misslyckade" människor olämpliga att ha vårdnad om barn.

Denna omtanke om de ofödda kan tyckas ha moraliserande klang. Mäns försörjningsförmåga och kvinnans omhändertagande förmåga granskades. Mannens uppgift var att ordna familjens ekonomi. Giftnor, mestadels hemmafruar, fick ibland dryga ut hushållskassan med extra arbete som städning, tvätt etc.; särskilt när maken var sjuk, arbetslös, missbrukade alkohol. Bilden förändrades med tiden; allt fler kvinnor förvärvsarbetade, flera skiljde sig och klarade sig på egen hand. Andelen egna företagare,

tjänstemän i lägre och mellanställning, kontorister (däribland kvinnor) ökade med tiden. Antalet utbildade arbetare som familjeförsörjare var dock högt under hela perioden.

1.3.7 Etniska och sociala grupperingar samt medborgarskap/ursprungsland i urvalet

Inledning

Under tidsperioden 1935-1975 betecknades totalt 22 av de sökande/deras anhöriga i urvalet som tattare samt 3 personer som samer respektive zigenare. Detta betyder att antalet tattare bland de 70 000 steriliseringsakterna skulle uppgå till mellan 600-800. Noteras bör dock att det är svårt att approximera från så små tal. Enstaka personer gör stora skillnader i uträkningarna.

I den här framställningen redovisas samer, tattare, zigenare under beteckningen etniska och sociala grupperingar. Dessa grupper representeras i materialet som nyss nämnts av ett fåtal ansökningshandlingar vardera. De beskrivs i ansökningsakterna på ett likartat sätt, som kännetecknas av vagabonderande livsstil ofta kopplad till speciell yrkesutövning.

De som i undersökningen benämndes tattare eller samer var alla svenskar. En av de tre zigenarna kom från annat europeiskt land. Två av tre zigenare, femton av tjugotvå tattare, en av de tre samerna betecknades som "sinnesslöa". Ansökningar om sterilisering från samer och zigenare tillstyrktes, samt nästan alla (20/22) från tattare i kartläggningen, de flesta enligt eugenisk eller social indikation, eller kombination av dessa. Steriliserande operation genomfördes på de tre samerna, på två av tre zigenare samt på sexton av tjugotvå tattare i urvalet. Det skulle innebära att omkring 500 individer som betecknats som tattare steriliserades. Nästan lika många tattare i urvalet betecknades samtidigt som "sinnesslöa". Som Mattias Tydén påpekar i sin rapport är det svårt att avgöra huruvida "tattarstämpeln" medförde beteckningen "sinnesslö" eller tvärtom. "sinnesslöheten" har även i andra sammanhang förknippats med vad som uppfattades som beteendevikelser.

I det undersökta materialet förekommer 191 icke svenska medborgare (6 män och 185 kvinnor), de flesta från ett annat skandinaviskt land (118 kvinnor och fyra män), nära en tredjedel (61 kvinnor och en man) från ett europeiskt land. Ett fåtal bland de sökande hade flytt från Östeuropa i samband med andra världskriget. I ansökningsakterna finns beskrivningar av

kvinnor som upplevt svåra trauman i samband med andra världskriget och/eller vistats i koncentrationsläger. Uppgifterna i akterna talar för att steriliseringar tillstyrktes på socialmedicinsk indikation. Majoriteten av dessa var gifta (85%) och hade barn, oftast 2-5 barn, upp till 11 barn. Många av kvinnorna (61%) ansökte om abort och sterilisering samtidigt. Ansökan tillstyrktes oftast enligt medicinsk indikation.

Ett karakteristiskt fall

Så här beskrivs en ung "tattarkvinna" och hennes familj av fattigvårdsstyrelsens ombudsman 1940: "släkten XX synes vara själsligt defekt. En syster åtalad för mened, har avtjänat sitt straff. Denna syster är steriliserad. En kusin intagen å sinnessjukhus. En annan syster har undergått steriliserande operation. Familjen har fått fast understöd från fattigvården. Vårdades i föräldrahemmet, normal utveckling. Gått tre år i vanlig folkskola, konfirmerad i 17 års ålder, arbetat som hembiträde. Ingick äktenskap med nuvarande make 1934, samtliga barn vistas i hemmet. Beträffande kvinnans tillstånd:" verkar undermålig, orkar ej ordentligt sköta sina barn." Förste stadsläkare sammanfattar i läkarintyget: "hela släkten asocial (tattare). Två systrar har undergått steriliserande operation, den ena på grund av kriminalitet, den andra på grund av sinnesslöhet och barnens höggradiga undermålighet. Den sökande har alltsedan barndomen varit undermålig. Vanvårdar barnen (sju stycken) som äro smutsiga, trasiga, och undernärda. Kan ej och har ej bidragit till familjens försörjning. Har fattigvårdsunderstöd. Vid undersökningen rätt ovårdad, smutsig, villrådig och ängslig, livliga affekter. I övrigt intet anmärkningsvärt. Intelligens-prövning enligt Wåhlén IÅ 10-11 år. Ansökan tillstyrkes på det livligaste med hänvisning till rasbiologiska förhållanden."

Medborgarskap i urvalet

Fram till slutet av andra perioden avsåg endast 3 % av ansökningarna icke-svenskar. Andelen utländska medborgare var i Sverige 1-2 % vid denna tid. Under de två sista perioderna var andelen personer med utländsk bakgrund som ansökte om sterilisering avsevärt förhöjt jämfört med riket i övrigt och utgjorde ca 12% av samtliga ansökningar. Andelen utländska medborgare i Sverige var då ca 4 %.⁵ Bland de europeiska länderna som förekommer i urvalet återfinns främst Finland och därefter Jugoslavien, Italien och Grek-

⁵ SCB. Befolkningsstatistik del 3, 1997.

land. I materialet är det sällsynt med personer invandrade från utomeuropeiska länder.

För både män och kvinnor framkommer att andelen svenska medborgare minskar från 100% under första perioden till ca 80% mot slutet. Bland de personer som ej är svenska medborgare finns många arbetsinvandrade på 1960- och 1970 talen.

Tabell 14 Medborgarskap/ursprungsland hos dem som ansökte om sterilisering under de fyra perioderna

	Period 1 1935 - 1941		Period 2 1941 - 1952		Period 3 1953 - 1963		Period 4 1964 - 1975	
	Män N=13 %	Kvinnor N=28 %	Män N=145 %	Kvinnor N=482 %	Män N=25 %	Kvinnor N=714 %	Män N=11 %	Kvinnor N=670 %
Nationalitet	%	%	%	%	%	%	%	%
Svensk	100	96	97	96,5	96	92	82	80,5
Skandinavisk	0	0	2	1	4	4,5	0	11,5
Europeisk	0	0	1	2	0	2	0	6
Utom-europeisk	0	0	0	0	0	0,5	9	0,5
Uppgift saknas	0	4	0	0,5	0	1	9	1,5

Etniska och sociala grupperingar och medborgarskap - slutord

I kartläggningen har särskilt undersökts om vissa underprivilegerade grupper som etniska minoriteter och andra sociala grupperingar utsattes för sterilisering mot sin vilja. I källmaterialet återfinns dock endast ett mindre antal personer som direkt beskrivits med sådana uttryck som tattare, zigenare eller same.

Eventuellt undveks avsiktligt beteckningen tattare etc. under den senare perioden, då arvsbiologin omprövades som vetenskap och en annan syn på minoriteter rådde. De som ansågs tillhöra tattarsläktet betecknades också ofta som sinnesslöa i de tidiga ansökningsakterna. Deras ansökningar tillstyrktes enligt eugenisk och social indikation. Merparten av tattare, 16/22 i detta material, genomgick steriliserande operation. Dessa resultat förefaller stämma samman med tidsandan och den arvsbiologiska vetenskapens avsikt.

Bland dem som ansökte om sterilisering 1960-1975 återfanns många icke svenska medborgare. Flertalet kom från skandinaviska länder framför

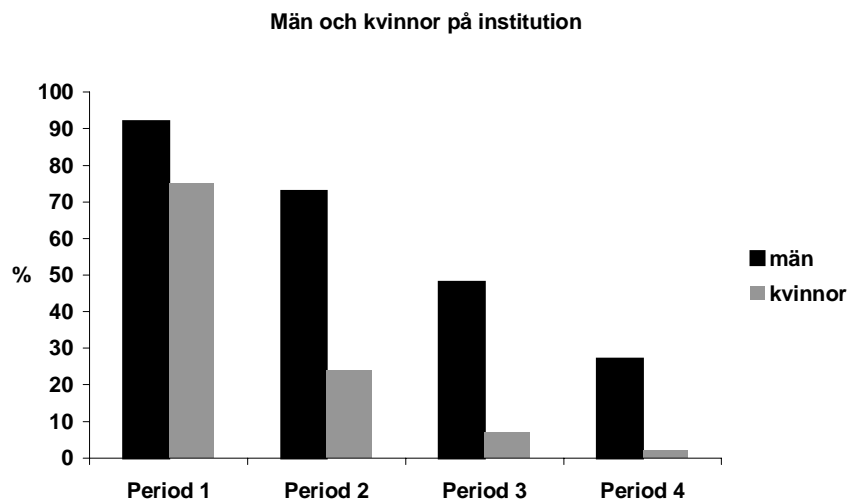
allt Finland. I ansökningsformulären besvaras uppgiften om medborgarskap på därför angivet utrymme. Många av de invandrade både från Skandinavien och övriga Europa hade förmodligen kommit till Sverige av arbetsmarknadsskäl. Kvinnor sökte ofta abort och sterilisering samtidigt. De hade ofta barn och önskade komma ut i arbetslivet för att kunna förbättra familjens ekonomiska situation. Det höga antalet utländska kvinnor återfinns främst under 1960- och 1970-talen då den eugeniska indikationen inte längre tillämpades i någon större utsträckning. Ändå kan läkare/kuratorns roll diskuteras. Hur mycket av initiativet kom från kvinnan själv? Vilken roll spelade de bristfälliga kunskaperna i svenska? Hur tillgänglig var kvinnan för information om alternativa metoder för att förhindra graviditet? Hur mycket förstod kvinnan av informationen om steriliserande operation? Vilket inflytande hade de olika religionerna? Föredrog katolska kvinnor från Sydeuropa en steriliserande operation framför preventivmedel eller abort?

En mycket speciell grupp av invandrare var de som flytt till Sverige i samband med andra världskriget. Av beskrivningar i akterna framkommer tydligt bilder av svårt neurotiserade kvinnor som till följd av sina upplevelser inte önskade sig vare sig graviditet eller egna barn. I dessa fall framgick ur akterna att socialmedicinska indikationer varit rådande.

1.3.8 Institutionsvård i urvalet

Vid aktgenomgången saknas uppgift för de flesta män och kvinnor på institution om att sterilisering var ett villkor för någon "förmån", såsom utskrivning eller äktenskapstillstånd. För endast ca 10% finns en dokumenterad uppgift om att sterilisering ställdes som villkor för att skrivas ut från institution. I materialet finns uppgifter på att 335 personer i urvalet vistades på institution (ca 16% av totala urvalet), 133 män och 202 kvinnor. Detta innebär att 68% av männen vistades på institution medan andelen kvinnor endast var ca 11% (Figur 6)

Figur 6



Nästan 60% av männen och 46% av kvinnorna bland de institutionsplacerade vistades på sinnessjukhus. På sinnesslöanstalt vistades 34% av männen och 29% av kvinnorna.

De flesta sinnessjukhus hade speciella avdelningar för sinnesslöa, 44% av männen hade tidigare i livet vistats på sinnesslöanstalt. Andelen män och kvinnor som vistas på sinnessjukhus förefaller öka med tiden, tydligast andelen kvinnor. Detta kan tala för att de institutionsvårdade mot slutet av perioden uppvisar en annan problembild med snarare socialpsykiatriska besvär och mindre grad av social missanpassning och vanart. Det kan också vara så att de vårdade i grunden hade liknande problematik men att diagnossättningen förändrades över tid.

Ålder m.m. hos institutionsplacerade

Medelåldern för de män och kvinnor som vistades på institution och ansökt om sterilisering var i det totala urvalet 27 –28 år. Spridningen var relativt stor, från 14 år till 53 år för män, från 15 år till 46 år för kvinnor.

Tabell 15 Ålder i år för steriliseringsökande män och kvinnor på institution.

	Period 1				Period 2			
	Min	Max	Medel	N	Min	Max	Medel	N
Män	15	52	28,5	12	14	53	27,7	107
Kvinnor	20	43	27,1	21	15	44	25,9	117

	Period 3				Period 4			
	Min	Max	Medel	N	Min	Max	Medel	N
Män	18	50	29,9	12	20	23	21	3
Kvinnor	15	46	30,2	53	16	36	30	17

En tendens i materialet är att de som vårdades på sinnesslö-/epileptikeranstalt var yngre än de som var intagna på sinnessjukhus eller alkoholistanstalt. Att genomsnittsåldern på sjukhus var relativt högre förklaras av att psykisk sjukdom debuterade, upptäcktes eller diagnostiserades senare i livet än "sinnesslöheten", som uppmärksammades under skolgång eller i starten av arbetslivet. Ett restriktivt synsätt till sterilisering av unga, likaså individer med nydebuterad psykisk sjukdom ökade med tiden.

Flertalet män och kvinnor som vistades på institutioner var ogifta och barnlösa. Under de två första perioderna var många av de ogifta kvinnorna som ansökan avsåg placera på institution. Bland kvinnorna var en betydande andel ogifta med ett barn. Av de kvinnor som hade två eller fler barn var den största andelen gifta. (Det fanns en kvinna med tolv och en med tretton barn). Det fanns ett fåtal män med flera barn. De flesta av dessa var eller hade varit gifta. Ett antal av de män som vistades på institution och flertalet av kvinnorna ansågs olämpliga att ta hand om barn.

Männen på institution saknade oftast utbildning. Före inskrivningen hade de försörjt sig helt eller delvis på okvalificerade arbeten. En femtedel av männen hade tidigare ansträngd ekonomi eller hade erhållit ekonomiskt understöd. Under första tidsperioden hade drygt hälften av männen bristfälliga ekonomiska förhållanden och uppbar ekonomiskt stöd. Det kan ej uteslutas att fattigvården tog initiativ till placering på institution.

Svagbegåvning och intelligenstestning på institutionsplacerade

Totalt ansågs 84 % av de män och 75 % av de kvinnor som vistades på institution och ansökte om sterilisering vara svagbegåvade/sinnesslöa. Många av dessa bedömdes redan i barnaåren som lågpresterande. Begreppet "sinnesslöhet" var centralt vid tiden för steriliseringslagarnas tillkomst.

För männen gällde att andelen med diagnosen svagbegåvning/sinnesslö ökade med varje period. Färre kvinnor däremot ansågs vara svagbegåvade/sinnesslöa under de två senare perioderna. Socialpsykiatriska/psykiatriska diagnoser trängde undan de eugeniskt formade. Tillämpningen av begreppet sinnesslö förändrades och ersattes av begrepp som svagbegåvad, med begåvningshandikapp etc.

Närmare 90% av männen och 73 % av kvinnorna som vistades på institution och ansökte om sterilisering intelligenstestades. På de olika institutionerna förekom ett begränsat antal tester, där Wåhléns, Point Scale och TM (Terman-Merill) var de vanligast förekommande (ang. dessa tester se avsnitt 5.x). Det föreskrevs att i de fall då Wåhléns eller Point Scale givit ett resultat av 12 år eller högre erfordrades kontroll med Termans. Männen har oftare än kvinnorna testats med Terman-Merill. De män som vistades på sinnesslöanstalt och sökte sterilisering bedömdes till 91 % vara svagbegåvade; (82 % på sinnessjukhus; 50% på epileptikeranstalt och 40% på alkoholanstalt). Det vanligaste testresultatet, intelligensåldern 9-10 år, låg tämligen konstant under hela perioden. Det förekom att omtestningar gjordes med andra metoder än Terman- Merill.

Ett karakteristiskt fall

Ur ansökan om sterilisering för en 17-årig pojke från anstalten Stretered. Föreståndaren på Stretered anförde: *"Vårdad i föräldrahemmet till 8 års ålder. Intagen på barnhem mellan 8-10 års ålder. Intogs Stretered vid 10 års ålder, konfirmerad vid anstalten . Hereditet: föräldrarna skilda. Modern verkar obegåvad, nervös, lider av tuberkulos. Avlägsna släktingar till fadern sinnesslöa. En broder till gossen uppgives vara svagbegåvad.*

Stadsläkaren skrev i sitt intyg: *"liten för sin ålder. Uppträdande utan anmärkning. Jämn sinnesstämning. Välartad. Uppfattar tilltal. Trögt tankeförlopp, nedsatt uppmärksamhet, nedsatt minne. IQ 69. Tillstyrkes."*

Till ansökan bifogades brev från modern: *"Till Kungl. Medicinalstyrelsen i Stockholm. Som jag nu ej anser mig kunna bifalla den av föreståndaren för Skol- och Vårdhemmet Stretered gjorda framställningen om sterilisering av min son B.R. vill jag härmed som skäl för min protest mot denna åtgärd anföra följande: dels, att min son B.R. - vid de tillfällen då han varit hos mig - ej visat några som helst brottsliga anlag, eller någon asocial inställning till samhället; dels att hans medfödda rättskänsla och känsliga sinnelag gör det möjligt att, med lämplig uppfostran i god miljö, fostra honom till en god och samhällsnyttig medborgare; och att jag anser mig hava möjlighet att inom den närmaste tiden få honom placerad som elev hos en yrkesskicklig urmakare, där han kan erhålla 3á 4 timmars*

daglig undervisning i urmakeriet, samt 3á 4 timmar park- och trädgårdsarbete på landet; och jag själv har möjlighet att övertaga en del av hans uppfostran och utbildning; dels att hans efterblivenhet i förståndsutveckling ej bör vara tillräcklig anledning till sterilisering just nu, i all synnerhet som han är mycket efterbliven i sin könsutveckling och jag befarar att hans sterilisering skall medföra en viss slöhet som kunde verka ofördelaktigt och hämmande på hans tilltänkta yrkesutbildning, varför jag värdsamt anhåller att Kungl. medicinalstyrelsen ställer saken på framtiden och låter mig själv och en läkare i samförstånd avgöra om och när sterilisering av min som B.R. kan anses nödvändig. Vördsamt xx"

Den även tillfrågade fadern hade intet att invända mot sterilisering av sonen.

Kolla om sterilisering skedde!

Beteendeproblematik och missbruk

Lika stor andel män som kvinnor, ca 40 % i urvalet beskrevs som "sexuellt opålitliga". Att vara sexuellt opålitlig kunde innebära allt från ett oskyldigt nyvaknat sexuellt intresse för det motsatta könet till ett ohämmat sexuellt beteende eller övergrepp på minderåriga.

Nästan en tredjedel av männen har under uppväxttiden beskrivits som kriminella. De hade ofta begått brott som cykelstöld, klockstöld och mindre penningbedrägeri. Kriminalitet var ofta kopplad till alkoholbruk/missbruk. Majoriteten av återfallsförbrytare hade alkoholproblem⁶. Alkoholmissbruk var ett manligt problem enligt den offentliga statistiken; betydligt färre kvinnor var registrerade hos Nykterhetsnämnden. Männen placerades, ofta efter längre tids missbruk på alkoholistanstalter, vilket kan förklara högre ålder hos de som ansökte om sterilisering från alkoholistanstalter. Ärftlighet av alkoholism, kriminalitet och lösdriveri diskuterades på 1930-1940 talet, Socialstyrelsen förordade 1939 sterilisering av "svåra alkoholmissbrukare", "oförfäddliga lödsrivare" och "svårt kriminella".

I kartlägningsurvalet återfinns ett fåtal ansökningar från alkoholisthem Svartsjöanstalten, Holmorss samt Statens alkoholistanstalt i Venngarn, de flesta under period två.

Bland kvinnor i urvalet var brottslighet ovanlig. Småstöld och snatterier kunde förekomma. Dock har vid aktgenomgången upmärksamats en särskild allvarlig brottslighet hos ett fåtal kvinnor, de har mördat sina nyfödda barn. Av akterna kunde utläsas att åtminstone en av dessa kvinnor fick sluten psykiatrisk vård.

⁶ Olof Kinberg kriminalitet och alkoholmissbruk, Stockholm 1957.

Ett karakteristiskt fall

Ur ansökan för 18-årig pojke från Källshagens sjukhus 1941:

"Hereditet: *fadern har begått suicidium strax efter den sjukets födelse. En kusin till fadern vårdades å Källshagen. Modern sinnesslö och har förutom den sjuke ännu en son som lär vara undermålig.*

Föregående hälsotillstånd: *intet anmärkningsvärt.*

Begåvning, särskilda anlag: *imbecill. Efter 6 års ålder till olika skyddshem. Bråkig. Skolkade skolan. Rymde från skyddshem. Ett flertal stölder, åtalad därför. Straffriförklarad, vårdas på Källshagen.*

Inlett sexuell förbindelse med en 17-årig flicka. Vid rättspsykiatriska undersökningen intelligensålder 11 år enligt Terman. Saknar förmåga att handhava vårdsnaden om egna barn samt att försörja sig själv eller familj.

Psykisk undersökning: *Uppträder något flinigt med slapp hållning. Talet klanglöst. Fåordig. Sinnesstämningen indifferent. Känslokall. Uppmärksamheten slapp. Förmår rätt uppfatta alla frågor. Orienterad till tid, rum och omgivning. Eftersäger felfritt 5-siffriga tal. Mycket omdömeslös. Tankeförloppet något trögt. Intelligensålder enligt Wåhlén 12 år. Tillstyrkes."*

Epilepsi, dövstumhet på institution

Med de tillgängliga uppgifter som finns från hela urvalet uppgavs 6 % av samtliga (1 % män och 5 % kvinnor) ha diagnosen epilepsi. Motsvarande siffra för dövstumhet var 1% (0,2% män och 0,8% kvinnor). Även dövstumhet förknippades med begåvningsänkning och psykiska symptom.

Något mer än hälften av epileptikerna och nästan hälften av de dövstumma i aktmaterialet vårdades på sinnessjukhus eller psykiatrisk klinik. Övriga aktuella vårdinrättningar för epileptiker var i frekvensordning sinnesslöanstalt, epileptikerhem eller annan institution.

Psykisk sjukdom på institution

Enligt uppgifter från steriliseringsakterna i urvalet bedömdes psykisk sjukdom föreligga hos 15 % av männen och 24 % av kvinnorna som ansökt om sterilisering och vistades på institution. Schizofreni omnämndes (beskrevs hos den sökande eller som förekommande i släkten) hos 8 % av männen och 17 % av kvinnorna. Dessa hade själva fått diagnosen, alternativt hade de schizofreni i släkten.

Psykopatibegreppet diskuterades under 1900-talets första årtionden och många av de aktuella personerna beskrevs i termer som "Anlagsbetingad

abnormitet och psykisk abnormitet". Det är från handlingarna svårt att bedöma i vad mån psykopattermen används bara som en beteckning för någon slags "allmän vanart"⁷. Under den aktuella institutionsvistelsen beskrevs 77 % av männen och 30 % av kvinnorna som psykopater. Nästan hälften av männen omnämndes vara både psykopater och svagbegåvade/sinnesslöa medan endast 11 % hade tillskrivits enbart benämningen psykopat. En fjärdedel av kvinnorna omnämndes vara både psykopater och svagbegåvade/sinnesslöa och 4% hade tillskrivits benämningen psykopat.

Sterilisering som villkor för utskrivning från institution

Som tidigare nämnts kunde sterilisering ställas som villkor för en rad "förmåner": som abort, ekonomiska bidrag - mödrahjälp., utskrivning från anstalt. Enligt tidigare institutionsforskning av Eivergård och Jönsson infördes sterilisering i de manliga anstalternas vårdutbud och kunde ställas som villkor för en rad olika behandlingssteg som innebar en ökad frihet inom och/eller utom anstalten. En uppgift om att sterilisering ställdes som villkor för utskrivning från institution återfinns i 10 % av ansökningarna i urvalet. Enstaka ansökningshandlingar där sterilisering ställdes som villkor för frigång iaktogs också. Sannolikt är antalen betydligt högre, då uppgiften ej var obligatorisk i ansökan och infördes inte automatiskt där.

Ett karakteristiskt fall

Ur steriliseringsansökan för en 18-årig pojke, arbetshemselev vid ett skol- och arbetshem inom Landstinget, 1957; "*född u.ä. Då modern var fabriksarbeterska har sonens uppfostran skett hos anhöriga, på barnhem och på sinnesslöanstalter. Sent utvecklad. Gått i sinnesskola. Konfirmerad vid 16 års ålder. Har under vistelsen på skol- och arbetshem utbildats i skomakeri men har föga fallenhet för det yrket liksom för övriga yrkesgrenar vid arbetshemmet. Som sinnesslö rätt gott begåvad. Inga speciella anlag. Lugn, foglig, lättledd. Kraftigt nedsatt sy. Oföretagsam och sävlig.*

Diagnos: *imbecillitas*.. IK mellan 57 och 74 vid olika testtillfällen, det aktuella värdet uppges vara 70.

Den tillfrågade modern: "*är principiell motståndare till sterilisering, avstyrker, men kommer ej att lägga hinder i vägen, därest ansökan skulle beviljas*".

⁷ Qvarsell R. Från vanart till psykopati. Om barnpsykiatrins framväxt i Sverige under mellankrigstiden. Lychnos. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1985.

Ur läkarintyget: *"Beskedlig imbecill, som förefaller lättledd, men också känslomässigt rörlig och different. Visar intresserad reaktion på tal om sexuella frågor. Uppfattat i någon mån sterilisering som något slags straff, men har i och för sig en positiv inställning till själva steriliteten. Klara omdömesfrågor dåligt"*.

Ansökan tillstyrkes på eugenisk och social indikation på grund av sinnesslöhet, med tillägg: *"Pojken skall nu utskrivas till en morbror som absolut vill ha honom steriliserad"*.

Institutionsvård - slutord

Under 1900-talets första hälft växte antalet institutioner i Sverige. Tendensen var snarlik i övriga Europa. Oro för befolknings"degeneration" till följd av snedfördelad reproduktion (många födselar bland lägre samhällsskikt – få bland högre) var stor. Industrialismen med befolkningskoncentration till stora städer och förslumning av dessa befarades försämra hälsotillståndet hos många. Det fanns en önskan om förbättring av levnadsvillkor för de sämst ställda, dels genom standardhöjande insatser dels genom att eliminera sjukdomstillstånd och avvikelser i samhället. Svagbegåvade, psykiskt sjuka, avvikande individer skulle förhindras i sin reproduktion antingen genom internering på anstalt eller genom sterilisering. Dels bedömdes det olämpligt att dessa skulle föra vidare sina gener, dels ansågs de ej kapabla att ta hand om barn. Läkare, lärare, socialarbetare skulle verka för att förbättra situationen.

De som i början av steriliseringslagarnas tillämpning placerades på institution var unga, barnlösa män och kvinnor som hade utmärkt sig genom uppmärksammat sexuellt intresse, dåliga skolprestationer, småkriminalitet. De bedömdes som sinnesslöa och psykopater, ofta i kombination. I ansökningsakterna noteras ibland att sterilisering ställdes som villkor för utskrivning. Sannolikt innebär kartläggningen i detta avseende en underskattning då uppgifter om villkor kunde utelämnas, eller i alla fall ej fördes regelmässigt i akterna. Troligen fanns det andra forum för diskussion av utskrivningsförfarandet som ronder, behandlingskonferenser, utskrivningsnämndens sammanträden.

På 1960-talet började mentalsjukhusvården omprövas. Nya synsätt och introduktion av psykofarmaka ledde till att allt färre patienter vårdades på slutan anstalt och många kunde skrivas ut. Flera anstalter stängdes och nedläggning av de stora mentalsjukhusen kom att diskuteras. Synen på de utvecklingsstörda förändrades och deras behov och rättigheter i samhället uppmärksammades. Inom läkarvetenskapen började psykisk utvecklingsstörning betraktas som ett tillstånd avskilt från psykiska sjukdomar i övrigt. Beteckning sinnesslö försvann successivt ur vokabulären. Även synen på

epilepsi, medfödd blindhet, dövstumhet förändrades, då nya forskningsrön tonade ned ärftlighetens betydelse.

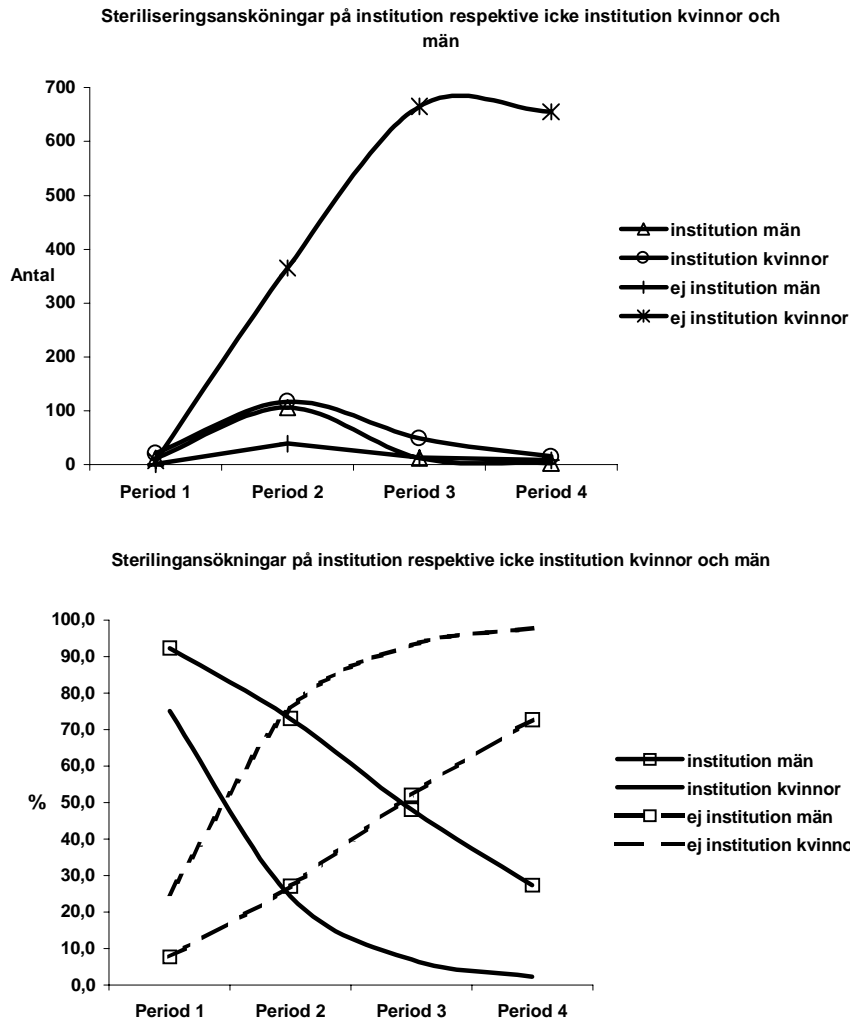
Många som ansökte om sterilisering befann sig på olika typer av institution, vanligen på sinnesslöanstalt och mentalsjukhus, där det fanns speciella avdelningar för sinnesslöa. Majoriteten av männen i undersökningen och en mindre andel av kvinnorna vistades på institution vid tiden för ansökan. Andelen kvinnor på anstalt var hög fram till början av 1950-talet och sjönk därefter successivt, de flesta kvinnor under 1960-70-talen ansökte om sterilisering på öppenvårdsmottagningar. Det psykiska diagnos-panoramat skiftade från diagnoser som sinnesslöhet och psykopati till socialpsykiatriska diagnoser, mer eller mindre aktuella än idag. Psykiatriska Nämndens policy vad gäller tillstånd till sterilisering blev alltmer restriktiv, särskilt beträffande unga individer, män, personer med psykisk sjukdom. Under den sista perioden kom inga ansökningar från personer vårdade på sinnesslöanstalter. Ett fåtal ansökningar kom från patienter på mentalsjukhus.

Män och kvinnor som vistats på institution var relativt sett yngre än de övriga sökande med medelålder på 27-28 år. De flesta var ogifta utan barn, men ett antal kvinnor hade barn. Flera av de anstaltsbundna ansågs olämpliga att ta hand om barn.

Nära 90 % av männen och drygt 70 % av kvinnorna som vistades på institution i urvalet intelligenstestades och klassificerades som sinnesslöa. Lika stor andel män som kvinnor beskrevs som "sexuellt opålitliga". Tre fjärdedelar av männen och en tredjedel av kvinnorna beskrevs som psykopater, de flesta hade samtidigt diagnosen sinnesslö. Ett mindre antal personer bedömdes lida av allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni. En särskild, liten grupp utgjordes av epileptiker, dövstamma och personer med andra handikapp som förknippades med mentala rubbningar. Dessa vistades antingen på speciella institutioner eller sinnessjukhus/psykiatrisk klinik. En uppgift om att sterilisering ställdes som villkor för utskrivning från institution återfinns i 10% av ansökningarna i urvalet.

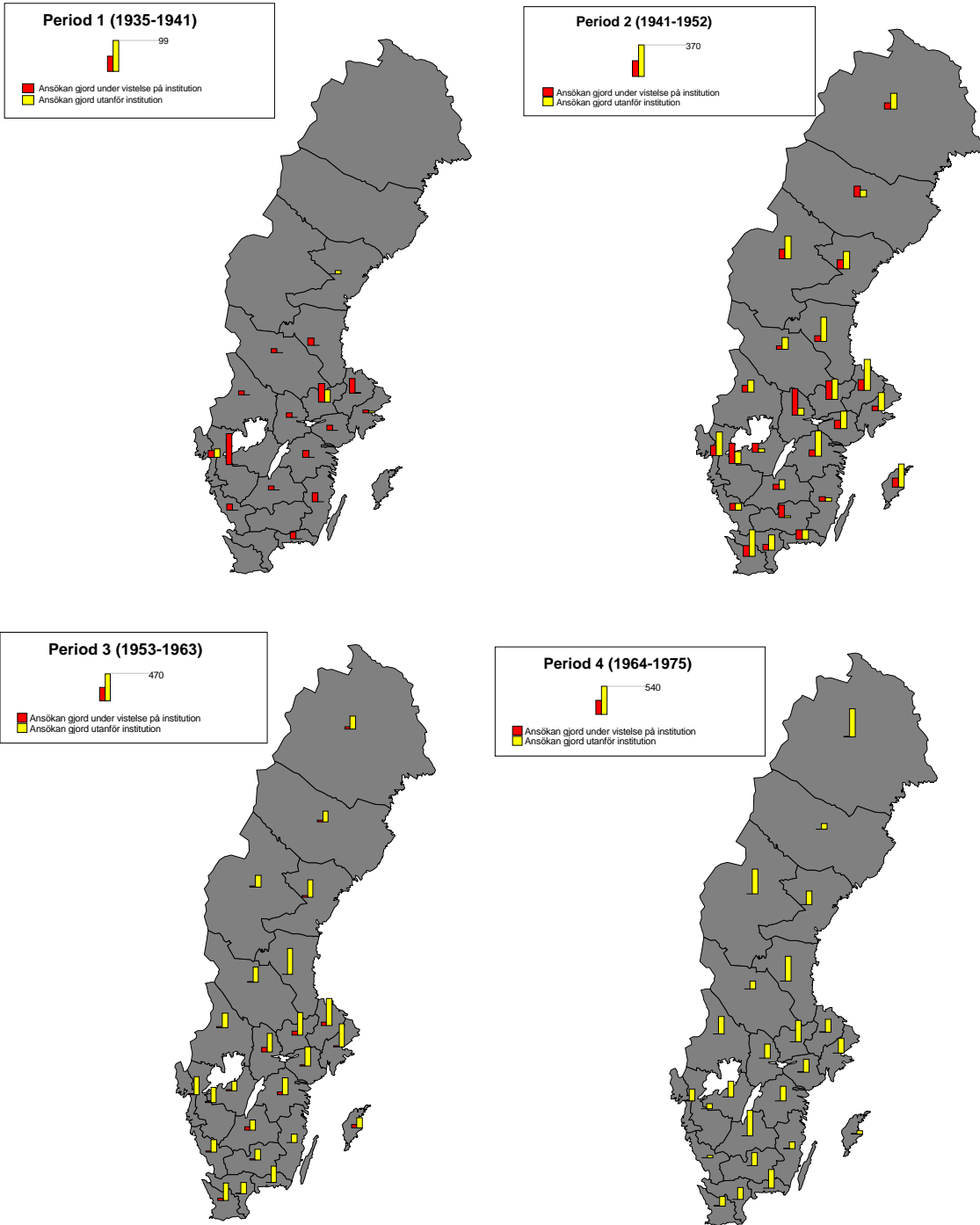
I diagram 7 framkommer hur antalet steriliseringsansökningar från institutionsplacerade ökade fram till 1941, för att sedan avta. Redan i början på 1950-talet utgjorde gruppen institutionsplacerade mindre än 10 % av dem som årligen steriliserades.

Diagram 7



Fördelningen mellan institutionsplacerade och icke-institutionsplacerade som steriliserades har också "plottats" per tidsperiod fördelade efter Sveriges län. Approximerat antal steriliseringsansökningar / 100.000 innevånare (karta 2). Även här ses hur antalet institutionsplacerade som steriliserades hela tiden minskade för att i praktiken vara noll under den sista 10-årsperioden. På kartan framkommer också att i län där det fanns stora institutioner så var antalet institutionsplacerade som steriliserades högt under de två första perioderna. Särskilt höga tal förekom i därför Älvsborgs, Örebro, Västmanlands och Uppsala län.

Diagram 8



1.4 Delfråga 5. Förändringar i lagstiftningens tillämpning

De förändringar som framträder tydligast är skillnader i tillämpningen av lagstiftningen över tid. Den eugeniska och eugenisk-sociala indikationen kom i stort att efterträdas av den medicinska indikationen. Ansökningarna kom i allt större omfattning att undertecknas av den sökande själv. I början av lagarnas tillämpning kunde sterilisering ställas som villkor för olika "förmåner", såsom utskrivning från institution, mödrahjälp, äktenskapstillstånd och abort. Tillämpning av de olika villkoren avtog med tiden. Sterilisering som uttryckligt villkor för abort upphörde helt att användas efter 1964. På grund av komplexiteten i delfråga 5 belyses den bäst genom en sammanvägning av kartläggningens samtliga resultat.

De specifikt historiska aspekterna av förändringen i lagens tillämpning belyses grundligt i Tydén's separata arbete.

1.5 Delfråga 6: De steriliserades livssituation

1.5.1 Inledning

I kartläggningsuppdraget har ingått att undersöka hur livet gestaltat sig för de berörda kvinnorna och männen efter steriliseringen. Eftersom ansökningshandlingarna endast kan belysa förhållanden som rådde till och med den steriliserande operationen måste andra källor användas.

Upplysningar om själva operationsförloppet har erhållits från operationsberättelser.

Många berörda har också brevlades beskrivit hur deras liv påverkades. Sådana brev har inkommit både under tiden för lagarnas tillämpning och nu i samband med utredningen. Ingrid Lomfors (?2) har genomfört intervjuer på ett begränsat antal personer som i brev till utredningen berättat att de steriliserats mot sin vilja enligt då gällande steriliseringslagstiftning. Äldre brev och inlagor som också belyser de steriliserades upplevelser finns arkiverade tillsammans med steriliseringsansökningarna.

Forskare har under årens lopp intresserat sig för hur steriliserade kvinnor upplevt sin situation, om de känt sig nöjda, missnöjda eller ångrat operationen. Granskning av sådana undersökningar kan belysa kvinnans upplevelse av ingreppet eller hennes anpassning till den nya situationen. I avsnitt 3 finns sådana studier beskrivna.

1.5.2 Granskning och kommentar till brevgenomgång 1954/55 samt 1974/75

Tillsammans med ansökningar om sterilisering finns arkiverade skrivelser till Medicinal/Socialstyrelsen. Skrivelserna bestod av brev från de sökande/steriliserade själva, från anhöriga, förfrågningar från berörda läkare, kuratorer, intyg från barnavårdsnämndsassistenter, etc.

Skrivelser omfattande åren 1954-1955 samt 1974-1975 har tagits ut för systematisk genomgång. De två årgångarna infaller i mitten respektive i slutet av lagarnas tillämpningsperiod. Ytterligare brev har lästs i samband med övrigt kartläggningsarbete.

Skrivelserna kan delas upp i olika kategorier beroende på deras innehåll. Tonen i dem varierar avsevärt, från neutral information till emotionellt starkt färgade vittnesmål. Särskilt breven från de sökande själva eller deras anhöriga kunde vara mycket känsloladdade.

Brev från 'patienter' och anhöriga

Totalt granskades 60 skrivelser från 1954/55 och 24 skrivelser från 1974/75. Antalet steriliseringsansökningar i urvalet var färre under de sista åren.

Skrivelserna kan delas upp i tre huvudgrupper:

- skrivelser som uttrycker missnöje med tillståndet till sterilisering eller steriliseringens genomförande. 1954/55 fanns 12 skrivelser av denna kategori och 1974/75 fanns sex. Fem av de sistnämnda var neutrala meddelanden från olika lasarett att tillsammans 43 kvinnor hade avstått från operation. Deras avstående kan tolkas som att de ångrat ansökan. Önskan om refertilisering uttrycktes i fem av breven från 1954/55.
- skrivelser som uttrycker missnöje med nekat tillstånd till sterilisering och/eller önskar omprövning. 1954/55 fanns 26 skrivelser (varav 21 skrivelser från myndigheter som barnavårdsnämnden, fattigvården, föreståndare/läkare på institution) av denna kategori och 1974/75 fanns 18.
- Skrivelser med allmänna förfrågningar rörande steriliseringslagens tillämpning, 1954/55 fanns 10 skrivelser av detta slag, däremot inga 1974/75.

Vid granskningen framkom att antalet män som ansöker om sterilisering 1974/75 var fler än 1954/55.

Vissa av de i ansökningsakterna förvarade skrivelserna uttryckte kritisk attityd mot tillstånd/verkställande av sterilisering ibland med önskan om

reoperation. Det fanns även brev från anhöriga, som uttryckte känslor av sorg och förbittring och kritisk attityd mot Medicinalstyrelsens tillstyrkan av sterilisering.

Ur ett brev daterad mars 1961 från fästman till 23-årig "sinnesslö" kvinna, som ålades sterilisering som villkor för äktenskap. Brevet är riktat till rektor på särskolan som ansökte om sterilisering för sin f.d. elev (brevet bilades steriliseringsansökan). Giftermålet hade planerats till maj samma år.

"Jag vill här svara på det brev som har kommit mig tillhanda för några dagar sedan. Jag behövde en tids betänketid eftersom det var fråga om så allvarliga ting som detta. Jag får först säga att mina ljusa framtidsdrömmar om giftermål och lycka gick i kras. Jag tycker för min del att - det är underligt att inte skolan lägger sig emot giftermålet också, så man vet vad man ska rätta sig efter, eftersom min fästmo är så undermålig enligt erat brev. Men jag får också säga det, att det är svårt att skiljas när vi har haft sällskap i fyra och ett halvt år, så jag är fäst vid henne som ni kanske förstår. Ni vet väl bäst hur ni skall handla i sådant fall, så kanske det är bäst att det blir så när det inte blir någon ändring i driftlivet och ingen farlig operation, så ger jag mitt medgivande till detta".

Det förekom också kritisk attityd mot nekat tillstånd ibland med önskan om omprövning: *"kan då äntligen bli lugn för flera grosesser". "Hur tror ni det känns att ligga och neka sin man samlag av rädsla för graviditet? Om jag ej får tillstånd sköter jag det själv".* Skrivelserna var författade dels av de personer steriliseringsansökan gällde, dels av anhöriga eller myndighetspersoner som läkare, kuratorer, barnavårdsnämndsassistenter som försökte styrka kvinnans önskan om sterilisering och abort samt visa på behov av sådan åtgärd för att förbättra kvinnans psykosociala hälsotillstånd.

Påfallande många (14 av totalt 24 i urvalet) brev från män inkom till socialstyrelsen 1974/75. Männerna var oftast makar till kvinnor som ansökt om sterilisering. Männerna uttryckte önskan om att få steriliseras istället för hustrur. Vanligen uppgavs att operationen var enklare för mannen, hustrun var kanske "klen", sjuk, eller rädd för att opereras. Ibland anfördes ideologiska skäl som att "fler barn inte skulle sättas till en redan överbefolkad värld". En make som led av svår progredierande sjukdom önskade sterilisering för egen del så att hustrun om hon gifte om sig skulle kunna få barn efter hans död. En man som var sjukskriven efter en olyckshändelse ville steriliseras under konvalescenstiden i stället för hustrun som yrkesarbetade och ej "hade tid att opereras". Under samma period inkom också meddelanden från olika sjukhus i landet om uteblivna operationer för ett antal kvinnor som fått tillstånd men avstått från sterilisering.

Brev och yttranden från myndigheter, läkare mm.

Vissa förfrågningar, skrivelser eller intyg från myndigheter kunde uttrycka omsorg och engagemang. Från intyg av överläkare på mentalsjukhus 1954 står t ex att läsa: *"Hon förefaller sålunda ha genomgått en intellektuell eftermognad undersökning har givit för handen att hon icke är sinnesslö utan intellektuellt genomsnittligt utvecklad. Det föreligger sålunda icke längre några eugeniska indikationer för sterilisering varför reoperation tillstyrkes ur psykiatrisk synpunkt"* (1954/55). Intelligensåldern uppmättes 1949 till 10 år. Flickan betecknades som imbecill. Den aktuella intelligensåldern 1954 var 17år.

Andra yttrande kunde uttrycka nedvärderande omdömen om de undersökta såsom: *"Ovårdad till sin läggning....ett snitt som ger henne en billig charm."*

På förfrågningar om reoperation hade Medicinalstyrelsen ett standard-svar som löd: *"Denna fråga är ej i lag reglerad, framställningen kan icke föranleda någon styrelseåtgärd. Ni bör emellertid rådfråga en psykiater och om denne efter verkställd undersökning anser sig kunna tillstyrka det, därefter vända Eder till en gynekologiskt skolad läkare"*. Vederbörande följde rekommendationen och vände sig ofta till psykiatriker som på nytt uppvaltade Medicinalstyrelsen. Bland dessa brev återfanns bilagor som styrkte önskan om reoperation, exempelvis förnyad intelligenstestning som visade högre intelligensålder jämfört med tidigare.

Ur svar från medicinalråd 1962 till en psykiater på mentalvårdsbyrå som hade skrivit till Medicinalstyrelsen angående en patients önskan om refertiliserin: *"Indikation för bifall till steriliseringsansökan 1944 ansågs vara eugenisk + social. Hon bedömdes som imbecill (IÅ Wåhlén 13) psykopat och ansågs rättsinkapabel. Huvudindikationen synes ha varit hennes då dokumenterade asociala livsföring. Frågan om "reoperation" i här aktuell mening är inte i lag reglerad. Så mycket torde dock kunna sägas att om steriliseringsansökan nu förelegat, denna knappast skulle ha beviljats. På den grund synes hinder för ingrepp avsett att häva steriliteten icke kunna anses föreligga"*.

Bland allmänna policy förfrågningar bör nämnas några från utlandet (England, USA) som utförligt besvarades av Medicinalstyrelsen i form av PM ang. svensk steriliseringslag 1954/55.

Brev och skrivelser: slutord

Skrivelserna ger ytterligare information om hur lagarna omsattes i praktiken. Under 1954/55 fanns många skrivelser från myndighetspersoner med syftet att styrka steriliseringsansökan alternativt omprövning av ett avslag.

Samhällets intressen prioriterades ofta framför individens. Det går inte alltid att avgöra huruvida omprövning av ett avslag initierades från myndigheten eller den berörde. Tydligt är dock att myndigheten i vissa fall förde den enskildes talan. Det fanns även läkare som intygade kvinnors lämplighet inför en ev. refertiliserande operation. Förfrågningar angående lagens tillämpning visade ofta ett intresse för kvinnors/män situation, ibland starkt engagemang. Bland breven märks särskilt de som uttryckte ånger över verkställd sterilisering, önskan och förhoppning om en refertiliserande operation. I medföljande läkarintyg kunde beskrivas att vederbörande presterade bättre vid intelligenstestning än tidigare, vilket tolkades som "eftermognad". Begreppet diskuterades vid den tiden (1954/55) under Socialpsykiatriska Nämndens sammanträden. Nämnden rekommenderade läkare att ta hänsyn till eventuell eftermognad om den sökande var ung.

Genomgången av skrivelser och brev ger inte något direkt svar på vilka, eller hur många personer som var nöjda/missnöjda med steriliseringsansökan/operation. De återspeglar fragment av händelseförlopp och får tydas med försiktighet. Man kan säga att skrivelserna gav uttryck för skilda attityder till sterilisering. Detta bekräftar ytterligare att det gavs ett handlingsutrymme vid tillämpningen av lagstiftningen. Egna beslut prioriterades i väsentligt högre grad 1974/75 och frivilligheten i ansökningsförfarandet synes vara markant större än 20 år tidigare.

2 Sammanfattning och slutord

Kartläggningsarbetet har inneburit en systematisk genomgång av steriliseringsansökningar, ett urval av 2088 ansökningshandlingar för personer födda den 15:e varje månad. Ansökningsakterna finns bevarade på Riksarkivet för åren 1935 - 1946 och på Socialstyrelsens arkiv för åren 1947 - 1975. Dessa akter har varit en huvudkälla under kartläggningsarbetet, även om andra dokument som operationsberättelser, protokoll, koncept och diarieböcker samt kortregister har studerats.

Genomgången av ansökningsakterna har gett en inblick i 2088 människoöden. Läsning av handlingar har kastat sken på enskilda liv och på händelseförlopp som ledde fram till ansökan om sterilisering. Dessa unika liv hade ett gemensamt - ansökan om steriliserande ingrepp som oåterkalleligt skulle förändra deras framtid. Vilka de var och hur deras liv påverkades kan inte beskrivas enbart med hjälp av dokument och granskning men kartläggningen är ett försök att belysa ansökningsproceduren i praktiken.

Det kan tyckas förmätet att försöka omsätta människoöden till siffror och fånga dessa i tabeller och diagram. Att försöka se och beskriva tendenser i tillämpningen av lagen är dock *ett sätt att* synliggöra dessa individer.

Kvaliteten på ansökningshandlingarna skiftar under den fyrtioåriga period lagstiftningen gällde. Tre varianter av standardiserade formulär fanns, en för tiden 1935 - 1941, en för 1941 - 1960 samt en för 1960 - 1975. Även om strukturen i dessa inte skiljde sig på något avgörande sätt, skiftade utformningen av blanketterna t ex vad gäller tillgängligheten av instruktioner. Det kan sägas att de undersökta ansökningsakterna är tidstypiska.

Ansökningshandlingar avfattades av olika myndighetspersoner med skilda specialiteter och varierande engagemang och motiv. De verkade i skilda delar av landet. Detta har inneburit att informationsmängden liksom fokus för undersökarens intresse och uttryckssätt växlar i handlingarna. Kartläggningsresultatet skall bedömas utifrån dessa förhållanden och måste tolkas och diskuteras med försiktighet. Siffrorna får inte uppfattas som exakta utan skall ses som uppskattningar och approximationer. Tydliga tendenser kan dock beskrivas.

Antal personer som steriliserades under den tid lagarna var i kraft:

Enligt Statistiska Centralbyråns Allmänna Hälso - och sjukvårdsstatistik steriliserades 62 888 personer åren 1935 – 1975

Steriliseringar efter ansökan av någon annan än den person som ansökan gällde.

Bland ansökningarna kom under hela tidsperioden 8 % från andra än den ansökan gällde. Under förutsättning att samma förhållande rådde vid steriliseringarna har ca 5 000 personer steriliserats trots att ansökan är gjord av annan person. Åren 1935-1941(1934 års lag) uppskattades att 54% av ansökningar kom från en annan person än den ansökan gällde vilket approximeras till drygt 1000 personer. Under de följande 35 åren (1941 års lag) återfinns således de resterande ca 4000 varav en dominerande del under 1940- och 1950-talen.

Indikationer använda vid steriliseringsansökningarna?

De tre indikationer som tillämpades vid steriliseringsansökningar benämndes eugenisk, social och medicinsk. Den medicinska indikationen tillämpades endast på kvinnor. Under 1934 års lag användes endast eugenisk och/eller social indikation för både kvinnor och män. Bortsett från den sista perioden (1964-1975) där endast få män ansökte om sterilisering var dessa indikationer tillämpade på män på likartat sätt under hela perioden. Vanligast för männen var en kombination av eugenisk och social indikation. För kvinnorna förändrades bilden kraftigt. I början av användningen av 1941 års lag tillämpades den eugeniska indikationen antingen ensamt eller kombinerat med medicinsk eller social indikation i ca hälften av ansökningarna. Under de sista åren av 1941 års lags tillämpning användes dessa indikationer ytterst sparsamt. Den medicinska indikationen tillämpades under hela perioden 1941-1975 i mer än 90 % av alla ansökningar.

Vilka ansökte om sterilisering?

Som tidigare nämnts är det inte möjligt att i eterhand ge en fullständig bild av vilka det var som ansökte om sterilisering. Bakom "hårddata" som finns i varje akt som ålder , kön, födelseort, civilstånd, yrke antal barn etc. samt akternas sociala utredning och läkarbedömning döljer sig enskilda öden.

Steriliseringsansökan är ett blad ur dessa liv. Följande schablonmässiga framställning syftar till att lyfta fram skillnader över tid.

Typfall för de första perioderna (1935-1952) av lagens tillämpning var en ung man eller kvinna betecknad som sinnesslö placerad på institution. Ansökan om sterilisering hade tillkommit på initiativ av någon annan än den som ansökan gällde, ansökan beviljades på eugenisk och/eller social indikation.

Typfall för de senare perioderna (1953-1975) var en kroppsligt och psykiskt utsliten medelålders mångföderska under sviktande, knappa sociala och ansträngda äktenskapliga förhållanden. Ansökningarna beviljades på medicinsk indikation. Vanligt motiv för sterilisering av dessa kvinnor var "svaghet".

Förändringar i tillämpningen av lagstiftningen under den tid den var i kraft.

Många förändringar inom vetenskap, politik och social omsorg skedde under den aktuella 40-åriga tidsperioden. Samtliga dessa påverkade tillämpningen av lagen. Arvshygieniskt synsätt med samhällets intressen i fokus synes ha efterträtts av ökat intresse för individ och familj. Av kartläggningen framgår att den eugeniska indikationen som användes frekvent i början av perioden nästan helt ersattes av den medicinska. Det i sin tur innebär att nästan bara var kvinnor som steriliserades under de två sista perioderna av lagens tillämpning. Det förändrade synsättet framgår också av motiven i akterna. De arvshygieniska motiven med eugenisk och social indikation övergår i socialmedicinska och socialpsykiatriska. Såväl de sociala som de medicinska intygen förändrar karaktär från ett samhälleligt till ett mer individuellt synsätt där den sökande sätts i centrum. Samhällspreventionen glider över i individprevention. Anstalternas roll som leverantörer av steriliseringsansökningar övertas av RFSU eller andra liknande öppenvårdsmottagningar. Den uppenbara ofrivilligheten i tidigare, av andra initierade, ansökningar övergår i egna formellt frivilliga ansökningar, möjligen framtvingade av knappa sociala omständigheter, men inte av myndighet.

Förändringar i tillämpningen diskuteras utförligt av mattias Tydén i hans rapport.

Hur påverkades livet för de steriliserade personerna?

Frågan har främst belysts i en särskild undersökning av Ingrid Lomfors. Viss ytterligare information har dessutom kunnat inhämtas genom brev från sökande och andra berörda personer som under årens lopp inkommit till

Medicinalstyrelsen. Från breven kan ofta utläsas förtvivlan, sorg och saknad över ett liv utan barn, men andra brev vittnar om ett missnöje över en avslagen steriliseringsansökan med önskemål om att ärendet skulle omprövas. I materialet från 1974/75 fanns också brev från män som ville bli steriliserade istället för hustrur men som fick avslag på sina ansökningar. De steriliserades egna upplevelser speglas också i de undersökningar som gjordes i början av 1960-talet (se avsnitt 3).

Slutord

Steriliseringslagarna 1934 och 1941 tillkom i en tid av omfattande arvshygienisk diskussion inom vetenskapen och i samhället.

Den minskande nativiteten med samtidigt relativt höga födelsetalen bland fattiga och utbildade människor ansågs mana till arvshygieniska åtgärder.

Begreppet *sinnesslö* i meningen svagbegåvad, lägre intellektuellt och moraliskt stående, blev centralt i dessa diskussioner. Det användes frekvent i steriliseringsansökningarna fram till mitten av 1950-talet. Senare användes termer som psykisk utvecklingsstörning eller utvecklingshämmning. Dessa termer förekom dock ej alls lika frekvent.

Sterilisering av "sinnesslöa" och andra "ärftligt belastade individer" ansågs kunna för framtiden begränsa dessa grupper till antal trots att vissa samtida forskare hävdade att sådana mål ej var möjliga att uppnå genom sterilisering. Antalet steriliserade som "sinnesslöa" uppskattas till ca 500 personer i kartläggningsurvalet vilket motsvarar ca 17 – 18 000 av samtliga steriliserings sökande. Benämningen förekom framför allt under de första decennierna av steriliseringslagarnas tillämpning. De flesta av dem som rubricerades så vistades antingen på sinnesslöanstalt eller på sinnessjukhus där avdelningar för sinnesslöa fanns. Utskrivning från dessa anstalter kunde ofta förenas med villkor om sterilisering. I kartläggningsmaterialet uppskattas antalet sådana utskrivningar från anstalter till 10 %. Antalet personer inskrivna på anstalt vid tiden för steriliseringsansökan beräknas till omkring 10 000. Således skulle minst 1000 individer ställas inför villkor att steriliseras inför utskrivning från institution. Sannolikt rör det sig om fler, då uppgiften ej efterfrågades specifikt i ansökan och ej heller togs upp automatiskt.

1950-talet förefaller vara en brytningstid i tillämpningen av steriliseringslagstiftningen. Från att från början ha stiftats som rashygienisk åtgärd och redskap för social kontroll där individens behov underordnades samhällets, tenderade lagen att tillämpas alltmer för individens prevention. Proportionen kvinnor- män (från början ungefär 70% - 30%) förändrades till att alltfler kvinnor och allt färre män steriliserades. I slutet av perioden var sökande nästan enbart kvinnor (98%).

Fram till mitten av 1950- talet utgjorde eugenisk och social indikation drygt 80 % av indikationer för sterilisering för män och omkring 20% för kvinnor. Däremot dominerade medicinsk indikation med drygt 90 %. Medicinsk indikation var enligt lagen förbehållen kvinnor, vilket bidrog till att sterilisering blev *en kvinnofråga*. Ytterligare anledning till detta var abortlagens restriktivitet som gjorde sterilisering till, i brist på andra, relativt eftertraktad preventiv åtgärd. Den kvinnliga dominansen är påtaglig under hela den fyrtioåriga perioden av steriliseringslagens tillämpning, även om andelen män var högre i början. Maja Runcis har tillskrivit detta kvinnas sämre sociala ställning i samhället. Informationen från steriliseringshandlingar tyder på att många kvinnor levde under extrem social belastning. Enbart kroppslig sjukdom gav sällan grund för beslutet på medicinsk indikation. Istället angavs socialpsykiatriska, socialmedicinska orsaker. Social ohälsa omtolkades till medicinska indikationer, ett sätt att tänja lagen så att den bättre motsvarade de tillstyrkandes intentioner. De lokala beslutsfattarna styrdes sannolikt i hög grad av en omtanke om kvinnor och barn. Det föreföll också utifrån aktmaterialet som om vissa kvinnor föredrog sterilisering som medförde en garanti för att slippa fler graviditeter än de praktiska och sociala vedermödor som en skilsmässa kunde få till följd. De "kurator/läkarpar" som samarbetade ibland i flera år i steriliseringsärenden på öppenvårdsmottagningar runt om i landet beskrev ofta kvinnors svåra umbäranden under bristfälligt stöd från maken och i stor fattigdom. Kuratorer gjordes på detta vis något av kvinnors och barns talesmän i steriliseringsansökningar på 1960- och 1970- talen. Huruvida de i ansökningarna återgav kvinnors genuina önskemål eller framförde egna/etablissemangets åsikter är ovisst. Det finns vittnesmål om påtryckningar från kuratorer/läkare i abort/steriliseringsärenden. I vad mån sociala fördomar och godtycke gjorde sig gällande är samtidigt svårt att utläsa ur materialet. I ansökningar från denna tid förekom uttryck för att äktenskap tillmättes stor betydelse. Önskan om äktenskapets fortbestånd användes exempelvis som argument för sterilisering om en kvinna led av graviditetsrädsla som influerade parets samliv. Även i fall där en make genom kroppslig/psykisk sjukdom eller missbruk, asocialitet snarast bildade en ytterligare börda för kvinnan tycktes sterilisering av kvinnan att ha föredragits framför en skilsmässa. Omställning i sociala normer kom i efterhand till uttryck i ansökningshandlingar, dels genom att kvinnors egna önskemål beträffande graviditeter, antal barn, preventivmetoder prioriterades tydligare, dels fanns ett ökat antal skilda kvinnor, samt kvinnor med utbildning och egna yrken. Män började höra av sig till Socialstyrelsen med önskan att steriliseras istället för husrur.

Den förändrade tillämpningen av steriliseringslagstiftningen under de senare decennierna säkrade dock inte de sökandes intressen. Ända in på

1970 – talet förekom ansökningar enligt eugenisk indikation i samband med institutionsvistelse. Samma sak gäller steriliseringar i samband med aborter.

Mer än hälften av kvinnor som sökte sterilisering var gravida och ansökte samtidigt om abort. 1938 års abortlag medgav sterilisering som villkor för abort på eugenisk grund. Dessa framtvungade steriliseringar minskade i antal mot slutet av 1940 – talet, efter att abortlagen utvidgades 1946 med socialmedicinsk indikation, vilket gav läkarna möjlighet till att kringgå den eugeniska indikationen. Enligt Medicinalstyrelsens egna uppgifter upphörde den s.k. abortparagrafen att tillämpas 1964. Dock lämnade abortsituationen utrymme för påverkan från omgivningen även senare, inte minst från de kuratorer och läkare som skulle tillstyrka ansökan och som ansåg sig veta kvinnans bästa. Ibland övertalades kvinnan att föda barnet och steriliseras i samband med förlossning, ibland att söka sterilisering när hon i första hand sökte aborttillstånd. Även i samband med aborter förekom således så sent som på 1970-talet fall där sterilisering ställdes som villkor, om än ej uttryckligen.

Uppföljande undersökningar under 1960- och 1970-talen av kvinnor som har steriliserats med eller utan samtidig abort under åren 1948- 1961 visade att majoriteten hade anpassat sig till den nya situationen väl och inte ångrat sterilisering. De som ångrade ingreppet och hade utvecklat psykiska men var framför allt de som var unga och barnlösa när steriliseringen skedde

Bland de steriliserade framträder sociala skillnader. Majoriteten av de sökande kom från arbetarklassen, bland utbildade, fattiga, svagbegåvade eller från sociala normer avvikande individer som saknade medel att påverka sin situation och som "valde" sterilisering som den utväg som bjöds. Under 1960- och 1970-talen förekom ett antal ansökningar från invandrarkvinnor, under urvalets fjärde period upp till 18 %. Etniska minoriteter som samer, zigenare förekom, med ett undantag, i mycket liten utsträckning i aktmaterialet. Undantaget utgjordes av personer kategoriserade som "tattare". Benämningen förekom under period 2 (1941-1952) i kartläggningmaterialet och uppgick till 1% av steriliseringsansökningarna.

Sterilisering kunde vara ett sätt att få fattigvårdsstöd, mödrahjälp, slippa försörja ytterligare ett barn, komma ut från institution. Den övertro till experter som präglade allmänhetens relation till sjukvårdande instanser bidrog till att föreslagen sterilisering accepterades. Men det finns steriliseringsansökningar som vittnar om att ingreppet var en önskad åtgärd från den sökandes sida. Kartläggningarbetet gav många exempel på att både tvång och frivillighet fanns parallellt under de år lagstiftningen gällde.

Även om graden av frivillighet i ansökningar tycktes öka betydligt med åren, fanns hela tiden utrymme för personlig tolkning och bruk av lagen. De centrala rekommendationerna omvandlades till individuell tillämpning som influerades av lokala och regionala skillnader. Förändringar i synsätt märktes i städerna men äldre synsätt dröjde längre på landsbygden. Men tillämp-

ningen anpassades i praktiken till kraven på frivillighet i steriliseringsförfarandet så som de kom till uttryck i den allmänna debatten som föregick ändringen av steriliseringslagstiftningen 1976.

Bilaga

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
Agnesfrid	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Hindby, Malmö	Malmöhus län
Alsterlund Mary	Vårdhem för obildbara sinnesslöa barn	Alinsås	Älvsborgs län
Anna Geijers barnhem	Barnhem		
Arriehemmet	Provisorisk vårdanstalt för obildbara sinnesslöa barn under 12 år	Arrie	Malmöhus län
Aspa	Vårdhem för sinnesslöa barn och vuxna kvinnliga sinnesslöa samt arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Hasslerör	Skarabors län
Backagården	Arbetshem för manliga sinnesslöa	Finja	Kristianstads län
Berghyddan	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Smålands Taber	Jönköpings län
Bergåsa	Vård- och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Tullinge, Lägersta	Stockholms län
Betaniahemmet	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa skolhem för gossar och flickor samt särskilt arbetshem för manliga sinnesslöa	Askim	Göteborgs och Bohus län
Betesda	Vårdhem för sinnesslöa av båda könen	Flisby	Jönköpings län
Biskopsbo	Vårdhem för sinnesslöa av båda könen samt arbetshem för manliga sinnesslöa	Vristad	Jönköpings län
Bistaborg	Drottning Sophias ungdomshem	Bålsta	Uppsala län
Björkbacka	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Smålands Rydaholm	Jönköpings län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
Björkebo	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Fagersjö	Stockholms stad
Björkliden	Vårdhem för manliga och kvinnliga sinnesslöa	Kortebo	Jönköpings län
Björknäs	Vård- och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Bräcke	Jämtlands län
Björksäter	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Smålands-Taberg	Jönköpings län
Björkåsen	Vård- och arbetshem för manliga sinnesslöa	Glava	Värmlands län
Blinkarp	Arbetshem för manliga sinnesslöa	Röstånga	Malmöhus län
Bodaborg	Skolhem med särskild arbetshem för manliga o kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem med särskilda avdelningar för barn och för äldre kvinnliga sinnesslöa	Viskan	Västernorrlands län
Bona	Skyddsuppfostringsanstalt		Östergötlands län
Brattby gård	Skol- och arbetshem för manliga sinnesslöa	Vännäsby	Västerbottens län
Brattby skolhem	Skol- och arbetshem	Vännäsby	Västerbottens län
Bredablick	Vårdhem för sinnesslöa barn under 12 år av båda könen samt vuxna kvinnliga sinnesslöa	Värnamo	Jönköpings län
Brotorp	Arbetshem för lindrigt asociala imbecilla kvinnor	Hidingebro	Örebro län
Carlslund	Vårdhem för sinnesslöa av båda könen och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Upplands.Väsby	Stockholms län
Charlottendal	Specialanstalt för sin-	Gnesta	Södermanlands

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
	nesslöa barn med talfel med arbetshemsavdelning för kvinnliga		län
Dagöholm	Alkoholistanstalt	Lerbo	Södermanlands län
Dalary	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Tenhult	Jönköpings län
Dänningelanda vårdhem	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	DänningelandaVäxjö	Kronobergs län
Ehrendahls vårdhem	Vårdhem för obildbara sinnesslöa barn under 12 år	Gnesta	Södermanlands län
Ekeliden	Vårdhem för sinnesslöa av båda könen och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Tyrine	Kristianstads län
Ekhagen	Skolhem	Karlshamn	Blekinge län
Erstagården	Arbetshem för kvinnliga epileptiker	Nacka	Stockholms län
Ervallahemmet	Arbetshem för manliga epileptiker	Ervalla	Örebro län
Externatskolan	Skolhem	Borås	Älvsborg län
..			
Externatskolan	Avsedd för bildbara sinnesslöa	Gävle	Gävleborgs län
Externatskolan	Avsedd för blinda barn	Malmö	Malmöhus län
Externatskolan	Avsedd för sinnesslöa barn	Örebro	Örebro län
Fogdarödshemmet	Arbetshem för manliga epileptiker	Höör	Malmöhus län
Fridhem	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Vaggeryd	Jönköpings län
Fridhem	Skolhem med särskilt arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Hässleholm	Kristianstads län
Furuberg	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Smålands-Taberg	Jönköpings län
Furuhagen	Skolhem och arbetshem för manliga och	Bräcke	Jämtlands län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
	kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem		
Furuliden	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Ingelstad	Kronobergs län
Georgshill	Vårdhem för manliga och kvinnliga sinnesslöa	Hörby	Malmöhus län
Gevåg	Vård- och arbetshem för manliga sinnesslöa	Hammarstrand	Jämtlands län
Gläborg	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Håbygård	Göteborg och Bohus län
Granebo	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Västerhaninge	Stockholms län
Granudden	Arbetshem för kvinnliga epileptiker		Västernorrlands län
Gällivare vårdhem	Vårdhem för obildbara	Gällivare	Norrbottnens län
Haga vårdhem	Vårdhem för sinnesslöa barn av båda könen och vuxna kvinnliga sinnesslöa	Enköping	Uppsala län
Haggården	Skol- arbets och vårdhem för sinnesslöa	Hedemora	Kopparbergs län
Hallagården	Skolhem	Heberg	Hallands län
Hammarbo	Vårdhem manliga	Tungelsta	Stockholms län
Helgesta	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Grillby	Uppsala län
Hinseberg	Vård- och arbetshem för manliga sinnesslöa	Frövi	Örebro län
Holmfors	Holmfors alkoholinstalt		Västerbotten
Holmsborg	Arbetshem för manliga sinnesslöa	Lagan	Kronobergs län
Hyddan	Vårdhem för sinnesslöa barn av båda könen och vuxna kvinnliga sinnesslöa	Noberg	Västmanlands län
Håga	Arbetshem för manliga sinnesslöa	Uppsala	Uppsala län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
Håkanstorp	Skolhem, med några platser upptagna som arbetshem	Malmö	Malmöhus län
Häckelsta vårdhem	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Malmö	Södermanlands län
Hälsans vårdhem	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Antnäs, Nederluleå	Norrbottnens län
Höghammar	Skolhem och arbetshem för manliga och kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem	Bollnäs	Gävleborgs län
Höglunda	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Gräfsnäs	Älvsborgs län
Höra	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Järpås	Skaraborgs län
Ingridshem	Provisoriskt vårdhem för utbildbara sinnesslöa barn	Gammelstad	Norrbottnens län
Johannesberg	Skolhem och arbetshem för manliga och kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem	Mariestad	Skaraborgs och Älvsborgs län
Johannesbergs-hemmet	Vård- och arbetshem, manliga	Alingsås	Älvsborgs län
Karlsberg	Arbetshem för manliga och kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem	Gävle	Gävleborgs län
Karlsvik	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Södertälje	Stockholms län
Klovasten	Vård- och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Ulvåker	Skaraborgs län
Kristinaskolan	Arbetshem	Askersund	Örebro län
Kullebo	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Stehag	Malmöhus län
Liljestad	Vård- och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Söderköping	Östergötlands län
Lilla Edet	Vård- och arbetshem	Lilla Edet	Älvsborgs län
Lindängen	Arbetshem för manliga	Kulladal	Malmöhus län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
	sinnesslöa		
Locknegården	Vård- och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Lockne, Östersund	Jämtlands län
Lättarp	Arbetshem för manliga sinnesslöa	Forserum	Jönköpings län
Löt	Skol- och arbetshem för manliga sinnesslöa samt vårdhem	Malmby	Södermanlands län
Lövsätra	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Stäket	Uppsala län
Majgården	Vårdhem för sinnesslöa barn av båda könen	Gnesta	Södermanlands län
Majgården	Vård- och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Herda, Värnamo	Jönköpings län
Margaretahemmet	Epileptikeranstalt med skolhem, arbetshem för manliga och kvinnliga elever samt vårdhem för barn	Knivsta	Stockholms län
Marieborg	Vårdhem för manliga och kvinnliga sinnesslöa	Askersund	Örebro län
Meldersteins vårdhem	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Orrbyn, Råneå	Norrbottnens län
Mellansjö skolhem	Psykopatiska och nervösa barn	Täby	Stockholms län
Mikaelgården	Läkepedagogiskt Institut	Järna	Stockholms län
Mjörnhemmet		Stora Lundby, Göteborg	Göteborgs och Bohus län
Myrornas barnhem	Psykopatiska och nervösa barn	Frölundaborg	Göteborgs och Bohus län
Möllevångshemmet	Skol- och arbetshem för manliga sinnesslöa	Lund	Malmöhus län
Nannylund	Skol- och arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Eksjö	Jönköpings län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
Norrbacka	slöa Vanförestalt	Stockholm	Stockholm
Norrköpings	Sinnesslöskola för bildbara sinnesslöa	Norrköping	Östergötlands län
Norsjö vårdhem	Vårdhem för manliga	Norsjö	Västerbotten
Nyhem	Vårdhem för sinnesslöa av båda könen, samt för kvinnliga sinnesslöa arbetshem	Hälsingborg	Malmöhus län
Nyhem	Barnhem. Missanpassade barn	Höör	Malmöhus län
Näs vårdhem	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Näs bruk, Krylbo	Kopparbergs län
Oppeby	Vårdhem för manliga och kvinnliga sinnesslöa	Nyköping	Södermanlands län
Osby sjukhem	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Osby	Kristianstads län
Rickomberga	Uppsala läns sinnesslöanstalt	Uppsala	Uppsala län
Ringvik	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Sätöfta, Höör	Malmöhus län
Rinkesta slott	Vårdhem för sinnesslöa barn av båda könen och vuxna kvinnliga sinnesslöa med särskild invalidavdelning samt arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Ärla, Eskilstuna	Södermanlands län
Råbylund	Skolhem för psykopatiska gossar och nervösa barn	Stora Råby Lund	Malmöhus län
Råå Norra folkskola	Bildbara sinnesslöa	Hälsingborg	Malmöhus län
Röingegården	Arbetshem för manliga epileptiker	hässleholm	Kristianstads län
Rönneholms slott	Arbetshem och vårdhem för manliga sinnesslöa	Stehag	Malmöhus län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
Rönås	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Bjärsjölagård	Malmöhus län
Rörstrand	Stora Parkvillan	Stockholm	Stockholms stad
Salbohed	Skol- och arbetshem	Salbohed	Västmanlands län
Saltå arbetsskola	Läkepedagogiskt Institut	Järna	Stockholms län
Schedevi	Vård- och arbetshem för manliga sinnesslöa	Opphem, Rimforssa	Östergötlands län
Segersta gård	Arbetshem manliga	Ekolsund	Uppsala län
Sjötorp	Skolhem	Huddinge	Huddinge
Sjövik	Arbetshem för manliga sinnesslöa	Gräddö, Tjockö	Stockholms län
Skansen	Vårdhem för vuxna kvinnliga sinnesslöa samt arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Lödöse	Älvsborgs län
Skervik	Yrkesskola	Mölbo	Stockholms län
Skogsfrid	Vårdhem för sinnesslöa barn av båda könen	Linköping	Östergötlands län
Skogsudden	Arbetshem för kvinnliga epileptiker	Korsnäs	Kopparbergs län
Skårsbo	Barnhem för psykopatiska gossar	Hulabäck, Alingsås	Älvsborgs län
Slagsta	Skol- och vårdhem för barn	Fittja	Stockholms län
Sofielund	Skol- och arbetshem för manliga och kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem	Strömsholm	Västmanlands län
Solbacken	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Smålands Burseryd	Jönköpings län
Solberga	Läkepedagogiskt Institut	Järna	Stockholms län
Solhem	Vård- och arbetshem för manliga sinnesslöa	Sävsjö	Jönköpings län
Solvik	Vårdhem för sinnesslöa barn under 7 år	Valla	Södermanlands län
Solviken	Vårdhem	Karlskrona	Blekinge län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
Staberg	Arbetshem för kvinnliga epileptiker	Korsnäs	Kopparbergs län
Stampaholm	Vårdhem för sinnesslöa barn av båda könen samt vuxna kvinnliga sinnesslöa	Karlshamn	Blekinge och Gotlands län
Stora Sköndal	Svenska Diakonanstaltens epileptikerhem Arbetshem och klinik för manliga epileptiker	Södertörns vil- lastad, Stock- holm	Stockholms stad
Storängens skol- hem	Skol- och arbetshem samt vårdhem	Söderköping	Östergötlands län
Strands barnhem	Vård av psykiskt efter- blivna barn	Ulricehamn	Älvsborgs län
Stretered	Skol- och arbetshem för manliga och kvinn- liga sinnesslöa samt vårdhem	Källered, Göte- borg	Göteborgs och Bohus län
Strömsör	Vårdhem för sinnesslöa av båda könen och arbetshem för manliga sinnesslöa	Håknäs	Västerbottens län
Styrsö vårdhem	Vårdhem för sinnesslöa	Styrsö	Göteborgs och Bohus län
Sundbergska stiftelsen	Vårdhem för obildbara sinnesslöa	Linköping	Östergötlands län
Svartsjöanstalten	Alkoholistanstalt	Mälareöarna, Svartsjölandet	Stockholms län
Sätoftahemmet	Arbetshem för kvinnliga epileptiker, med särskild avdelning för mera svårskötta och slöare	Höör	Malmöhus län
Sättra	Vård/- och arbetshem	Sättra, Adelsö	Stockholms län
Sävstaholm	Skol- och arbetshem för manliga sinnesslöa	Vingåker	Södermanlands län
Söderhaga	Skol- och arbetshem för psykopatiska sin- nesslöa flickor	Drevviken, Handen	Stockholms län
Söderköpings epe-	Vårdhem för obildbara	Söderköping	Östergötlands län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
dimisjukstuga	sinnesslöa barn i förskoleåldern		
Sönnarlövsgården	Arbetshem för kvinnliga epileptiker	Östra Sönnarlöv	Kristianstads län
Tallbacka	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Smålands-Taberg	Jönköpings län
Tallebo	Vårdhem- och arbets- hem för manliga sinnesslöa	Herda, Värnamo	Jönköpings län
Talleröd	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa	Strömsfors	Älvsborgs län
Tallheden	Skol- och arbetshem för manliga och kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem	Råneå	Norrbottens län
Tallåsen	Vårdhem för manliga och kvinnliga sinnesslöa	Tollarp	Kristianstads län
Tjället	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Nävrögöl	Blekinge län
Torsby	Arbetshem för manliga sinnesslöa	Hemmestavik	Stockholms län
Trollboholmsskolan	För ömtåliga och miljöskadade barn i åldern 4 – 16 år	Torrbo	Dalarnas län
Ulleberg	Skol- och arbetshem för manliga sinnesslöa samt vårdhem	Karlstad	Värmlands län
Upplands Väsby	Upptagningshem, skol- hem och arbetshem för manliga och kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem	Upplands Väsby	Stockholms län
Vallbostrand	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Vallentuna	Stockholms län
Vartorp	Arbetshem för manliga sinnesslöa	Gamleby	Kalmar län
Wasshammar	Vårdhem för sinnesslöa av båda könen och	Hammar	Örebro län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
Venngarn	arbetshem för kvinnliga sinnesslöa Statens alkoholanstalt	Venngarn	Stockholms län
Verkeback	Vårdhem för obildbara sinnesslöa under 12 år	Verkeback	Kalmar län norra
Wilhelminahemmet	Vårdhem för manliga och kvinnliga sinnesslöa	Växjö	Kronobergs län
Wilhelmsro	Epileptikeranstalt, skolhem och arbetshem	Jönköping	Jönköpings län
Vilhemshöjd	Vårdhem för manliga och kvinnliga sinnesslöa	Värnamo	Jönköpings län
Wråå	Arbets - och vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Alsike	Stockholms län
Vänernborg	Skolhem, statens uppfostringsanstalt för flickor	Vänernborg	Älvsborgs län
Värend	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Väckelsång	Kronobergs län
Värnhem	Arbetshem för kvinnliga sinnesslöa samt vårdhem för manliga och kvinnliga	Norrköping	Östergötlands län
Västra Haga skolan	Göteborgs stads sinnesslöskola	Göteborg	Gbgs-o.Bohus län
Ystad	Úngdomsanstalt	Ystad	Malmöhus län
Ángsgården		Kristiansstad	Malmöhus län
Ársta	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Liljeholmen, Stockholm	Stockholms stad
Álby	Vårdhem för manliga och kvinnliga sinnesslöa	Dalboda	Uppsala län
Álvdalen	Vårdhem manliga sinnesslöa	Áled	Hallands län
Óringe	Vårdhem för kvinnliga sinnesslöa	Genevad	Hallands län
Óstanby	Vårdhem för manliga	Gusselby	Órebro län

Sinnesslöanstalt	Kategori	Ort	Län
	sinnesslöa med tuber- kulos		
Östhammar	Vårdhem för manliga sinnesslöa	Östhammar	Stockholms län
Överby	Vårdhem för manliga och kvinnliga	Rotebro Över- bygård	Stockholms län

Statliga sinnessjukhus

Frösö sjukhus		Östersund	Jämtlands län
Källshagens sjukhus	Delvis för sinnesslöa	Vänernborg	Göteborg och Bohus län
Restads sjukhus		Vänernborg	Göteborg och Bohus län
Ryhovs sjukhus		Jönköping	Jönköpings län
S:t Olofssjukhus		Visby	Gotlands län
S:t Sigfrids sjukhus		Växjö	Kronobergs län
S:ta Gertruds sjukhus		Västervik	Kalmar län
S:ta Maria sjukhus		Helsingborg	Malmöhus län
Salberga sjukhus	För sinnesslöa män	Sala	Västmanlands län
Sidsjöns sjukhus		Sundsvall	Västernorrlands län
Sundby sjukhus		Strängnäs	Södermanlands län
Säters sjukhus		Säter	Dalarnas län
Umedalens sjukhus		Umeå	Västerbottens län
Vipeholms sjukhus	För svårskötta sinnesslöa	Lund	Malmöhus län
Västra Marks sjukhus	För sinnesslöa kvinnor	Örebro	Örebro län
Västra Ny sjukhus	För sinnesslöa män	Bona, Motala	Östergötlands län

Kommunala sinnessjukhus

Beckomberga sjukhus		Stockholm	Stockholms län
Lillhagens sjukhus		Göteborg	Göteborg och Bohus län
Långbro sjukhus		Stockholm	Stockholms län
Östra sjukhuset		Malmö	Malmöhus län

Berättelser från livet

Intervjuer med tvångssteriliserade i Sverige

av Ingrid Lomfors

Inledning

Steriliseringsutredningen har haft som uppdrag att bl.a. undersöka hur många personer som steriliserades med stöd av 1934 och 1941 års steriliseringslagar dvs. fram till 1976, vilka de var och hur deras liv påverkades. Härefter har ingått att undersöka hur många som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ. Många av dem som steriliserades lever inte längre. För att överhuvudtaget få veta något om dessa människors livsvillkor måste man gå till olika arkiv. Där finner man bl.a. ansökningar om sterilisering, sjukjournaler och läkarutlåtanden, men sällan de steriliserades egna tankar om hur de uppfattade sin situation. Likaså är det svårt, om inte omöjligt, att använda det skrivna källmaterialet för att ta reda på de långsiktiga följderna som steriliseringen medförde för den enskilda människan.

Ännu finns emellertid ett antal steriliserade män och kvinnor i Sverige som med egna ord kan berätta om sina liv. För många är steriliseringen en händelse som ligger långt tillbaka i tiden, inte sällan mer än femtio år, ändå så nära i minnet. Steriliseringen var ett ingrepp som ofta var förknippat med smärtsamma minnen och därför svår att klä i ord. Smärtan kan vara ett skäl till varför det finns så få biografier och andra skildringar av och om människor som utsatts för sterilisering. Men det kan också finnas många andra skäl. En del framskyntas i de intervjuer som följer. Fler skäl kommer säkert att belysas ju längre forskningen framskrider på detta område.

I föreliggande rapport redovisas ett antal djupintervjuer med människor som utsatts för sterilisering mot sin vilja. Utgångspunkten för intervjun har i första hand varit att få dessa män och kvinnor att berätta om sina liv. Intervjun har fungerat som en metod för att samla in ett muntligt material, s.k. livsberättelser. Det är således inte individen i sig som står i

fokus, utan det hon eller han har upplevt och valt att förmedla. Resultatet blir en samling livsberättelser där omständigheterna kring och följderna av steriliseringen löper som ett tema.

Vad är en livsberättelse?

Liksom livshistoria är livsberättelsen en oavhängig del av den biografiska forskningsmetoden. Målet med den biografiska forskningen brukar ha två sammanhängande delar; medan den ena synliggör ett samhällligt problem vill den andra belysa hur samma problem återspeglas hos individen. Sociologen C.W. Mills menar att "man kan varken förstå en individs livshistoria eller ett samhälles historia om man inte förstår dem bägge".

Vad är det då vi kan förstå av de steriliserades livsberättelser? Intervjumaterialet ger goda inblickar i det samhälle som rådde vid tiden för steriliseringen, oftast under 1940-talet. Intervjuerna återspeglar bl.a. den tidens människosyn och exemplifierar livsvillkoren för den utsatta människan. I den bemärkelsen blir de intervjuade representanter för ett kollektiv av steriliserade män och kvinnor i Sverige. Samtidigt förmedlas en förståelse för hur dessa förhärskande omständigheter har påverkat just de intervjuade personernas liv och identitet. Livsberättelserna har därmed en dubbelverkande betydelse.

Ändå är det vanskligt att använda dessa intervjuer som historisk källa, särskilt i ett arbete där det muntliga materialet inte ställs mot några andra källor. Intervjuerna är i första hand subjektiva utsagor. De är baserade på individens egna minnen vilka har filtrerats genom ett oändligt antal lager av personliga upplevelser och händelser, därtill under en lång tid. Man bör komma ihåg att när de intervjuade berättar om sina liv i allmänhet och om steriliseringens följder i synnerhet så är det utifrån nuets perspektiv.

När man läser intervjuerna bör man också beakta att de är genomförda strax efter en intensiv debatt i media om steriliseringarna i Sverige på 1930- och 1940-talen. Det offentliga samtalet påverkar den egna tillbakablickande reflexionen om vad man själv upplevt, och varför. Det är t.ex. inte ovanligt att de intervjuade säger sig se likheter mellan vad som hände dem under krigsåren i Sverige och vad som hände i Nazityskland. Sådana paralleller har framförts i, och har ibland även dominerat, den offentliga debatten. Det är troligt att de intervjuade använder sig av dessa "offentliga analyser" för att förklara varför just de utsattes för sterilisering och andra kränkningar.

Hur vi minns det förflutna är alltid beroende av efterhandstolkningar. Hur formas det individuella minnet? Människor förhåller sig inte passiva

till sitt förflutna utan tolkar ständigt om det levda livet allt eftersom hon skaffar sig nya intryck och ny kunskap. I det perspektivet är det berättade livet är en dynamisk process.

Det finns ytterligare några centrala omständigheter, än de som redan nämnts, som präglar en livsberättelse. En sådan omständighet är själva intervjusituationen. Den är särskilt viktig i situationer där den intervjuade saknar vana att berätta om sitt liv. I de steriliserades fall handlar det dessutom ofta om intima upplevelser av ytterst personlig karaktär. För att lyckas med en intervju bör i sådana fall den intervjuade känna att det finns förtroende för den som skall förvalta materialet, dvs den som intervjuar. Om detta har lyckas här är upp till läsaren att bedöma.

Att vara ordentligt förberedd som intervjuare brukar vara en god förutsättning för att intervjun skall bli bra. Ibland kan ett brev eller telefonsamtal där man i förväg berättar om vilka slags frågor som skall ställas underlätta för själva intervjusituationen. Ändå kan oförutsedda problem uppstå som leder intervjun i en annan riktning än planerat. Sådana problem förekom i mötet med de steriliserade männen och kvinnorna. Ett exempel är när en kvinna avslöjar att hon inte vet om hon utsatts för sterilisering. Hon bygger sitt antagande på en känsla. Sanningshalten i denna känsla, som förresten mycket väl kan ha en faktiskt grund, är egentligen irrelevant för det breda berättandet. I rådande situation får dock intervjun en riktning som leder bort från det centrala temat.

Ett annat illustrerande exempel är när den intervjuade mannen svarar endast indirekt på de ställda frågorna. Först en bit in på intervjun står det klart att mannen har en annan syn på tiden och på livets kronologi än vad som är brukligt. För honom har arbetet i skog- och lantbruk utgjort en naturlig referens för årets skiftningar och tidens gång. I hans minne förbinds omständigheterna kring steriliseringen till andra hågkomster som lämnat lika stort, om inte större, avtryck i livet.

Frågan är då om det överhuvudtaget är möjligt att utreda och värdera vilken påverkan steriliseringen haft på dessa män och kvinnor. Intervju-materialet visar att det svårt att renodla steriliseringens betydelse för den enskilda människan. Särskilt när steriliseringen förefaller vara en av många faktorer som kan förklara varför livet blivit som det är.

Istället bör intervjuerna läsas som just olika berättelser från livet. Var och en av de intervjuade har sin historia, sina minnen och sitt sätt att förmedla sina upplevelser. Varje livsberättelse är en konstruktion av inträffade och upplevda erfarenheter som berättaren återger utifrån hans och hennes alldeles specifika livsvillkor i nuet.

Principer för utval och redigering

De som intervjuats är tre män och sex kvinnor. Totalt tillfrågades elva personer, två av dessa tacka nej. Urvalet är baserat på de drygt 150 brev som inkom direkt eller via regeringen till utredningen före januari 1999. Breven ger en indikation på författarens förmåga att verbalisera sina upplevelser. Vid urvalet har sådana hänsyn tagits. Likaså har viss hänsyn tagits till köns- och åldersfördelning samt geografiskt spridning. Ändå är inte urvalet att betrakta som representativt i något annat avseende än att de visar på ett antal situationer där personer upplevt att de utsatts för tvångssterilisering.

De som själva begärt och varit nöjda med ett steriliseringsingrepp har av naturliga skäl inte funnit anledning att ta kontakt med utredningen. Intervjuerna speglar därför endast en grupp människor som känt sig förfördelade och utsatta och som också kunnat förmedla detta. Steriliseringsfrågan har därmed i detta avseende fått en delvis ofullständig belysning. Det hade varit av värde att som ett komplement också kunna presentera intervjuer med personer som frivilligt genomgått sterilisering. Sådana intervjuundersökningar är exempel på intressanta framtida forskningsuppgifter.

Intervjuerna återges i stort sett i sin helhet dvs innehållande både mina frågor och den intervjuades svar. Syftet är att bevara rytmen i intervjun och samtidigt visa på dynamiken mellan intervjuare och intervjuad. Svaren är markerade med tankstreck. En viss redigering har dock förekommit. För att underlätta läsningen har bl.a. vissa stycken förkortats eller flyttats om i texten. Enstaka ord eller meningar som fungerar i tal-språk men stör logiken i det skrivna språket har raderats. Utgångspunkten har dock varit att redovisa de intervjuades personlighet och hans eller hennes individuella formuleringar och språkliga uttryck i den utsträckning som varit möjlig.

Förteckning över intervjuade

1. Sara 77 år	s. 285
2. Anna 84 år	s. 293
3. Yngve 72 år.....	s. 299
4. Inger 66 år.....	s. 319
5. Karl 72 år.....	s. 327
6. Kerstin 74 år	s. 331
7. Harry 74 år	s. 335
8. Gunborg.....	s. 341
9. Elisabeth 67 år	s. 345

Livsberättelse nr 1.

Sara bor ensam i sin villa i en litet samhälle i Dalarna. Maken har nyligen gått bort. Huset köpte de gemensamt när de lämnade Stockholm för ett tiotal år sedan. Sara har inga barn. Hon blev steriliserad 1942 i samband med utskrivningen från anstalt. Idag är Sara 77 år gammal. Intervjun ägde rum i Saras bostad. Hon har tidigare blivit intervjuad om sitt liv och om steriliseringen. Ett antal artiklar har publicerats i veckotidningar samt i den lokala pressen. Sara har således en viss vana vid att berätta sin livshistoria.

Vill du börja med att berätta när du är född och vad som hände efter din födsel.

Jag född den 28 mars 1921. Min mamma vart lam när vi föddes och låg lam i tio och en halv månad innan hon dog. Hon fick en hjärnblödning under förlossningen. Och det fanns ingen som kunde ta hand om oss. Så vi hamnade på barnhem.

Din mamma födde två barn?

Ja, jag hade en tvillingsyster. Vi föddes i Angered i Älvsborgs län. Vi placerades på, jag tror det var Majornas barnhem, för jag vet inte om att det fanns något annat i Göteborg då. Och hur länge jag var där det vet jag inte. Mitt första fosterhem var hos en lärarinna i Säffle och där var jag tills jag var en fyra fem år. Hon låste skafferiet och tog nyckel med sig in i skolsalen för att inte hembiträdet skulle kunna ge mig någon mat. Så när hon gick till bönderna för att hämta mjölk så fick jag mat i stugorna. Men det rapporterades till barnavårdsnämnden och jag kom tillbaka till barnhemmet i Majorna. När jag var sex år kom jag till ett fosterhem i Edsvära. Dom hade jordbruk och jag hade inte varit där många dagar förrän jag fick komma ut i ladugården. Innan jag gick till skolan på morgonen så fick jag mjölka korna. Och när jag kom hem från skolan så var det att klä om att gå ut i ladugården för att hjälpa till. På sommaren fick jag rensa i rovland och i potatisland och gå runt hos bönderna och hjälpa till. Dom fick bara tjugo kronor i månaden för att dom hade mig så jag skulle jobba och göra rätt för mig. Och det fick jag sannerligen göra också!

Hade dom några egna barn?

Nej, dom hade inga egna barn. Men jag hade en fosterbror som dom också tog som fosterbarn. Det var en pojke från slakten som dom fick ta hand om. När barnavårdsnämnden kom på inspektion så gick det som en löpeld genom byn. Då fick man vara fin klädd och leka med dockor och då visste man var som var i antågande. En gång bad jag att få komma därifrån men så sa hon "men du som inte har några föräldrar skall var vara glad över att ha någonstans att vara". Så det

gick inte. Då tänkte jag att då får jag väl hitta på något rackar tyg så jag kommer här ifrån. För det visste jag ju, gjorde man det så kunde man inte vara kvar. Min fosterfar, han sålde frukt på torget i Falköping, hans pengar visste jag var dom fanns. Så jag stal hundra kronor och gick till affären och köpte godis. Detta var 1934, så för hundra kronor fick man en del. Då var jag poppis i skolan. "Sara, har en stor, stor påse med godis!". Alla ville vara med och dela. Så ringde magistern hem och talade om det där och när jag kom hem så fick jag stryk så jag inte kunde sitta på ändan och så fick jag inte gå till skolan mer. Efter fjorton dagar kom mina fosterföräldrar en kväll och satte sig på sängen. De sa att "nu kommer barnavårdsnämnden och hämtar dig och varken vi eller Gud kommer att förlåta dig". Så hamnade jag Majornas barnhem igen. Där var jag tills jag var sexton och då placerades jag i ett nytt fosterhem och fick ett jobb hos en bonde i närheten. När jag vart där i tre månader så blev jag kallad till landsfiskalen i Vedum. Då skulle jag stå till svars för den där hundralappen jag tog. Det vart tre år på skyddshem. På Kållerredshemmet.

Du fick ett rättsligt straff alltså?

Ja, då var jag sexton år och då kunde jag stå till svars. Då var jag åtalbar och kunde stå till svars för den där hundra lappen som jag hade tagit. När jag vart där i tre år så skaffade dom mig ett jobb i en prästfamilj nere i Småland. Dom hade förstås berättat hela min historia för den där prästfamiljen så dom visste ju vem jag var och varifrån jag kom. En gång när dom var bortresta och jag vart sjuk, jag fick ett inklämt ljumsbräck, så lånade jag prästfruns cykel och cyklade till Ljungby lasarett. Jag blev opererad med det samma. När dom kom hem så sa dom att jag stulit cykeln. Så efter det placerades jag på ett upptagningshem i Örgryte och när jag varit där i sex månader så placerades jag på ett arbetshem i Herrljunga. Och där var jag tills jag hade fyllt tjugoett år. Och då var jag tvingad att gå med på sterilisering. Annars hade jag aldrig fått min frihet utan jag hade blivit internerad på Västra Mark för resten av min levnad. Så fick jag gå igenom en intelligens undersökning. Jag var tjugoett år och jag hade intelligens som en tolvåring, tyckte dom.

Sa dom detta till dig?

Ja, och jag vart tvingad och skriva på det där papperet annars hade jag aldrig kommit ut.

Om vi uppehåller oss ett tag till vid denna tiden. Du sa att du vistades på ett arbetshem i Herrljunga, vad var det för ett slag hem? Vilka bodde där?

Det var ett hem för, som dom sa, "vanartiga kvinnor". Där hade dom placerat mig, ja! Det var bara kvinnor där i olika åldrar.

Vem var det som förestod hemmet?

Det vet jag inte.

Men det var när du vistades på arbetshemmet i Herrljunga som du blev steriliserad?

Ja, och hade jag inte skrivit på så hade jag hamnat på Västra Mark i Örebro och då hade jag aldrig mer fått min frihet.

Vem var det som berättade för dig, eller snarare tvingade dig till att gå med sterilisering?

Det var han läkaren.

Fanns han på hemmet?

Det var en kvinnlig läkare som kom till hemmet och gjorde testet. Och jag vart tvingad. Det var ingen som berättade något innan. Utan dom kom bara och hämtade oss. Så fick man komma in till henne och då satt det en läkaren där och då fick man gå igenom en intelligens-test. Och där skulle man sitta och rita och svara på alla möjliga frågor. Jag skulle tala om vad blommorna hette på latin. Men det slog dom mig inte på. Ändå hade jag förstånd som en tolvåring, sa dom.

Var det i samband med intelligens-testet som frågan om sterilisering togs upp?

Ja, hon hade papper med sig som jag fick skriva på.

Vad det efter du hade gjort testet?

Ja, och så fick jag skriva på. Och hade jag inte gått med på det då så hade dom flyttat mig till Västra Mark.

Sa hon det till dig?

Ja, det talade hon om för mig att då skulle jag aldrig få min frihet. Då hade man ju inget val alltså. Då var man ju tvingad.

Berättade hon varför du skulle steriliseras? Vad det skulle vara för nytta med det?

Nej, inte vad jag minns. Men dummare i huvudet var jag ju inte så att jag förstod att jag inte skulle kunna få barn. Det begrep jag. Det var bara till att lyda order. Man tvingades. Hon satte pennen i handen på mig. Och stod bredvid tills jag hade skrivit.

Minns du om du tvekade?

Jag visste vart jag hade hamnat. Så det var inte så svårt att välja.

Vad det många flickor som blev inkallade till läkaren?

Det minns jag inte. Men några fler var det. Men hur det gick för dom det vet jag inte. För jag kom ganska snart därifrån efter det.

Var utfördes steriliseringen?

På Alingsås lasarett.

Så det var en bit att åka?

Ja, dit körde dom med bil.

Vilket år hände detta?

1942 måste det ha varit.

Vad hände när du kom till lasarettet? Träffade du samma kvinnliga läkaren igen?

Nej, hennes träffade jag aldrig igen. Det var en manlig läkare. Men jag kommer inte ihåg mycket av det.

Sövde dom dig?

Jaha, det var dom ju tvungna till. Dom har ju skurit upp hela, ja, jag har ett hemskt ärr här. När en gynekolog fick se det där ärret blev hon ju alldeles förskräckt. Hon tyckte det var så barockt så.

Hur är du uppskuren? Från magen och ner?

Ja, jag har ett stort, stort ärr. Så det förföljer en livet ut. Och det har förstört två äktenskap för mig. Så jag har inte haft det roligt.

Hade du smärta efteråt?

Ja, det var nog säkert jobbigt men jag nog glömt en hel del utav det där. Skjutit det ifrån mig. Inte tänkt så mycket på det.

Det är ju naturligt när man är ung vill man ju helst se framåt.

Jag stod ju under en förmyndare tills jag var tjugosex år. Och jag jobbade på ett ålderdoms hem i Brastad och då ringde dom från barnavårdsnämnden och skulle prata med mig. Och då sa jag till dom att "Nu är det faktiskt så att jag har träffat en man och skall gifta mig och nu vill jag inte ha ett dugg mer med er att göra. Tack och adjö", sa jag. Sedan dess har jag inte hört ett ord ifrån dom. Jag fick vara ifred.

Vem var din förmyndare?

Det var väl någon på barnavårdsnämnden. Allt det där har jag försökt att glömma.

Fick du något papper eller någon bekräftelse på att du inte stod under förmyndare mer?

Nej, det tror jag inte. Jag hade aldrig några problem med dom sedan.

Vi tog ut lysning och gifte oss utan att någon sa någonting. Så det var väl klart då.

Var gifte du dig?

I Riksö utanför Brastad. Det ligger ett par mil utanför Lysekil.

Kom din man ifrån trakten?

Ja, han var änkeman och hade tre barn. Den äldsta var nästan lika gammal som jag. Så det var något att bli mamma till. Han hade inte klarat sig med barnen själv. Och sedan, när inte jag kunde få några egna barn, så sprack det. För han ville ha ett barn med mig. Och när inte det gick så sprack det.

Hur länge var ni gifta?

Jag måste fundera...Två år ungefär. Knappt. Sedan flyttade jag därifrån till Stockholm. Och jag jobbade där.

Hur kommer det sig att det blev just Stockholm?

Jag hade goda vänner där. Vänner vars hem jag gått in och ut hos. Dom har varit som mina föräldrar. Dom lever inte längre. Så jag åkte ner till dom och fick jobb där, och bostad. Började jobba inom sjukvården. Jag har aldrig varit rädd för att jobba och ta i. Jag har inte vart arbetslös en dag! Trots att det ibland har varit svårt att få jobb. För det här har följt mig överallt i alla papper.

Vad är det som har följt dig? Att du har varit på anstalt eller att du har blivit steriliserad?

Att jag hade intelligens som en tolvåring. Så jag skulle bevisa att jag kunde jobba först innan jag kunde få ett jobb och få pengar. Och det har jag minsann bevisat.

Men vad detta något som arbetsgivaren kunde få reda på?

Ja, det följer en i alla papper. Att jag var oärlig och allt. Det stod till och med i mitt betyg att jag var oärlig. Den där hundralappen har följt mig livet ut. Man har gått i livets hårda skola. Man har lärt sig veta hut.

Träffade du en ny man sedan?

Ja, det var 1956 och det varade ett och ett halvt år. Så gick det i stöpet för att jag inte kunde få några barn. Ändå talade jag om det för han innan vi gifte oss "du vet att jag inte kan få några barn", sa jag. Då reste han på sig och gick. "Ja, gå du för det, så må du gå" sa jag. Men han kom tillbaks och ångrade sig. Men sedan så gick det inte.

Ni hade aldrig några funderingar på att adoptera barn?

Nej, det gick inte för jag hade ju varit på anstalt. Det var stopp.

Men det var något som ni funderade på då?

Jo, men det gick inte.

Ni undersökte det då?

Ja, det undersöktes.

Men vem var det som satte stopp för det?

Ja, det var väl barnavårdsnämnden, det har väl dom med att göra om man skall adoptera barn antar jag. Eller adoptionsnämnden eller hur det var. Det vet jag inte. Vi fick i alla fall inte det. Så det vart skilsmässa. Och sedan var jag ensam i nitton år innan jag träffade min tredje man. Och det gick ju jätte bra det. Vi var ju båda i femtiofem års ålder så då kunde man inte få några barn längre. För det har ju jämt hetat att jag var så besvärlig så att äktenskapet inte höll. Men vi hade vart gifta i över tjugo år innan han dog och vi hade inte varit osams någon gång. Så jag har nog bevisat att jag har klarat mig, överallt.

När förstod du att steriliseringen skulle få konsekvenser för ditt liv? Var det i första äktenskapet?

Ja, fast jag tänkte att det kan gå bra för att han hade barn sedan tidigare. Men han ville ju ha ett barn till med mig. Då förstod man ju att det här går inte. Och andra gången jag gifte mig så talade jag ju om hur det var och han accepterade det men det gick ju ändå inte. Jag var en utav dom som talade om hur det var. Så att ingen kunde komma och säga att "varför talade du inte om det innan?".

Har du haft några fysiska problem efter det att du blev steriliserad? Problem i underlivet eller smärta?

Nej, inte fysiska problem, det har jag inte haft, men psykiska besvär i och med att jag inte var accepterad överallt. Jag skulle bevisa att jag kunde jobba och sådant där. Det har följt mig. Men annars har jag inte haft några känningar. Fast det är klart att många gånger så funderar jag på hur det skulle ha blivit om jag inte hade gått med på det där. Men jag visste ju var jag hade hamnat då. Då valde man ju det bästa möjliga för att få friheten. Så var det då i alla fall.

Det är inte så lätt för en tjuogoett åring att förstå vad det innebär och se dom långsiktiga konsekvenserna.

Jag hade inget val.

Hade du någon att prata med vid den här tiden. Andra kamrater, flickor på hemmet som utsatts för samma sak?

Nej, det hade jag inte. Det höll jag för mig själv.

Varför?

Det vet jag inte. Men det var ju flickor på hemmet som gått ute på gatan och som hade sålt sig och sådant där. Jag ville inte prata med vem som helst.

Du fick ingen nära vän på hemmet?

Nej, där fanns ingen som passade in i min stil. Det var det inte.

Några av flickorna på hemmet hade kanske varit med barn?

Det vet jag inte. Jag fick aldrig veta någonting om någon. Och man fick inte prata om vad som helst heller. Man hade ju alltid någon vaktare med sig. Och vad det så att man var uppkäftig så blev man inlåst i en cell. Jag satt inlåst i en cell nere i källaren i tre månader för att jag hade svarat en personal. I tre månader satt jag inlåst i en cell nere i källaren.

På vilket hem var detta?

På arbetshemmet i Herrljunga.

Det låter hemskt. Som ett riktigt fängelse.

Det var värre än ett fängelse. Det var vedervärdigt. Vi fick ju jobba hårt också.

Var ni inlåsta hela tiden eller fick ni gå ut ibland?

Aldrig själva. Då hade man en vaktare med sig. Det var ju höga grindar med taggtråd runt omkring. Så man inte kunde ta sig ut.

Så du och dom andra flickorna hade inte som helst möjlighet att komma i kontakt med pojkar så länge som ni var på hemmet?

Nej, det var ju inga pojkar där.

Ingen möjlighet till sexuellt umgänge som kunde leda till graviditet?

Nej.

Det fanns ingen personal på hemmet som man kunde tala med? Fanns det någon vänlig människa i din härhet?

Det fanns bara dom där vårdarna och så några sjukvårds utbildade förstås.

Hur länge var du på arbetshemmet i Herrljunga?

Jag var där tre år. Jag minns inte vilka år men jag kom dit i början av 1940-talet.

Hur har du klarat att gå igenom så mycket svårt med förståndet i behåll?

Jaha, jag vet inte. Jag har väl haft vår Herre däruppe som har hjälpt mig. Annars hade det aldrig gått.

Har du haft något intresse som du har ägnat dig åt, musik eller handarbete eller så?

Handarbete. Det har alltid varit mitt stora intresse. Och matlagning.

Har du längtat efter att få egna barn?

Jag är väldigt barnkär. Men nu har jag ju väldigt mycket barn i släkten. Och så har jag ju barn här bredvid, ja, mina grannar. Det är deras barn och våra barn. Så har det vart. Från det att dom kom till världen. Så barn har inte fattats i närheten.

Har du funderat mycket på varför du blev steriliserad? Är det något som ofta upptagit dina tankar?

Jag har nog inte funderat så mycket utan jag har tänkt att jag skall visa att jag kan klara mig jag. Och det har jag ju visat. Jag har ju jobbat och klarat mig själv. I Stockholm jobbade jag ju först hos andra i olika kiosker. Så gick jag och funderade på att skaffa något eget. Och så kom jag att hyra den där glasskiosken som jag sedan fick utökat till att bli en korvkiosk.

Var låg den kiosken?

Den låg utanför Grand hotel, mitt bland societeten där vaxholmsbåtarna går. Nära Nationalmuseum och Mangelboden, om du vet var det är? Det är arbetsgivarföreningen, där dom manglade lönerna upp och ner. Dom var mina stamkunder. Dom kunde ringa när dom hade förhandlingar och beställa mat till en viss tid. Jag hade så fina kunder.

Man fick se mycket. Poliskåren kom och taxichaufförer från hela stan. För dom visste att jag var inte snål. Jag gav dom alltid en extra klick mos. Jag hade stans bästa mos, riktig potatis och smör och lite extra salt.

Var det under dessa år som du träffade din livskamrat.

Ja, då träffade jag Per.

Berättade du då för honom om ditt liv och vad du utsatts för?

Ja, det gjorde jag.

Även om steriliseringen?

Ja. Vi träffades 1976 på hösten. Vi gifte oss i maj 1977 i Stockholm.

Och vi hade kaffe efteråt för hundrafemtio personer. Allt hade jag bakat själv. Allt, allt, allt allt. Tårtor och bullar och kakor. Sedan hade vi middag för nittio personer på Ulriksdals värdshus. Där hade jag ordnat fester och kalas åt andra tidigare. Och när dom fick veta att jag skulle gifta mig så tyckte dom att jag skulle ha mitt kalas där. Och det blev ju billigare också. Middag för nittio personer gick på femtusen kronor. Det var billigt. Och glassbolaget bjöd på desserten.

Det var glasstårta med fikon i konjak till den. Det var gott det.

Det måste ha känts bra att få dela sorg och glädje med någon.

Ja, det var lika bra att berätta. Hans släkt vet också om allt.

Du har fått många släktingar genom giftermålet med Per.

Ja, en jätte stor och jätte fin släkt. Så stor att jag inte kan hålla reda på allihopa. Jag har ett släktkort på väggen från en släkträff med tvåhundra åttio personer. Det finns minst femhundra släktingar i Sverige. Och lika många i Kanada. Pers syskonbarn har jag regelbunden kontakt med och dom kommer hit ofta. Och dom har ju också barn som jag har mycket kontakt med. Dom är som mina barnbarn också.

Så du fick en familj till slut.

Ja, en jätte fin familj.

Livsberättelser nr 2.

Anna bor i ett bostadsområde på en ö vid Sveriges östra kust. Hon är 74 år gammal och frånskild sedan många år tillbaka. Hon har tre vuxna barn. Anna steriliserades 1958 i samband med en abort. Maken var då gravt alkoholiserad. Dessutom var ett av barnen handikappat. Anna har aldrig tidigare berättat hon utsatts för sterilisering. Under intervjun, som ägde rum i hennes bostad, var hon spänd och hade svårt att finna orden.

Vad är det för något brev som du har tagit fram?

Jag har tagit fram ett brev som jag hittade för några år sedan när jag höll på att städa i ett skåp. Längst in hittade jag brevet som jag gömt undan. Jag tänkte först kasta det, men något hindrade mig. Jag vet inte varför. Kanske på grund av datumet den 6 juni 1958. Det kan vara bra att komma ihåg.

Detta brevet skickade dom hem till mig och här står att "medicinalstyrelsen bifaller ansökan om avbrytande av havandeskap samt om sterilisering på grund av svaghet hos eder". Men det var inte jag som var svag utan min man, för han var alkoholiserad och svår.

Var utfördes operationen?

Det var på lasarettet i Visby.

Av vilken anledning sökte du abort?

Jag hade tre barn redan. En från ett tidigare förhållande - han är redan över femtio år idag - och två barn som är födda inom äktenskapet. Min äldste son växte upp hos mina föräldrar. Mina två andra barn har jag tagit hand om själv. Jag var äldre när dom föddes och jag var gift. Problemet uppstod när jag blev gravid igen, så tätt inpå de andra barnen. För mitt yngsta barn föddes för tidigt och det var mycket svårigheter kring det. Hon låg i kuvös under lång tid och jag fick pumpa ur mjölk. Det var nervöst och tog på krafterna. Dessutom hade jag ett litet barn hemma. Och problem med maken som drack.

Så när jag blev gravid igen så sökte jag abort. Det var naturligt i det läget.

Vem tog du kontakt med då?

Jag tror det var en kurator på sjukhuset.

Har du några minnen från det besöket?

Det var en kvinnlig kurator på lasarettet. Hon frågade väl mig hur jag hade det. I efterhand tänker man att det hade varit mycket bättre om dom hade hjälpt mig att ta hand om barnen. Idag gör dom ju så. För barn behövs ju, för framtiden. Eller hur?

Berättade du för kuratorn om dina problem med din alkoholiserade make?

Ja, det visste dom redan. Det hade väl dom fått reda på från annat håll.

Var han gravt alkoholiserad?

Ja, det kan man säga. Men vad som hände långt senare var att han slutade med spriten. De sista tjugo åren var han nykterist. Han lärde sig uppskatta livet. Tänk om man hade vetat det då! Jag tycker dom skall veta det, att ingenting är givet.

Vad visste din make om aborten och steriliseringen?

Han visste att jag skulle göra abort men han visste ingenting om steriliseringen. Åh, nej. Det visste han inte.

Var det i samband med ditt besök hos kuratorn som frågan om sterilisering nämdes?

Ja, det var hon som föreslog sterilisering. Jag tänkte väl inte så mycket på det då. Det var bara att lyda. Jag fick ingen abort om jag inte gick med på sterilisering. Det var ett villkor, för det kommer jag särskilt ihåg att det var. Jag hade inte så mycket val för jag var i stort behov av en lättnad när jag hade ett barn som var lite sjukt och handikappad. Ja, hon hade fått sig en skada i samband med att hon föddes tidigt.

Hur var kuratorn? Var hon väldigt bestämd i sina åsikter eller lyssnade hon på vad du tyckte och tänkte?

Den där kuratorn var alltid bestämd. Inget svammel som det är idag, utan det var direkt. Det var som i Tyskland.

Minns du om du skrev under något papper?

Nej, inte vad jag vet.

Vad hände efter besöket hos kuratorn?

Jag väntade på att få en tid på sjukhuset. Det gick rätt länge, minns jag. Jag var långt fram i graviditeten.

Hur lång tid?

Jag minns inte.

Flera veckor?

Jo, det var på sommaren.

Tänkte du mycket på vilka följder en sterilisering kunde få?

Nej, det tänker man inte på när man är mitt uppe i problemen.

Träffade du några andra personer från lasarettet före operationen?

Jag hade inget personligt samtal med någon läkare utan jag kom bara in på operation i vanlig ordning. Det var en ung läkare som utförde den. Jag minns inte hur lång tid själva operationen tog. Dom sprätta ju upp en och sedan skulle det ju läka. Dom sa något till mig om att dom binder upp något som man kan öppna sedan. Men det trodde inte jag gällde mig. Och i alla fall så hade man behövt göra en operation till och det ville jag inte.

Funderade du någon gång på att försöka få tillbaka möjligheten att få barn?

Ja, många gånger. Jag ville gärna fråga någon. Men jag visste för lite.

Hur mådde du efter operationen?

Det var inte bra. Det tog på krafterna och jag fick gå på valium. Det gick jag på i långa tider.

Hur länge då? I flera år?

Nej, det kan man inte göra, men under vissa perioder. Man hade svårt att dölja detta. Att ha problem och att jobba och träffa andra hela tiden. Jag tror det berörde mig mycket. Det är där som svagheten sitter när man behöver äta valium.

När kom brevet?

Strax innan eller efter operationen. Visst är det märkligt att jag sparat det i alla år!

Vad tänkte du när du läste om läkarens förklaring till varför du behövde en abort?

Det blev svart. Och det kändes mycket svårt. Jag var ju i alla fall ung, pigg och frisk. Men vad jag tänker på nu, när jag läser det, det är vad dom har gjort för fel. Men det är mycket annat som dom också har gjort fel i samhället, när det gäller barn och ungdom.

Visade du aldrig brevet för någon?

Jag tyckte inte jag ville visa det för min man för när han var onykter och sådär så blev han svår. Så det har jag hållit för mig själv. Och min svärmor och mina föräldrar fick absolut inte veta. Man undrar varför dom inte gjorde abort bara. Det var ju det jag begärde. Och inget annat.

Varför behöll du hemligheten för dig själv?

Tänk dig själv. Det är en otrolig skam! Och kränkt är man! Och man blir svag på annat sätt. Nu för tiden talar dom så öppet om det sexuella. Det sexuella blev annorlunda än vad det hade varit tidigare, om jag säger så. Och man blir sorgsen också, särskilt av att inte kunna prata med någon. Men jag har ju haft saker som har hållit humöret uppe. Jag har haft mitt arbete som mentalskötare som jag har trivts med. Och det har gett mig möjlighet att gå på många bra utbildningar.

Hur gick det med din lilla flicka som var sjuk?

Jo, jag sökte pengar för att kunna sköta henne själv i hemmet. Men det blev avslag så hon fick lämnas bort. Hon kom till ett hem där det fanns en läkare. Sedan kom hon till ett fosterhem här i närheten. Men när dom flyttade till fastlandet så fick hon flytta med och det var tråkigt för då kunde jag inte besöka henne så ofta. Men vi har bra kontakt nu. Hon är gift och har barn. Vi skriver brev och vi besöker var-

andra, fast inte så ofta. Jag har bra kontakt med mina söner också. Men dom vet ingenting. Man vill inte berätta för man är rädd att bli sämre sedd då. Det är därför man inte berättar.

Du och din make skilde er efter några år. Hade det med steriliseringen att göra?

Det var när min mor låg sjuk och jag hade så mycket att ta hand om. Jag orkade inte med båda. Sedan kom han ju in på en sådan där anstalt. När han blev nykterist så flyttade han tillbaka till detta bostadsområde. Och vi bodde nästan grannar.

Träffade du någon annan man efter det?

Jo, jag hade en man i Köpenhamn som jag träffade i över tio år. Jag hade inte fyllt femtio år. Han är död nu. Han sa "tänk om du och jag kunde skaffa barn". Men då tänkte jag "här vågar man inte säga något". Så hela tiden förtränger man saken. Det mår man inte bra av.

Hur reagerade du då när steriliseringsfrågan kom fram i tidningar och TV?

Det var jobbigt. Då blev jag chockad och jag gick här och grät och grät. Att något sådant kan komma upp nu. Man visste ju att andra saker från förr diskuterades som t.ex. det svåra som var i Tyskland. Men jag var ju så ung då, under kriget, så det kommer jag inte ihåg själv. Men när jag fick höra om steriliseringar på TV då började jag att darra. Sedan gick det några dagar innan jag bestämde mig för att skriva till regeringen. Det har jag ju aldrig gjort tidigare. Men på något sätt var jag ju tvungen att få ur mig allt. Tycker du att jag skrivit fånigt?

Nej inte alls. Tvärtom, det är därför som jag ville träffa dig för denna intervju. Trodde du att du var ensam om att ha blivit utsatt för sterilisering?

Ja, ganska ensam. För ingen hade någonsin sagt något till mig och detta. Men jag trodde väl inte att jag var ensam helt och hållet. Jag visste ju att man gjorde det på sjuka människor. Det hade jag själv sett när jag arbetade på sjukhuset. Dom kunde inte släppa ut dom innan dom blev steriliserade.

Vad det när du arbetade bland patienter med mentala problem?

Ja, men jag har tystnadsplikt så jag kan inte berätta om det.

Men under denna tiden, och kanske redan tidigare, så visste du att människor med mentala störningar utsattes för sterilisering. Kändes det extra besvärande för dig? Jag menar att bli förknippad med människor som inte är mentalt friska?

Jo, och det blev jag ju i och med att de steriliserade mig. Det blev jag ju! Men det kan man ju heller inte säga till något. Det håller man inom sig själv. Jovisst. Det har varit tungt att gå och bära på. Det man sett på TV visar ju att människor har haft alla möjliga problem.

Tycker du att det känns lättare nu efter att du skrivit brevet och fått prata lite?

Jag det känns bra. Och sedan det att jag fick svar från regeringen. Det trodde man ju aldrig. Sedan fick jag ju veta det att man kan få skadestånd. Men det kan ju aldrig uppväga det jag förlorat.

Vad är det som du har förlorat?

Min självkänsla. Dom har tagit en bit av självkänslan. Och sedan detta att man burit på det själv, och inte ha kunnat prata med någon. Jag har en nära väninnan men jag har inte vågat säga något för jag är rädd för skvaller.

Är det detta som är värst med att du blivit utsatt för sterilisering? Att känna sig kränkt?

Ja. Det kanske syns på mig när jag talar om detta. För jag har svårt att tala om det. Jag känner mig låst.

Det är mer denna känsla av att ha blivit kränkt än förlusten att inte kunna få fler barn?

Ja, i mitt fall eftersom jag redan har barn. Jag vet inte hur jag skulle känt det om jag inte hade barn.

Men om du får ett skadestånd hur skall du hantera det? Kommer inte hemligheten att avslöjas då?

Blir det så har jag redan tänkt ut en lögn. Jag skall ljuga och säga att jag har vunnit på Bingolotto. Det är hemskt att man skall ljuga, men det skall jag. Ingen kommer att undra då. För jag spelar varje vecka. Och det händer att jag vinner. Nu sist vann jag hundra kronor.

Livsberättelse nr 3.

Yngve bor tillsammans med sin syster i ett bostadsområde i Uppsala. Han är 72 år gammal. I början 1980-talet fick Yngve möjlighet att lära sig läsa och skriva. Han har aldrig tidigare fått gå i skola. I samband med utbildningen fick Yngve tillsammans med sin lärare skriva en självbiografisk uppsats. Uppsatsen var till stor hjälp både för mig och för Yngve under intervjun. Yngve steriliserades 1943. Intervjun ägde rum hemma hos Yngve och hans syster.

Jag tänkte vi kunde utgå ifrån den här fina berättelsen som du och din lärare skrivit.

Jag fick liksom skriva själv i skolan. För jag kom till skolan när jag var permitterad och då fick facket reda på det. Att inte jag hade gått i skolan. För jag skulle skola om mig och då måste jag tala om det att jag har inte gått i skolan. Jag har jobbat sedan jag var åtta år. Då tog facket tag i det och så skaffa dom mig skolan. Under den tiden så ville dom att vi skulle skriva hur vi hade det. Och då fick dom se det. Hurdant det gick.

När var det?

Det var 1961.

Hur gammal var du då? När du blev permitterad?

Jag var nästan 40 år då. För jag fick tag på min syster. När jag fyllde 40 år. 1949 då sökte jag efter mina föräldrar men då fick jag bara nekande svar och att det var så svårt. Men sedan kom dom och sa att "troligtvis så har du en syster i Värmland". Men sedan blev det avskrivet för morsan ville inte ta emot mig.

Jag tänkte vi kunde prata mer om det sedan. Om du börjar med att berätta var du är född och när.

Jag är född 1927 i Stockholm i Sankta Magdalena församling i Gamla stan. Jag kom till Nyboda hemmet men där var jag så liten stund. Sen kom jag till Upplands Väsby.

Dina föräldrar, kom dom från Stockholm?

Ja, dom var från Stockholm.

Dom kunde inte ha kvar dig?

Nä, hon måste arbeta och då kunde hon inte ha kvar oss. Då var det dom i Stockholm som tog hand om oss. Sjukhemmet tog hand om oss.

Var det för att dina föräldrar inte var gifta med varandra?

Nej, de var inte gifta. Farsan var ute på cirkus hela tiden. Han skötte om hästarna och sådant. Reste omkring och satte upp tält och så.

Var du dina föräldrarnas första barn?

Vi är tvillingar. Vi kom först men sen när vi fick tag i mamma fick vi reda på att vi hade tre halvsyskon i Stockholm och en i Norrtälje. När vi träffa pappa - det var bara en enda gång, och han bodde i Norrtälje - då sa han rent ut - han var ärlig - att "är det så att ni vill ha pengar så har jag ingenting för jag har druckit upp allting". Sen var det inget mer. Men det var ju skojigt att ha kunnat få se han en enda gång.

Så era föräldrar kunde inte ha er kvar? Vart kom ni då?

Syster min kom till Värmland. Och jag kom till olika hem.

Det står i uppsatsen att du kom först till Frälsningsarméns hem i Stockholm och sedan till Upplands Väsby.

Ja, och där bodde vi alldeles intill E4:an. Så vi bodde inte precis där uppe i hemmet. Där fanns en kåk alldeles intill E4:an där.

Har du några minnen därifrån?

Jag har mycket minnen därifrån. Jag har inte glömt någonting. Jag kommer så väl ihåg där man bodde. Det var som en trekant, hemmet där. Och sedan gick vägarna snett upp till Upplands Väsby, från Uppsala, från Stockholm. Och där hade jag fått eksem. Över hela kroppen. Och då fick jag tjärsalva och fick ligga med vantar på vaxduk. För sårskorporna ramla bara utav på mornarna. Och sedan fick vi gå upp till Upplands Väsby genom en skog och bada. Men sedan när vi stod efter vägen så kom där alltid en tankbil och han tyckte väl synd om oss för det var en bensinmack utanför. Nu har de tagit ner den för nu är det ett grustag där. Och då fick jag alltid en karamellpåse. Och jag funderade på om det var min pappa men jag fick aldrig reda på det. Men när jag var uppe och badade så lämnade han in den till systrarna där.

Vad det ett hem för föräldralösa barn? Kom det föräldrar och hälsade på någonsin?

Det kommer jag inte ihåg. Man tänkte nog inte på det. Jag var mest inomhus för min klåda och liten och klen var jag också.

När man är så där liten tänker man då på varför man blivit bortlämnad?

Nej, det gjorde man inte. Man levde som det skulle vara bara. Det var bara att följa med. Jag vet att vi hade inget varmvatten utan vi fick tvätta oss i handfat och då bar de ifrån spisen. Och jag vet en gång när vi skulle bada och hon tappa kastrullen och brände sönder fötterna. Sådant glömmar man inte i första taget.

Flyttade du till en annan skola sedan?

Ja, till Slagsta skola och det ligger mellan Norsborg och Fittja. Alldeles intill Kungens kurva.

Vad var det för slags hem eller skola?

Många barn hade inga föräldrar men det fanns också barn med föräldrar och dom hade det bra. Det var skillnad. För jag fick börja jobba när jag var åtta år och då skulle jag köra in ved och hämta mjölk till köket. Och sedan hade jag skomakeriet och sedan fick jag diska och skura golv och sådant där.

Fick alla barn jobba så hårt?

Det var nog bara vissa och aldrig dom som hade föräldrar, dom fick gå i skolan.

Var det aldrig tal om att du skulle få gå i skola?

När för när dom andra hade skollov då fick vi köra ved. Det var vårt jobb det. Och sedan fick dom åka bort påsk och jul till sina föräldrar. Vi fick jobba kvar på sommaren. Då jobbade vi med båtar och pråmar. Det var ju också skojigt. Där hade vi det bra. Vi fick ju också gå ut. Utanför hemmet. För det var en bondgård där. Där fanns två skogar. En som vi kallade för våran skog. Och promenadskogen på andra sidan. Och där lekte vi indianer och byggde kojor och sådant där. Men jag måste ju sköta mitt jobb.

Du fick aldrig lära dig bokstäver och räkna?

När det fick jag lära mig själv undan för undan när jag blev äldre.

Det står i uppsatsen att "det kallades för ett hem för sinneslösa hem men vi förstod inte var sinneslö betyder". Var det ett hem för olika slags barn?

Ja en del var invalider. Jag vet en kom dit för att han hade varit dum mot föräldrarna. Så hade vi två tvillingar som inte föräldrarna kunde ta hand om men dom rymde tag på tag. De ville rymma hem till sina föräldrar.

Du hade inga minnesbilder av dina föräldrar?

Nej, jag såg ju aldrig till dom. Det enda man kände var att när dom andra fick åka bort och fick ordentlig julklapp och en annan fick ingen julklapp och när dom kom hem hade dom fått pengar av föräldrarna. Och då hade hemmet en liten kiosk där nere och hade dom lagt in pengar där och fick köpa gotter på hemmet. Och så fick dom hämta ut det. Två gånger om dagen. Men man fick aldrig någonting. Utom en gång när jag var uppe på gården så kom det en bil dit med sådana där oljekakor och då var jag med där och titta och så skojade han med mig att jag skulle få bära en sådan där säck. Och jag kom iväg med den där säcken till magasinet men då hittade jag en plomp som jag trodde var en slant till en 25-öring. Men så tittade han på mig och sa att "det var ingen 25-öring men för att du bärde", sa han, "så skall du få en slant". Men han hade ingen krona utan en hel femkrona. Och den dagen var precis när dom hade öppen kiosken så alla fick gå ner och köpa gott. Och då fick jag det och jag sprang ner dit med det

samma och skulle köpa. Men då började dom fundera om jag hade stulit det där. Men jag började grina och sparka och sa jag har inte stulit utan jag har fått det av en farbror som står där ute med en bil. Och då stängde hon och följde med bort och då talade hon om hur dant det var och han tala om det. Då hade jag min första gång och köpa godis. Och jag köpte för alla pengar jag hade. Sedan kom jag upp och var så stolt och jag dela med mig till alla hopa. Jag fick en banan och en apelsin själv. Men var lycklig jag var då!

Hur gammal var du då?

Jag var nog en åtta nio år då. Men sedan gick jag och valla korna runt på gården. Det var en gård som var där så man fick 25 öre om dagen. Gallra rover för 10 öre. Tio rader. Sedan var jag med i Kungens kurva när Kungen åkte ut där. 1937. Då var vi där. Det var halt den där vårvintern.

Sedan flyttade från hemmet när du var 14 år. Hur kommer det sig?

Det var hemmet som sa det. De kunde inte ha kvar mig. För jag började redan då hävda mig för att jag var stark. Så när det var något då gick jag alltid till anfall och slog ner ungarna och sådant där. Jag hade fått liksom lite makt där för jag var så stark.

Du var stor och stark?

Ja, det hade jag blivit så att det var ingen som kunde slå ner mig eller någonting där. Jag gick till och med på personalen då. Jag var ungefär tio elva år.

Fanns det någon personal som du hade god kontakt med eller var det ofta bråk och konflikter?

Det var ofta bråk. Det var två tvillingsystrar som vi tyckte om. Men dom skulle gunga med oss men den ena for utav gungan och bröt benet. Jag tror inte hon klarade sig utan hon måste gå med käpp för hela livet.

Så det var för att du var stor och stark och lite bråkig som du fick flytta?

Ja, som jag fick flytta. Och då tyckte dom väl inte att jag skulle vara där.

Hur reagerade du då när du skulle flytta? Vad du ledsen då?

Nä, det var precis som det skulle vara på hem. Men hade ingenting att säga ifrån. Man hade inga bakom sig utan det var ju bara att följa med där.

Vart kom du då?

Jag kom till Rickomberga här i Uppsala för då hade jag slagits med en som heter Erik Kling mycket på hemmet. Han kom före mig till hemmet. Han skulle spöa mig. Men det gick inte. För när jag kom dit så fråga jag efter honom för då skulle jag göra upp med honom med det samma.

Hur gick det?

Det gick bra. Dom andra fundera på vad det var för en kaxig, dom skulle trycka ner mig. Men dom fick aldrig chans. Det fick dom inte. Det var jag som tryckte ner dom istället. Jag tog emot stryk. Sedan när jag hade fått stryk, då. Då gav jag på dom.

Var det mycket slagsmål?

Nä, det var det väl inte. Det här var något som hade etsats in i huvudet på mig. Jag skulle göra upp med han. Medan sedan var det aldrig något slagsmål. Vi fotade boll och vi gick ner till stan. Fast dom visste att vi kom från Rickomberga.

Vad var det för slags hem?

Det var ett jordbrukshem. Så jag fick åka ner i ladugården med det samma. Men det gick så bra. För jag hade ju arbetat på Slagsta gård, så det var ju som hemma. Det var ju bara mjölkningen. Det trodde dom inte att jag skulle klara det så fort. Men det gick bra det med.

Var det mest föräldralösa barn på Rickomberga?

Det var blandat. En del hade föräldrar. Där kom dom där tvillingarna med. Men dom fick aldrig ordning på dom. Dom rymde till sina föräldrar där med dom. Sedan kom dom till ett ställe som hette Stalberga i Sala. Sedan fick man aldrig reda på mer.

Hur såg folk utifrån på er?

Ja, dom såg ner på oss. Men jag fick inga aggressioner på det sättet. Det var mer dom som hade föräldrar.

Hur såg en dag ut?

Jag började fem på morgonen. Skotta och mjölka korna. Och sedan var det ute på jordbruket. Köra hästar och skogen var jag med till. Då när jag kom dit var den där Erik Kling där och han skulle krångla med mig i ladugården gjorde han. Han stod i vägen när jag skulle köra ut och han flytta sig inte och då sa jag åt en att ”om du inte flytta dig så skall jag kasta ner dig i dyngan”. Men han var så kaxig och skulle visa mig var jag stod på. Men jag tålde inte det där utan fick tag på en och skicka iväg en. Och då anmälde dom mig till förvaltaren.

Vad hände då?

Ja, kunde inte jag sköta mig skulle jag komma långt upp i skogen men det var Salberger i Sala det. Men då insåg gårdens karlar att jag var för bra för det där. Det var dom som hjälpte mig sedan att komma ut till en bonde.

Hur länge var du på Rickomberga?

Jag kom 19 juni och flyttade därifrån 1945. Nej, 1943.

Så du var där i två år?

Ja, tack vare att dom insåg att jag var för duktig på att jobba. Och så sa dom, ja dom hade sagt till vaktmästaren, att dom skulle gärna vilja prata med mig en kväll. Och då gick jag dit. Och dom sa att dom tyckte det var synd om mig att jag skulle gå där. Och dom skulle försöka hjälpa mig allt var dom kunde ut till en bondgård.

Var ni fria när ni var på Rickomberga eller fanns det regler...

När vi var fria. Fast dom visste att vi var där.

Var det både flickor och pojkar på Rickomberga?

Bara pojkar.

Var ni i den åldern då ni började intressera er för flickor?

Nä inte. Vi hade mera liksom, det var Fyreshof som kom och hade mycket skidor och sådant och då var vi med dom då. Och sedan kom ju Erikslunds grabbarna som kom och fota boll med oss. Så dom såg inte med ögonen att vi var från hem inte. Utan dom tyckte bara att det en kul grej. Vi skulle bara möta Rickomberg mot Erikslund.

Vilket lag var bäst?

Ja du. Det beror på det. Det fick tag i fotbollskorgen och då tog vi på oss grova pjäxor. Jaha. Det blev jämställt det. Men dom hjälpte mig ut. Så dom kom och sa karlarna att vi skall hjälpa dig ut. Och sedan några dagar efter så kom vaktmästaren och sa att dom har skaffat dig en bondplats så du skall vara där. Så klockan fem tågade jag dit hem och då hade dom femton djur som jag skulle mjölka för hand.

Och det klarade du? Hur länge bodde du på den gården? Och hur gick det att bo och arbetade där?

Ja, där var det ju bara att jobba och jobba hela tiden. Från tidigt på morgonen till sent på kvällen. Och det var inget annat. Sedan när man vilade sig då lade man sig och sov. Om man inte var upp till Rickomberga och bada. Jag fick inte bada där. Utan jag fick åka upp till Rickomberga.

Så man kunde alltid hälsa på?

Ja, då på sommaren då fick jag höra att jag måste tillbaka till hemmet. För att jag skulle gå igenom en undersökning. Och en liten operation.

Vem var det som sade det till dig?

Förvaltaren på Rickomberga.

Så han hade fortfarande ansvaret för dig trots att du var på gården?

Ja, det var inte alls som att lämna ut mig utan det var gårdens karlar då, trädgårdsmästaren och han som körde hästar.

Kom förvaltaren till gården och sade att du skulle opereras?

Ja, han kom till gården. Då hade han varit på semester.

Och vad sade han till dig?

Att jag måste tillbaka. För jag får inte jobba på gården förrän jag gått igenom en operation.

Berättade han vad det var för en slags operation?

Nej. Han sade ingenting.

Hade du varit på sjukhus eller blivit opererad tidigare?

Nej aldrig.

Så det var lite nervöst och obehagligt?

Jag tänkte inte på det. Det var bara att följa med. Ville man vara ute då så. Man kände sig fri på gården.

Var operationen ett villkor för att du skulle få vara kvar på gården?

Ja. För att komma ut och få vara kvar på bondgården.

Du ville inte tillbaka till Rickomberga?

Det var ju så att när alla gick på dans så var vi tvungna att vara hemma klockan nio.

Var det annorlunda på gården? Då var man mera fri?

Ja. Man var mera fri och behövde inte komma hem strikt på den och den tiden. Men det blev inte så att man kunde vara ute hur länge som helst. För man måste vara hemma och vila när man skall upp klockan fem.

Men du tyckte ändå att det var bättre på gården? Var det därför som du följde med förvaltaren till sjukhuset?

Ja, för att jag skulle få komma ut.

Men han berättade inte vad det var för en slags operation som skulle göras?

Nej. Och jag fick inga kläder eller någonting med mig. För jag hade bara dom blåkläder som jag hade när jag jobba. Och då var det ransonering och då måste dom skaffa sig kläder extra så jag fick kläder av honom. Sedan kom mina ransoneringskort och då kunde han köpa lite kläder åt mig.

Det var ju under kriget. Visste ni mycket om kriget?

Jodå. Det hade vi lärt oss på Slagsta. Dom hade skyddsrum där, så vi fick ta dom minsta och springa ner till källaren dom hade byggt rum där nere redan då. Och vi var till och med till Tumba och hämta skor till hemmet. Så dom hade skor tillräckligt.

Vad visste ni annars om kriget?

Ja., det var inte så mycket men man hörde att det var farligt och sådan där och att man kunde bli skjutna och det var det enda som man visste.

Var blev du opererad någonstans?

Den ägde rum på Akademiska sjukhuset.

När var det? Och hur gick det till när du tog dig dit?

Ja, jag fick åka buss in till stan och ja, jag kommer inte ens ihåg hur jag kom dit.

Åkte du själv?

Ja, till Akademiska och dom skulle göra en undersökning.

Var det förvaltaren som talade om för dig när du skulle åka?

Ja.

Var det första gången som du var på ett sjukhus?

Ja, det var första gången som jag var på ett sjukhus.

Vad hände när du kom dit? Var det någon som berättade för dig då?

Nej, dom sa att dom skulle undersöka mig och sedan var det bara att åka upp och så fick jag lägga mig och så kom sjuksystemen och skulle raka mig sedan. Och så dom att "få du ligga och här och så kommer doktorn sedan".

Blev du sövd?

Nej, somna gjorde jag inte.

Fick du lokalbedövning?

Ja.

Undrade du inte vad detta skulle vara bra för?

Jo, då började man undra men det slog man snart ifrån sig. För att det var ju alltid så. Gjorde du inte det så kommer du upp på hemmet upp i skogen.

Sade dom det på sjukhuset också?

Nej, på Rickomberga.

Gick det lång tid mellan det att förvaltaren berättade om operationen och själva operationen?

Ungefär 14 dagar.

Var det jobbigt under själva operationen?

Nej, det var inte ett dugg jobbigt.

Och du hämtade dig snabbt?

Ja.

Fick du vila några dagar innan du kunde börja arbeta igen.

Nej, inte en sån som jag. Var jag sjuk fick jag jobba ändå. Det var lika hos bönderna med.

Åkte du hem samma dag eller fick du sova över på sjukhuset?

Jag sov över en natt sedan fick jag åka hem.

Men sedan på vägen hem hur kände du dig då?

Man gick där och grubbla och grubbla och funderade väl då var det var för något och sådant. Men det var inte förrän långt efteråt man fick höra talas om sterilisering.

Förstod du då att du aldrig skulle kunna få barn?

Ja, det förstod jag.

Nu var du visserligen ung och kanske inte tänkte i sådana banor. Men minns du om du funderade på vad det kunde innebära för dig på längre sikt.

Nej. Det första man tänkte på var att få komma ifrån hemmet och kunna få tjäna en liten slant själv.

Du gick inte och funderade på att bilda familj?

Nej. Inte då och sedan hade man inte tid.

När berättade dom för dig att du blivit steriliserad?

Det var senare. Det var så att jag gick ner till stan där jag hade ett extrajobb hos en familj på Linnégatan och då såga jag ved och hugg och städa hos dom. Och då fick jag alltid en slant på lördag och söndag så jag kunde gå på bio. För att man skämdes för att man skulle betala 50 öre. Men då fick dom reda på det, hurdant det var, och då fick jag en slant så att jag kunde gå på bio.

Var det det bästa du visste. Att få gå på bio?

Ja, det var inte mycket annat att göra då om man inte fota boll och dom kom inte alla gånger heller. Och visst kunde vi komma osams ibland på fotbollsgrabbar med.

Så det var roligt att gå på bio?

Ja.

Var det fler än du som blev steriliserad vid samma tillfälle?

Ja, det var tre till och jag som blev steriliserade.

Vad det för grabbar?

Ja det var samma som mig. De hade inga föräldrar. De var dom första dom tog då. Men två utav dom lever inte. Dom gjorde upp med sig med en gång efteråt. Dom hitta dom hängda. När dom fick höra det.

När de fick höra vad det utsatts för?

Ja, när det började komma fram att det var sterilisering.

Hur och när började det komma fram?

Ja, vi började prata om att det var en lätt operation att vi skulle gå igenom för att kunna vara ute och så. Jag kan inte påminna mig. Men det var väl någon som sa att hon skulle ta reda på det på sjukhuset, var det var för något. Och då kom det fram att det var sterilisering.

Var det lång tid efteråt?

Ja, det var väl lång tid för mig för jag jobba hos bonden då och sen när jag kom upp så fick jag höra utav grabbarna som visste att det var sterilisering.

Dom grabbarna var dom också hos bonden?

Dom skulle få komma ut till bonden sedan.

Så dom grabbarna var kvar på Rickomberga?

Ja, dom grabbarna var kvar ett lite tag sedan skulle dom få komma ut.

Var du ensam grabb hos bonden?

Ja, första året sedan kom en grabb från Rickomberga som fick börja jobba hos mig.

Minns du vem som berättade om steriliseringen?

Nä, det minns jag inte det var så många som var uppe och fota och så och jäntor som var uppe och tittade.

Vad var det för jäntor? Kom dom från stan för att titta när ni spelade fotboll?

Ja.

Grabbarna som tog livet av sig, bodde dom på Rickomberga.

Ja, men det kom aldrig ut. Det tystade dom ner snart. Likadant att dom inte talade om att jag gjort en bragd när jag var och hjälpte karl som blev stångad av en tjur. Det var ladugårdskar. När jag kom upp stod brandkåren och allihop där men ingen vågade gå fram till tjuren. Men jag kände tjuren. Dom sköt tjuren. Sedan skickade dom iväg honom till sjukhuset. Men ungefär en vecka nästan två veckor fick vi höra att han dött. Men jag tog risken och hämta tjuren.

Det att dom två kamraterna tog livet av sig, tror du det berodde på att de blivit steriliserade?

Ja, det gjorde det. För sedan hörde jag rykte att det var den tredje med.

Men du kände ingen depression själv?

Nej.

Varför tror du att dom tog så illa vid sig?

Ja, det blev väl ganska mycket prat om det där på Rickomberga och dom fick reda på att de inte kan göra några barn och sedan var det att vi var ju kallade Rickombergaidioter. Vi var inte normala.

Gällde det dig också även om du bodde hos bonden?

Ja, det sa dom hela tiden när man var på hem, att man var sinnessjuk.

Vilka sa det?

Ja, det var alla. Så fort man kom lite ihop så var man idiot med samma.

När du arbetade på gården pratade du med bonden om steriliseringen?

Nej, och han hade säkert inte brytt sig om det heller. Då hade man kanske blivit hemskickad.

Detta att dom var så rädda för att ni skulle göra flickor med barn var det alldeles taget ur luften eller var det mycket kontakt med flickor?

Det var taget ur luften det bara.

Det var inte så mycket kontakt mellan flickor och pojkar vid denna tiden? Hände det att flickor blev med barn?

Nej, vi fick aldrig kontakt för vi var ju från hem. Och hade man då, så var det snart bara påpassla "oj, oj, oj gå med en som är på hem". Då blev man avskedad med samma.

Hörde du talas om att flickor blev med barn?

Nej, det hörde jag aldrig talas om. Vi fick ju aldrig kontakt med flickor. Vi fick ju aldrig åka ut och dansa.

Så det var taget ur luften Det fanns inget fog för att ni skulle bli steriliserade?

Ja, det kom fram sedan att tyskarna gjorde det under fyrtio talet. Steriliseras för att dom skulle ha egna elitsoldater. Och jag tyckte att den här förvaltaren var lite sån som hållit med tyskarna. För när Andersson åkte så fick vi en tysk som hade varit på sjön. Och han började jäklas med oss på Rickomberga med det samma. Men för att jag var så säker, så sa jag till han att "om du gör något med mig för då vet jag att då går jag på dig". "Jag skiter i vad ni gör", sa jag. "Om ni skickar mig i skogen eller till Salberga". Och så en dag så kom han och stoppa rötterna, kålrötterna på grabbarna där. För dom våga inte säga något grabbarna. Men jag gick fram och klappa till en. Då fick jag också förvaltaren på mig.

Vem var tysken egentligen?

Det vet jag inte. Det var en nybörjare som skulle komma och sköta om oss när Andersson gick bort.

Andersson, vad det förvaltaren?

Han var ladugårdskarlen som blev ihjäl stångad. Och han var ju med i kör i Uppsala och allting. Och ungarna var med mig jämt i ladugården för jag har haft väldans dragkraft på ungar. Alltid.

Om vi skall gå vidare lite i berättelsen. Du flyttade sedan till Gustavssons i Bärlinge?

Nej, till Gösta Fernstedt.

Hur länge var du där?

Jag var 19 år då så jag var väl där en två tre år. Det var så att Gustavsson lade ner och då kände han Fernstedts pappa, och då hade han kontakt med honom och då hade han sagt det, att hans son Gösta Fernstedt, ville ha en grabb som kunde jobba på bondgård som ladugårdskar. Och på det viset så kom jag dit till Bärlinge. Och då fick man åka flott. Dom kom och hämta mig i en skrin. Lassa på mig bara.

Yngve, Jag tror jag glömde fråga när du blev steriliserad?

1943.

Minns du vilken månad?

Det var juli eller augusti månad för det var nästan när säden var klar.

Hur gammal var du då....Du är född 1927.

16 år. Sedan började jag hos Fernstedt då. Men där blev det också krångel. Men jag tyckte om dom. Dom var snälla och bra och fin mat fick jag. Men då blev det så att jag fick ingen semester där heller någon gång. Och så kom andra grabbar. Jo, när jag kom till Fernstedt, då var det så att jag träffa en grabb som kom till oss. Och han hade tala om att dom visste att jag var från hem. Och dom skulle inte ha några som var från hem och var tokiga utan dom skulle spöa mig en vacker dag när dom skulle få se mig. Och då hade han sett mig jobba hos Fernstedt och så hade han gått och skratta och sen hade han tala om det. "Du kan försöka gå på den där grabben för han visar oss var skåpet skall stå".

Led du av att du inte kunde läsa och skriva?

Ja, många gånger, många gånger. Men jag var glad att jag kunde läsa i alla fall. Det hade jag lärt mig själv.

Kunde dina kamrater läsa och skriva?

Ja, det var många som fick gå i skolan. Sen då så blev det bråk så kom den nästa bonden och hälsa på och då kasta jag fram det där om han ville ha mig där i Falsta. Så blev det var väl en tre fyra år efter.

Dessa åren efter operationen, tänkte du en del på steriliseringen?

Nej, tänker och tänker. Det gör man kanske. Men det har ju inte varit så att det tagit någonting på mig inte. Det är många som kommer och säger "att du inte har hämnats" men det har jag inte haft, den där hämnden. Jag brukar säga att hämnas det är det sämsta jag kan vara, för då blir jag nog intagen på hem med det samma.

Vad hade du för framtidstankar när du gick där och arbetade på gården?

Drömde du om att en dag ha en egen liten gård.

Nej, inte då inte.

Man tog dagen som den kom?

Ja, det gjorde man. Och såg till att man skötte sig så man inte kom in på hem. Det var ju bara det "om du inte sköter dig så kommer du in på hem". Eller komma upp i skogen. Och då visste man att då var man låst hela livet.

Vem var din förmyndare?

De var dom i Stockholm. Och dom kom ut någon gång då och då. Fernstedt var där en gång. Men hos Loffe kom dom. Men jag fick aldrig prata med dom när dom kom. Utan det var han, bonden, som fjäska in och tog in dom och prata. Det enda var att dom kom in till ladugården och sa att "om du inte sköter dig och gör som han säger så vet du att vi kan ta in dig till hemmet. Tack och adjö".

Tittade dom hur du hade det? Var du bodde och hur din hälsa var?

Nej.

Tror du att dom i Stockholm visste om att du utsatts för sterilisering?

Det vet jag inte. Det blev aldrig prat om det. För man ville aldrig prata så mycket om det där. Men däremot kom den där sista, en ung kurator, dit. Då råkade han vara borta. Så hon sökte upp mig för att hitta på mig ute på gården. Då sa jag det till henne att "det var bra för nu kan jag få prata ut som jag vill. För att dom andra har bara prata med honom, dom har bara gnällt att jag skulle sköta mig för dom lät mig jobba både natt och dag nästan. Och inte fick jag bada i Falsta. För ungarna kunde inte bada".

Vad berätta du för kuratorn?

Jag berättade hurdant det var på gården. Hur jag bodde. Jag bodde i ett litet brygghus med potatiskällare under. Den kåken var inte vinterbonad ens. För när jag eldade i kakelugnen så blev det våtvärmande omslag jag låg i. Det bara rann vatten in där. Och madrasser och allting mögla. Och då fick jag gå ner och bada i ladugården men det blev man ju inte ren utav, man försökte göra så gott man kunde. Men så ville man inte kasta på sig kläderna, så man gick upp naken och bytte om. Men sedan blev det för varmt inne på biografen. Och då hörde man flera gånger "Å, fy fasiken vad det luktar". Och det förstod jag ju att det var från mig. För att lukta sätter i sig. Så var det hela tiden.

Förstod kuratorn dig?

Ja, det gjorde hon. För hon skrev upp allting och så sa hon "när jag kommer till Stockholm så ska jag tala om allt det här". Och sedan började det röra sig.

När var detta?

1965 eller 1966.

Då var du mer än vuxen.

Ja, men det är så när man inte har någon hjälp.

Du sa förut att man helst inte pratade om operationen. Vad det för att det kändes generande?

Ja, det var generande. Och då kunde folk tro att då var man riktigt tokig. Folk är så där då.

Men vad var det som mest generande för dig. Att de hade utfört en operation på en känslig del av kroppen eller för att du aldrig kunde leva ett normalt liv? Eller både ock?

De var båda. Man visste att dom nästa förstört livet på en helt och hållet. För jag vet att jag försökte komma ihop med flickor och så där men det kom snart fram att jag varit på hemmet och så där. De andra fick reda på det. Det var inget att tänka på flickor. Det var likadant när jag kom till Falsta och vi fota boll i fabriken. Jag har alltid haft bra kontakt med grabbar och sådan där, och så en gång fota vi inne

på fabriken och då kom bägge bröderna ihop sig för han tålde aldrig att han förlora. Sedan blev jag bekant med en som hette Boris, han gav mig en TV för att jag hjälpt honom mycket och bygga. Sedan gick det hela. Och rätt som det var så skulle jag rösta för första gången. Det var 1966. Så fick dom sina röstkort. Jag gick dit upp men så sa dom "du behöver inte ha röstkort du har ju rättigheter ändå. Kom till Vällinge bygdegård du så kan du rösta så gör vi upp det där". Så jag åkte dit och tala om mitt namn och ålder och sa att jag har inte fått något röstkort. Jag vi skall titta i läggen här, "hörredu", sa han "här står att du har inte rättighet att rösta". "Det har jag väl", sa jag. "Jag har ju röstat en gång förut". "Nä, du är femfem", sa han. Mitt ibland folket. Då åkte jag till Boris Lund och tala om det. Då sa Boris "det här skall vi göra upp. Det skall dom inte få kunna göra med folk inte". Sen kom han en dag och sa att "hörredu, jag har varit i kontakt med folk och troligtvis har du en syster i Värmland".

Hade Boris Lund varit i kontakt med myndigheterna i Stockholm då tror du?

Ja, det tror jag. Sen fick jag reda på då att det var så. Och då började det bli så att dom ringde från en tidning. Då hade jag sluta i Falsta. För när dom fick reda på att jag varit sinnessjuk i Falsta då skulle dom skaffa mig ett nytt jobb. Och då kom dom ifrån Stockholm och sa att jag skulle få komma till Stockholm till ett vilohem. Och han som har det där hemmet, han har varit med på Tiotusen kronors frågan i början. Det var ett litet hotell i Stockholm och dom tog hem så många grabbar de kunde. Och när dom fick reda på hurdant det var då.. För dom åkte ut. Och jag sa det till dom "ni skall inte prata med bönderna utan prata med grabbarna". Jag sa "lägg fram det som jag har sagt. Dom inte skall vara rädda, utan fram med det". Och dom fick massor med grabbar dit. Sen när jag kom dit kände jag igen en del grabbarna. Jag var väl där en vecka på hotellet i Stockholm.

Hur gick det med röstkortet? Du var inte myndigförklarad?

Nej, jag var sinnessjuk. Det var då Boris började röra i det där och tala om saker.

Han var en hjälpsam människa Boris Lund?

Ja. Och när vi var där så begärde jag mig undersökt.

Var och när hände detta?

När jag var på hotellet. Och då ordnade dom det, att jag fick komma in till Stockholm för undersökning. Och då blev jag det och dom fråga om allting och då skulle jag berätta historien. Och hon skrev upp allting. Sedan fick jag papper på att jag inte är sinnessjuk.

Blev du myndig då?

Ja, det kan man säga att jag blev myndig då.

Behövde du fortfarande ha en förmyndare eller upphörde kontakten med kuratorn?

Ja.

Hur gick det sedan när du träffade din syster?

Jo, det blev bara bra det, vi krama om varandra. Och jag hade fantiserat att hon var lång och ståtlig men så var hon liten och kort. När hon kom och hämta mig så var det sådan dimma. Då var Inga-Britt med när vi träffa morsan för första gången.

Allting gick väldigt fort från det att du fick reda på att du hade en syster och föräldrar till det att ni träffades. Vilket år träffade du din syster?

Det var 1975.

Men du hade försökt tidigare?

Ja, 1949 försökte jag men då blev det avslag. Sedan blev det att jag börja åka till morsan lite då och då. Hon hade en annan dotteri närheten. Vi var hemma hos dom några gånger.

När du bodde tillsammans med de andra grabbar på hotellet i Stockholm pratade ni då någon gång om sterilisering?

Nej, det gjorde vi faktiskt inte. För det var så mycket nytt med allting. Jag ställde upp och diska och sådant där.

Funderade du själv någon gång på steriliseringen?

Ja, lite då och då. Fast jag har aldrig riktig grubblat på det. Och det är kanske tur det så man har klarat sig. För skulle jag börja grubbla på allt i hopa då skulle jag varit nerbruten. Men dom säger det att "du är så stark av dig".

Fanns det tillfällen i livet då du funderade på att gifta dig och bilda familj?

Det inte då inte. Men det blev bortkastat sedan allt i hopa. Sedan tänkte man aldrig på det inte. Man för då visste man att det var i alla fall kört för en, och man kunde inte bilda familj. Men om man tänker sig att bilda familj, men då måste man gå till massa distanser. För att jag försökte och ta körkort när jag jobba här och HSB skulle hjälpa mig och betala det och jag åkte in och beställde och då tala jag om som det var att jag har inte gått i skola och jag har svårt och skriva och räkna och sådant där. Och så sa han att det skall du kolla upp. Då fick jag reda på att man måste skicka in ansökan till många olika distanser för att kunna ta körkort. Då hade dom väl sett att jag har varit på hem och sådant där. Men det strök jag ett streck utav. Men HSB sa att "du kan köra traktor, vi tar risken, så att du kan köra".

Var det här i detta området där du är bor?

Ja. Och jag hade bra kontakt med folken här och det har jag än idag.

De sista elva åren jobba jag här annars så jobba jag på bygge med markarbete. Det var Boris Lund som hjälpte till.

Du och din syster flyttade ihop 1975?

Ja det var genom att hon behövde det, ja, han började bråka med henne, och då ville hon ta ut skilsmässa.

Om jag förstår det hela rätt så har ni nära kontakt med Inga-Britts dotter och hennes man i Värmland? Det var väl svärsonen som jag talade med i telefon före mitt besök?

Ja. Det är han som satte i gång och började ta reda på det. Han är väldigt bra.

När sattes det igång? Var det i samband med att man talade om steriliseringar på TV? Eller har du funderat på det hela tiden?

Det var före. Sedan när operationen har varit, då börja tankarna att komma. För då börja folk tala om vad det innebär och sådant där.

Du menar redan på 1940-talet?

Ja.

Då började du tänka på det?

Ja. Då börja jag tänka redan.

Men talade du om det då? Eller är det först de senaste åren?

Jovisst har man nämnt någonting om det, men man har varit liksom tyst, så man har valt ut dom rätta personerna.

Som Boris Lund t.ex.?

Ja. Det tala jag om när detta hände?

Vilket då hände?

Det där med sinnessjukförklarad i Bälinge. Och att jag inte fick rösta. Och då berätta jag alltid som det är. Så här som nu då.

Var det när du blev permitterad som du började gå i skola?

Ja. Det var faktiskt att dom ville jag skulle gå i skolan. Och det började gå bra hela tiden i skolan. Men så började det här då att dom får in utlänningar, och då måste dom hjälpa dom först. Och jag var liksom bortglömd. Petad undan. Efter min smak så blev det. Och då sluta jag.

Tyckte du det var jobbigt att det kom så många nya människor med andra kulturer?

Ja, men när dom inte ägna sig åt mig. Jag tänkte att när jag börja skola så ville jag att dom skulle ägna sig åt mig så jag kunde börja förstå lite och sådant där.

Hur går det nu med läsandet?

Det går bra, det är mest skrivandet som kan vara svårt.

När man började tala om steriliseringar på TV, det blev ju väldigt mycket tal i radio och TV om detta, hur reagerade du då?

Ja, jag har sagt det till syster min och jag har sagt det till Boris och dom, att det verkar ha kunna kommit sådär. Och om dom visste hur dom har förstört mitt liv. Och jag kanske kan, och jag säger det ännu, att jag kanske kunde varit gift och haft barn. Men hela min mors släkt är nästan borta.

Om dom inte utfört någon sterilisering tror du att du hade bildat familj då?

Det är nog inte omöjligt. För att nu tycker jag att ungdomarna börjar inse på hem och sådant där, att det är inte så farligt som det var förut. Var det flera olika saker som bidrog till att du inte kom att bilda familj? T.ex. att du var på hem och att du blev steriliserad? Du blev liksom lite stämplad eller..?

Det var ju som med morsan min när hon fick oss. Du vet en ogift kvinna skall inte ha barn. Det var ju skandal utan like.

Såg du mycket på TV när det talades om steriliseringar?

Jodå, men det var bara att titta på det. Jag kan inte babbla om det för då blir det bara tassel och tassel. Och det är det nog ändå, om jag skulle tala om det. Det där att ha varit på hem och att ha blivit steriliserad.

Är det fortfarande förknippat med skam?

Ja, det går nu aldrig ur ser du.

I Stockholms tidningarna skrevs det väldigt mycket om steriliseringar ett tag. Läser du Stockholms tidningarna eller har ni Uppsala tidning?

Ja, vi läser Uppsala Nya och där står en del. Fast inte mycket. I Stockholms tidningen var det mer. Det var ju dom som tala om det.

Vem var det som fick dig att skriva om det?

Det var dom på skolan. Man skulle skriva om vad man varit med om.

Utlänningar skrev om vad dom varit med om i sitt land och sådant där.

Fast jag tänkte närmast på vem som skrev brevet till regeringen? Som skickade in dina papper?

Det var Boris Lund.

Men detta var ju förra året. 1998.

Det var Göran det. Men han fick inte reda på något förrän långt efter.

Men då fick Göran reda på det och då hade han prata med henne att då måste man göra något åt det. För dom kan inte hålla på.

Så det var efter att Göran, din systerdotters man, läst din skoluppsats?

Då ringde han till dig att så att detta måste vi göra något åt?

Det hade stått i Värmlandstidningarna också. Då sa Göran att vi skall skicka in detta. För vi hörde på radion att dom skulle ta reda på den här steriliseringen.

Då var det Göran som gjorde kopia på din uppsats och hjälpte dig med brevet?

Ja, och faktiskt har jag sagt det och skulle inte dom göra något då får vi gå över till tidningarna så dom får skriva. Men det behöver vi inte nu inte i alla fall. Sådana tankar går vissa gånger. Men samtidigt är man ju rysligt rädd att det skall komma omkring, runt omkring för då tror folk att man inte är riktig.

Det finns folk som tror att de som utsatts för steriliseringar är inte riktigt friska. Men detta är ju bara en myt.

Jag är inte ett dugg rädd att det skall komma ut i TV eller sådant där. För det som hänt är ju inte riktigt rätt. Jag vet inte vad dom hade för bakgrund heller. Men det här började ju under krigsåren det, steriliseringar, under krigsåren när tyskarna börja, det var då dom började att prova här också.

Du tror att dom var påverkade av Nazityskland?

Ja, det är jag säker på.

Du menar nazistiska idéer och så?

Ja. Oj, jag har så mycket som jag kan berätta när dom var ute på sjön och leta efter tyska båtar så kom, vi var där och åkte skridskor, så inte långt ifrån så byggde dom, så hade vi en holme som vi kalla för Slagsta holme och där såg man rätt över till Kungshatt och så såg man Bromma flygfält och där var jag nere och hämta kälkarna på vintrarna varje kväll som vi hade och hämta. Och en gång så var det till jul så skulle jag gå dit och hämta, det var två grabbar och vi gick ner och så stod det en med kälke och så fråga han vad jag skulle göra, "jag skall hämta hem kälken", sa jag, "nej, det är min sa han". Och jag klappa till honom så han stod på öronen så tog jag kälken och sprang hem. Sedan var föreståndarinnan och räkna oss och då var kälken borta.

Tycker du att det har blivit bättre idag?

Ja, fast det är mycket gnäll. Jag tycker dom ska prata om mer hur dant det har varit.

När du blev intervjuad i lokal radion 1979, berättade du då att du utsatts för sterilisering?

Nej, man försökte hålla undan. Det handla mest om hur det var att jobba och sådant. Och då jobbade jag också här nere. Vi skulle gräva gropar för cykelställ. Dom har fått sett min styrka hela tiden. Det är det som jag klarat mig på. Att jag varit stark. Men sedan får jag se allt som händer i TV och då kan jag få tårar i ögonen.

Hur menar du då?

Då lider jag med dom, som jag lider över mitt liv. Då kommer allting...

Är det när du ser andra människor som har det svårt?

Ja, hur dom har levt hemma och så. Det gäller även utlänningar som har gått utan hem och så.

Då känner du medlidande?

Ja. Dom får så mycket. En annan har inte fått något.

Tänker du på hur du själv har haft det då?

Ja, det är nästan som jag får tårar i ögonen nu.

Tittar du mycket på TV?

Ja, det är skojigt att följa med. När man ser på Aktuellt hur den och den får lida. Men jag har aldrig varit sjuk. Jag fick blodförgiftningen en gång på Rickomberga men då var jag uppe och gick när ambulansen kom.

Livsberättelse nr 4.

Inger är 66 år. Hon har en lägenhet utanför Stockholm men bor större delen av året i Finland. Inger steriliserades 1965 i samband med en abort. Vid tiden var hon gift och hade två barn. Maken var emellertid ofta sjuk och sällan hemma. Inger har talat om sitt liv tidigare. Hon har gått i terapi och hon har uttryckt sina känslor och tankar i brev och i anteckningar. Intervjun ägde rum på Hovrätten i Umeå. Den här redovisade utskriften är nerkortad och betydligt mer redigerad än andra intervjuutskrifter.

Jag tänkte vi skulle lägga upp intervju kronologiskt. Vi börjar att tala om när och var du är född, när du kom till Sverige och så vidare. Lite bakgrund alltså innan vi kommer in på själva steriliseringen.

Ja, det går bra. Jag är född den 30 december 1993 söder om Vasa i Finland. Jag hade en jättebra bakgrund. Mamma och pappa hade varit i Amerika och dom var så där entusiastiska. Ja, det var helt underbart. Jag är född på landet, i en kustby. Man bara fanns alltså. Jag märkte inte så mycket av kriget. Pappa var ju inkallad men jag minns att jag hade en stor förtröstan om att han skulle komma tillbaka. Och det gjorde han också. Kriget var hemskt. Men alla var i samma situation....

Men sedan lämnade du Finland?

Nej inte alls. Vi är inte alls där än. Sedan började jag i läroverk. Jag började i en samskola i Vasa. Vi bodde inackorderade på stan. Jag läste språk och det var jätte kul. Sedan blev det studentexamen och handelsgymnasium. Jag har två utbildningar, dels bokföring och expedition, dels språk. Tyska lärde jag mig redan som tolvåring, och engelska när jag var tretton. Det var snabba ryck.

Vad det intresset för språket som fick dig att längta ut i världen?

Nej, det var egentligen mammas och pappas berättelser från New York. Och att man var ung och ville se allt. Jag kommer från en kultur där folk har rest och vågat. Just den här känslan för friheten, den har jag med mig hemifrån.

Hur gammal var du när du lämnade Vasa och gav dig iväg?

Jag hade fyllt 23 år. Då skulle jag till England. Men det blev inte London utan Tyskland för jag hade så lite pengar. Det var i Tyskland som jag träffade min man. Den relation kom att prägla hela mitt liv. Han var östeuropé och flykting. Vi gifte oss i Stuttgart.

Hur kom det sig att ni flyttade till Sverige?

Jag ville hemåt. När man väntar barn så söker man en trygghet. Det blev Sverige för att han skulle slippa lära sig två språk.

När föddes ert första barn?

Vår första son Peter, föddes 1959 på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Vi hade köpt en lägenhet i Järfälla. Den första nyårsaftonen i Sverige blev min man knäpp. När han hörde ljudet från smällare och raketer så började han slå omkring sig och ville ha springa ner i skyddsrummet. Han sa "nu kommer dom". Han trodde det att var flyglarm och att bomberna skulle falla. Jag visste inte att folk var så skadade av kriget. Jo, jag visste det men jag hade aldrig varit nära någon människa som blev så knäpp. Man ser på folk när dom blir knäppa. Man ser det i ögonen. I alla fall om man är observant. Jag visste inte vad jag skulle göra. Skulle jag kontakta mina föräldrar? Jag skrev till min bror och frågade "vad skall jag göra". Direkt kom ett svarsbrev med rådet att ta kontakt med en advokat. Jag kom i en sådan konstigt situation. Man gifter ju sig inte för att ta ut skilsmässa efter några månader. Men advokaten sa "ni kan inte skiljas så länge ni inte är svenska medborgare". Jag trodde först inte på honom. Det skulle ta mig fem år innan jag blev svensk medborgare.

Sedan fick du ett barn till?

Jo, men jag hade en abort däremellan. Men vet du, jag har inte velat minnas detta.

Hur fick du abort den gången utan att bli steriliserad?

Jag kommer inte ihåg. Jag kommer inte ens ihåg var aborten utfördes. Det måste varit på Danderyd. Jag har glömt, för det var så svårt för mig att göra den. Jag var så ledsen. Det är så grymt. Det är svårt. Det är inte rätt. Man gör något mot sig själv som man inte vill göra.

Nämndes frågan om sterilisering vid detta tillfälle?

Jag minns inte om frågan kom upp. Men jag tror inte att jag blev ovänligt behandlad för det hade jag kommit ihåg. Sådant minns jag. Detta måste ha varit 1960-1961. Det var före Tom. Han är född 1963. Och 1965 var steriliseringen.

Berätta om ditt äktenskap?

Det var helkaos. Han bodde ju inte hemma. I praktiken så var jag ensamstående men två små barn. Och jag var tvungen att skaffa pengar själv. När jag blev gravid igen hade jag inget annat val än att begära abort. Jag hade just börjat på ett jobb också. Men det var inte det. Jag hade aldrig klarat det. Han bodde ju inte hemma. Han bodde inte hemma när Tom var liten. Och det var egentligen tur ska jag säga. Tom är ju väldigt stabil. Det är han som lever än. För att den andra pojken är ju död. Men det var inte det heller, utan det var det att han tog ju hem tjejer alltså. Och det är något fruktansvärt. Jag kunde inte leva i det där kaoset. Och sedan skulle man springa emellan dessa dagmammor. Det fanns ju inga dagis. Jag hade en kompis som heter

Ritva hon fick in sina barn på dagis, men hon var ju ensamstående på riktigt.

Var arbetade du då?

På ett försäljningskontor i Stockholm och så höll jag på med översättningar. Jag var tvungen att hålla på, för att tjäna pengar. Vi redde ju oss aldrig. Och det fanns inga bidrag. Hela tiden jakten på pengar.

Vem tog du kontakt med när du blev gravid igen och övervägde att göra abort?

Jag tror jag vände mig direkt till Danderyd. Men jag hade en gynekolog i Vällingby. Men jag vet inte faktiskt. Jag har glömt. Jag måste ju ha vetat att jag var gravid. Det måste ha varit en gynekolog. Men sedan kom jag till psykiatern.

Träffade du en kurator också?

Ja, det var två olika. Det var en kvinna. Hon var jätte äcklig. Hon var en sådan där som man är i Stockholm "hörru du, kom inte här och tala om hörru du". Man hade lust att slå henne. Men psykiatern var den värsta människa jag träffat i hela mitt liv. Han var så skrämmande. Jag blev jätte rädd för honom för jag märkte att nu är det är klippt. Vad skulle jag göra? Och då blir jag rädd. Och när jag blir rädd blir jag verkligen kaotiskt rädd.

Vad handlade besöket hos psykiatern om?

Det handlade om att söka abort?

Vad det han som föreslog att du skulle låta sterilisera dig?

Men jag trodde inte på det först. Jag har lite svårt att lyssna på folk ordentligt utan tror att jag har rätt. Det är den här frimodigheten som jag har. Så när jag kom dit så trodde jag att allting fixar sig. Precis som i skolan. Jag klarar mig alltid. Jag klarar alla prov. Det är inga problem. Men så var det inte. Jag har lätt att tro att jag alltid klarar mig. Men det gjorde jag inte med honom.

Hur framfördes förslaget om sterilisering?

Jag minns inte. Ibland känns det som om jag var där två gånger. Jag visste att om jag inte gått med på sterilisering, då hade jag aldrig fått abort. Detta var ju mitt tredje barn eller mitt fjärde egentligen för jag hade ju gjort en abort tidigare också, så jag kände ju rörelserna ganska tidigt. Och jag blev så rädd. Man blir så jätte känslig när man väntar barn. Jag var gråtfärdig. Jag vet inte hur jag skall beskriva min rädsla. Det var som om hjärtat höll på att stanna. Om man går i chocktillståndet i dagar. Och man känner rörelserna i magen och man tänker -"Herre Gud vad gör jag? Kanske det något fel på mig på riktigt".

Fick du skriva under något papper om att du gick med på sterilisering?

Ja, på andra besöket i så fall. Eller så i slutet av första. Min man blev ju också kallad. För psykiatern ville prata med honom. Jag har aldrig lyckats få reda på vad de pratade om. I alla fall så stack han till Mallorca när jag låg inne. Det var ju därför vi aldrig hade några pengar.

Fick du någon hjälp av kuratorn?

Jag trodde att hon skulle hjälpa mig. Det var så här: dom antydde att man skulle gå till en kurator och jag fattade aldrig riktigt vad det var. Jag har aldrig riktigt förstått de olika befattningarna i Sverige. Vad en kurator stod för. Det fanns inga kuratorer i Finland. Och jag har aldrig behövt en kurator. För att jag har aldrig behövt någon hjälp förstås. För egentligen kommer jag ifrån en medelklassfamilj där lik-som familjen har ställt upp. När man har studerat så har man aldrig tillhört någon underklass egentligen. Så egentligen har man aldrig behövt söka hjälp. Man har försökt att reda sig själv. Det här säger jag inte för att jag ser ner på folk, för det gör jag verkligen inte. Jag har sett hur det ser ut där nere. Men den kuratorn var hemsk och grym.

Varför det?

Hon sa "man kan inte bli med barn och sedan springa här och få abort". Det tog mig jätte lång tid och fatta vad hon mena. Hon menade på det förstås att detta var min andra abort.

Talade hon också om sterilisering?

Nej, det minns jag inte att hon gjorde. Men jag började ana det. Så jag började bygga upp en rädsla som bara blev värre och värre. Dagen före steriliseringen hade jag dödsångest. Det började med att jag gick gå av och an. Och då visste jag inte vad jag skulle göra. Jag visste inte vem jag skulle ringa till. Jag hade faktiskt ingen att ringa till. Skulle jag varit ensam så hade jag stuckit iväg. Men det gick inte. Jag hade barnen. För karln stack ju till Mallorca! Så det kom hem en tant. En äldre kvinna från hemvården. Det var rejäla tanter, dom lagade mat, dom tog hand om barnen. Man kunde lämna hemmet utan att vara nervös. En sådan service fanns förr i världen, alltså på 1960-talet. Det var jätte bra ordnat. Annars hade det inte gått.

Vad har det betytt för dig att bli steriliserad?

Det är som att bli stympad! Jag gick mycket i terapi sedan. När jag blev dålig och fick så mycket symptom och det inte gick att hejda. När jag gick hos en otroligt bra terapeut som fanns på Mentalvårdsbyrån så började jag skriva ganska mycket. Fast det var först långt efteråt som jag fattat vad jag egentligen skrev. Jag skrev att "ni ställer ut mig på det stora steniga gyckeltorget". Exakt så kände jag mig. Att jag var utställd på ett gyckeltorg. Och att ingen förstod mig. Det kändes som om någon ville åt mitt kött och mitt blod. Jag skrev detta

utan att tänka på stympning. Det finns en gräns för vad man får göra mot människor.

När du säger att dom vill åt mitt kött och blod i detta sammanhanget syftar du på steriliseringen då?

Ja, för jag blev ju steril! Jag lever inte längre! Blodet kan inte forsa längre! Ni ville döda mig! Tömma mig på blod helt enkelt!

Tänkte du i sådana termer då också eller har dom tankarna kommit senare?

Det är som att bli lemlästad! Att ta bort en hand, eller en fot. Man förstör inte bara livet. Det handlar inte om någon engångsföreteelse. Dom tar bort det levande hos en människa! Det handlar inte bara om att aldrig kunna få barn mer. För barn, när man hör människor säga att dom inte kan få barn, ja, ja, jag förstår att det är hemskt. Det skulle jag också tycka. Men livet handlar om att föda hela tiden. Det handla om att få översätta en fantastisk text, det handlar om idéer, om att skriva. Det handlar om är att producera sig, att göra något.

Själva skapandet menar du?

Javisst, skapandet. Och det tar man bort genom att sterilisera en människa. Att gå in i en människas kropp och skära av. Det är detta jag menar. Att bli berövad möjligheten att leva själva livet. Det är det som jag är så sorgens över, så gråtfärdig. Därför att, okej då, rent konkret har jag kanske 20 år kvar att leva. Jag får jobba som fan för att ta igen och producera allt det jag tänkt. Fy fan, vad jag är arg! Jag är hemskt arg. Och ledsen också.. Att inte få barn är en sak men detta är något större.

Vill du berätta något om vad du minns av själva operationen?

Jag minns ingenting mer än att de gav mig något lugnande och att jag vaknade på morgonen. Annars när man går igenom svåra saker så brukar jag säga till mig själv "skärp dig nu" och det sa jag nog den gången också. Men det fanns ingen återvändo. Och sedan vaknade jag och då kunde jag inte gå upp ur sängen. Jag ville inte ens ta en cigarett, för jag rökte som en borstbindare på den tiden. Jag ville ingenting, jag ville bara dö. Och då kom två sådana där biträden. Dom bara lyfte mig ur sängen och satte mig på en hink, för att jag skulle kissa. Och då blev dom ju rädda dom där andra kvinnorna i salen för det forsade blod.

Vad var det för en slag avdelning? Fanns där även nyförlösta kvinnor?

Nej så illa var det inte. Jag minns en kvinna som låg bredvid mig, hon var rödhårig och sa "hörre du, du ser ungefär ut som min mamma". Jag var gråtfärdig och sa "håll käften" och vände mig om. Det var väldigt fräckt men jag orkade inte. Sedan var det en liten tjej som skev dikter som kom fram och frågade "vad har dom gjort med dig egentligen". Dom skär ju av här, vilket betyder att man inte kan kän-

na av underkroppen med överkroppen. Man skär av nerverna. Dom går ju in i buken och skär av. Det är ju äckligt! Bara det att dom gör så.

Hur menar du då?

Jo, att dom aborterar barnet och skär av äggledaren samtidigt. Jag frågade en gynekolog en gång om man kan operera tillbaka. Fast det var en sådan dum fråga. Jag hade velat att man kunde sy ihop det hela igen. Jag kan ju ingenting om läkarvetenskapen, och då var jag ju så ung.

Var det ingen som föreslog preventivmedel för att förhindra nya graviditeter? Det fanns ju på den tiden.

Ja, precis. Jag hade både pessar och salva hemma. Men det var bara det att med den där karln så fungerade inte det. Alltså det kunde fungera någon gång men som regel gjorde det inte det. Han hade aldrig en kondom.

Togs det upp i samtalet med psykiatern och kuratorn?

Jag minns inte det. Men jag kände på mig att jag borde ha skrikit och gapat. Att jag borde ha skärpt mig mer. Och protesterat. Man får sådana skuldkänslor nu i efterhand. Men det gick inte med den mannen. Han brydde sig inte för någonting. Han smittade ju mig med gonorré. Det är så svårt att förklara sådant här. Man hör talas om det, men det är inte förrän man är där själv som man fattar. Jag fick egentligen aldrig tillbaka lusten att leva. Jag hade många bra vänner i Stockholm men jag pratade aldrig med dom om detta. Det är först nu jag vågat berätta om steriliseringen. Det blev bara värre och värre. Fast jag hade ett bra jobb som jag trivdes med. Inte ens efter att jag skilde mig fick jag tillbaka lusten från förr. Det hade gått för långt. Det hade hänt för mycket. Egentligen är det inte bara steriliseringen det handlar om utan också andra saker som t.ex. min man. Han kunde komma hem med kvinnor och sprit. Det hände sådana vidriga saker.

Var han våldsam också?

Han var våldsam när vi var ensamma. Men det hade han ju varit hela tiden. Jag var ju blå slagen. Ibland kunde jag inte ens stiga upp. Men det kunde jag bara inte berätta för mina väninnor. Efter skilsmässan så vågade han inte längre. Då var han ju tvungen att lämna ifrån sig nycklarna. En gång kom han och frågade efter sitt gevär. Han ville ta livet av sig. Han hotade oss med att han skulle ta livet av sig. Så jag säger inte att det bara var steriliseringen som jag mådde dåligt av. Det vill jag säga. Men allting förde med sig bara mer och mer. Snöbollen rullade och den blev hårdare och hårdare. Men steriliseringen är en stor sak. Men jag kan ju inte skylla Sverige för allting.

När tog du ut skilsmässa?

Jag kommer faktiskt inte ihåg. I början av 1970-talet. Det var när jag blivit svensk medborgare. Jag var ju fortfarande ganska ung då. Jag hade faktiskt en kille som jag var mycket intresserad av. Ja, han finns ju fortfarande kvar. Han är en jätte bra kompis. Det är på den nivån. Fast skulle jag ha vågat att gå in i ett nytt förhållande som hade jag blivit tvungen att berätta. Det hade jag inte klarat av, då hade det kommit så mycket mer.

Upplevde du att steriliseringen var ett hinder?

Ja, den var ett stort hinder. Fast det var inte det största hindret. Det var så mycket som var hemskt. Min äldste son började använda narkotika, och det är ganska klart att det blir så. Det är tragiskt. Han blev bara sämre och sämre. Han var bara 26 år när han dog. Och min f.d. man tog livet av sig med alkohol och tablettor när han var 40 år.

Hur reagerade du när det blev så mycket tal om steriliseringar för ett tag sedan?

Jag då blev jag helt knäpp. Jag kunde inte sova. När du ringde om intervjun, då kunde jag inte sova heller. Det har väckt så många minnen till liv. Men jag har sagt till mig själv "jag skall ställa upp på det här". Och det är ju det jag gör nu. Nu sitter jag ju här. Jag tänker ta en sak i tagen och en dag kanske jag blir fri. Det är en annan sak som jag också funderar på.Nu börjar jag att grina igen..... Jag är ju utlänning. Jag blir ju aldrig riktig svensk, och jag är ju inte finland-svensk längre, jag är ju ingenting egentligen, jag är ju bara svensk medborgare. Jag har en chans att visa lite grann hur en utlänning kan tänka. Jag tror många kan tänka som jag gör. Här finns ett oförstånd. Man ville så väl men så blev det så fel.

Har steriliseringen även inneburit fysiska problem? Har du t.ex. haft problem i underlivet?

Ja, jag har haft enorma problem med blödningar. Jag har blivit skrapad. Tidigare hade jag alltid huvudvärk, jag spydde blod och fick magsår. Men det är egentligen först nu att jag ser hur saker och ting hänger ihop.

Livsberättelse nr 5.

Karl bor i ett mindre samhälle i Småland. Han är 72 år och ensamstående utan barn. Karl steriliserades i mitten av 1940-talet. Han minns inte exakt vilket år. Steriliseringen skedde i samband med utskrivning från anstalt. Karl är övertygad att orsaken till steriliseringen också hade andra skäl och att den utfördes på grund av hans folktillhörighet. Han tillhör det resande folket. Karl var mycket motiverad och ivrig att få berätta om sitt liv. Han tog själv initiativet att resa till Göteborg för att bli intervjuad. Intervjun ägde rum på Kammarrätten i närvaro av en medföljande kusin.

Det började med att jag åkte med min mor för att hälsa på våra släktingar i Malmö. Det var 1929 och jag var två år. Där fick min mor tbc. Så hon dog. Då passade myndigheterna på att ta mig. Så varken mor eller jag kom hem igen.

Men din far, kunde inte han ha dig kvar hemma?

Min far var så förbannad för att dom hade tagit mig. Han sa alltid "kan jag klara det ena barnet så kan jag väl klara det andra också". Vi var två bröder nämligen. Trots att han var en redig karl som inte drack sprit så hjälpte inget. Jag blev utplacerad på en massa olika hem. Först kom jag till Landehemmet i Malmö. Fast det var inget hem utan ett judehem.

Var är det för något, ett judehem?

Det var för judiska flyktingar från kriget. Men det var ju bara en kort tid. För sedan kom jag till fosterföräldrar. Han var högsta polischef. Men dom var visst för gamla för att ha kvar mig så då skickade dom mig till barnhemmet i Segå. På det tiden gjorde man ju så. Sedan skickades jag till Höör.

Hade du kontakt med din far hela tiden?

Nej, dom sa att jag inte hade några föräldrar. Dom sa att jag var av tatarsläkt. Men då visste jag inte vad det betydde.

Men vad betyder det?

Jag var väldigt mörk som barn. Nästan svart. Min familj, på min fars sida tillhör det resande folksläktet. Fast det visste jag inte då. Men man fick höra hela tiden att man var tattare. Det var inte lätt. För Sverige var nazistiskt på den tiden. Särskilt i Skåne. Där fanns en föreståndare som slogs. Han var nazist. Jag kommer ihåg att han lyssnade på radio och hejade på Hitler. Mig hade han ett särskilt hat till. Mitt släktingar är ett folk som har skött sig hela livet. Så därför kan jag inte förstå hur dom kunde sätta mig på ett sådant ställe.

Blev du slagen också?

Ja, en gång rymde jag. Jag rymde för att jag var ledsen. Jag sörjde min mor. Så jag följde järnvägen. Men det var dumt för jag blev snart upptäckt och då blev jag slagen. Det var grymma metoder. När man kissade i sängen fick man äta salt och duscha i kallt vatten. Man flyttades hit och dit och fick aldrig någon kärlek utan bara hugg och slag. Det svårt att förstå att dom var sådana på den tiden.

De förstod ju inte att jag sörjde min mor. Det är klart att man inte blir snällare av stryk. Jag var kanske inte så lätt att handskas med alla gånger men jag har ju aldrig varit kriminell eller något sådant.

Jag blev iväg skickad till sådana där konstiga ställen; Salbohed, Salberga och allt vad dom nu heter! Det var hem för sinnesslösa eller vad fan dom nu kallar det

Vad tror du är förklaringen till varför du placerades på dessa hem för s.k. sinnesslösa?

Det var väl för att jag hade ett hemskt humör. Det erkänner jag.

Men det är inte undra på, så som jag blev behandlad. Man fick aldrig någon kärlek.

Det var kanske tur att du hade humör och inte fann dig i att bli behandlad hur som helst?

Jo, annars hade jag nog gått under. Sedan har jag ju alltid varit musikintresserad och det varit till stor hjälp. För då kan man liksom stänga av världen och slippa se skiten.

När blev du steriliserad?

Jag kommer inte ihåg när det var. Men jag kan väl ha varit en 15-16 år. Det var i alla fall när jag bodde i Salbohed. Dom kom till hemmet pekade och sa "Du och du och du och du. Ni skall komma in här och skriva på ett papper". Jag visste inte vad det var fråga om. Sen tog dom oss till lasarettet i Sala. Och då blev jag rädd för dom kom med stora sprutor. Men då började det pratas i korridoren. Dom äldre killarna förstod bättre än jag. Dom sa till mig att vi skall steriliseras.

Hur gick operationen till? Blev du sövd?

Jag fick en spruta och jag somnade. När jag vaknade upp då var jag arg. Ja, då ilsknade jag till ordentligt och sa "vad har ni lurat mig in på". "Du har ju skrivit på här", sa dom. Men dom förklarade aldrig vad det var för någonting. Dom sa bara att det är för att du skall bli fri.

Det var en gårdare där. Han var plit och säkert nazist. Han sa att "den rasen som du är av, den skall inte föda några barn". Så sa han. Då började jag förstå vad som skulle hända mig. Men då var det för-sent.

Vad hände efter operationen? Blev du utskriven från hemmet?

Det kallades för familjevård. Jag kom till en gammal bonde och fick slita utan att få betalt. Från klockan fyra på morgonen till tio på kvällen! Ändå var han elak den där gamla bonden. Jag blev så förbannad så jag slog till bondjäväl och gick därifrån. Det är naturligt. Jag var ju tvungen att reagera. Jag är ju en normal människa.

Men vad fick det för konsekvenser?

Ja, då åkte man in igen. Det var då jag åkte in på Källshagen. Det värsta stället av alla. Där fanns idioter! De kunde äta sin egen avföring, dom pratade röster och jag vet inte vad. Dom snaggade huvudet på en, och man fick särskilda kläder. Det luktade skit överallt. Ja, det var värre en koncentrationsläger.

Man undrar varför dom inte avrättade oss med en gång. När dom ändå hade en avsky för oss. Då hade vi sluppit plågas.

Det tar på en normal människa att se sådant. Man var ju inlåst också. Jag tänkte att nu kommer dom att psyka ner mig ordentligt. Men jag hade ett starkt psyke. Och klarade mig.

Hur kom du ut därifrån?

En äldre kamrat sa till mig att jag måste göra något kriminellt så jag kommer till fängelse i stället. För jag var normal. Det var en psykolog där som sa "jag fattar inte vad du gör här ". Det slutade med att jag slog jag till en kille. Jag var liksom tvungen att göra något. Och då kom jag ut.

Då kom jag till ett fängelse. Och det var ju rena himmelriket.

Hur fick du kontakt med dina släktingar?

Jag träffade en kille som tillhör det resande folksläktet. Han är vad vi kallar för romano. Han sa till mig "Har du någon bror? För du liknar så min systems man". "Nej, inte vad jag vet", svarade jag. Men hur den än var så skrev jag till pastorsexpeditionen i Malmö och då fick jag upplysningar om allting. Då var jag väl tjugofem år. Och sedan åkte jag ner till Malmö och träffade dom allihop.

Det blev en vändpunkt i livet. Det var som himlen öppnade sig för mig. Jag fick träffa min bror och min far och allihop.

Då berättade jag för min far om allt som hänt. Jag berättade om steriliseringen också. Han blev så förbannad och sa att "det hade dom ingen rätt till att göra utan att fråga mig först".

Hur tycker du att ditt liv har påverkats av steriliseringen?

Jag har lidit av detta i hela mitt liv. För jag har träffat många flickor genom åren. Jag har alltid haft lätt att träffa jäntor. Men det har aldrig fungerat riktigt som det ska. Det stoppar liksom upp i strängarna och gör ont. Det blir en ömhet när man har samlag. För det kommer inte ut som det ska.

Så du har både lidit psykiskt och fysiskt av steriliseringen?

Några psykiska problem har jag aldrig haft.

Jag menar om det varit känslomässigt svårt.

Ja, jag skämdes. Till och med när jag skulle opereras för hjärtat och dom såg ärret då skämdes jag. Men jag blev hatisk också. För dom tryckte ju ner mig. På den tiden kunde man inte alls prata med folk från myndigheterna. Ingen brydde sig. Så detta har ofta kommit över mig. Särskilt när jag träffat flickor. För jag visste att jag inte kunde få barn. Då hände det allt att jag tog till spriten. Men det var värst när jag var gift. För då fick jag ju ljuga och säga att jag haft påssjukan. Fast det kändes inte bra för mig, att sitta där och ljuga. Så jag fick berätta hur det var.

Var du gift i många år?

Ja, i några år. Men det tog slut när jag berättade att jag var steril. Det var en äkta kärlek jag förlorade då. Det var en tung börda att bära.

Det var aldrig tal om att ni skulle adoptera barn?

Nej, aldrig. Det blir ju aldrig det samma som att skaffa egna barn. Så många gånger jag tänkt att de skulle bara veta vad fan dom gjort. Det var ju inget fel på mig! Jag var ju inte sinnessjuk eller något annat. Dom dömde mig fel.

Tror du att det hade något att göra med att du är tillhör det resande folket? Är det en zigensk släkt?

Dom kallade ju mig för tattare. Fast jag förstod ju inte då var det är för någonting. Men nu har jag släktforskat och vet att jag tillhör det resande folket. En del har ju vandrat och levt en kringflackande liv. Mina släktingar har inte levt så. Men det finns dom som varit tvungna till det. De var utstötta helt enkelt.

Det är så dumt att man får lida för den saken. Varför skall man bli betraktad som annorlunda människa? Jag kan ju inte välja vilket fruntimmer jag kommer ut ur.

Men känner du dig annorlunda?

Jo, det gör jag allt. Jag känner mer med utlänningarna än vad jag gör med svenskarna. Vi har det mer jämlikt och kommer bra överens. Jag tycker svenskar är så rasistiska. Jag känner mig precis som jag inte är svensk. Jag är en utböling, en parasit, en sinnessjuk. Fastän jag har jobbat och skött mig i hela mitt liv.

Jag har ju läst mycket om hur det var på den tiden. Dom ville ha bort tattare och handikappade. Sverige var ju fattigt på den tiden och ville utrota dessa människor. Det har jag själv känt att det är på det viset. Det är detta jag är så förbannad på.

Livsberättelse nr 6.

Kerstin bor på en ö utanför Sveriges sydöstra kust. Hon bor ensam i sin lägenhet. Kerstin är frånskild sedan många år tillbaka. Hon har inga barn. Kerstin är handikappad sedan födseln. Hon föddes utan fötter och med missbildade händer. 1948 gjorde hon en abort. Kerstin har inga minnesbilder av att någonsin ha blivit tillfrågad eller upplyst om sterilisering. Hon är emellertid övertygad om att ett ingrepp gjordes i samband med aborten. Kerstin har aldrig tidigare blivit intervjuad om sitt liv. Intervjun ägde rum i hennes bostad.

Vill du berätta lite grann om din bakgrund?

Jag är född 1924 i Göteborg. När min mamma födde mig så fick hon en chock. Jag är första barnet och är född handikappad. Jag har inga ben och inga riktiga händer. När jag var två år blev jag bortlämnad till Eugeniahemmet i Stockholm. Jag såg knappt mina föräldrar efter det. De besökte mig sällan. Jag var inte accepterad.

Du tror att det berodde på att ditt handikapp?

Ja, det man såg på hemmet också. Det var många barn som aldrig fick besök. När jag var liten var mitt handikapp svårare än vad det är idag. Nu går jag med proteser och jag har opererat hakan så jag har lättare att tala.

Hur länge var du på hemmet?

Jag var där till jag var sjutton år, sedan flyttade jag till Norrbacka där jag fick utbildning. Jag lärde mig konfektion och arbetade på Kungsgatan. Men snart flyttade jag till en egen lägenhet i ett kvinnohus på Bondegatan. Det var ett hus för ensamstående kvinnor. Jag möblerade den med möbler från stadsmissionen. Men det var fint, och gediget.

Hade du vänner som du träffade ibland?

Ja, träffade kompisar från både hemmet och från min arbetsplats. Det var bra kompisar. Jag har alltid haft lätt för att få vänner. Hur det än vad så träffade man ju en karl då och då också. Man är ju inte mer än människa. Det är lätt hänt när man kommer ifrån ett kärlekslöst hem och längtar efter kärlek. Så jag blev med barn. Det var en tillfällig förbindelse. Det var ingen karl som jag hade kontakt med sedan. Så jag tänkte "hur sjutton skall jag klara av ett barn". Jag hade ju ingen familj eller någon som kunde stötta mig. Jag var bara 24 år då. Jag minns att jag tog kontakt med kuratorn på jobbet. Och det första hon sa vad "det blir abort". Jag tror att det var på grund av mitt handikapp. På den tiden var vi handikappade inte värda ett dugg.

Men du var myndig och kunde bestämma själv?

Ja visst, jag hade ingen förmyndare. Men det fanns inte så mycket till val. Jag gick till Karolinska sjukhuset där jag fick träffa en psykolog. Jag blev kallad dit. Fast jag minns inte så mycket av det samtalet mer än att hennes frågor var dumma på något sätt. Precis som om det var fel på min intelligens. Hon hade nog den inställningen att jag inte var riktigt friskt. Det var inte helt ovanligt att vi handikappade blev betraktade som mindre vetande.

Minns du om frågan om sterilisering kom upp vid detta tillfälle? Har du något minne av att du skrev under något papper?

Jag kommer inte riktigt ihåg det. Men jag är säker på att ingen frågade mig om jag ville bli steriliserad. Jag själv var ju bara inställd på att göra abort. Det var i samband med själva operationen på Sabbatsbergs sjukhus, strax före tror jag, som jag hörde någon nämna ordet sterilisering. Det var ingen som sa något till mig efter operationen heller. Jag kommer ihåg att det kom en doktorn efteråt men att han inte sa något.

Hur visste du att du blivit steriliserad?

Jag har känt det på mig hela tiden. Annars skulle jag ha blivit med barn. Jag har aldrig använt skydd.

Har du varit kontakt med sjukhuset som utförde steriliseringen eller har låtit undersöka saken hos en gynekolog?

Nej, men jag kan inte tänka mig något annat. Jag hade en del förhållanden redan före jag träffade min man, fast det inte var särskilt många.

Tänkte du vid dessa tillfällen på att du kanske var steril och inte kunde få barn? Eller var det något som aktualiserade först när du träffade din blivande man?

Jag tänkte inte på det alls. Det bara var så. Jag gifte mig 1962, 38 år fyllda. Det är en lagom ålder att gifta sig. Fast det var inget lyckligt äktenskap. Jag berättade redan när vi träffades att jag inte kunde få barn. Jag tror han tyckte det var en fördel. Han ville bara ha samlag. Nästan varje kväll. Det blev för mycket helt enkelt. Han ville bara ha mig till det. Barn sa han aldrig något om.

Men du bar på känslan att du inte kunde få några barn?

Ja, det fanns med hela tiden. Även om jag aldrig fick några besked från Sabbatsbergs sjukhus så visste jag själv hela tiden att det var så. Frågade din man varför du inte kunde få barn? Kunde ni prata om sådant?

Ja, vissa saker kunde vi prata om. Men han frågade aldrig något om det. Han var bara intresserad av att ha en kvinna att avreagera sig på utan att det blev barn. Jag tror det. Vi köpte en liten kåk utanför stan. Men det var bara han som hade bilen. Och var det så att jag inte låg

med honom så fick jag inte följa med i bilen in till stan. För att komma ifrån honom fick jag rymma. Jag stack en natt. I samma veva som jag gick ifrån min man så dog min far så jag var tvungen att åka till Göteborg. När jag var Göteborg hos min mor så ringde hans bror och talade om att han tagit livet av sig. Det var 1978.

Tog han livet av sig för att du lämnat honom?

Ja, fast problemen hade börjat tidigare. Redan 1970 när jag opererade bort livmodern. Men när det kom till kritan så hade läkaren tagit bort äggstockarna också. Han ville ju älska med mig redan första kvällen efter operationen. Jag bad honom vänta men det gjorde han inte. Han skällde och hade sig. Sedan fick han reda på vad jag gjort och då blev han impotent. Jag var ingen riktigt kvinna längre, sa han. Jag tänkte "om jag stannar här då blir jag psykiskt sjuk". Så jag lämnade honom. Sedan började jag att leva ett något så när normalt liv. Jag tycker jag har utvecklats så mycket sedan dess.

Hur ser ditt liv ut idag?

Jag har många vänner, både gamla och nya. Jag är med i en förening för ensamma människor som bildades för lite mer än tio år sedan. Jag är faktiskt ordförande i den. Vi har det trevligt. Vi går ut och äter och vi dansar. Det är folk i 70-80 års åldern från många olika socknar runt omkring. Och så är jag med i handikappidrotten och spelar boccia. Vi reser en del ut i landet. Det är också trevligt.

Hur ser du tillbaka på det faktum att du utsattes för sterilisering?

Man tycker att man har saknat något. Det kan hända att mitt liv hade varit annorlunda om jag inte utsatts för sterilisering. Jag tänker många gånger att man kanske hade haft ett barn. Ett barn som jag skulle haft kontakt med. Jag tycker dom tankarna har ökat med åren. För jag har ju ingen släkt. Jag är ju helt ensam.

Livsberättelse nr 7.

Harry bor i en medelstor stad i Västsverige. Han har nyligen flyttat till egen lägenhet efter att ha separerat från sitt tredje äktenskap. Harry är 74 år. Han har inga barn. Steriliseringen utfördes 1942 i samband med utskrivning från anstalt. Harry funderar mycket på varför han hamnade på anstalt som barn. Han har tagit fram många handlingar och dokument från den tiden. Men det är sällan som Harry får tillfälle att tala om sina upplevelser och funderingar. En gång tidigare har Harry berättat sin historia. Det var för en lokaltidning strax efter att steriliseringdebatten tagit fart. Denna intervju ägde rum hemma hos Harry.

Du har tagit fram många handlingar. Är det sådant som rör din barndom och tiden för steriliseringen?

Jag har samlat alla papper från den tiden. Jag skrivit och beställt kopior på allting. Och jag hittar så mycket fel i dessa papper. När jag läser i dem så kan jag bara inte förstå hur jag blev behandlad. Vad är det som jag var anklagad för? Jag var ju bara ett litet barn på sex-sju år!

Vad var det som hände när du var liten och som du blir så upprörd över?

Det började med att min mor var dövstum. Men min far var inte dövstum, även om det står så i mina papper. Han var polis i Köpenhamn. Jag är född i Köpenhamn fast vi flyttade där ifrån efter skilsmässan. Vi flyttade till mormor i Borås. Men min syster och min bror kom aldrig med till Sverige för dom adopterades bort till danska familjer.

Flyttade ni till hem till din mormor?

Min mormor bodde på Viskadalsgatan medan mor och jag bodde på Järnbära. Jag växte upp med min mor, hon försörjde mig och gjorde allt vad hon kunde. Men hon jobbade skift och kunde vara borta mycket från hemmet. Jag hade en moster i närheten, moster Hildur, hon var hörande och hon fick en dotter som hette Dagmar. Varje dag fick jag gå till mormor för att äta mat. Ibland tidigt på morgonen när mor hade gått till jobbet och ibland sent på kvällarna innan mor kommit hem. Jag var bara 6-7 år och saknade tillsyn. En pojke i den åldern måste man ju titta till! Det var ingen som såg till att jag skötte skolan. Det var ingen som sa något om detta till mig.

Hur kommunicerade du med din mamma?

Med dövstummaspråket. Det hade jag lärt mig. Men det var just det som var så svårt med dessa olika världar. En värld ihop med mor och en med dom hörande. Mor ville jag skulle översätta åt henne. Hildur var ju inte så kunnigt i dövstummaspråket så hon kunde tolka allting till sin fördel. Och hacka ner på mor. Nåväl. Jag skulle då börja i skolan i Norrby. Du vet hur barn är. Barn kan vara väldigt grymma.

Dom kallade mig för döven och allt möjligt annat. Men jag försökte jag försvara mig och mor i den mån jag kunde. Då fick jag höra det att jag var jävligt, och att jag var vanartad, och allt det där. Dom skylldes på allt dom kunde hitta på. Så det blev inte mycket med skolgång, för dom andra barnen var på mig hela tiden.

Vad det därför som du blev omhändertagen av myndigheterna?

Det var min moster Hildur som ville det. Hon beskyllde mig för att allt möjligt. Hon sa att jag skulle ha skämtat om min mors lyte, och hon beskyllde mig för att ha tagit upp töser i lägenheten. Jag var också anklagad för att ha stulit men det hade jag aldrig gjort. Så en dag när mor kom hem från arbetet så hängde det en lapp på dörren att jag blivit omhändertagen. Hildur hade skrivit under. Mor visste inte om någonting.

Så blev jag inskickad till Forsarnes skyddshem. Det låg i Frändefors i Dalsland. Där fick man gå upp vid sex-tiden för att lära sig mjölka kor. Jag blev tvingad till det. Klockan åtta var det frukost, sedan gick man i skolan fram till middag och sedan ut i jordbruket igen. Jag var ju inte intresserad av det jädra jordbruket. Jag hade ju andra ambitioner och intressen. Jag ville syssla med elektronik. Jag kunde inte föreställa mig att jag skulle bli bonddräng och komma i sådan dålig dager. Där var jag i flera år och jag fick lida mycket ont.

Hur då?

Det var grabbar ända upp till vuxen ålder. Och dom kunde trampa på en. Sedan hade vi en föreståndare som var hemska. En gång sa han att vi fick plocka nedfallna äpplen. Det fanns nämligen en stor fruktträdgård. Så det gjorde vi. Jag skulle aldrig ha vågat plocka annan frukt än den som låg på marken. Ändå blev jag anklagad för att ha tagit äpplen från trädet. Det var föreståndarens son som haffade mig när jag hade frukt under skjortan. Han klappade till mig så jag åkte in i taggtråden och skar upp örat. Sedan tog han mig i kalufsen och drog mig upp till huset. Där väntade föreståndare och hans fru. Dom sa "gå nu ut igen och plocka åtta björkris". Jag gjorde som dom sa utan att tänka på vad dom skulle använda det till. När jag kom tillbaka fick jag lägga mig på ett bord och föreståndarens fru höll i mina ben, och föreståndaren höll i armarna. Sedan slog föreståndarens son. Han slog ändå uppe ifrån nacken och ända ner till fothälarna. De blödde något så förgrymmat. Sedan slängde dom ut mig på trappan. En kamrat såg när jag kom krypande på grusgången och hjälpte mig in. Men därinne tog vaktmästaren tag i mig och drog mig in i ett isoleringsrum där jag låg i flera dagar. Min kamrat kom och tvättade bort blodet på mig. Men i såren fanns det flisor från björkriset.

Sedan bröt ju kriget ut. Och då fick vi flytta för hemmet skulle bli något för militären eller så var det för flyktingar. Då kom jag till ett

ställe som hette Gräskärr det ligger utanför Uddevalla. Det var samma sak där med ladugårds- och jordbruksarbete. Men även det hemmet behövdes visst för militären eller vad det nu var, så vi fick flytta igen. Då kom vi till Margretelund i Lidköping. Men redan innan flytten från Forsarne så tänkte jag "varför har dom mig här? Jag har ju inte gjort något, jag har ju inte stulit eller mördat." Ändå blev man behandlad på det viset!

Frågade du någon gång varför du var omhändertagen?

Jag frågade ofta. Men man fick aldrig något riktigt svar. Jag hade ju lärt mig att se upp till dom äldre. Föreståndarens och dom andra vuxnas ord var ju lag i mina öron. Min egen vilja försvann. All självkänsla tog dom ifrån mig.

Nåväl, jag kom till Margretelund och där var samma sak igen. Upp tidigt och mjölka kor och sköta hästar och gjorde allt som hör jordbruket till.

Men så en sommar så hörde jag att ungdomarna pratade om något. Det började med Valdemar, tror jag. Det handlade om steriliseringar och allt det där. Ja, det är så tragiskt när man tänker på det.

Det var så att jag blev inkallad till föreståndaren och han säger till mig "Jo du, jag har skaffat dig en plats hos en bonde om du vill. Dom behöver en hjälp där på gården", sa han. "Jo, jag är beredd", svarade jag. "Jo du, då behöver du skriva på ett papper här", sa han. "Ett slags utflyttningspapper". "Jaha" sa jag, "det kan jag väl göra". Jag skrev på och så var det bra med det. Några dagar senare kom Valdemar och sa "Vet du, vi skall in på lasarettet jag och du". Jag frågade vad vi skall göra där. "Jo, vi skall göra ett litet ingrepp", sa han. "Det skall visst inte vara så farligt". "Men vad gäller det", frågade jag. "Jag vet inte" sa han. Då tog jag Gud i hågen och gick in till direktören. Jag knackade på i hans villa och fick komma in. Då säger han så här "Jaha, du har skrivit på ett papper att du skall steriliseras". "Nej, det var det väl inte sagt" sa jag. "Jag skulle ju få komma ut". "Ja, det är förutsättningen för att du skall få komma ut", sa han. Jag hade ju skrivit på men samtidigt var jag var ju inte myndig.

Hur gammal var du?

Jag var 16 år. Vid denna tiden var man inte myndig förrän vid 21 år. Men då visade sig att direktören hade skickat ett papper till min mor. Så min mor skickade ett brev till där hon skriver att hon inte hade gått med på sterilisering. Hon hade skrivit ett tydligt nej och skickat tillbaka det. Hon skulle aldrig ha gått med på det.

Hur vet du det?

Jo, det vet jag för att jag och mor pratade om detta senare.

Men hjälpte hennes brev?

Nej, det gjorde det inte för jag blev steriliserad ändå.

När och var utfördes steriliseringen?

Det var i Lidköping 1942. Det har jag papper på. Jag minns inte hur vi kom dit. Om direktören tog oss dit eller om vi gick. Jag kan inte komma ihåg det för att jag var så förtvivlad så det slog liksom black-out. Jag ville inte. Ingen av oss ville.

Var det någon av er som protesterade? Vågade man det?

Nej, det var det inte tal om. Vi var ju tvungna. Direktörens ord var lag. Och även om man hade sagt "jag vill inte", så skulle direktören kunna säga att "du har skrivit på och nu måste du". Det var inte fråga om vad vi tyckte. Direktören kom med sådana hotelser. Han sa "om du inte går med på detta här så kan du räkna med att få gå här tills du blir upp till en tjugo, trettio år gammal". Dom orden kommer jag ihåg. Det var jävligt. Jag tänkte "skall jag gå här till jag blir så gammal"?

Vad hände när du kom fram till sjukhuset?

Man blev lagd i en säng.

Blev du sövd eller fick du lokalbedövning?

Jag tror det var ryggmärgsbedövning. Man fick böja sig ner och så stack dom en spruta i ryggraden. Jag tror det var så.

Fick du ligga inne lång tid på sjukhuset?

Nej, inte särskilt. Fjorton dagar kanske. Jag låg i en sal med några andra gubbar. Jag minns att jag låg under täcket. Jag var så blyg och jag skämdes. Jag ville inte visa mig för dom andra.

När jag kom tillbaka ifrån sjukhuset så grät jag naturligtvis. Dom hade ju skurit upp en. Så kom jag ju iväg till bonden och började jobba. Och det var inte roligt.....Usch!

Är det svårt för dig att prata om detta?

Ja, jag blev så misshandlad.

Var det bonden som misshandlade dig?

Ja, och inte bara där, utan överallt. Men jag skall fortsätta att berätta: Jag slutade hos bonden efter några år. Sedan flyttade jag hem till mamma som bodde i Göteborg. Jag började jobba på SKF, och så gjorde vi upp att jag skulle betala henne för uppehållet. Men så fick hon en karl på äldre dar. Han var snäll och trevlig och det glädde jag mig åt också. Och sedan träffade jag en flicka. Jag var ju musiker då.

Ja, jag ser att du har många instrument här i lägenheten.

Jag spelar fem instrument. Musiken har varit mitt liv. Jag har varit med i många olika dansband och orkestrar i Göteborg. Jag har spelat med Stig Lorenz, Yngve Ivarsson och Spelmanspojarna.

Är du självlärd?

Jag har aldrig haft en lärare. Det började med att en av pojkarna på hemmet fick en mandolin av sina föräldrar och den fick jag låna. Det tog inte mer än några timmar så kunde jag också spela.

Så du träffade en flicka. Flyttade du ifrån din mamma då?

Ja, då flyttade jag hemifrån. Jag och tösa. Hon hette Britta och var från Orust. Vi var så unga, vi var i tjugo årsåldern eller däromkring. Jag hade ett bra arbete. Jag jobbade på Rosengrens kassaskåpsfabrik som lackerare. Och vi flyttade ihop. Vi fick en liten enrummare. Jag talade om för henne att jag inte kunde få några barn. Men hon var optimistisk och det var jag också. Jag var naiv och trodde att det måste väl vara bluff det där. Jag hade ju aldrig varit med något fruntimmer förut.

Du var medveten om vad det innebar att bli steriliserad? Var det något du tänkte på mycket efter operationen?

Ja, det var en plåga. Det är det som är så hemskt att dom gjorde på det viset.

När det visade sig att det inte blev några barn så ville inte hon mer. Nu i efterhand förstår jag henne. Hon tyckte väl att hon inte ville slänga bort värdefulla år tillsammans med mig som inte kunde få barn. Så då gick hon till en annan istället.

Var det efter många år tillsammans?

Ja, vi var väl gifta i en sju-åtta år. Sedan kom jag ihop med ett annat fruntimmer som jag träffa när jag var ute och spela. Men det blev ju likadant där.

Och så kommer vi då in på 1970-talet. Då skrev jag till socialstyrelsen om att få bli opererad tillbaka. Vad jag ser i papperna så skulle det inte möta något hinder. Men det står mycket fult ändå. Det står att jag har det svårt, och dåligt omdöme och allt. Det där begriper jag inte riktigt. Jag kan förstå att jag inte var särskilt talför. Men det berodde på den nonchalans som jag kände, ja den diskriminering jag utsatts för.

Av vem då?

Ja, den läkaren som skulle operera tillbaka. Han var tyckte väl, ja, han var liksom nonchalant. Det där nonchalansen hade jag ju mött tidigare på hemmen. När jag möter den då blir jag tystlåten. Jag vill inte anförtro mig.

Men jag gjorde operationen och dom gjorde spermaprover. Och då visade det sig att dom var inte fungerade, det var helt borta. Jag fick lida hemska kval.

Sedan träffade jag en annan doktor på Lysekils lasarett. Han var en underbar doktor. Han lyssnade och förstod. Han skrev en inläga. Det papperet har jag här.

Ja, man kan läsa att den läkaren förstod något om hur du kände det. Du upplevde att du blivit anklagad på falska grunder?

Jag har tänkt på det efteråt. Det är så märkligt. Jag anklagas för att ha varit svår mot töser. Men jag var ju inte ens köns mogen. Vad det

ingen som tänkte att jag kanske ville leka med dom. Inte fan, ja, ursäkta att jag svär men jag blir så upprörd när jag läser i mina papper. Dom innehåller så många felaktigheter.

Hur kommer det sig att du började skicka efter dessa handlingar?

Jag ville ha tag på anledningen till varför dom omhändertog mig. Jag började med att skicka efter mina papper från Margaretelund. Sedan jag gick bakåt i tiden ända till 1934. Hela tiden undrade jag varför dom gjort så här mot mig. Jag kom fram till att dom inte visste vad dom sysslade med.

Började du intressera dig för din bakgrund i samband med att frågan om sterilisering kom fram i tidningar och i TV?

Nej, det började långt innan. Jag hade hört att det var preskriberat så jag ville väcka liv i allt det där igen. För dom har gjort så mycket ont. Så jag var med i en artikel i lokaltidningen. Jag ställde mig frågan varför skulle det göra detta mot ett litet barn? Jag har ställt den så många gånger i livet. Varför? De åsamkade mig smärta för resten av livet. Var kommunalgubbarna och dom andra som jobbade för det sociala på den tiden verkligen kompetenta för sina yrken?

Tycker du att musiken har varit en tröst i livet?

Ja, redan som barn var jag intresserad av musik. Det är medfött. Jag har aldrig tagit musiklektioner. Jag spelar munspel, gitarr och sintra och lite av varje. Jag började redan spela med dansband på 1940-talet och höll på med det ända till 1970-talet. Nu var det ett tag sedan sist. Jag skulle gärna vilja hitta några musiker att spela ihop med.

Livsberättelser nr 8.

Gunborg bor i en villa i litet samhälle söder om Göteborg. Hon bor tillsammans med sin make. Gunborg har en dotter i ett tidigare äktenskap. Hon steriliserades i slutet av 1940-talet i samband med en abort. Gunborg menar att dotterns handikapp bidrog till beslutet om sterilisering. Gunborg har aldrig tidigare berättat sin historia. Intervjun ägde rum hemma hos Gunborg.

När jag var nitton år så träffade jag en man och blev med barn. Vi gifte oss. Han var norrman och hade kommit hit under kriget. När flickan föddes så hade hon grava missbildningar på fötterna och på ena handen. På barnsjukhuset fick jag aldrig se hennes fötter, dom lindades in. Jag fick se dom först när jag kom hem. Dom var rädda för chocken. När flickan var två månader så sökte jag upp en specialistläkare på barnsjukhuset i Göteborg och då tittade han på henne och sa " Detta barnet kommer att bli en idiot så ta nu och lämna in det. Ni kommer aldrig att ha någon glädje av det". Det var 1945. Vid det tillfället åkte flickans pappa tillbaka till Norge och kom aldrig tillbaka. Där stod jag ensam med ett barn. Och utan pengar.

Övervägde du att följa läkarens råd?

Nej, aldrig. Jag iakttog flickan och såg att hon utvecklades normalt. Hon började gripa efter saker och lyssna när jag talade till henne. Hennes handikapp gick så småningom att rätta till. Med bra skor kunde hon gå och springa som alla andra barn.

Efter en tid träffade jag en ny man och jag ville ta ut skilsmässa från norrmannen. Och det var där problemet började. Jag sökte hjälp hos olika advokater men ingen ville ta sig an problemet med hänvisning till att det skulle bli för dyrt. Till slut kom jag i kontakt med Allmänna rättshjälpen i Göteborg. 1948. Jag tror det var i mars 1948 eller så kanske det var mars 1949. Här har jag en död punkt i mitt minne. I alla fall. Jag blev med barn. Jag kunde inte föda detta barn. Jag hade ingen lägenhet, jag bodde hos mina föräldrar, jag hade inget arbete och saknade möjlighet att ta hand om ett barn till. Då åkte jag till Göteborg för jag hade hört att det skulle finnas illegala aborter. Jag sökte upp två olika läkare men fick nobben. Då blev jag hänvisad till läkaren på den ort där jag var skriven. Så jag fick åka tillbaka hem och gå upp till denna läkare. Detta var i Hyltebruk och han hette Thulin, det skall poängteras för han skickade många till sterilisering. Då sa han att jag kan inte få göra abort utan att bli steriliserad. Han tyckte inte att sådana barn skulle få födas.

Menade han sådana barn som ditt första barn? Vad visste han om det?

Thulin var med vid den förlossningen. Jag minns hur han reagerade när jag fick flickan. Det var som något som katten hade släpat in. Det hela gick ut på att jag bara kunde föda handikappade barn. Nu efteråt så undrar jag hur jag reagerade egentligen. Men jag tror inte att jag var mig själv. Jag var i något slags chocktillstånd. Och sedan var det ju det att man var så liten i förhållande till överheten. För det var ju så man betraktade läkare på den tiden. Man var ju så blyg och så försagd.

Minns du om du samtyckte till sterilisering genom att skriva på något papper?

Det minns jag inte. Jag var i en sådan konstig sinnesstämning. Jag minns bara att det gick väldigt snabbt. Jag lades in på lasarettet i Värnamo för att göra aborten och samtidigt bli steriliserad. Detta visste jag ju, även om jag inte riktigt ville erkänna det för mig själv. När jag vaknade upp efter operationen delade jag rum med en kvinna som precis fött barn. Det tyckte jag var jobbigt. Jag trodde nästan att dom gjorde det medvetet, i uppfostringssyfte. Man upplevde det så då. Jag fick en fruktansvärd diarré efter att jag blivit utskriven. Det var säkert en reaktion.

Hade du något stöd när du kom hem?

Det var ju så komplicerat eftersom jag inte fick ut någon skilsmässa. Jag om min nya man ville gifta oss. Fast det gick inte. Det var alla möjliga konstiga regler kring det. Jag fick bosätta mig i Göteborg igen för att kunna få tillgång till rättshjälp. Men ändå dröjde det fem år. Så en dag 1950 avskrev man äktenskapet. Samma dag gick vi och tog ut lysning.

Hur tänkte du vid denna tid kring det ingrepp du utsatts för?

Jag hade inte riktigt fattat att jag var steril. Jag tänkte att det var säkert en missuppfattning. Jag minns att jag gick och väntade på min mens. Jag ville liksom inte acceptera att det hade hänt. Och det ville nog inte min man heller. Det låter kanske konstigt nu i efterhand men vi talade aldrig någonsin om detta. Inte ett ord. Vi lade locket på.

Vad fick det för konsekvenser för dig och för ert äktenskap?

Jag blev känslökall. Jag blev frigid faktiskt. Jag hade aldrig något utbyte eller glädje av sex. Jag hade en knut inom mig helt enkelt. Den skulle ha behövts att lösas upp. Men detta är något jag har kommit fram till nu på senare tid. Jag tror inte att jag tänkte på sambanden då. Fast det är klart att jag var nog medveten om att vår barnlöshet var ett hinder i äktenskapet. Vi hade ju visserligen min flicka. Men vi önskade oss gemensamma barn. Men det gick inte och efter 19 års äktenskap skilde vi oss.

Talade du med någon om att du utsatts för sterilisering och därför inte kunde få fler barn?

Inte med någon. Inte med mina syskon, inte med någon. Det är först nu som jag talar om det. Ja, egentligen kom det upp i samband med att jag gick till en läkare för mina besvär med ärret. Jag har haft mycket obehag med mitt ärr efter steriliseringen. Det har spánt kring ärret och jag har haft svår klåda. Men det dröjde innan jag gick till en läkare. Läkaren tittade på ärret och sa "vad är detta?". Och då, då var det som en stor kniv vreds om inom mig. Detta var inte så länge sedan och jag blev varse om vilka känslor jag gick omkring och bar på. Men det har varit och är egentligen fortfarande svårt att prata om detta. Även när jag känt ett behov har jag avhållit mig. Inte minst för min dotters skull. Jag har alltid varit rädd för att lägga över mina problem på henne.

Har du berättat för din dotter nu?

Hon har alltid vetat om att jag inte har kunnat få fler barn. Något också hon har lidit av. Hon har ju inte kunnat få syskon. Fast det är väl egentligen först sedan något år tillbaka som jag berättat om omständigheterna. Jag har ju själv inte förstått att jag tillhör en stor grupp människor som utsatt för sterilisering. När jag hörde talas om det ringde jag till min dotter. "Lyssna här", sa jag. Detta handlar om mig. Vi har mycket bra kontakt jag och min dotter. Vi är som systrar.

Har du någon gång övervägt att beställa journaler från operationen?

Nej. Det känns inte angeläget. Jag vet ju vad jag vet. Det finns också en gräns för hur mycket man vill ta in. Man måste försöka leva i nuet.

Livsberättelse nr 9.

Elisabeth bor i en lägenhet i Malmö. Hon är 67 år och lever tillsammans med sin make. Elisabeth har en adoptivson från ett tidigare äktenskap. Hon steriliserades i slutet av 1940-talet i samband med utskrivning från yrkesskola. Elisabeth hade inte uppnått myndighets ålder. Sedan Elisabeth gått igenom en refertilitetsoperation har hon haft svåra hälsoproblem. Idag, på ålders höst, har fler hälsokomplikationer tillstött. Elisabeth en öppen och utåtriktad person som gärna berättar om sitt liv. Intervjun ägde rum på Hovrätten i Malmö.

Vill du berätta lite grann om din bakgrund?

Jag föddes 1932 alltså. Min mamma var inte mer än 15 år när hon fick mig. Min mormor fick ta hand om mig. Det hade nog varit bättre om hon aldrig hade tagit hand om mig. Det är nog inte lätt och ta hand om ett barnbarn på det viset som hon gjorde. För det var ju för att hämnas på sin dotter. Det var ingenting annat alltså. Meningen var att jag skulle adopteras bort till en läkarfamilj.

Varför blev inte så?

Jo, den familjen hade visst kommit till BB för att titta på mig. Men då hade mormor blivit så rasande och "det är som att gå och titta på ett köttstycke i köttaffären", sa hon. "Har jag kunnat fött fram så många barn så skall jag väl kunna ta reda på henne också", sa hon. Mormor fick ju barn efter mig också.

Hur många barn fick din mormor?

Ja, hörre du, det var massor! Det var ju missfall, och dom dog ju. Men hon har ju i alla fall sju som lever nu. Och så sedan en annan också.

Hur gick det att bo hos morföräldrarna, dessutom med så många barn?

Jag trivdes ju inte. Jag började att vara ute när jag kom i fjorton femton års åldern. Och så hade jag en barnavårdsman. Jag passade aldrig tider. Så jag kunde gå till bageriet och hjälpa till. Jag sålde tidningar, blommor och jultidning och så fick man lite pengar och lite drick. Uppfinningsrik till tusen var jag när jag var liten.

Så var jag tillsammans med mina kamrater. Vi var en sex stycken, det var pojkar och jäntor.

Sedan fick jag ju min menstruation väldigt tidigt. Jag var väl inte mer än en tio år när jag fick menstruation. Så mormor hon tog mig till BB hon. Hon trodde att jag hade varit ute med pojkar. Det enda hon sa till mig var "är du ute med pojkar så kan du bli med barn". Det var den upplysning man fick. Sedan var det ju det att hon aldrig köpte bindor. Det fanns ju inte pengar till det. Så var enda gång man fick mens så fick man trasor. Och dom där trasorna fick man ju lägga i

skolväskan och allting. Förstår du, för en barnunge, så genant! Man led ju så det var någonting fruktansvärt. Jag tog av mina pengar som jag gömt i en cigarrlåda och köpte mina mensbindor själv.

Och så kunde jag köpa silkestrumpor. Och så tog jag pengar varje dag i den där och gick upp till konditoriet och drack varm choklad och potatisbakelser. Det kommer jag så väl ihåg. Och vi hade så roligt med dom flickor och grabbar som jag var tillsammans med. Men var varenda gång man kom hem så fick man en hurring. Åh, det var något gräsligt.

En vinter var hon för hemskt emot mig och sa att jag hade varit ute med pojkar. Hon hade hört det ena och hon hade hört det andra. Jag brydde mig inte till slut vad dom sa utan jag gick min väg. Och jag vart bestämd med en gång. Så tog jag sparken och åkte iväg, mitt i vintern, i januari. Dom hitta mig i en trappuppgång. Det var en bagare och hans fru som tog upp mig till lägenheten och bädda ner mig. Sedan ringde dom till landsfiskalen.

Tänkte du rymma?

Javisst, dom frågade var jag kom ifrån. Landsfiskalen visste vem jag. När vi åkte tillbaka hem och stannade nere vi parken så säger han "skall vi inte åka upp till mormor nu". "Nähä, det skall vi inte", sa jag. "Ta mig hellre till barnhemmet eller till barnavårdsnämnden", sa jag. För då visste jag varför jag hade barnavårdsnämnden. Så då sa jag "titta här", sa jag. Jag var randig på hela kroppen. Tala om miss-handel! Hon hade slagit mig med björkris. Och det hände ofta.

Vad hände då?

Jag fick flytta. Jag fick börja hos en familj på landet och fick arbeta. Det var inte så bra där. Men jag fick finna mig i det för det var bättre än hemma i alla fall. Och jag vart mätt.

Men det var ju det att dom hade pojkar som jobba i ladugården och som bodde där. Och när jag skulle tvätta mig så skulle jag stå i köket och tvätta mig. Det var genant för en flicka. Vi säger t.ex. när man skulle tvätta stjärten. Det var ju genant så det var inte klokt! Eller visa bröstet för dom där. Så jag gick ju ner till ån för att tvätta mig, det där året jag var hos dom.

Jag fick aldrig några pengar. Och kläderna var för små. Jag såg ut som en riktig lolla. Så jag ringde till barnavårdsnämnden och berättade hur det var. Och så ordnade dom att jag fick komma till en bankdirektör. Och där fick jag hjälpa till i köket. Då tog jag kontakt med mina kompisar och gick ut och dansa och hade roligt.

Men så en dag sa barnavårds mannen till mig "Elisabeth, har du lust att lära dig någonting?". "Ja", sa jag, "jag skulle vilja komma till en yrkesskola", Och dom kom fram med en massa broschyrer på det. Och så fick jag se den här yrkesskolan. Det var Sjötorps yrkesskola.

Den låg såg vackert och såg så fint ut där i Huddinge. Jag minns att jag åkte dit den 25 april 1948.

Och när jag kom dit alltså. Ja, det går inte att tala om hur fint det var. Det var ju himmelriket, vet du. Rent och fint, var det. Det första jag fick lära mig det var att väva. Det var jag tokig i. Och sy. Och sedan hade vi teoretiska timmar. Så vi som inte hade gått det där sjunde året i skolan fick göra det. Vi hade en diakonissa som hette Ruth Palmqvist. En mycket omtalad ungdomsvårdsdiakonissa.

Det var ingen som fråga efter mig när jag var där. Och jag blev så snopen en gång när min mamma kom till Stockholm. Och går in på rektorsexpeditionen. Då hade vi den här frun som var gift med en tysk nazist. Hon var själv en redig nazist. Men det var hon som ställde till det för mig när den riktiga rektorn var borta.

Vad var det som hände dig då?

Jag blev inkallad efter det att mor hade varit där. Till en doktor som hette Knös som kom en gång i månaden. Och han var det som skrev på dom där pappren. Det var 1948 eller 1949. Jag kom dit 1948 så det måste ha varit 1949.

Vad sa han till dig när du blev inkallad?

Han sa att dom skulle göra det för att dom var rädda att jag skulle komma med barn. Vad säger en sexton sjutton årig flicka!? Jag visste inte vad sterilisering var!

Hade du blivit med barn någon gång?

Nej, jag hade aldrig varit med barn eller fått missfall eller någonting sådant där, eller någon abort. Jag skulle aldrig att söka en abort om det så vore. För den dagen jag åkte dit. Ja, jag var dit och skulle säga adjö. Jag fick inte gå dit själv för jag hade min barnavårdsman med mig. Då sa hon "nu när du kommer till Stockholm då blir det inget annat än gatjanta av dig. Så kom du inte hem med en unge på armen och tro att jag skall ta hand om den", sa hon. Men då sa jag till henne att "för det första så skall jag lära mig ett yrke och sedan skall jag flytta långt härifrån så jag slipper se er allihopa", sa jag.

Om vi backar tillbaka lite till doktor Knös. Vad hände mer i samband med att du blev inkallad till honom?

Ja, först så sa han ju att han ville fotografera mig. Men det fick han inte för det hade flickorna sagt "säger den där jäveln att han skall fotografera dig så säg ifrån".

Vad skulle han ha att fotografierna till?

Jaha, man var ju fem femma. Om du vet vad det är? Man var idiot förklarad. Det sa min mamma. Det var det enda man fick höra när man var liten. Jag var idiot och dom sa "henne kan man inte begära någonting av". Min mamma talade aldrig direkt till mig. Om jag rå-

kade komma hem till henne så kunde hon lyfta ut mig och så dammade hon efter mig.

Vad sa doktor Knös angående steriliseringen?

Han sa bara det att "din mamma är rädd att du skall komma dragande med barn". Det är den enda förklaring som jag har fått.

Och när jag kom till sjukhuset så var jag så himmelens nervös. Jag vet att jag fick åka ensam dit, till Södertälje. Och han var så fin den där doktorn som var där. Så säger han såhär till mig "ja, sa han, "nu skall du veta det att det här går det inte att göra någonting åt sedan", sa han. Precis som om att jag hade någon talan alltså! Hade jag varit mer upplyst så hade jag sagt "det här får ni inte göra". Om vi säger att jag hade varit tjugo år då hade jag liksom kunnat åtminstone sagt nej. Pockat på att dom inte får göra något sådant.

Nu var det bara att följa med?

Ja visst, jag hade ingen talan förstår du. Jag hade ju dom där på skolan som bestämde. Och syster Britta, diakonissan. Det är synd att hon inte lever. Men syster Ruth lever, henne skulle ni tala med.

Det var det att jag flyttade till Örebro sedan och träffade min man där. Det var en påsk så kom han in när vi satt och spelade fia. Men i alla fall kommer jag ihåg att vi skulle ut och dansa. Man var ju många på landet förr. Vi hade ju roligt och jag tyckte om att dansa. Ja, jag har varit en riktig hottentotta. Det började redan när jag var sju år. Så när morfar var på gott humör så lära han oss, allihop lärde han oss, och så flyttade han undan bordet i köket och så spelade vi gammaldans på radion. Sedan gick jag ju till parken och dansade. Parken i Härnösand, dit gick ju alla. Han som jobbade där var god vän med en av mina morbröder.

Jag tänkte på det du berättade förut om att din mamma kom till Sjötorp och ville att du skulle bli steriliserad. Hade du rykte om dig att vara mycket med pojkar?

Ja, med det visste dom ju. Men vi hade inte det för oss. Det var ogrundat. Det var som en sten som blev en höna, och den hönan kan bli en häst eller vad som helst. Det var ju toppen att jäklas emot en. Jag fick ju alltid höra att jag var horunge och det.

Jag vet morfar alltså, det var bedrövligt när han kalla oss för horungen. "Ut era horungar". Och så vad det en gång på lucia, ja det är därför det gör så ont i mig, när han tutta eld på mormor i sängen, på sängkläderna. Det var när han inte fick som han ville med henne. Det har jag hört sedan efteråt. Och hon fick lov att klä på sig i alla fall så vi fick gå ut för han var ju oredig han när han var berusad alltså.

Var det medvetet eller av misstag som han tittade eld på din mormor?

Ja, det var medvetet. Sådan sätter spår i en. Jag drömde mycket och jag fantiserade om min pappa. Oj, vad jag längta! Jag vet dom frågade mig i skolan "vad gör din pappa då?" För du vet jag hade ju aldrig sett honom. "Ja, min pappa han jobbar som chaufför åt kungen", sa jag. När min mormor kom sa ungarna "Tant, jobbar hennes pappa åt kungen?". "Vem har sagt det", sa hon. "Det har hon", sa dom. "Hon bara ljuger", sa mormor.

Var Sjötorps yrkesskolan endast för flickor?

Jaha, det var det. Lite religiöst var det. Hon sa ju det många gånger, syster Britta, att "du skulle inte behöva vara här", sa hon. Men det fanns väl inga alternativ, förstår du.

Dessutom trivdes du ju bra på Sjötorp sa du.

Javisst, det var ju mitt hem. Det var det enda tills dom lade ner det.

Hur många år var du på Sjötorp?

I ett och ett halvt år. När operationen var gjord var det bara att skaffa jobb och flytta.

Så steriliseringen gjordes för att du skulle kunna lämna hemmet?

Ja just det.

Sa dom detta till dig rent ut?

Ja, det sa han. Den där Knös alltså. "Sköt dig lika bra som du skött dig här", sa dom åt mig. Och jag har sagt det många gånger att när man blir tilltufsad som barn och bara får höra klagomål då vill man visa dom jävlarna.

Du sa att det var doktor Knös som undersökte dig och förklarade att din mamma ville att du skulle bli steriliserad. Var det också Knös som sa att steriliseringen var ett villkor för att bli utskriven från Sjötorp?

Nä, det pratade han inte om.

Vem var det som gjorde det?

Det var läkaren på sjukhuset som gjorde det.

Var du den enda flickan på hemmet på blev undersökt och sedan steriliserad?

Jo, det kom undan för undan. Det var så gott som alla flickor som blev det. Jag har varit nu hos min bästa väninna. Vi var ihop på Sjötorp. Hon fyllde sjuttio år förra söndagen. Hon är två år äldre än mig och blev också steriliserad. Hon visste mer. Jag var nog en liten gullunge när jag var där alltså. För syster Britta tog mig under sina vingars beskydd.

Var du yngst på hemmet?

Jag var bara sexton år när jag kom dit och sjutton när jag blev steriliserad.

Hur gick det till när du blev opererad? Blev du sövd?

Ja, dom har ju öppnat hela buken på mig. Det var ju en stor operation. Jag minns att jag låg minst tio dagar på Södertälje.

Hade du ont också?

Ja huja. Om! Och det spände! Och jag mådde inte bra. Det gjorde jag inte. Ingen som kom och hälsa på mig. Jag var totalt utelämnad. Och jag säger det om syster Britta hade varit där. Hon sa ju det "det här var ju så onödigt", sa hon, "att det skulle bli på det här viset".

Jag var nitton år när jag gifte mig, då efter det här då jag kommit ut och träffat honom. Då jobbade jag utanför stan, det var som en liten herrgård, och där var han. Och så fick jag en barnavårdsman som hette tant Karin. En mycket fin tant var det. Jag minns när jag skulle gifta mig då med honom så sa hon "nej, jag tycker inte att du skulle göra det", sa hon, "för du kommer att få ett rent elände", sa hon. Hon såg väl mer. Men du vet jag var så till mig att få ett hem. Och jag fick tag på en liten lägenhet, omodern, ett rum och kök. Och han ville flytta till mig. Men "nähä", sa jag, "det får du inte förrän du är gift med mig", sa jag. Så att jag har haft mina principer. Vi var inte myndiga så vi fick skriva till rätten och förklara att vi hade en lägenhet.

Sedan började jag hos en familj som ett Matzelius. Jag kunde inte förstå, jag bodde, förstår du, inne i en skrub, fastän det fanns ett fönster. Jag fick stå upp i sängen för att klä av och klä på mig. Och en natt så vakna jag av att det stod en karl i dörren. Det var herrn i huset. Och hur han har fått reda på att jag var steriliserad det begriper jag inte. Då sa han att han ville ligga med mig. "Nähä", sa jag, "ut härifrån". Jag knuffade till honom och låste dörren. Men han kom tillbaka andra nätter men då var det låst. I alla fall så berättade jag för min man, ja, han som blev min man sedan. "Du", sa jag, "den där gubben han vill ju ligga med mig", sa jag. "Vad säger du för något", sa han. Jag hade ju inte varit tillsammans med min man ens. "Jag skall följa med dig in", sa han. Och han följde med in och satt på sängen. Så kom ju gubben ner. Och det vart ett fasligt liv. Då fick jag höra hur dålig jag var. Och att han skulle ta kontakt med min barnavårdsman. Jag tänkte jag måste komma härifrån fortare än kvick. Så jag sprang därifrån, över ån och förbi slottet och till hotellet som ligger där. Därifrån ringde jag till polisen. Jag berättade som det var för polisen, jag hade ju inte gjort något och det hade inte Åke heller. Polisen förstod och tyckte inte att jag skulle gå tillbaka till den familjen.

Så han lyckades aldrig att förgripa sig på dig, herr Matzelius?

Åh, nej!

Vart tog du vägen efter det?

Jag fick hjälp av min barnavårdsman, tant Karin. Hon kom och hämtade mig. Sedan fick jag jobb på ett syfabrik. Dom sydde kläder till NK. Det var ett roligt arbete. Där var jag i fyra år. Jag skaffade ett rum på stan och sedan en egen lägenhet. Då berättade tant Karin att dom hade en del pengar till mig som min pappa hade satt in. Och med dom pengarna köpte jag en soffa, och stolar och lakar och handdukar.

Du var inställd på att gifta dig? När gjorde ni det?

Jag bodde själv i bara några månader sedan gifte vi oss. Det var i maj 1950. Då hade jag färdigt allting, utom möbler i vardagsrummet.

Hur länge var du och Åke gifta?

Vi var ihop i 14 år. Den dagen jag fyllde 25 år då kom det. Jag hade förträngt det här.

Vilket då? Att du var steriliserade?

Hmm. Först tänkte vi att vi skulle vänta med barn, vi skulle ha roligt och sådär. Sedan började han tjata om det. Min svärmor hade fått reda på det. Det hade hon fått genom Matzelius redan innan jag och Åke gifte oss. Hon hade hört att jag var snöpt. Att jag var snöpt! Inte steriliserade utan snöpt!

Och jag var inte riktig. Svärmor bjöd mig på middag och jag gick dit, och innan vi hade satt oss så säger hon "varför har dom opererat dig, Elisabeth? Är det något fel på dig?" "Nej", sa jag. "Om tant vill ha reda på det", sa jag, "ring syster Britta på Sjötorp", sa jag. Alltså att stå till svars för saker och ting som inte folk har med att göra! I alla fall så ringde jag upp och hon fick prata. Och då tog svärmor om mig och sa "Men stackars dig Elisabeth, vad har du för hem egentligen. Du har ju ingen del i någonting av det här", sa hon.

Men vad tyckte Åke om att du var steriliserad?

Han brydde sig inte, sa han. Han var ju så ung han också. Och han ville så gärna bo hos mig. Men det fick han inte förrän vi var gifta.

Men han visste om att du var steriliserad?

Ja, det visste han.

Men han kanske inte förstod riktigt vad det betydde?

Nej, det gjorde nog ingen av oss. Och sedan gick jag ofta till tant Gerd och jag gråt många gånger för att jag inte kunde få några barn. Men så sa tant Gerd "Du Elisabeth", sa hon, "det skall jag hjälpa dig med". Hon sa att jag var duktig och att det var bra ordning på mig. Och Åke var ju väldigt snäll. Till en början alltså. Ända tills pojken kom. För då blev han ju så svartsjuk och började med många konstiga saker.

Som vad då till exempel?

Ja, till exempel när jag skulle betala hyra då skulle han smälla mig i stjärten och slå mig med björkris för jag skulle tuktas och sådant. Och vad det så han inte fick slå mig med det så skulle han ta svängremmen eller klädgalgen. Ja, gud vad han höll på. Han höll på i tio år.

Med att slå dig?

Ja. Så han var en så kallad sexuell sadist. Det kom fram efter vi hade gift oss.

Ville han ligga med dig i anslutning till att han slog dig?

Javisst, och man skulle krypa på golvet och sätta mig framför honom. Han var den första jag var tillsammans med. Jag hade inte haft någon alltså. Dom andra flickorna dom rymde och hade pojkar uppe på högkullen och höll på men inte jag. Jag var aldrig med på något sådant. Jag hade satt mig den att jag ska lära mig någonting, jag ska göra si och så. Ja, men hur det var den dagen som jag fyllde 25 år, ja Per-Åke han föddes den 9 januari 1957, och jag fyllde den 14 januari. Och den dagen kom Gerd hem ifrån BB med Per-Åke. Åh, du kan tro va fin han var.

Hade du och din man kommit överens om att adoptera ett barn?

Javisst. Han var bara fem dagar! Du skulle se. Då hade vi ju flyttat till en lägenhet i en villa. Det var halvmodernt. Så det var ju en halv glädje för mig. Och så Per-Åke! Sedan tänkte jag att nu måste jag åka hem och visa upp Per-Åke. Då hade jag inte varit hemma på 25 år! Så stod dom ute på gården när jag kom och dom torkade tårarna. Då sa mormor "tänk att det blev som du ville", sa hon. Ja, det är klart, mormor hade inte haft det så lätt.

Men hur klarade du din makes märkliga beteende?

Jag förstod ju inte vad han menade med detta. Vi kunde till exempel sitta och äta soppa och det råkade stänka upp på honom. Oj, oj, oj vilka örfilar jag kunde få! Jag hade blåtiror och det ena och det andra. Jag sa till folk att jag hade gått emot en dörr och sådär. Hade det varit idag så hade jag anmält honom.

Men så flyttade vi till Stockholm och det vart lite bättre. Han jobbade där på SJ och vi flyttade ut till ett hus med hiss. Och jag började på Karolinska institutet och där var jag i trettio år.

Vad din make märklig mot barnet också?

Aldrig. Det var hans ögonsten. Men han var väldigt svartsjuk på han.

Ville ni ha fler barn?

Ja, jag ville ha flera barn. Och Per-Åke ville ju ha en syster eller bror. Du vet jag har ju varit så ärlig mot Per-Åke. "Mamma", sa han, "kan du inte skaffa det", sa han. "Ja, men Per-Åke, mamma kan inte få några barn", sa jag. "Men du har ju fått mig", sa han. "Per-Åke", sa jag, "du har inte legat i mammas mage", sa jag. "Utan det var en an-

nan tant, förstår du, men hon kunde inte ta hand om dig". Men när vi såg dig så tyckte vi så mycket om dig, pappa och jag, så vi tog dig". "Var bra då", sa han, "då kan vi gå på BB och hämta en till", sa han. Det var hans tankar.

Försökte ni att skaffa fler barn då?

Ja, vi kom i kontakt med en läkare för jag hade så mycket blödningar. Och hos honom gick jag och han undersökte mig. Så sa jag det här ordet fem femma. Då sa han "det är det fulaste ordet du kan säga". "Nej", det är det inte", sa jag "för jag är en fem femma", sa jag. "Men vem har sagt det?", sa han. Och då talade jag ju om alltihop. Han kunde inte begripa hur en mor kunde göra så mot en fullt frisk människa.

Det dom har gjort med mig är ungefär samma sak som dom experiment dom gjorde under kriget. Hitler. Man har inget människovärde riktigt. Jag har arbetat förfärligt mycket med mig själv för att känna att jag är en riktig människa.

Du sa att du hade blödningar? Hur kom det sig?

Det var därför jag sökte och då gjorde dom en riktig undersökning och så skrapade dom mig. Och sedan fick jag gå igenom en test.

Vad då för slags test? En intelligenstest?

Ja. Men vad gör man inte. Jag är barn kär och jag hade kunnat gå igenom eld och vatten för att få ett barn till. Och så tänkte jag att han kanske blir bättre emot mig om vi får en till. Och han ställde upp på undersökningar och lämna spermprov. Och jag fick operera mig. Dom gjorde en liten plastikoperation för att se då att det skulle gå, alltså.

Så du opererades för att få möjlighet att bli med barn?

Javisst. Det var ju det dom gjorde.

När vad det?

1969. Nej, det var 1967 och vi höll på i två år. Men efter operationen fick jag hög sänka. Och läkaren sa "Det var hemskt", sa han, "vilka sammanväxtningar du har fått i magen", sa han. Den här operation tog väldigt lång tid. Men så sa han att "jag har nu gjort vad jag kan göra och så får vi hoppas på tur", sa han. Men den ena äggledaren gick inte att rädda. Så du vet jag gick igenom livmoder röntgen och när dom spruta upp kontrast upp i äggledaren. Vilka undersökning man gick igenom då!

Gjorde det ont?

Ja, det gjorde ont. Och så fick man ju ligga med stora grejer i stjärten och så skulle dom in och titta på magen. Usch. Inte undra på att man fick inflammation efteråt. Jag fick mycket hög sänka. Och fick ligga till sängs länge på Karolinska. Och när jag kom hem så började jag att kissa på mig. Det bara rann. Och det talade jag om för läkaren

och då fick jag gå igenom en ny undersökning på urinledaren och urinblåsan och alltihopa. Detta var tre månader efteråt. Då fick dom öppna buken igen! Det var tredje gången dom öppna buken. Man hade ju agraffer på magen då. Och den längst ner på magen hade skadat urinledaren. Så fick dom göra en plastikoperation på det. Sedan samma elände; inflammation, hög sänka och det var jätte mycket. Och ont i magen något så förskräckligt. Då hade dom där sammanväxtningar blivit ännu värre och ju mer dom öppna desto mer blir det. Det var den fjärde operationen som dom fick ta bort äggstockar, äggledare och alltihopa. Då kom jag i för tidig övergångsålder.

Hur gammal var du då?

Trettiofem år. Jag låg på sjukhuset när jag fyllde trettiofem. Det började redan när jag låg på sjukhuset. Svetteningar. Jag kunde sitta och det rann om mig. Det var pölar. Det där tar ju lite grann på nerverna. Så i trettio års åldern så var jag väldigt nervös.

Jag kunde ju inte ha något samlag. Så han sökte sig till min bästa väninna. Jag upptäckte dom i sängen. Och hon hade ett träben som låg under sängen. Det slängde jag ut från balkongen tillsammans med alla hennes grejer. Vi bodde ju på sjunde våningen. Och sedan drog jag henne i håret nerför alla trapporna.

Efter det hamnade jag medvetlös på lasarettet. Jag hade tagit tabletter. Det var något förfärligt vad jag gick igenom då. Det blev skilsmässa sedan. Det finns ingen förlåtelse för vad han har gjort.

Försvann dina fysiska besvär med blödningar och smärta efter den sista operationen?

Nej, det finns fortfarande lite grann kvar. Jag går ju fortfarande på hormoner. Så fort jag slutar med dom så är det färdigt alltså.

Vad händer då?

Då får jag menstruation. Jag har ju fortfarande menstruation i tio dagar och sedan håller det upp tio dagar och så börjar det igen. Så detta har jag fått dra på hela livet. Jag försökte att sluta äta hormoner när jag var i femtio års ålder. För då jobbade jag som servicevärdinna. Och då sa jag "nähä, nu vill jag sluta med den här skiten. Jag är så trött på det". Men med en gång började svettningarna.

Du vet, jag svettas nu också. Jag är liksom fuktig, är jag, och här i hårfästet och sådär. Så att jag kan ju aldrig gå till en hårfrisörskan och permanenta mig. Jag är så fuktig i håret. Det är påfrestande. Och jag svullnar i kroppen.

Och vad hände med dig mentalt efter det att du lämnat din man?

Sedan levde jag ensam i några år. Först gick jag ingenstans. Men så en dag så kom en väninna med hennes fästeman och tyckte vi skulle fira midsommar ihop med en kamrat till honom. Och han var så snygg så det var inte klokt. Men det blev en hastig förälskelse. Vi hade jätte roligt ihop ett tag. Vi var ute och dansade och sådär. Så en dag så friade han. Och jag sa ja. Fast jag sa åt han att han måste säga till om han träffar någon annan. Och det lovade han. Jag kände på mig hela tiden att det inte skulle hålla.

Gjorde han några anspråk på att vilja ha barn med dig?

Nej aldrig. Men han hade sådana bra svärföräldrar. Men sedan så höll inte det. Men vi skildes som vänner. Hans far som jag kallar svärfar han var sjökaptan han sa "Du som så duktig på att laga mat kan du följa med mig ut på sjön?" Så jag tog tjänstledigt och gav mig ut på sjön. Jag har ju varit runt hela världen. Man var borta i några månader och sedan hemma. Men då var ju Per-Åke redan stor och studerade.

Och hur träffade du din nuvarande man?

Jo, det skall jag berätta. Det var när vi kom in i Amsterdam. Då låg den en svensk båt där. Jag skulle upp på land och handla. Och så kommer en jätte fin kille där på kajen och säger "Hej" sa han, "jag vet vem du är", sa han. "Jaså", sa jag, "hur kan du veta det?". "Du är omtalad i den svenska handelsflottan", sa han, "alla pratar vilken god mat du lagar". "Säger du det", sa jag. "Vart ska du sa han?". "Upp och handla", sa jag. "Får jag följa med", sa han. "Om du prompt vill det", sa jag "så får du det". Han hade så fina ögon. Och när vi var och handla så köpte han en fågel i kristall till mig. Och sedan frågade han om det fanns något ledigt på våran båt. Det fanns inget just då. Han var andre styrman. Med sedan blev det en plats ledig. Och så sedan dess har vi hållit ihop.

Trots att han är mycket yngre än jag. Han är sexton år yngre. Han fyllde tjugofem år när vi förlovade oss. Och sedan gifte vi oss två år efteråt. Och jag var fyrtiotre år. Vi har varit gifta i tjugofem år i år!

Vi skall fira silverbröllop!

Det verkar du vara mycket lycklig över?

Jaa, det säger jag, att så bra som jag har det idag det har jag aldrig haft det. Det säger min man också. Han lyser av snällhet denna karl. Ja, det gör han. Det är faktiskt äkta kärlek. Vi har aldrig sagt ett ont ord till varandra. Det har jag sagt till honom att "om vi skulle bråka låt oss aldrig gå och lägga oss som ovänner".