Fri sterilisering

Betänkande av steriliseringsutredningen

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013

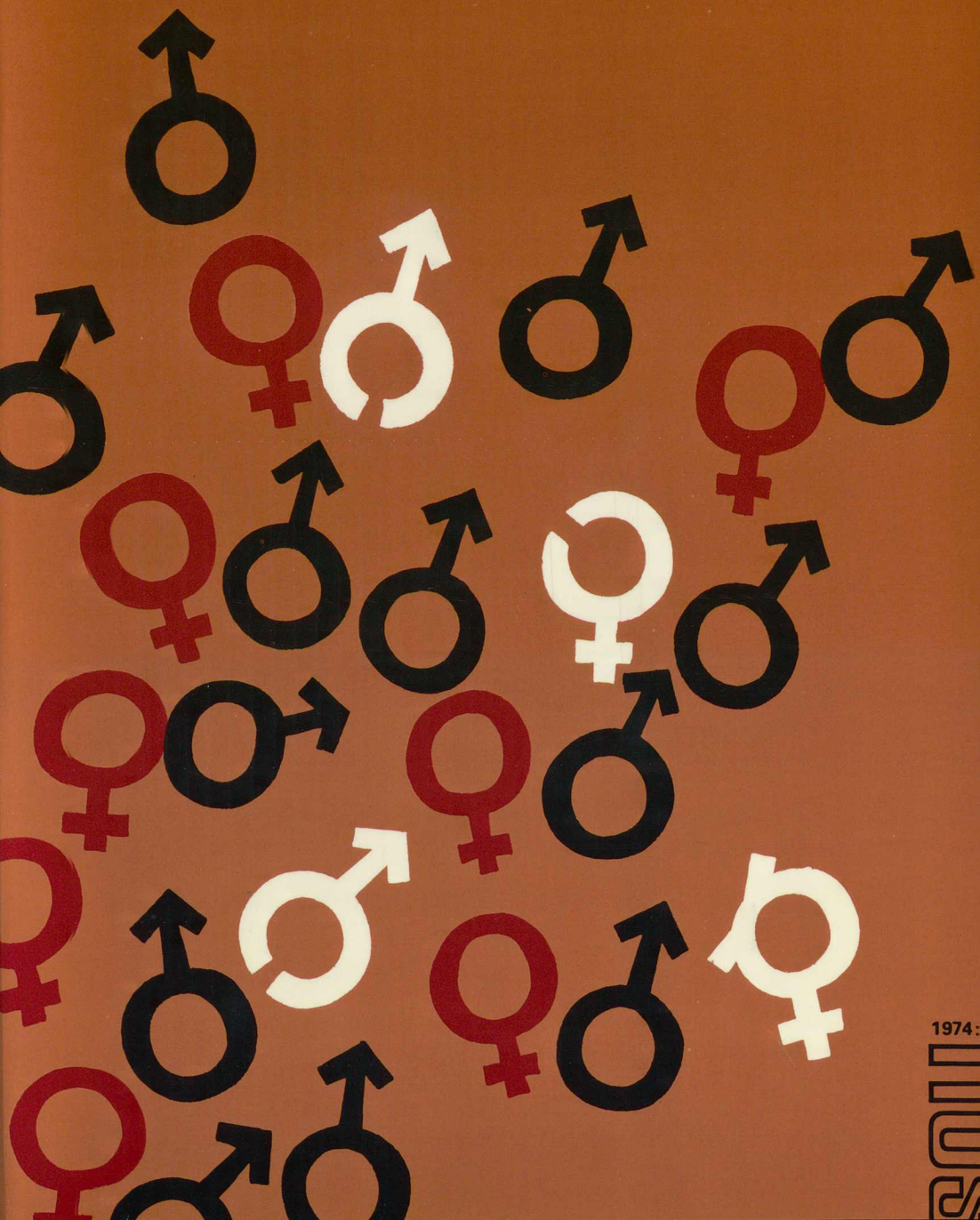
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

1974: 25

SOU

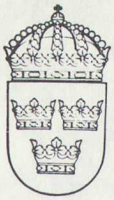
Fri sterilisering

Betänkande av steriliseringsutredningen



1974: 25

SOU



Statens offentliga utredningar
1974:25
Justitiedepartementet

Fri sterilisering

Betänkande av steriliseringsutredningen
Stockholm 1974

ISBN 91-38-01921-3

Omslag: Johan Hillbom

K L Beckmans Tryckerier AB, Stockholm 1974

Till statsrådet och chefen för justitiedepartementet

Genom beslut den 15 december 1972 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för justitiedepartementet att tillkalla en sakkunnig för att se över steriliseringslagen (1941: 282). Med stöd av detta bemyndigande tillkallades den 30 januari 1973 t. f. hovrättlagsmannen Carl Fredrik Hadding.

Utredningen antog namnet Steriliseringsutredningen.

Att som experter biträda den sakkunnige tillkallades den 30 januari 1973 professorerna Harald Johansson och Gustav Giertz, bitr. professorn Jan Lindsten och avdelningschefen Turid Ström samt den 5 mars 1973 professorn Bo Gerle och ledamoten av riksdagen Elvy Olsson.

Till sekreterare förordnades den 30 januari 1973 numera byråchefen Jan Freese. Till biträdande sekreterare förordnades den 6 augusti 1973 fil. kand. Britt Rutberg.

Steriliseringsutredningen får härmed överlämna betänkandet Fri sterilisering, innehållande förslag till ny steriliseringslag.

Samtliga experter ansluter sig till förslaget, dock att Turid Ström och Elvy Olsson avgivit särskilt yttrande angående sammansättningen av den nämnd som skall handlägga tillståndsärenden enligt den föreslagna nya steriliseringslagen.

Utredningen har slutfört sitt uppdrag.

Stockholm i juni 1974

Carl Fredrik Hadding

/Jan Freese, Britt Rutberg

Innehåll

Sammanfattning 8
Summary 11

Författningsförslag 14

Kapitel 1 *Direktiv* 17

Kapitel 2 *Utredningsarbetets bedrivande* 20

Kapitel 3 *Allmän orientering om sterilisering* 21
3.1 Begreppet sterilisering 21
3.2 Skäl för sterilisering 21
3.3 Metoder för steriliserande ingrepp 22

Kapitel 4 *Nu gällande lagstiftning och dess tillämpning* 24
4.1 Bakgrund 24
4.2 Steriliseringslagen (1941: 282) 27
4.3 Ansökningsförfarandet m. m. 28
4.4 Sterilisering och bristande rättskapacitet 30
4.5 Antalet steriliseringar 30

Kapitel 5 *Situationen i andra länder* 33
5.1 De nordiska länderna 33
5.1.1 Danmark 33
5.1.2 Finland 36
5.1.3 Norge 37
5.2 Övriga länder 38

Kapitel 6 *Sterilisering; vetenskap och teknik* 42
6.1 Sterilisering av kvinna 42
6.1.1 Metoder 43
6.1.2 Ingreppens effektivitet 44
6.1.3 Komplikationer 45
6.1.4 Temporär sterilisering 46
6.1.5 Möjligheterna att återställa fortplantningsförmågan . . 47

6.2 Sterilisering av man 47
6.2.1 Metoder 47
6.2.2 Ingreppens effektivitet 49
6.2.3 Komplikationer 51
6.2.4 Temporär sterilisering 52
6.2.5 Möjligheterna att återställa fortplantningsförmågan . . 53
6.3 Preventivmedel 54
6.3.1 Preventivmedlen och deras effekt 55
6.4 Ärftliga sjukdomar och defekter som skäl för sterilisering . . 58
6.4.1 Förekomsten av genetiskt betingade sjukdomar 58
6.4.2 Kromosomrubbningar 59
6.4.3 Monogen nedärvning 61
6.4.4 Polygen nedärvning 63
6.4.5 Diagnostik av anlagsbärare 64
6.4.6 Prenatal diagnostik av ärftliga sjukkomar 64
6.4.7 Genetisk rådgivning 65
6.4.8 Sterilisering på grund av ärftliga sjukdomar 65
6.5 Psykiatriska aspekter 66
6.5.1 Sterilisering av kvinnor 66
6.5.2 Sterilisering av män 68

Kapitel 7 *Debatten i samhället* 70
7.1 Motioner i riksdagen 70
7.2 Utskottsutlåtanden och remissyttranden över motionerna . . 71
7.2.1 Frågan om social-medicinsk indikation 71
7.2.2 Sterilisering av man m. m. 74
7.2.3 Makes yttrande 76
7.2.4 Tillståndsprövning 77
7.3 Övrig debatt 78
7.3.1 Massmedia 78
7.3.2 Utredningens hearings 78

Kapitel 8 *Överväganden* 81
8.1 Bakgrund 81
8.1.1 Gällande praxis 81
8.1.2 Sterilisering och andra metoder för födelsekontroll . . 82
8.1.3 Sterilisering – ett allmänt eller enskilt intresse 83
8.2 Skäl för och emot fri sterilisering 83
8.3 Åldersgräns för fri sterilisering 86
8.4 Personer som ej uppnått åldersgränsen 87
8.4.1 Genetisk indikation 87
8.4.2 Medicinsk indikation 88
8.4.3 Social indikation 89
8.4.4 Sterilisering i anslutning till fastställande av könstillhörighet 89
8.4.5 Sterilisering i fall då steriliseringsindikation föreligger för make eller annan samlevnadspartner 89
8.4.6 Generalklausul för tillstånd 90

8.4.7 Minimiålder för sterilisering 90
8.5 De ej rättskapablas ställning 91
8.6 Kostnaderna för fri sterilisering 92
8.7 Tillståndsprövningen 92
8.8 Förfarandet i steriliseringsärenden 93

Kapitel 9 *Den rättsliga regleringen* 95
9.1 Följdförfattningar 95

Kapitel 10 *Lagtextens utformning* 97

Kapitel 11 *Resursbehov* 102
11.1 Resurser för information och rådgivning 102
11.2 Sjukvårdsresurser 102
11.2.1 Sterilisering av kvinna 103
11.2.2 Sterilisering av man 103

Kapitel 12 *Uppföljning av fri sterilisering* 104

Särskilt yttrande 105

Bilaga 1 *Steriliseringslagens tillämpning och effekten av utförda ingrepp m. m.* 107

1 Allmän bakgrund 107
2 Metod 107
3 Totalundersökningar betr. dem som fått avslag under 1972 . 107
3.1 Män 107
3.2 Kvinnor 109
4 Totalundersökning av tillstånd på social judikation 1972 . . . 113
4.1 Män 113
4.2 Kvinnor 116
5 Stickprovsundersökning betr. kvinnor som under 1969 resp. 1972 erhållit tillstånd på medicinsk indikation 120
5.1 Kategorifördelningar m. m. 120
5.2 Medicinska synpunkter 127
5.3 Psykiatriska synpunkter 131
5.4 Beskrivning av enskilda fall 132
5.5 Synpunkter på lagtillämpningen 135

Bilaga 2 *Attitydundersökning bland män om fri sterilisering* . . . 143

Sammanfattning

Sterilisering innebär upphävande av fortplantningsförmågan. Vanligen sker detta genom ett operativt ingrepp. Till skillnad mot kastrering påverkar sterilisering inte könsdriften.

Nu gällande steriliseringslag (1941: 282) är restriktiv. Den kräver tillstånd för sterilisering och tillstånd kan lämnas endast under vissa begränsade förutsättningar, nämligen om eugenisk, social eller medicinsk indikation föreligger. Den medicinska indikationen gäller bara kvinna. Lagstiftningen tillgodoser i inte ringa mån samhällets intressen i högre grad än individens. Så kan t. ex. ansökan om sterilisering göras av vissa myndigheter och institutioner eller företrädare för sådana.

Betänkandet innehåller en ganska utförlig beskrivning av bakgrunden till gällande lagstiftning och dess tillämpning. Rådande praxis beskrivs även genom redovisningen i bilaga 1 av den genomgång som företagits av ansökningar handlagda av socialstyrelsen.

I enlighet med direktiven har steriliseringsutredningen framför allt inriktat sitt arbete på frågan i vad mån och i vilken utsträckning rättskapabel persons egen begäran skall kunna få utgöra tillräckligt underlag för sterilisering, och då främst sterilisering i familjeplanerande syfte.

Relativt utförligt beskrivs situationen i ett antal andra länder. Av särskilt intresse är i detta sammanhang Danmark, där fri sterilisering infördes 1 juli 1973.

I betänkandet ingår ett omfattande avsnitt om vetenskap och teknik. I detta redogörs bl. a. för olika steriliseringsmetoder, deras effektivitet, de komplikationsrisker som är förbundna med dem samt möjligheterna till reoperation. I avsnittet ingår också redogörelser för utvecklingen på preventivmedelsområdet samt för genetiska och psykiatriska aspekter på steriliseringsfrågan.

Även om vissa långt komna försök med reoperation bedrivs, är för utredningens ställningstagande till frågan om steriliserings tillåtlighet grundläggande att ingreppet alltjämt har karaktären av definitivt upphävande av fortplantningsförmågan. Utredningens förslag utgår således från att sterilisering t. v., beträffande såväl man som kvinna, är en icke reversibel åtgärd.

Utredningen konstaterar att trots den betydande utvecklingen på preventivmedelsområdet med nya och säkrare preventivmedel, är sterilise-

ring att anse som ett viktigt komplement och alternativ såsom medel för födelsekontroll.

De farhågor för psykiska bieffekter vid sterilisering som ej sällan gjorts gällande i debatten visar sig, enligt vad utredningen kunnat finna, väsentligen överdrivna. Även denna fråga belyses i bilaga 1.

I betänkandet redogörs för den relativt begränsade debatt som förts om steriliseringsfrågan. Utredningen har kompletterat denna debatt med hearings med företrädare för vissa institutioner och grupper samt genom en mindre attitydundersökning. Denna undersökning redovisas i bilaga 2.

Utredningens grundsyn på huvudfrågorna vid lagstiftning om sterilisering är följande. En person skall i princip ha rätt att bestämma över sin egen kropp. Sterilisering bör – åtminstone i dagens Sverige – få företagas endast för att tillgodose enskildas intressen. Myndigheter eller andra representanter för det allmänna bör inte ges rätt att ta initiativ till sterilisering. Utredningen tar bestämt avstånd från annat än frivillig sterilisering. Detta bör dock inte hindra att icke rättskapabla personer skall kunna ges viss möjlighet till sterilisering.

Utredningen finner att övervägande skäl talar för att i princip tillåta sterilisering utan särskilt tillstånd för envar som uppnått en för denna frågas avgörande lämplig ålder. För att hindra unga personer från att genom förhastade beslut låta sterilisera sig bör enligt utredningens mening åldersgränsen för fri sterilisering bestämmas till 25 år.

Huvudregeln i det framlagda förslaget till ny steriliseringslag är att var och en som fyllt 25 år och som är svensk medborgare eller bosatt i Sverige får på egen begäran steriliseras.

För att före 25 års ålder kunna bli steriliserad krävs tillstånd av socialstyrelsen. Sådant tillstånd kan bara beviljas på genetiska eller – för kvinna – medicinska skäl. Någon social indikation föreslås ej.

Samtidigt föreslår utredningen en nedre åldersgräns. Ingen som är under 18 år skall kunna steriliseras av annat än rent terapeutiska skäl.

Personer som icke är rättskapabla ges viss möjlighet att bli steriliserade. Ansökan skall kunna göras endast av en av domstol för detta särskilda ändamål förordnad god man. För att ansökan skall kunna beviljas måste antingen genetiska eller medicinska skäl föreligga. För de icke rättskapabla som fyllt 25 år tillkommer en mer allmän möjlighet till sterilisering, nämligen om det kan konstateras att steriliseringen är till väsentlig fördel för den ansökan avser. Utredningen framhåller att reglerna om sterilisering av icke rättskapabla bör tillämpas restriktivt.

För att så långt det är möjligt förhindra ångerfall föreslås viss obligatorisk information. Den som önskar steriliseras skall upplysas om ingreppets innebörd och följder samt, i förekommande fall, ges preventivmedelsrådgivning. Denna information skall i första hand kunna lämnas av kuratorer inom den rådgivningsverksamhet som efter den år 1974 beslutade utbyggnaden av preventivmedels- och abortrådgivningen kommer att lämnas av mödravårdscentraler eller särskilda rådgivningsbyråer. Vid behov skall informationen ges av läkare.

Krav på medgivande eller yttrande från make (eller annan samlevnadspartner) uppställs inte men utredningen anser att frågan om den andre

makens inställning skall behandlas i samband med den obligatoriska informationen. Ett av skälen härför är att det emellanåt kan finnas anledning att istället rekommendera sökandens make att sterilisera sig.

Steriliseringsoperation skall utföras på allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner. Enligt utredningens mening bör sterilisering av man kunna ske även på vissa läkarhus.

Steriliseringsoperationer bör ersättas genom den allmänna försäkringen.

Det material som utgör underlag för utredningens undersökning av steriliseringsärenden bör enligt utredningens mening användas för fortsatt forskning. Vidare bör någon institution knuten till medicinsk fakultet få uppdrag att göra en uppföljning av fri sterilisering.

Summary

Sterilization implies depriving a person of the capacity to procreate. This normally occurs by means of an operation. Unlike castration it does not effect the sexual urge.

The current Sterilization Law (1941: 282) is restrictive. License is required for sterilization and permission is granted only if certain restricted conditions of an eugenic, social or medical nature are fulfilled. Medical conditions apply only to women. Legislation looks in some aspects after the interests of society to a higher degree than that of the individual. Thus can application for sterilization be made by certain authorities or institutions or by the representatives for these groups.

The report contains a rather detailed account of the background to the current legislation and its applications. In Appendix 1 present practice is accounted for with regard to the National (Swedish) Social Welfare Board's method of dealing whith applications.

In accordance with the terms of reference the Sterilization Commission has considered to what degree and to what extent the personal whishes of a legally competent person can form the basis for sterilization especially for family planning purposes.

The situation in several other countries is described in some detail. Denmark is perhaps the most interesting in this respect in view of the introduction of Free Sterilization on 1 st July 1973.

The report contains a comprehensive scientific and technical section in which an account is made of the different methods of sterilization, their effectiveness, the complications associated with them and the possibility of re-operation. Developments within the fields of contraceptives are also accounted for as well as the genetical and psychiatric aspects of the sterilization question.

Even though advanced attempts at re-operation are being carried out, the Commission bases its opinion for the acceptance of sterilization on the grounds that the operation is still of such a nature that it definitely makes a person incapable of producing offspring. The Commission's proposals assume accordingly that, for the time being sterilization for both men and women is an irreversible operation.

Despite extensive developments within the field of contraceptives towards new and safer devices the Commission considers sterilization to be an important complementary and alternative method of contraception.

The Commission considers as exaggerated the often mentioned misgivings of psychological side effects as a result of sterilization. This subject is dealt with in Appendix 1.

In the report an account is given of the relatively restricted debate on the sterilization question. The Commission has complemented this debate with hearings with representatives for certain institutions and groups as well as by a minor opinion poll. See Appendix 2.

The Commission's basic view on the question of sterilization legislation may be summarised in this way: In principle a person should have the right to decide about his/her own body. In Sweden today sterilization should be allowed only in the interests of the individual. Authorities or other representatives of the general public should not be allowed to take the initiative for sterilization. The Commission disagrees strongly with anything other than free sterilization. However, this should not prevent even legally non-competent persons from the possibility of sterilization.

The Commission considers that there are overwhelming reasons for permitting sterilization, in principle, for everybody provided they have reached the suitable age. The age limit should in the Commission's view be 25 in order to prevent young people from making too hasty a decision regarding sterilization..

The main rule in the proposals for new legislation is that everyone who has reached the age of 25 and who is a Swedish citizen or resident in Sweden may on his own wish be sterilized.

Special permissions is required from the National Social Welfare Board to be sterilized before the age of 25. Such permission will only be granted for genetical reasons or in the case of women for medical reasons. No social reason is proposed.

The Commission also proposes that nobody under the age of 18 may be sterilized for other than purely therapeutic reasons.

Applications for dispensation should be dealt with by the National Social Welfare Board.

Legally non-competent persons are also given certain possibilities of sterilization. The application can be made only by a person appointed by the Court especially for this purpose. For the application to be granted there must be medical or genetical grounds. For legally non-competent persons who have already reached the age of 25 there is also a wider possibility, namely if it can be shown that sterilization would be of considerable advantage to the person concerned. The Commission considers that the rules for sterilization of legally non-competent persons should be applied restrictivly.

Certain obligatory information is demanded in an attempt to prevent, as far as possible, feelings of regret afterwards. The person wishing to be sterilized should be informed of the implications and consequences of the operation and in certain cases should be told about contraceptives. This information should be given by the social welfare officers at the Maternal Welfare Clinics or special advisory centres which should form part of the decided 1974 expansion of contraceptive and abortion

advisory services. If necessary information should be given by a doctor.

Consent or comments from a spouse (or other cohabiting partner) are not formally required but the Commission finds it natural that the opinion of the other partner should be dealt with in connection with the obligatory information. One of the reasons for this is that it can sometimes be advisable to recommend the other partner to be sterilized instead.

Sterilization operations should be performed in a general hospital or other health facility approved by the National Social Welfare Board. The Commission also considers that the sterilization of men can be performed in certain Medical Centres.

The cost of the operation should be covered by normal health insurance.

The material which formed the basis for the Commission's enquiry should also be used for continued research. Further, some institution associated to a medical faculty should be appointed to do a follow-up survey of free sterilization.

Författningsförslag

1 Förslag till steriliseringslag (1975: 000)

Härigenom förordnas följande.

1 § Med sterilisering avses ingrepp som utan att innebära kastrering medför varaktigt upphävande av fortplantningsförmågan.

Lagen avser icke ingrepp som utförs som ett led i behandlingen av kroppslig sjukdom.

2 § Var och en som fyllt tjugofem år och som är svensk medborgare eller bosatt här i riket får i enlighet med vad i denna lag anges på egen begäran steriliseras.

3 § Den som fyllt aderton men icke tjugofem år och som är svensk medborgare eller bosatt här i riket får efter egen ansökan om sterilisering lämnas tillstånd därtill

1. om det föreligger beaktansvärd risk för att till avkomling överförs arvsanlag som kan medföra allvarlig psykisk sjukdom eller abnormitet, svårartad kroppslig sjukdom eller svårt lyte av annat slag (genetisk indikation),

2. om hos kvinna till följd av sjukdom, kroppsfel eller svaghet havandeskap skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa (medicinsk indikation) eller

3. i samband med ansökan om fastställelse enligt 1 § lagen (1972: 119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

4 § För den som på grund av rubbad självverksamhet är varaktigt oförmögen att med laga verkan själv begära sterilisering eller lämna giltigt samtycke därtill får efter ansökan av särskilt utsedd god man lämnas tillstånd till sterilisering

1. för den som fyllt aderton år; om någon av de i 3 § angivna förutsättningarna föreligger eller

2. för den som fyllt tjugofem år; om det med skäl kan antagas att sterilisering är till väsentlig fördel för den ansökan gäller.

5 § Tillstånd enligt 3 eller 4 § meddelas av socialstyrelsen.

6 § Innan någon steriliseras skall han noggrant informeras om ingreppets innebörd och följder samt, i förekommande fall, om andra möjligheter att förebygga havandeskap.

7 § Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra sterilisering.

Åtgärden skall ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner.

8 § Den som tagit befattning med steriliseringsärende får ej obehörigen yppa vad han därvid erfarit om enskildas personliga förhållanden. Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter häremot dömes till böter eller fängelse i högst ett år. Allmänt åtal får väckas endast om målsägande anger brottet till åtal eller åtal är påkallat från allmän synpunkt.

9 § Den som utan att vara behörig att utöva läkaryrket utför sterilisering på annan, dömes för illegal sterilisering till böter eller fängelse i högst ett år.

Är brott som avses i första stycket grovt, dömes till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år.

Vid bedömande huruvida brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för den steriliserades liv eller hälsa.

10 § Åsidosätter läkare uppsåtligen föreskrift i 2–4 eller 7 § dömes till böter eller fängelse i högst sex månader.

11 § Talan mot socialstyrelsens beslut enligt denna lag föres hos kammarrätten genom besvär.

Övergångsbestämmelser

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1975, då lagen (1941:282) om sterilisering skall upphöra att gälla.

2 Förslag till ändring i lagen (1974:000) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Lydelse enligt prop. 1974: 70

1 § Staten, landstingskommun eller kommun får enligt vad nedan sägs ersättning för kostnader för rådgivning i födelsekontrollerande syfte som vid personligt besök meddelas den som omfattas av sjukförsäkring enligt lagen (1962: 381) om allmän försäkring. Motsvarande ersättning utgår även till organisation, som med socialstyrelsens tillstånd bedriver sådan rådgivning.

Ersättning till privatpraktiserande läkare för rådgivning i födelsekontrollerande syfte utgår enligt grunder som regeringen fastställer.

Ersättning enligt denna lag utgår även för rådgivning angående abort.

Föreslagen lydelse

1 § Staten, landstingskommun eller kommun får enligt vad nedan sägs ersättning för kostnader för rådgivning i födelsekontrollerande syfte som vid personligt besök meddelas den som omfattas av sjukförsäkring enligt lagen (1962: 381) om allmän försäkring. Motsvarande ersättning utgår även till organisation, som med socialstyrelsens tillstånd bedriver sådan rådgivning.

Ersättning till privatpraktiserande läkare för rådgivning i födelsekontrollerande syfte utgår enligt grunder som regeringen fastställer.

Ersättning enligt denna lag utgår även för rådgivning angående abort *eller sterilisering.*

1 Direktiv

I anförande till statsrådsprotokollet den 15 december 1972 uttalade chefen för för justitiedepartementet, statsrådet Geijer bl. a. följande.

Steriliseringslagen (1941:282) är i princip utformad så att den medger sterilisering under förutsättning att vissa indikationer föreligger och att vederbörande har lämnat sitt samtycke till ingreppet. I vissa fall kan ingrepp dock företas utan samtycke, nämligen när vederbörande på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke. Indikationen för sterilisering är av tre slag, nämligen eugenisk, social och medicinsk. Den medicinska indikationen gäller bara för kvinna.

Frågan huruvida sterilisering får företas prövas i princip av socialstyrelsen. Tillstånd till sterilisering får inte lämnas för gift person om inte andra maken, där så kunnat ske, har beretts tillfälle att yttra sig.

Indikationerna i steriliseringslagen stämmer i viss utsträckning överens med indikationerna i abortlagen (1938: 318) om avbrytande av havandeskap. I steriliseringslagen ingår dock inte den social-medicinska indikation som 1946 infördes i abortlagen. Abort på eugenisk indikation får i princip endast ske om kvinnan samtidigt steriliseras.

Riksdagen har i skrivelse 1970 anhållit om en översyn av lagstifningen.

En översyn av steriliseringslagen är påkallad av flera skäl. Den gällande lagen är till en del baserad på andra värderingar och förhållanden än dem som råder i dagens samhälle. Detta gäller framför allt den eugeniska och den sociala indikationen. Det ursprungliga motivet för bestämmelsen om sterilisering i dessa fall torde ha varit en strävan från samhällets sida att söka nedbringa den ärftliga spridningen av vissa sjukdomar och förhindra tillkomsten av barn som kunde befaras komma att växa upp under särskilt ogynsamma förhållanden.

Tillgänglig statistik över utförda steriliseringsoperationer visar bl. a. att tillämpningen av de eugeniska och sociala indikationerna fortlöpande avtagit och att deras praktiska betydelse numera måste betecknas som tämligen marginell.

Av betydelse för denna utveckling har säkerligen varit en ökad medvetenhet om värdet av att upprätthålla och stärka respekten och skyddet för den enskildes integritet och en i takt därmed stegrad motvilja hos myndigheter och enskilda att ta initiativ till eller på annat sätt medverka till beslut om ingrepp som i hög grad rör individens person och familjeförhållanden. En annan omständighet av betydelse är utvecklingen i fråga om preventivmedel. Nu finns betydligt flera och säkrare metoder att förebygga graviditet än för trettio år sedan. Vidare har möjligheterna till en abort förändrats. Förutsättningarna för tillstånd har vidgats men främst har medicinska och operationstekniska framsteg gjorts som förenklar abortoperationerna och samtidigt påtagligt minskat riskerna för komplikationer.

Framstegen inom medicinen har även medfört att ingrepp för sterilisering nu kan utföras med större säkerhet än tidigare. Detta har bidragit till ett ökat intresse för sterilisering som ett medel för familjens planering. Detta gäller särskilt steriliserande ingrepp på man, vilket måste betecknas som en enkel och lindrig operation, i synnerhet vid jämförelse med motsvarande ingrepp på kvinna. Mot denna bakgrund har det under senare tid allt oftare betecknats som otillfredsställande att det inte ens finns möjlighet att alternativt utföra steriliserande ingrepp på mannen i fall då medicinska kontraindikationer mot havandeskap föreligger för den kvinna med vilken han är gift eller eljest sammanlever.

Frågan om liberalisering av bestämmelserna, så att sterilisering får företas i enbart familjeplanerande syfte har diskuterats under lång tid. Mot en sådan ordning har framför allt åberopats steriliseringsingreppets definitiva karaktär och de ur vetskapen härom uppkommande riskerna för efterföljande allvarliga psykiska eller psykosomatiska störningar. Dessa skäl kan inte frånkännas betydelse så länge forskningen angående möjlighet att återge steriliserade människor fortplantningsförmågan inte lett fram till några säkra resultat. Skälen väger dock inte så tungt att man utan vidare bör avvisa tanken att under vissa betingelser godta sterilisering som en alternativ metod för födelsekontroll.

Det är möjligt att det intensiva forskningsarbetet på preventivmedelsområdet i en framtid kommer att radikalt ändra nuvarande förutsättningar. Det är dock ovisst om eller när forskningarna på området leder till så betydande framsteg att steriliseringsfrågan kommer i ett helt nytt läge. Under alla förhållanden synes enbart förhoppningar om snara framsteg i detta hänseende inte kunna tas till intäkt för att en utredning om vidgade möjligheter till sterilisering bör anstå. Det framstår tvärtom som angeläget att detta problem snarast tas upp till en allsidig prövning med utgångspunkt i de förhållanden som nu råder.

Under hänvisning till det anförda förordas att en översyn av steriliseringslagen nu kommer till stånd. Arbetet bör anförtros en särskild tillkallad sakkunnig.

Utredningsarbetet bör framförallt inriktas på frågan i vad mån och i vilken utsträckning en rättskapapel persons egen begäran om sterilisering skall kunna få utgöra tillräckligt underlag för ett sådant ingrepp.

Uppmärksamhet bör i detta sammanhang ägnas åt frågan om behovet av garantier mot förhastade eller dåligt underbyggda ställningstaganden. Föreligger skäl som gör det nödvändigt att uppställa särskilda villkor eller kriterier för sterilisering i enbart barnbegränsande syfte, synes ett lämpligt minimikrav vara att det önskade syftet inte lika väl kan uppnås med andra metoder, utan att en sterilisering i det enskilda fallet av medicinska eller andra skäl framstår som mest ändamålsenlig.

Den ordning som gäller utomlands och då främst i övriga nordiska länder beträffande möjligheterna till sterilisering bör beaktas.

Översynen av steriliseringslagen bör också omfatta frågan om de eugeniska och sociala indikationerna för sterilisering bör behållas eller ges ändrad utformning. Denna fråga, liksom frågan om behovet av reformer med avseende på den medicinska indikationen, bör lämpligen avgöras mot bakgrund av hur det nyss berörda spörsmålet om en mera allmän utvidgning av möjligheterna till sterilisering kommer att lösas. Vid översynen bör även beaktas den bristande terminologiska överensstämmelsen mellan 1 § steriliseringslagen och bl. a. lagen (1966: 293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall. Det i bestämmelsen om den sociala indikationen angivna kriteriet "asocialt levnadssätt" bör ägnas särskild uppmärksamhet.

Det finns anledning att överväga om inte det nuvarande kravet på att sökandens make skall beredas tillfälle att yttra sig innan tillståndsfrågan

avgörs kan upphävas eller i varje fall mjukas upp. Även i övrigt torde finnas skäl att ägna särskild uppmärksamhet åt utrednings- och beslutsförfarandet i ärenden angående sterilisering.

Den sakkunnige bör vara oförhindrad att ta upp även andra frågor som kan aktualiseras under utredningsarbetets gång.

Utredningsarbetet bör bedrivas skyndsamt. Frågorna om möjlighet att alternativt utföra steriliserande ingrepp på man samt om vidgad användning i övrigt av sterilisering som metod för födelsekontroll bör behandlas med prioritet. Om det påkallas för undvikande av onödig tidsutdräkt bör den sakkunnige lägga fram förslag i dessa hänseenden utan hinder av att uppdraget i övrigt inte är slutfört.

2 Utredningsarbetets bedrivande

Utredningen har ej funnit anledning att lägga fram särskilt förslag om steriliserande ingrepp på man samt om vidgad användning i övrigt av sterilisering som metod för födelsekontroll. Även om dessa frågor prioriterats har det, särskilt som det kunnat ske utan beaktansvärd fördröjning, visat sig lämpligast att framlägga förslag i dessa delar i samband med utredningsresultatet i övrigt.

Utredningen har företagit en relativt omfattande studie av de ärenden angående ansökan om sterilisering som under senare år handlagts av socialstyrelsen. Vidare har genomförts en enkät angående inställningen till sterilisering hos de män, vars hustrur under en viss kortare period ansökt om sterilisering. Materialet har visat sig vara av värde för fortsatt forskning.

Dessa undersökningar redovisas i bilagor till betänkandet.

Utredningen har hållit överläggningar med specialister inom olika områden, bl. a. preventivmedelsforskningen. Vidare har överläggningar hållits med ledamöterna i socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd och företrädare inom styrelsen som har att beakta de utvecklingstördas intressen samt med företrädare för Mentalvårdsbyrån i Stockholm och Riksförbundet För Sexuell Upplysning (RFSU). Utredningen har också haft kontakt med olika religiösa grupper angående de etiska synpunkterna som kan anläggas på frågan om en utvidgning av användningen av sterilisering. Kontakt har även hållits med den arbetsgrupp inom justitiedepartementet som har sysslat med abortlagstiftningen.

Genom deltagande i Second International Conference on Voluntary Sterilization och Third World Congress on Medical Law har i andra länder vunna erfarenheter tillvaratagits. Vid besök i Danmark har inhämtats vilka erfarenheter man där vunnit under inledningsskedet av tillämpning av den nya danska lagen om fri sterilisering.

3 Allmän orientering om sterilisering

3.1 Begreppet sterilisering

Sterilisering innebär upphävande av fortplantningsförmågan. Begreppet kan användas i både vidsträckt och inskränkt bemärkelse. Numera används dock begreppet mera sällan i den vidare bemärkelsen.

Med sterilisering i inskränkt bemärkelse förstås en medicinsk åtgärd, vanligen ett operativt ingrepp, som utan att man påverkar könskörtlarna varaktigt hindrar de där producerade könscellerna (sädeskropparna eller äggen) att nå sin bestämmelse. Sådan sterilisering påverkar inte könsdriften annat än i rena undantagsfall.

Sterilisering i vidsträckt bemärkelse inrymmer även kastrering. Vid kastrering avlägsnas eller sätts könskörtlarna (testiklarna hos mannen och äggstockarna hos kvinnan) ur funktion. Detta ingrepp kan medföra väsentlig ändring av könsdriften och även andra allvarliga hormonella rubbningar. Steriliseringsbegreppets dubbeltydighet medför att sterilisering i inskränkt bemärkelse ibland förväxlas med kastrering.

I det följande avses med sterilisering endast begreppet i dess inskränkta mening.

3.2 Skäl för sterilisering

Ett upphävande av fortplantningsförmågan innebär en synnerligen väsentlig inskränkning i individens livsfunktioner, så betydelsefull att den enskilde ofta inte ansetts få själv råda häröver. Vidare har samhället på olika håll och under olika tider visat intresse att av rashygieniska eller allmänt befolkningspolitiska skäl genomdriva sterilisering. De rättsliga möjligheterna till sterilisering har därför varit mycket omdiskuterade. Samhällets och individens intressen har ibland kolliderat, ibland sammanfallit. Hela skalan från tvångssterilisering via sterilisering med mer eller mindre framlockat samtycke till rent frivillig, på egen begäran och utan tillståndsbehov företagen sterilisering har kommit till användning på olika håll i världen.

Som skäl för sterilisering kan i huvudsak åberopas medicinska, genetiska (eugeniska), sociala eller humanitära grunder (indikationer) samt dess egenskap av medel för familjeplanering.

Medicinsk indikation kan vara antingen terapeutisk eller profylatisk, dvs sterilisering företas antingen för att bota eller förhindra sjukdom. Ett typfall av den profylaktiska indikationen föreligger när havandeskap skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa till följd av att hon lider av sjukdom eller kroppsfel. Vid den terapeutiska indikationen är det vanligen fråga om en sjukdom som angripit könsorganen och som kräver ett ingrepp, vilket såsom en nödvändig men inte önskad effekt leder till sterilisering.

Som ett specialfall av sterilisering kan i detta sammanhang nämnas sterilisering i samband med könsbyte.

Genetisk (eugenisk) indikation åberopas när det gäller att hindra att olämpliga arvsanlag överförs till avkomlingar. I första hand är det här fråga om att söka hindra överförande av allvarlig psykisk sjukdom (främst sinnessjukdomar), allvarlig psykisk abnormitet (såsom starkt hämmad förståndsutveckling), svårartad kroppslig sjukdom eller svårt lyte av annat slag.

Sterilisering av genetiska skäl har ofta hävdats vara ett samhällsintresse men kan givetvis också, om än med annorlunda utformad indikation, vara av intresse för den enskilde och hans familj.

Social indikation brukar åberopas för att hindra personer som på grund av sitt mentala tillstånd eller av andra särskilda omständigheter är uppenbart olämpliga som vårdnadshavare från att få barn. Här är det i första hand samhället som har intresse av sterilisering.

Humanitär indikation kan anses föreligga om sterilisering genomförs när det med hänsyn till kvinnans hälsa och övriga omständigheter antas bli oskäligt betungande för henne att föda barn. Denna indikation, "förväntad svaghet" har i aborthänseende betecknats som social-medicinsk.

Sterilisering i familjeplanerande syfte (eller som led i allmänt befolkningspolitiskt program) har blivit allt vanligare under de senaste decennierna och kan ses som alternativ eller komplettering till preventivmetoder och abort. I länder med stark befolkningstillväxt (främst utvecklingsländerna) är denna sterilisering ett klart samhällsintresse, i industriländerna sker den främst i den enskildes intresse.

Den nu gällande svenska steriliseringslagen medger sterilisering av kvinna på medicinsk indikation. Dessutom kan sterilisering medges såväl man som kvinna på genetisk (eugenisk) eller social indikation. För den närmare innebörden och tillämpningen av dessa indikationer redogörs i avsnitt 4.2

3.3 Metoder för sterilisering

Flera olika metoder används för steriliserande ingrepp på kvinna. Alla syftar till att bryta äggledarnas funktion att föra fram ägget till befruktning. Detta kan ske kirurgiskt genom borttagande eller avskärning av äggledarna eller avlägsnande av ett segment av dessa (resektion), varefter kvarvarande delen binds upp med tråd (katgut, bomull, silke eller

polyetylen) eller med metallclips. Resektion kan också ske genom diatermi. Andra metoder är avsnörning eller avknytning av äggledarna med t. ex. metallclips eller tilltäppning (t. ex. genom elektrokoagulering) av dem. Sterilisering kan också ske kemiskt genom injektion av plastmaterial eller andra skleroserande material, som förhårdnar vävnaden.

De operationsmetoder som tillämpas för att nå äggledarna är följande

- laparotomi, dvs. efter öppning av bukhålan kan resektion eller annat ingrepp göras på äggledarna
- laparoskopi, varvid ett laparoskop, som både är ett kirurgiskt och ett optiskt instrument, införs genom snitt genom bukväggen vid naveln,
- colpotomi, varvid ett snitt görs i slidan och genom detta dras äggledarna ned så att ingreppet kan utföras på dem,
- culdoscopi, varvid ett culdoskop, ett kirurgiskt instrument i kombination med ett optiskt instrument, förs in genom snitt i slidan (vagina),
- hysteroskopi, varvid ett hysteroskop, som både är ett kirurgiskt instrument och ett optiskt instrument införs genom livmodershalsen (cervikalkanalen) i livmodershålan (uteruskaviteten).

Dessutom förekommer, tills vidare mest på försök, de nämnda kemiska metoderna.

Sterilisering av man sker huvudsakligen genom avskärning av sädesledarna, s. k. vasektomi.

4 Nu gällande lagstiftning och dess tillämpning

4.1 Bakgrund

Genom en motion vid 1922 års riksdag kom frågan om lagstiftning angående sterilisering för första gången under statsmakternas prövning. Riksdagen beslöt i anledning av motionen anhålla att Kungl Maj:t skulle låta utreda under vilka förutsättningar och i vilken ordning sterilisering av sinnesslöa, sinnessjuka och fallandesjuka skulle kunna företas. Den utredning som sedermera verkställdes resulterade i betänkandet (SOU 1929: 14) med förslag till steriliseringslag.

Förslaget föranledde ej proposition till riksdagen. En anhållan av 1933 års riksdag om förnyad utredning i ämnet resulterade i betänkandet (SOU 1933:22) med förslag till lag om sterilisering av vissa sinnesjuka, sinnesslöa eller av rubbning av själsverksamheten lidande personer. Detta förslag lades till grund för vår första steriliseringslag, antagen 1934.

1934 års lag innehöll en social och en eugenisk indikation. Däremot var lagen ej tillämplig på sterilisering på grund av medicinska skäl.

I lagen stadgades, att om med skäl kunde antas att någon som led av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten, och på den grund var för framtiden ur stånd att handha vårdnaden om sina barn eller kom att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet, fick utan hans samtycke sterilisering av honom ske, om han på grund av sin rubbade själsverksamhet varaktigt saknade förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden.

1934 års lag var således inte tillämplig på andra än dem som på grund av rubbad själsverksamhet saknade förmåga att lämna giltigt samtycke till ingreppet. Att lagen inte var tillämplig på rättskapabla personer[1] innebar inte att dessa var undantagna möjligheten till sterilisering. Det ansågs nämligen enligt allmän rättsåskådning att rättskapabla kunde steriliseras i alla de fall, då så kunde anses överensstämma med samhällets intresse. Förutsättning för sterilisering av rättskapabel person var emellertid att han samtyckte till ingreppet samt att eugeniska, sociala eller medicinska skäl förelåg.

I samband med att 1934 års lag antogs beslöt riksdagen anhålla att

[1] I likhet med direktiven använder utredningen termen rättskapabel för person som har rättshandlingsförmåga.

Kungl Maj:t skulle låta verkställa utredning under vilka förhållanden frivillig sterilisering av rättskapabla personer skulle kunna företas.

Befolkningskommissionen, som erhöll uppdraget, avgav ett betänkande (SOU 1936:46) med förslag till en ny lag vid sidan av 1934 års lag. Den nya lagen skulle gälla personer som ägde förmåga att lämna giltigt samtycke till sterilisering.

Erfarenheterna av 1934 års steriliseringslag visade att dess begränsade räckvidd hade medfört vissa olägenheter. Åtskillig ovisshet rådde om i vilken omfattning som sterilisering fick ske utan stöd av lag. En påfallande ojämnhet i praxis förekom i olika delar av landet.

Befolkningskommissionen föreslog att utöver samtycke av den som skulle undergå sterilisering skulle krävas medicinalstyrelsens tillstånd till ingreppet. Sterilisering skulle då få ske på sociala och eugeniska indikationer. Dessutom diskuterades lämpligheten med en social indikation enligt vilken sterilisering skulle kunna ske på grund av ekonomiskt nödläge. Fastän kommissionen fann sig böra avvisa tanken att sterilisering skulle få ske enbart på denna grund, framhölls att det fanns fall som var av sådan art, att sterilisering borde kunna medges och i vilken hänsyn till de ekonomiska förhållandena ingick i motivet härför. Kommissionen anförde vidare härom bl. a.

> Hit höra framförallt barnrika familjer i svårt läge, oftast med en utsläpad hustru, av vilkens arbete hemmet är beroende; situationen försvåras ofta av att mannen är hemfallen åt alkoholmissbruk eller i andra avseenden är socialt undermålig. Nytt havandeskap för hustrun och födande av ytterligare barn skulle förvärra det ekonomiska nödläget på ett sätt som måste allvarligt hota hela familjens välfärd. Härtill kommer hänsynen till hustruns hälsa, även bortsett från dennas betydelse ur ekonomisk synpunkt. Slutligen erbjuder en sådan familj oftast en mycket olämplig miljö för uppfödande av barn. Det är här ej fråga om sällsynta undantag, läkare med social erfarenhet kunna intyga, att fall av denna typ äro relativt vanliga. Naturligtvis bör samhället även i fråga om fall av detta slag söka motarbeta missförhållandena genom andra åtgärder än sterilisering. Då svårigheterna sammanhänga med alkoholmissbruk hos mannen kunna åtgärder vidtagas mot honom enligt alkoholistlagen, men det är ingalunda alltid möjligt att häva missförhållandena på sådant sätt. Man kan även hänvisa till preventivmedel men sådana äro ofta i dylika fall osäkra, och en man av nyss antytt slag samtycker ofta ej till användande därav. Om sterilisering i sådan situation som nu behandlats överväges, torde det vanligen vara fråga om hustrun. En tänkbar invändning vore, att sterilisering av hustrun på anförda skäl icke skulle vara erforderlig, enär i stället mannen av andra orsaker borde kunna steriliseras. Om mannen är psykiskt abnorm, är givetvis sterilisering av honom lämpligast. Mannens samtycke kan dock vara svårt att erhålla.
>
> Den typ av fall som nu berörts är lärorik därför att den giver en fingervisning hur indikationerna för rätt till sterilisering beträffande fall, där ekonomiska omständigheter spela in, bör begränsas. Här finnes ej blott ett ekonomiskt nödläge som skulle försvåras genom födande av ytterligare barn; när hustrun är utsliten av arbete och barnsängar kunna även finnas medicinska skäl för undvikande av havandeskap, ehuru dessa skäl ofta ej ensamma äro tillräckliga för att motivera en steriliseringsoperation. Det synes bland läkare vara en vanlig erfaranhet, att vissa medicinska skäl för undvikande av havandeskap finnas som ej äro av den art och omfattning att de ensamma utgöra tillräcklig medicinsk indika-

tion men som i förening med svåra sociala förhållanden göra sterilisering önskvärd. Många läkare hava i vissa dylika fall befunnit sig i en svår konflikt: den ene har givit begreppet medicinska skäl en vid tolkning, vidare än som skulle kunna försvaras om ej andra synpunkter medverkade, den andre har ej ansett sig hava rätt därtill. Det torde vara en allmän önskan att större klarhet kunde skapas. Slutligen tillkomma i de nu diskuterade fallen ofta eugeniska skäl. Om mannen t. ex. är höggradig psykopat, äro dessa skäl uppenbara: om han är alkoholist, är det åtminstone högst sannolikt att alkoholismen står i samband med en undermålighet av psykopatisk art. Vad hustrun beträffar kunna de medicinska skälen sammanhänga med och sammanhänga utan tvivel ej sällan med förhållanden av ärftlig natur.

Det är över huvud en allmän, av erfarna läkare känd företeelse att sociala, medicinska och eugeniska skäl i många fall äro intimt sammanvävda med varandra och att de, även om de vart för sig icke äro tillräckliga, likväl i samverkan göra ett förebyggande av nya havandeskap önskvärt. Kroppslig svaghet kan betingas av och samtidigt starkt förvärra ett ekonomiskt nödläge, svagheter i den kroppsliga eller andliga ärvda konstitutionen, som kanske i en gynnsammare miljö ej skulle haft några mera påtagliga följder, kunna hava en större eller mindre del i uppkomsten av de egenskaper som på nyss antytt sätt samtidigt äro en orsak till och en följd av nödläget. Arv och miljö samverkar här liksom ofta eljest på ett sådant sätt att orsaker och verkningar icke kunna klart hållas isär.

– – – –

Vad ovan anförts synes leda till den slutsatsen, att rätt till en önskad sterilisering bör kunna medgivas i sådana fall då jämte sociala skäl av den beskaffenheten, varom nu varit fråga, eugeniska eller medicinska skäl av viss styrka föreligga. Det torde böra understrykas att de sociala och eugeniska eller medicinska skälen tillsammans böra äga en avsevärd tyngd. Eljest skulle en sådan blandindikation som nu ifrågasatts kunna ge utrymme för en icke önskvärd släpphänthet i fråga om sterilisering. Synnerligen ofta torde skäl av alla tre slagen föreligga. I andra fall synes det dock vara tillräckligt med kombinationen social-eugeniska eller social-medicinska skäl.

– – – –

För samtliga anförda fall av blandindikation är gemensamt att sterilisering bör ske av mannen eller kvinnan i en familj allt efter omständigheterna. Uppenbarligen är i allmänhet önskvärt, att om endera är undermålig sterilisering sker å denne. Det kan emellertid såsom förut antytts inträffa att denne icke vill underkasta sig operationen. Det synes fördenskull lämpligast att utan inskränkning medge, att sterilisering må företagas å den av kontrahenterna som är villig därtill.

Kommisionen föreslog en blandad steriliseringsindikation. Enligt denna skulle sterilisering få äga rum, om i fråga om man och kvinna, som bildat familj, av hänsyn till familjens välfärd och förhållanden i övrigt synnerliga skäl av varaktig natur förelåg till sterilisering av mannen eller kvinnan. Ingreppet skulle få utföras på den av dem som samtyckte till åtgärden. Kommissionen framhöll särskilt att med "förhållandena i övrigt" åsyftades eugeniska eller medicinska skäl, som ej i och för sig var tillräckliga för sterilisering.

I den proposition (1941 : 13) som lades till grund för en ny

steriliseringslag framhöll departementschefen bl.a. att förslaget om en blandad indikation mött stort motstånd vid remissbehandlingen. Han anförde vidare:

Syftet med befolkningskommissionens förslag i denna del torde emellertid i viss mån kunna tillgodoses, därest i lagen upptagas bestämmelser om sterilisering på medicinsk indikation. Ingreppet av medicinska skäl är för närvarande icke underkastat någon laglig reglering. Om lagstiftningen utvidgas till att omfatta personer, som ej lida av rubbad själsverksamhet, men medicinsk indikation icke upptages, kommer medicinalstyrelsen även framgent att sakna befogenhet att bifalla ansökan om sterilisering m icke är motiverad av eugeniska eller sociala skäl, även som styrelsen skulle finna sterilisering vara påkallad av hänsyn till den ifrågavarande personens hälsa. Detta måste anses innebära avsevärda olägenheter i synnerhet beträffande den såsom utsläpade mödrar betecknade kategorien, vilken befolkningskommissionen främst avsett med sitt förslag att tillåta sterilisering på blandad indikation. I icke obetydlig utsträckning förekomma nämligen fall, då hustrun genom upprepade barnsbörder – måhända i förening med missförhållanden inom hemmet beroende på alkoholism eller annan asocialitet hos mannen – blivit så försvagad att sterilisering med hänsyn till hennes hälsa synes motiverad för att förskona henne från nya barnsbörder, utan att likväl eugenisk indikation eller olämplighet att vårda barn är för handen. Medicinsk indikation, omfattande liksom enligt abortlagen icke blott sjukdom och kroppsfel utan även svaghet synes sålunda kunna åberopas i de mest behjärtansvärda av de fall, då den av befolkningskommissionen föreslagna blandade indikation skulle vara tillämplig. Eftersom det för närvarande ej erfordras tillstånd för sterilisering på grund av medicinska skäl, skulle läkare visserligen utan stöd av lagreglerat prövningsförfarande kunna företaga sterilisering som om den medicinska indikationen upptogs i lag, men med hänsyn till fallens svårbedömbara beskaffenhet är det naturligt, att läkare ofta ej tilltro sig att på eget ansvar företaga ingrepp i hithörande fall. Genom att den medicinska indikationen upptages i lagen bliva därför steriliseringsmöjligheterna säkerligen i verkligheten utvidgade.

Riksdagen antog propositionens förslag som innebar att 1934 års steriliseringslag ersattes med en ny steriliseringslag.

4.2 Steriliseringslagen (1941: 282)

Grunden för den steriliseringslag som antogs år 1941 och alltjämt är gällande var huvudsakligen att samhällets intressen skulle tillgodoses. Lagen medger, som redan nämnts, sterilisering på social, eugenisk och medicinsk indikation. Den medicinska indikationen gäller bara kvinnan.

Lagens § 1 har numer följande lydelse:

Kan någon med skäl antagas komma att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller ock svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag, må han steriliseras enligt denna lag såvida han samtyckt därtill.

Samma lag vare, 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 handhava vårdnaden om barn.

Är på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan 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 å henne.

Sterilisering må även företagas å den som avser att söka fastställelse enligt 1 § lagen (1972 : 119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

Med sterilisering förstås i denna lag icke kastrering. Ej heller äger lagen tillämpning å sådant ingrepp i könsorganen av beskaffenhet att medföra sterilitet, som på grund av sjukdom i dessa organ är påkallat av terapeutiska skäl.

Den som på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till sterilisering kan enligt 2 § steriliseras fastän han inte samtyckt till ett sådant ingrepp.

I princip fordras socialstyrelsens tillstånd till sterilisering. Sådant tillstånd får inte lämnas om inte i förekommande fall tillfälle att yttra sig i frågan, där så kan ske, beretts vårdnadshavare, förmyndare, make eller anstaltsläkare eller föreståndare för anstalt.

Från tillståndstvånget medger lagen beträffande den som kan lämna giltigt samtycke undantag vid medicinsk indikation till följd av kroppslig sjukdom eller kroppsfel. Den läkare som utför ingreppet samt annan läkare (bl. a. länsläkaren, distriktsläkaren, överläkare vid sjukhus samt annan läkare med jämförlig tjänsteställning) måste då i skriftligt utlåtande (s. k. 2-läkarintyg) med angivande av grunden för ingreppet på heder och samvete förklara att förutsättningar för detta föreligger.

Om det vid abort enligt 7 § abortlagen (1938: 318)[1] framkommer grundad anledning till antagande, att sjukdom eller kroppsfel som föranlett ingreppet kommer att vid nytt havandeskap medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa får den läkare som utför aborten samtidigt företa sterilisering, utan särskilt tillstånd, s.k. nödfallsingripande.

Vidare finns regler om tystnadsplikt samt straffbestämmelser (bl.a. angående verkställande av sterilisering i strid med steriliseringslagen).

4.3 Ansökningsförfarandet

Ansökningsförfarandet regleras i kungörelsen (1941: 387) med tillämpningsföreskrifter till steriliseringslagen. Enligt denna kungörelse får ansökan om tillstånd till sterilisering göras.

- av den som avses med ansökningen
- för underårig, av vårdnadshavaren
- för omyndigförklarad, av förmyndaren
- för den som åtnjuter socialhjälp eller vars make eller minderåriga barn åtnjuter sådan hjälp, av socialnämnden

[1] Då abort på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinna utförs utan tillstånd av socialstyrelsen eller utan 2-läkarintyg och inhämtande av tillståndet eller intyget inte utan våda med hänsyn till dröjsmål eller annan olägenhet kan avvaktas. (6 § i den enligt propositionen 1974: 70 föreslagna nya abortlagen; propositionen antagen genom beslut av riksdagen den 29 maj 1974.)

- för den som är föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen eller vars barn är föremål för sådan åtgärd, av barnavårdsnämnden
- för den som är intagen på lasarett eller därmed jämförligt sjukhus eller på sjukstuga eller inskriven i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda, av överläkaren, sjukstugeläkaren eller motsvarande läkare
- för den som är intagen i annan allmän anstalt, av anstaltens läkare eller föreståndare.

Ansökan kan också göras av länsläkare, distriktsläkare eller annan läkare i motsvarande tjänsteställning.

När ansökan inte avser sökanden själv skall om möjligt den, som skall underkastas ingreppet lämna skriftligt samtycke.

Till ansökan skall i förekommande fall, om det kan ske, fogas yttrande rörande ansökningen från vårdnadshavare, förmyndare, make, anstaltsläkare eller föreståndare för anstalt. Vidare skall bifogas intyg av hans anförvanter, make eller andra rörande de omständigheter som är av betydelse för bedömningen av tillståndsfrågan. I ansökan skall också ingå intyg utfärdat av legitimerad läkare angående verkställd undersökning.

Har den som skall steriliseras inte samtyckt till ingreppet eller har make eller andra som skall beredas tillfälle att yttra sig inte skriftligen uttalat sig skall socialstyrelsen bereda dem tillfälle därtill. Socialstyrelsen skall sedan så snart det kan ske pröva ansökningen.

Ansökningar om sterilisering handlägges av socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd, som också handlägger abortärenden. I nämnden ingår två av Kungl Maj:t utsedda ledamöter. Den ene är läkare. Denne är nämndens ordförande. Den andre är lekman. Som ledamot i nämnden ingår även en av socialstyrelsen utsedd ledamot som är psykiater. Denne är föredragande i nämnden. Dessutom ingår den ledamot av styrelsens vetenskapliga råd som företräder arvsbiologi och arvshygien.

Till följd av det stora antalet abortärenden har det ursprungliga antalet ledamöter måst ökas. De ledamöter som rekryteras utanför styrelsen har dubblerats. Alla fyra tjänstgör alternerande. Antalet föredragande har även utökats. De tjänstgör också alternerande. Den socialpsykiatriska nämnden består därför numera egentligen av flera nämnder.

När tillstånd till sterilisering beviljas kan socialstyrelsen lämna särskilda föreskrifter angående ingreppets verkställande. Tillstånd gäller ett år från dagen för beslutet.

Steriliseringslagen uppställer olika krav på steriliseringsingreppets genomförande beroende på om det är kvinna eller man som skall steriliseras. Sterilisering av kvinna skall utföras på lasarett, därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Från detta krav kan socialstyrelsen medge vissa undantag. Beträffande sterilisering av man uppställs endast kravet att ingreppet skall utföras av legitimerad läkare.

Inom en månad efter det att ett av socialstyrelsen beviljat steriliseringsingrepp verkställts skall den läkare som utfört ingreppet till styrelsen inge operationsberättelse. Vid sterilisering utförd med stöd av 2-läkarintyg eller i samband med avbrytande av havandeskap enligt 7 § abortlagen skall operationsberättelse inges inom samma tid.

4.4 Sterilisering och bristande rättskapacitet

Nu gällande steriliseringslag omfattar, till skillnad mot 1934 års lag, både rättskapabla och icke rättskapabla personer. Om vederbörande på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke, må han steriliseras "ändå att han ej samtyckt därtill". I alla övriga fall fordras samtycke av den som skall steriliseras.

Kravet på samtycke gäller alltså inte endast personer med full rättslig handlingsförmåga, dvs myndiga, själsligt friska individer, utan omfattar även underåriga och omyndigförklarade, vilka inte lider av rubbad själsverksamhet av betydelse för samtyckets giltighet. Den som till exempel förklarats omyndig på grund av ekonomisk vanvård har bristande rättskapacitet i främst förmögenhetsrättsliga hänseenden, men omyndigförklaringen häver inte kravet på samtycke till steriliseringsingrepp.

I 1941 års steriliseringslag görs i lagtexten ingen skillnad mellan varaktig och tillfällig bristande rättskapacitet. Detta sammanhänger med svårigheterna att bestämt förutsäga den bristande rättsliga handlingsförmågans varaktighet. Vid lagens ikraftträdande förutsattes att tillstånd inte skulle beviljas någon som icke själv kunde bedöma innebörden av ingreppet, om det fanns gott hopp om att han skulle tillfriskna. Detta gäller naturligtvis främst sådana fall, då en person som inte själv önskar genomgå sterilisering eller då hans önskan om att få bli steriliserad kan antas vara påverkad av en eventuellt övergående själslig rubbning.

Vid samtycke till sterilisering skall frågan om rättskapacitet bedömas enligt de i allmänhet gällande rättsgrundsatserna. För att rättslig handlingsförmåga skall anses föreligga skall vederbörande således ha insikt om steriliseringsingreppets innebörd och konsekvenser. En eventuellt rubbad själsverksamhet får inte påverka beslutet.

I råd och anvisningar rörande tillämpningen av 1941 års steriliseringslag (MF 1941 : 93) konstaterades bl. a. att den som är sinnessjuk eller lider av annan rubbning av själsverksamheten för att kunna samtycka till ingreppet måste ha rent förståndsmässigt en klar insikt om vad sterilisering innebär. Det är inte tillräckligt att han förstår att han efter ingreppet saknar fortplantningsförmåga. Han måste även ha »en viss uppfattning både om åtgärdens betydelse för honom själv och samhället och om motiven för densamma». Beträffande sinnesslöa konstaterades bl. a. att om den psykiska efterblivenheten är så uttalad, att den sinnesslöe intellektuellt kan anses stå på en 12-årings nivå eller därunder, kan man i allmänhet utgå ifrån att vederbörande saknar rättskapacitet.

4.5 Antalet steriliseringar

Utvecklingen beträffande steriliseringar har varit en helt annan än beträffande aborterna. Antalet ansökningar om sterilisering har under den senast 10-årsperioden inte undergått några stora förändringar. Detsamma gäller antalet meddelade tillstånd.

I de följande sammanställningarna redovisas statistiska uppgifter som lämnats av socialstyrelsen (medicinalstyrelsen) för åren 1964-1973.

1. Ansökningar till socialstyrelsen (medicinalstyrelsen) om sterilisering samt indikationer vid bifall till ansökningarna[1]

År	Ansökn	Bifall	Fördelning på indikationer (bifallna ansökningar)		
			Genetisk	Social	Medicinsk
			M Kv	M Kv	KV
1964	1986	1809	15 24	23 59	1688
1965	1731	1616	10 6	14 6	1580
1966	1685	1577	1 10	12 18	1536
1967	1738	1665	– 1	5 47	1612
1968	1681	1616	3 22	4 17	1570
1969	1762	1694	7 15	7 63	1602
1970	1938	1882	7 17	3 51	1804
1971	2006	1961	10 9	10 65	1867
1972	1853	1804	7 13	11 50	1723
1973	1794	1772	14 18	9 27	1704

2. Fördelning på indikationer (utförda steriliseringar)[1]

År	Genetisk	Socialstyrelsen		Steril. utf. pga 2-läkarintyg	Total	
	M Kv	Social M Kv	Medicinsk Kv			
1964	11 23	19 51	1530	118	1759	(inkl nödfall 7)
1965	8 3	9 13	1353	129[2]	1508	(inkl nödfall 6)
1966	1 8	10 16	1329	165	1535	
1967	- 1	4 38	1323	142	1508	
1968	2 11	3 16	1402	144	1578	
1969	5 14	3 55	1356	140	1573	
1970	4 16	2 44	1634	163	1863	
1971	5 8	7 56	1674	151	1901	
1972	3 9	4 41	1425	134	1616	
1973	7 10	2 17	1228	100	1364	

[1] Socialstyrelsen har – trots lagens utformning – i åtskilliga fall beviljat sterilisering med angivande av flera indikationer. I statistiken har för varje tillstånd angivits endast en indikation och enligt uppgift har upptagandet under denna ej sammanhängt med att den skulle avsetts som huvudindikation. Antalet angivna fall med viss indikation kan därför endast tillmätas begränsad betydelse. Som exempel kan hänvisas till bilaga 1, avsnittet om bifall på social indikation för kvinnor år 1972.

[2] Därav 7 på social indikation.

Sammanställningarna visar att den genetiska (eugeniska) och den sociala indikationen tillämpas i ringa utsträckning. Under hela perioden har endast ganska få fall förekommit. Längre tillbaka tillämpades särskilt den genetiska indikationen i väsentligt större omfattning, vilket framgår av följande exempel:

Utförda steriliseringar

	Genetisk (eugenisk) indikation			Social indikation		
	M	Kv	Totalt	M	Kv	Totalt
1945						
Sinnessjuk	71	95	166	33	45	78
Sinnesslö	340	417	757			
Epilepsi	16	38	54			
Kroppslig sjukdom	5	3	8			
	432	553	985			
1953						
Sinnessjuk	5	70	75	24	51	75
Sinnesslö	41	194	235			
Kroppslig sjukdom	3	11	14			
Epilepsi	1	5	6			
	50	125	330			

5 Situationen i andra länder

Frågor om sterilisering är direkt reglerade i lag i de nordiska länderna, vilket långt ifrån alltid är fallet i andra länder. I många delar av världen finns däremot andra faktorer som inverkar på möjligheterna till sterilisering, exempelvis religiösa skäl. Då lagstiftning förekommer som medger sterilisering i familjeplanerande syfte uppställs ofta villkor, t. ex. angående viss minimiålder eller visst minimiantal barn.

Situationen är med hänsyn till behovet av sterilisering i familjeplanerande syfte vitt skild. I utvecklade länder är möjligheterna till sterilisering i detta syfte ett intresse för den enskilde medan det i utvecklingsländerna med stark befolkningstillväxt främst är ett samhällsintresse.

5.1 De nordiska länderna

I Danmark och Finland finns de senast tillkomna steriliseringslagarna. Den i Norge gällande lagen är från 1934 men den har på ett par punkter ändrats, 1961 och 1967.

5.1.1 *Danmark*

En ny lag om sterilisering och kastrering trädde i kraft den 1 juli 1973. Lagen reglerar ingrepp som varaktigt upphäver fortplantningsförmågan men omfattar inte ingrepp av detta slag som ett led i behandlingen av kroppslig sjukdom.

Huvudprincipen i den nya danska lagen är att sterilisering skall vara fri för man och kvinna. En åldersgräns, 25 år, har satts med hänsyn till att det anses vara en väsentlig risk för att den som steriliseras ung senare ångrar sig, samtidigt som det är en liten sannolikhet för att fertiliteten skall kunna återvinnas.

Enligt 2 § lagen har var och en som fyllt 25 år och har hemvist i Danmark rätt att bli steriliserad. Vidare kan enligt 3 § kvinna under 25 år – och oavsett om hon är bosatt i Danmark eller ej – bli steriliserad utan särskilt tillstånd om ingreppet är nödvändigt på grund av medicinska skäl.

Undantagna från den allmänna rätten till sterilisering är sinnessjuka, sinnesslöa och de som är omyndigförklarade i personligt hänseende. För

dem liksom för personer under 25 år kan enligt 4 § tillstånd till sterilisering ges om något av följande fyra krav uppfylls, antingen av sökanden själv eller av dennes make eller den sökanden sammanlever med:

- att på grund av arvsanlag föreligger sådan fara för att eventuella barn skall få allvarliga kroppsliga eller själsliga men att det är önskvärt att förebygga havandeskap
- att på grund av sinnessjukdom eller annat själsligt lidande, sinnesslöhet eller utvecklingsstörning i övrigt eller allvarligt fysiskt handikapp vederbörande är olämplig att på ett försvarligt sätt dra försorg om barn
- när av särskilda skäl betydande fara föreligger för att vederbörande inte kan genomgå ett framtida havandeskap eller barnet kan förväntas inte bli livsdugligt eller bli framfött med väsentliga skador
- att de förhållanden under vilka sökanden eller dennes familj lever, gör det påkallat att undvika barnafödsel; vid avgörande i detta fall skall hänsyn tas till familjens hälsomässiga, bostadsmässiga och ekonomiska förhållanden samt antalet hemmavarande barn men även till, om det kan förväntas, att flera barn kommer att medföra en väsentlig belastning på förhållandena genom minskning av vederbörandes hälsotillstånd, betydande ökning av hans arbetsbörda eller på annat sätt.

För den som är under 18 år får tillstånd inte ges såvida inte synnerliga skäl till sterilisering föreligger.

Den som inte har hemvist i Danmark kan få tillstånd till sterilisering enligt 2 § eller 4 § om han eller hon har särskild anknytning till Danmark (exempelvis är dansk medborgare).

När tillståndsfrågan skall avgöras är det av särskild vikt att pröva om de förhållanden som ligger till grund för ansökningen kan väntas bli bestående samt om det finns rimliga möjligheter till att förebygga havandeskap på annat sätt.

Genom det system med »husläkare» som finns i Danmark vänder sig normalt de som önskar bli steriliserade till denne. Läkaren skall enligt steriliseringslagen vid ett personligt samtal ta reda på anledningen till önskemålet samt upplysa om ingreppets följder och de risker som kan antas förbundna med detta. Vidare skall läkaren upplysa om möjligheterna till reoperation samt om preventivmedel.

Det skall läggas avgörande vikt vid att den som önskar bli steriliserad inte beslutar sig för ingreppet utan tillräcklig eftertanke. Han skall skriftligen bekräfta att han mottagit informationen. Vidhålls önskan skall han remitteras till statligt eller kommunalt sjukhus eller poliklinik eller till av inrikesministeriet godkänt privat sjukhus, där operation skall utföras. I remissen skall bl. a. anges att vederbörande informerats. Den läkare som skall företa ingreppet skall förvissa sig om att så skett. Vägrar överläkaren där att låta utföra ingreppet sker hänvisning till annat sjukhus.

I de fall där tillstånd krävs görs i princip ansökan hos mödrahjälpsinstitutionerna, som i ett särskilt "samråd" beslutar i dessa ärenden.

Samrådets besked kan överklagas till en besvärsnämnd som inrättats för ärenden om abort. Besvärsnämnden utövar tillsyn över mödrahjälpsinstitutionernas befattning med steriliseringsärenden samt skall tillse att de får en enhetlig praxis.

I vissa fall skall i samrådet och besvärsnämnden ingå en särskild utvald domare. Detta gäller bl.a. då ansökningen avser någon som är under 18 år, eller någon som är mot sin vilja intagen på mentalsjukhus eller är utvecklingsstörd. I dessa fall kan tillstånd bara beviljas om alla i beslutsorganet är eniga.

För sinnessjuk, sinnesslö eller annan som varaktigt eller för längre tid är ur stånd att inse steriliseringsingreppets betydelse kan samrådet tillåta sterilisering på anmodan av särskilt utvald god man (værgen), om omständigheterna talar därför. Den gode mannen kan överklaga samrådets beslut.

Är den på vilken ingreppet skall företas omyndig, sinnessjuk eller sinnesslö eller är det i övrigt på grund av sökandens själsliga tillstånd (inkl. utvecklingsstörning) betänkligt att denne på egen hand ansöker om sterilisering kan samrådet tillåta ingreppet på ansökan av sökanden samt förmyndare (forældremyndighedens indehaver) eller god man, eventuellt särskilt utsedd god man. Beslutet kan överklagas av förmyndaren och den gode mannen.

Beträffande kostnaderna för sterilisering gäller samma regler som för sjukvården i övrigt.

Möjligheterna till fri sterilisering synes inte ha medfört någon våldsam stegring av antalet ingrepp. Visserligen förelåg innan lagens ikraftträdande ett uppdämt behov av fri sterilisering men en del av dem som önskade bli steriliserade hann få denna önskan uppfylld före lagens ikraftträdande. Man har därefter visserligen kunnat konstatera ett väsentligt ökat antal steriliseringar men inte någon våldsam ökning. Eftersom någon statistik ej längre fördes över steriliseringsingreppen kan antalet ej anges närmare. Man har dock beslutat att återuppta statistikredovisningen.

Vid mödrahjälpen i Köpenhamn kunde man i december 1973 inte ange annat än att ett 10-tal personer varje månad sedan den 1 juli 1973 önskat rådgivning om sterilisering samt att 5-6 ansökningar per månad getts in. Däremot hade ansökningarna under åren 1969-1972 ökat från 59 till 917. Någon nämnvärd ökning av sterilisering av kvinnor föreföll ej ha förekommit. Anledningen härtill bedömdes vara de ökade möjligheterna till abort som numer ges.

Ett bestämt intryck var att de lägre åldersgrupperna ej visar något nämnvärt intresse för att bli steriliserade. I anslutning härtill kan nämnas att under förarbetena till den nya lagen diskuterades åldersgränsen mycket livligt. Både förslag på lägre och högre åldersgräns förekom vid lagens behandling i folketinget.

Vissa företrädare för mödravårdsinstitutioner fann dock 25-årsgränsen alltför låg med hänsyn till att många då ännu inte funnit sin livspartner. I dessa fall ansågs gängse preventivmetoder i första hand böra rekommenderas. Undersökningar och rådgivning angående preventivmedel är gratis, likaså bekostas p-piller.

Någon fastställd betänketid har inte ansetts nödvändig i lagen men betänketid förekommer i praktiken genom det dröjsmål som uppkommer mellan besöket hos husläkaren och ingreppets verkställande på sjukhus. Det förekommer f. ö. också att husläkaren avråder, eller kräver att mycket grundligt vid flera tillfällen få diskutera igenom ingreppet. I de förhållandevis få fall som avgörs vid mödravårdsinstitutioner blir det en kurator som svarar för informationen.

Väntetiden var i slutet av 1973 ganska lång särskilt på grund av att klinikerna ofta är överhopade med abortfall, som självfallet ges företräde. I december 1973 väntade 100-150 män sedan flera månader på att få sterilisering utförd vid Gentofte sjukhus.

Vid mödrahjälpen i Köpenhamn hade man det intrycket att det är män från alla socialgrupper som numer önskar bli steriliserade. Vid ett par av de större sjukvårdsinrättningarna var man av den uppfattningen att det främst var de grupper som hade förmåga att klara gängse preventivmetoder.

Även om makes yttrande ej krävs fungerar det normalt så, att även makes inställning till vederbörandes önskemål om sterilisering framkommer i samband med information och rådgivning.

5.1.2 *Finland*

I Finland har tidigare tillämpats 1935 års steriliseringslag som även innehöll bestämmelser om kastrering. Denna ersattes 1950 av en ny lag som enbart behandlade sterilisering. Enligt denna kunde sterilisering ske på eugeniska och vissa sociala skäl samt beträffande kvinnor även på medicinsk indikation.

En ny steriliseringslag och steriliseringsförordning trädde i kraft den 1 juni 1970. Genom den avskaffades tvångssterilisering och infördes en viss lindring av steriliseringsgrunderna.

Enligt den nya steriliseringslagen får tillstånd till sterilisering lämnas man eller kvinna om vederbörande begär det och

- när det finns skäl förmoda att vederbörandes avkomlingar skall bli psykiskt efterblivna eller behäftade med svår sjukdom eller svårt kroppslyte
- när vederbörandes sjukdom, rubbade självverksamhet eller därmed jämförbar orsak allvarligt begränsar förmågan att sköta barn
- när barns födelse och skötseln av barn, med beaktande av vederbörandes och hans barn eller hennes familjs levnadsförhållanden samt övriga omständigheter, skulle vara avsevärt betungande för honom eller henne
- när vederbörandes möjligheter att på annat sätt förhindra barns födelse är osedvanligt svaga.

Dessutom kan kvinna på begäran bli steriliserad om havandeskap på grund av sjukdom, kroppslyte eller svaghet hos henne skulle medföra fara för hennes liv eller hälsa.

Lagen är inte tillämplig på ingrepp på könsorganen som är nödvändiga på grund av kroppslig sjukdom.

Den som är sinnessjuk, psykiskt efterbliven eller lider av rubbad

självverksamhet i övrigt och därför varaktigt oförmögen att förstå innebörden av sterilisering kan bli steriliserad om vägande skäl talar därför. En nyhet i 1970 års lag är att i så fall krävs samtycke av förmyndare eller särskilt förordnad god man. Därmed avskaffades möjligheterna till tvångssterilisering. De skäl som i dessa fall måste föreligga är antingen eugenisk indikation eller på grund av psykiska skäl begränsad förmåga att sköta barn eller, för kvinna, medicinsk indikation.

Den som är under 18 år får inte steriliseras om inte synnerligen vägande skäl talar därför. Tidigare var gränsen 17 år.

Innan sterilisering får ske skall vederbörande underrättas om ingreppets betydelse och verkningar. Om vederbörande lever i äktenskap bör maken, såvitt möjligt, närvara när sådan upplysning lämnas. Vid detta tillfälle skall med hänsyn till tillämplig indikation utredas vem av makarna som det från familjens och samhällets synpunkt är ändamålsenligast att låta sterilisera. Därefter skall makarna beredas nytt tillfälle att pröva vem av dem som skall begära sterilisering.

Tillstånd till sterilisering får i princip endast meddelas av medicinalstyrelsen, i vilken då skall ingå extra ledamöter företrädande rättsvetenskap, psykiatri, obstretik, ärftlighetsforskning samt social sakkunskap. Sterilisering på medicinsk indikation kan dock ske även genom 2-läkarintyg. Steriliseringen på medicinsk indikation kan även utan särskilt tillstånd ske i samband med abort.

Hälsovårds- och socialnämnderna är skyldiga att bedriva upplysnings- och rådgivningsverksamhet i frågor om sterilisering och vid behov hänvisa vederbörande till sinnessjukvårdsdistriktets vårdbyrå för psykiatrisk undersökning och för eventuell ansökan om sterilisering.

Tanken bakom den nya lagen var bl. a. att den i ganska stor omfattning skulle leda till sterilisering i familjeplanerande syfte. Man vågade dock inte överlämna avgörandet till de enskilda.

Den nya lagen har totalt sett medfört en uppgång av antalet steriliseringar. Särskilt har antalet ansökningar från män ökat. I slutet av 1960-talet förekom 20–70 ansökningar/år. Under 1971 ansökte 582 män om sterilisering.

5.1.3 *Norge*

Den norska lagen är från 1934 och företer vissa likheter med den svenska lagen av samma år. Den omfattar operation eller annan behandling som leder till upphävande av en persons fortplantningsförmåga eller könsdrift, dvs både sterilisering och kastrering. Lagen avser inte ingrepp som är av uteslutande medicinsk art.

Särskilt tillstånd krävs för att få bli steriliserad. Tillstånd ges av hälsovårdsdirektören eller, om ingreppet avser minderårig eller den som lider av allvarlig sinnessjukdom, är utvecklingsstörd eller själsligt svag, av ett sakkunnigt råd. Rådet består av hälsovårdsdirektören, som ordförande, samt en kvinna, en domare och två läkare.

Sterilisering kan beviljas den som själv begär det om han kan visa

beaktansvärda skäl till ingreppet. Den som är under 20 år eller lider av allvarlig sinnessjukdom eller är utvecklingsstörd eller är sinnesslö måste dock ha samtycke av förmyndare (vergen) eller av en av domstol särskilt utsedd god man (kurator).

Även den som lider av psykisk störning och inte är omyndig skall få sådan god man förordnad för sig.

Efter framställning från förmyndare eller särskilt utsedd god man kan sterilisering tillåtas på den som lider av allvarlig sinnessjukdom, är utvecklingsstörd eller sinnesslö, om vederbörande inte själv har möjlighet att ta ståndpunkt till ingreppet och det inte finns hopp om att han skall tillfriskna och det samtidigt finns skäl anta att han inte skall genom eget arbete kunna dra försorg om sig och barn eller att psykisk sjukdom eller betydande fysiskt handikapp kommer att överföras på barn.

Framställning om sterilisering kan bl. a. även göras av polismästaren i det distrikt vederbörande bor eller, för på vissa anstalter intagna, av anstaltchefen. I dessa båda fall skall förordnas god man.

Hälsovårdsdirektören eller det sakkunniga rådet bestämmer var och av vem ingreppet skall utföras. I regel skall det ske på statligt eller kommunalt sjukhus eller på godkänt privat sjukhus.

För den som är gift skall tillfälle beredas maken att yttra sig men maken har i övrigt ingen partsrätt.

5.2 Övriga länder

Lagstiftningen och praxis varierar i mycket stor utsträckning i övriga länder.

I USA faller frågan om frivillig sterilisering inte under federal lagstiftning utan är en delstatlig angelägenhet. I de flesta delstaterna finns ingen skriven lag men frivillig sterilisering anses tillåten enligt common law. I vissa stater som t. ex. Virginia och Nord Carolina finns lagar sedan mer än tio år som uttryckligen tillåter frivillig sterilisering. De krav som uppställs är att

- ingreppet skall utföras av legitimerad läkare
- det föreligger en skriftlig framställning av vederbörande samt samtycke av make
- medicinsk förklaring omfattande innebörden av ingreppet och dess följder ges vederbörande
- vederbörande är 21 år (i Nord Carolina 18)
- en betänketid om 30 dagar förflyter mellan framställningen och ingreppet; vissa undantag härifrån förekommer i Virginia
- ingreppet utförs på godkänt sjukhus (gäller endast steriliseringsingrepp på kvinna i Nord Carolina).

I USA räknar man med att 1965 var 5 % av alla gifta vita kvinnor i åldrarna 20-39 år steriliserade av kontraceptiva skäl. Inräknas även de som undergått gynekologisk operation med samma effekt stiger siffran till 11 %. Medelåldern för dem som steriliserats har varit relativt låg, ca

30 år. Dessa kvinnor har i medeltal fått 3,6 barn.

American College of Obstetricians and Gynecologists utfärdade 1965 den rekommendationen att kvinna som skulle steriliseras skulle uppfylla något av följande krav: hon skulle vara

- 25 år och ha fem barn i livet
- 30 år och ha fyra barn i livet
- 35 år och ha tre barn i livet

I de föreskrifter som utfärdades 1969 har man slopat alla begränsningar med hänsyn till ålder och barnantal.

I USA uppgick antalet steriliserade män år 1971 till ca 1 milj. och antalet vasektomier har därefter ökat.

I Storbritannien har det sedan ett antal år ansetts förenligt med gällande rätt att använda sterilisering (utan särskilt tillstånd) som ett medel för födelsekontroll. Genom lagstiftning hösten 1972 (den s.k. Vasectomy Act) jämställdes i England och Wales sterilisering av män med sjukvård enligt den allmänna hälsovården.

Att kvinnor inte fick samma ekonomiska gynnade ställning torde ha berott på att steriliseringsingrepp på kvinna är väsentligt dyrare än motsvarande åtgärd på man. Enligt de 1972 införda bestämmelserna handhar lokal hälsovårdsmyndighet frivillig sterilisering av man på samma grunder som gäller för preventivmedelsrådgivning. Den lokala hälsovårdsmyndigheten med tillstånd av hälsovårdsministern, och i den omfattning denna medger anordnar rådgivning beträffande frivillig sterilisering, läkarundersökning av den som önskar råd angående frivillig sterilisering samt utförande av sådant ingrepp.

I princip gäller samma regler också i Skottland.

Liksom i USA uppställde läkarna tidigare vissa krav för utförande av steriliseringsingrepp i familjeplanerande syfte. Men i England har dessa krav allteftersom minskat i stränghet.

Antalet steriliseringar i Storbritannien har särskilt efter Vasectomy Act 1972 ökat väsentligt, vilket medfört väntetider som på sätt och vis ersätter en formell betänketid.

I Västtyskland, där hittills den rättsliga situationen varit något oklar, har framlagts förslag till ändring i strafflagen med innebörd att var och en som fyllt 25 år kan bli steriliserad på egen begäran (om också läkaren finner det indicerat). Vidare föreslås att kvinna under 25 år skall kunna steriliseras om hon redan fött fyra barn. Ett motförslag vill höja den allmänna åldersgränsen till 30 år.

I flera länder uppställs åldersgränser, krav på betänketid samt krav på att sterilisering utförs på godkända sjukvårdsinrättningar.

Andra krav som uppställs är att vederbörande skall ha »flera» eller ett visst antal barn. Även krav på sociala och ekonomiska svårigheter förekommer i en del länder.

Krav på medgivande från make vid sterilisering i familjeplanerade syfte förekommer i många men inte i alla lagar. Vid FN: s konferens angående de mänskliga rättigheterna i Teheran 1968 uttalades bl. a. att äkta makar har en grundläggande mänsklig rättighet att frivilligt och under ansvar

bestämma antalet barn de vill ha och när dessa skall födas. Rätten att få barn tillkommer båda makarna i lika stor utsträckning. Det har därför ansetts att make inte ensam bör kunna besluta om sterilisering. Den uppfattningen har gjorts gällande att i lagstiftningen bör ingå krav på medgivande från andra maken. Kravet anses önskvärt för att man skall kunna vara förvissad om att makes medgivande är frivilligt lämnat, men även om att medgivande inte utan orsak vägrats.

I många länder, varav en del har lagar om sterilisering, är frivillig sterilisering i familjeplanerande syfte mer eller mindre direkt förbjuden. Som exempel kan nämnas Island, Panama, Singapore, Sydkorea, Thailand och Turkiet.

En del länder t. ex. Italien har lagar som uttryckligen förbjuder frivillig sterilisering. I Frankrike och en del andra länder har förbud uppkommit genom praxis.

I ett stort antal länder regleras frågan om sterilisering endast genom strafflagstiftningen. Så är fallet med exempelvis Sovjetunionen.

I Indien, där mer än tio miljoner människor steriliserats som ett led i befolkningspolitiken, vilar åtgärdernas rättsenlighet på tolkningen av Sec. 88 i strafflagen. Enligt detta föreligger ej brott (offence) om en skadebefrämjande handling vidtas med en person som har samtyckt därtill och för vars väl (for whose benefit) åtgärden utförs.

Redan de korta referat och notiser som lämnats här ger vid handen att den rättsliga regleringen av steriliseringsfrågan visar en mycket stor variationsrikedom. Det är tydligt att det på många håll finns en påtaglig tendens att ge klarare regler och vidgade möjligheter till sterilisering i familjeplanerande syfte. Strävan att vidga möjligheterna till sådan sterilisering gäller såväl industriländerna som utvecklingsländerna. Det kan vara skäl att tillägga något om de särskilda förhållandena i länder där befolkningen ökar hastigt.

I en del utvecklade länder ges möjlighet till preventivmedelsrådgivning och befolkningen är av sociala, ekonomiska och andra skäl motiverade att använda de preventivmedel som erbjuds.

Situationen i ett stort antal utvecklingsländer präglas av den omedelbara nödvändigheten att genom barnbegränsning minska befolkningstillväxten som även sker genom successivt förhöjd levnadsålder.

Japan och tydligen även Kina har lyckats ganska väl i detta avseende. I Kina torde strävandena ha varit framgångsrika genom ideologiskt stöd samt en förhöjd giftasålder och tillhandahållande av preventivmedel (p-piller) till alla gifta kvinnor. Puerto Rico är det enda land, där hittills kvinnlig sterilisering medfört en minskning av befolkningstillväxten. Där beräknas en tredjedel av alla kvinnor i åldern 20–49 år ha steriliserats.

I Puerto Rico har man konstaterat att de kvinnor som väljer att låta sig steriliseras i genomsnitt har en något högre utbildning än de som ej väljer denna metod för familjeplanering. Utbildningens roll torde rent allmänt vara av betydelse.

I en hel del utvecklingsländer har strävandena inte varit lika framgångsrika. Sociala och religiösa skäl har utgjort hinder. Även när man tillhandahåller preventivmedel gratis har dessa av praktiska skäl inte i

önskvärd utsträckning kommit till användning. Frivillig sterilisering har istället många gånger blivit ett oumbärligt komplement. I vissa av de nya afrikanska staterna kallas kvinnor som fött fem barn till läkare för att rekommenderas sterilisering. En del asiatiska länder har också tillämpat metoden med upplysning och övertalning för att öka befolkningens vilja att genomgå sterilisering. I vissa fall ges premier till dem som låter sig steriliseras. För stora folkgrupper (t. ex. 600 milj. muslimer) ställer religionen upp hinder för sterilisering.

Hittills torde ca 25 milj. människor ha blivit steriliserade i familjeplanerande syfte.

Följande tabell visar omfattningen av steriliseringsverksamheten i Indien (ca 650 milj. invånare) under en 10-års period.

Frekvens steriliseringar per 10 000 inv.

År	Män	Kvinnor	Total	Sterilisering av män i procent av totala antalet steriliseringar
1959	0,8	1,2	1,0	41,7
1960	1,7	1,3	1,5	58,4
1961	2,8	1,9	2,4	61,1
1962	4,9	2,1	3,5	71,1
1963	5,8	2,5	3,7	67,5
1964	8,3	3,0	5,7	74,7
1965	16,1	3,2	9,9	84,3
1966–67[1]	30,7	4,3	17,9	88,5
1967–68[1]	63,0	7,8	36,3	89,6
1968–69[1]	51,6	11,2	32,0	83,1

[1] 12-månadersperioder.

Trots den stora ökningen av steriliseringar har man inte kunnat förhindra att gapet mellan födelse- och dödstal ständigt vidgats. Detta har medfört att situationen på ett avgörande sätt börjat förändras. Även om det inte skett officiellt har det börjat diskuteras att, vid sidan av förslag om successivt stigande premier ju längre man väntar med att gifta sig, framlägga förslag om sterilisering i samband med abort samt tvångssterilisering efter andra barnet.

Genom det stora antal steriliseringar som utförts har man vunnit värdefulla erfarenheter. Bl. a. har nya, snabba och enkla operationsmetoder börjat tillämpas. I samband därmed har också vunnits erfarenheter av betydelse för möjligheterna till reoperation.

6 Sterilisering; vetenskap och teknik

Den medicinska forskningen har under senare decennier allmänt varit stadd i en allt snabbare utveckling. Detta gäller även vissa för utredningen direkt aktuella områden. Som redan nämnts har, särskilt i utvecklingsländerna, nya metoder för steriliserande ingrepp börjat tillämpas och betydelsefulla försök har gjorts att öka möjligheterna att återställa fortplantningsförmågan efter sådana ingrepp. Även inom andra för utredningen närliggande områden såsom preventivmedelsforskningen har stora framsteg gjorts. Nya rön inom den prenatala forskningen och genetiken är också av betydelse.

Litteraturen som behandlar dessa frågor är mycket omfattande och svår att överblicka. Detta gäller inte minst erfarenheterna av olika operationsmetoder och komplikationer vid dessa.

Värderingar av metoder och komplikationer varierar av naturliga skäl påtagligt, bl. a. eftersom redovisningarna avser många länder med helt olika social bakgrund.

Ett omfattande material kan hämtas från utvecklingsländerna. Dess värde för en bedömning av en framtida situation med ev. ökade möjligheter till sterilisering i Sverige är dock i väsentliga hänseenden begränsat. I många utvecklingsländer är möjligheterna till uppföljning av bl. a. ingreppens inverkan på de steriliserade små eller saknas helt. Kroppsliga skillnader hos kvinnor i olika delar av världen kan liksom skillnader i hälsotillstånd hos invånarna i ett utvecklingsland och i ett industriland påverka frekvens och art av komplikationer. Ett annat förhållande som minskar möjligheterna till jämförelser är att före ett steriliseringsingrepp har kvinnor i utvecklingsländer ofta genomgått fler förlossningar än kvinnor i utvecklade länder. Till detta kommer variationer i uppläggningen m. m. av genomförda undersökningar.

6.1 Sterilisering av kvinna

Inom gynekologin, läran om kvinnosjukdomarna, har, som redan nämnts, nya metoder för steriliseringsingrepp utvecklats. Gemensamt för dem alla är att de har till syfte att bryta äggledarnas funktion att föra fram ägget till befruktning. Ingen av metoderna utgör hinder för att sexuallivet kan fortgå oförändrat efter ingreppet.

6.1.1 *Metoder*

De metoder som tillämpas är olika former av operativa ingrepp. Dessutom har på försök vissa kemiska metoder börjat tillämpas.

Den i Sverige vanligaste formen av steriliseringsingrepp är laparotomi. Det är också den äldsta metoden.

Vid laparotomi öppnas bukhålan genom insnitt i bukväggen antingen i medellinjen nedanför naveln eller genom 10–12 cm långt tvärsnitt i nedersta delen av bukväggen, varefter det steriliserande ingreppet utförs, vanligen genom resektion.

Laparotomimetoden ger operatören god överblick över operationsområdet. Den kan användas i de allra flesta fall, då kirurgiska ingrepp överhuvudtaget är möjliga. Efter operationen kvarstår ett inte obetydligt yttre men genom det ärr som uppkommer.

Vid laparotomi används olika metoder för det steriliserande ingreppet, t. ex. operation enligt Pomeroy, Madlever, Labharet eller Irving. Metoderna skiljer sig åt bl. a. genom tillvägagångssätten vid exempelvis avskärningen av äggledarna, uppbindningen av kvarvarande delar av dessa etc. Vissa av metoderna (t. ex. Pomeroy) är lämpliga vid sterilisering i anslutning till förlossning.

Laparotomi utförs under nedsövning (allmän anestesi) av patienten och tar i genomsnitt ca en halv timme. Laparotomimetoden kräver en relativt lång sjukhusvistelse (5–8 dygn) och sjukskrivning (3–4 veckor).

På de flesta kvinnokliniker i Sverige används laparoskopi enbart i diagnostiskt syfte. Därvid införs ett laparoskop genom ett litet insnitt (ca 2 cm) vid naveln. Genom laparoskopet kan operatören betrakta exempelvis äggledarna. Genom ett nytt snitt införs ett kirurgiskt instrument med vilket det sterilisande ingreppet utförs. Då laparoskopet kan kombineras med kirurgiska instrument kan i samband därmed steriliserande ingrepp utföras. Denna metod tillämpas vid några få kliniker i landet, bl. a. kvinnokliniken i Karlskrona. I andra länder tillämpas metoden mer allmänt.

Laparoskopi utförs under nedsövning. Ingreppet tar kortare tid än laparotomi. Metoden kräver i allmänhet endast kort sjukhusvistelse (1–2 dygn) och sjukskrivning under ca en vecka. Beträffande 170 steriliseringar utförda med laparoskopi vid kvinnokliniken i Karlskrona kunde konstateras att 90,5 procent av kvinnorna behövde en sjukhusvistelse på upp till två dagar, i de flesta fallen endast en dag.

Laparoskopi kan inte användas på vissa kvinnor, t. ex. de som har extrem över- eller undervikt, lider av akut eller kronisk inflammation i lilla bäckenet eller tidigare har genomgått mer omfattande kirurgiska ingrepp i underlivet.

Colpotomi används praktiskt taget inte alls i Sverige. Metoden är emellertid vanlig i utvecklingsländerna. En ökad frekvens av steriliseringar skulle ge anledning till ökad användning i de för denna metod lämpliga fallen.

Vid colpotomi görs ett snitt i toppen av slidan. Genom detta snitt dras äggledarna fram, varvid det steriliserande ingreppet kan utföras på dem.

Colpotomi kan utföras under lokalbedövning men som regel används ryggmärgsbedövning eller allmän narkos. Ingreppet tar ungefär lika lång tid som laparoskopi. Det föranleder endast kort sjukhusvistelse (1–2 dygn) och sjukskrivning under ca en vecka.

Colpotomimetoden kan inte utföras vid fixerad anteverterad livmoder, (dvs. då uterus, livmodern är riktad framåt så att den bildar vinkel med vagina). Pågående infektion i bäckenet, förstorade ovarier (äggstockar), sammanväxningar, kraftig övervikt och trång eller djup vagina utgör också hinder för användningen av denna metod. Den är heller inte lämplig för sterilisering i anslutning till förlossning eller i samband med abortingrepp efter tolfte graviditetsveckan.

Culdoskopi är en metod som relativt sällan använts i Sverige men som ofta används i utvecklingsländerna. Även denna metod skulle vid en ökad frekvens av steriliseringar kunna bli tillämplig i vissa fall.

Vid culdoskopi förs ett culdoskop in genom ett snitt långt upp i vagina. Genom culdoskopet observerar operatören området för ingreppet och kan samtidigt utföra steriliseringen.

Culdoskopi kan utföras under lokalbedövning. Metoden kräver kort sjukhusvistelse (1–2 dygn) och sjukskrivning under högst en vecka. I vissa utvecklingsländer tillämpas culdoskopi polikliniskt, ej sällan under mycket primitiva förhållanden. Ingreppet tar då ofta inte mer än några minuter att utföra och följs av endast ett par timmars vila innan kvinnan återupptar sina sysslor.

Culdoskopimetoden är inte lämplig för sterilisering i anslutning till förlossning eller abort eller vid infektioner i bäckenet. Den är av tekniska skäl heller inte lämplig för kvinnor med övervikt.

En metod som alltjämt befinner sig på utvecklingsstadiet är hysteroskopi. Sterilisering enligt denna metod tillgår så att ett hysteroskop förs in genom cervikalkanalen (livmodershalsen) i uteruskaviteten (livmodershålan). Samtidigt som operatören kan observera operationsområdet – äggledarmynningarna – kan äggledarna tillslutas genom elektrokoagulering, med skleroserande ämnen eller genom att plastmaterial injiceras.

I anslutning härtill skall nämnas hysteroectomi, som innebär ett relativt stort operativt ingrepp, vid vilket livmodern avlägsnas. Metoden har ringa intresse i detta sammanhang och används huvudsakligen i rent medicinskt syfte.

Utöver dessa operationsmetoder är vissa kemiska metoder under utveckling. Den kliniska erfarenheten av användningen av dessa på människa är hittills mycket begränsad. Utomlands har utvecklats en enkel metod, som innebär att quinacrine sprutas in i livmoderhålan genom livmodershalsen. Detta leder till att äggledarna täpps till utan att menstruationen påverkas. Även denna metod befinner sig på utvecklingsstadiet.

6.1.2 *Ingreppens effektivitet*

Steriliseringsingreppens effektivitet är delvis beroende på vilken metod som används.

En sammanställning av undersökningar[1] publicerade under åren 1963–69 och avseende sammanlagt 23 603 steriliseringsingrepp på kvinna i tio olika länder (både utvecklingsländer och utvecklade länder) visar 34 graviditeter eller 0,01 per 100 kvinnoår under uppföljningsperioden. Beroende bl. a. av metod varierade antalet graviditeter från 0 till 2 per 100 kvinnoår.

För laparotomi anges Pearl index[2] till 0,04–0,08 graviditeter per 100 kvinnoår. Metoden anses vara den mest effektiva.

Graviditetsfrekvensen har beräknats vara något högre om steriliseringsingreppet utförs med andra metoder, t. ex. laparoskopi eller culdotomi. Med ledning av andra sammanställningar[3] kan antalet graviditeter efter sterilisering enligt dessa metoder uppskattas till 0,1–2 per 100 kvinnoår. Sannolikt beror denna högre frekvens på de något sämre möjligheterna att överblicka operationsområdet. Speciellt vid laparoskopi kan av misstag den bindvävsstrång som finns på båda sidor av livmodern, tätt under äggledarna (ligamentum rotundum) i stället skäras av.

6.1.3 *Komplikationer*

Alla kirurgiska ingrepp är förenade med risker för patienten. Komplikationsfrekvensen vid sterilisering visar stora variationer. Vanligast bland komplikationerna är lokala infektioner, hematom (blodansamling) och blödningar till följd av ingreppet samt menstruationsrubbningar. Den senare komplikationen kan bero på att blodcirkulationen kan störas i samband med avskärning av äggledarna.

Sammanställningar[1] över gjorda undersökningar visar komplikationer i en omfattning som varierar mellan 0 % i ett urval av 143 fall i USA och 85 % i ett urval av 160 i Indien. I ett större material från Hong Kong, vilket omfattade ett urval av 1049, förekom komplikationer i en omfattning av 5,1 %, varvid sårinfektioner dominerade. I ett svenskt material från 1960 omfattande 60 kvinnor konstaterades en komplikationsfrekvens av 16,7 % – i samtliga fall beroende på menstruationsrubbningar. I en finsk undersökning visade sig de vanligaste komplikationerna vara menstruationsrubbningar och dysmenorré (abnorma och smärtsamma regleringar).

Det skall dock framhållas att de flesta komplikationerna visat sig vara bagatellartade.

Vid laparoskopi tillkommer skador vid insufflation av koldioxid och, då elektrokoagulering tillämpas, brännskador på tarm och urinblåsa samt i något enstaka fall även på de stora blodkärlen.

Beträffande de 170 steriliseringar utförda med laparoskopi vid kvinnokliniken i Karlskrona blev det i två av fallen nödvändigt att utföra

[1] H. B. Presser, Reports on Population/Family Planning, 1970.
[2] Pearls index, en formel som anger graviditetsfrekvensen på 100 kvinnor med 12 cykler per år.
[3] Population Report, 1973.

laparotomi. Skälet härtill var lokala blödningar. I ett fall uppstod hjärtstillestånd i inledningsskedet av laparskopin. Den totala komplikationsfrekvensen var 4,2 procent.

Vid colpotomi kan tillkomma skador på tarm och urinblåsa. Beroende på i vilket land undersökning utförts redovisas mycket varierande resultat. I Indien där denna metod ofta tillämpas redovisas de lägsta siffrorna (1,6–5,5 %) medan i många västeuropeiska och amerikanska undersökningar redovisas en frekvens av komplikationer på 3,3–13,3 %. Orsaken till de olika resultaten kan vara att finna i anatomiska skillnader hos kvinnorna i de olika länderna.

Beträffande övriga metoder förekommer självfallet också komplikationer. Med hänsyn till att de alls inte eller endast undantagsvis används i Sverige och att jämförelser är svåra att göra redovisas de ej här. Som redan nämnts kan konstateras att det stora flertalet komplikationer vid samtliga metoder för sterilisering är av mindre allvarlig art.

Riskerna för dödsfall är lättare att jämföra. För laparotomi, laparoskopi och colpotomi kan dödsfallsrisken uppskattas till mellan 20 och 30 fall per 100 000 ingrepp. Som jämförelse kan nämnas att dödsfallsriskerna vid abort beräknas till 3 per 100 000 före tolfte graviditetsveckan, 15–30 per 100 000 vid senare abort samt uppskattningsvis minst 100 per 100 000 vid illegal abort. Vid en sådan jämförelse bör erinras om att steriliseringsingreppet utförs en enda gång medan abortingreppet kan komma att upprepas. I detta sammanhang skall även nämnas att antalet barnaföderskor som avlider i samband med förlossning uppgick till 10 per 100 000 år 1970 (se även bilaga 1).

6.1.4 *Temporär sterilisering*

För att underlätta möjligheterna att efter steriliseringsingrepp återställa fortplantningsförmågan bedrivs försöksverksamhet med nya metoder. En av dessa går ut på att täppa till äggledarna med plastpluggar som lätt skall kunna avlägsnas. Metoden är långt ifrån färdigutvecklad och de problem som bl. a. återstår att lösa är hur man skall kunna förhindra att plastpluggarna inte spontant lossnar.

6.1.5 *Möjligheterna att återställa fortplantningsförmågan*

De nya metoder för sterilisering som innebär tilltäppning av äggledarna i stället för avskärning av dem torde kunna ge ökade möjligheter till återställande av fortplantningsförmågan. Dessa metoder har visserligen börjat tillämpas i vissa länder men de befinner sig, som redan framgått, alltjämt på utvecklingsstadiet. Samtidigt har emellertid framstegen inom kirurgin medfört ökade möjligheter till reoperation, när äggledarna skurits av.

När laparotomi utförs i Sverige avlägsnas i regel en viss del av de delar av äggledarna som är närmast livmodern. Detta ökar steriliseringsingreppets effektivitet men försvårar samtidigt möjligheterna till reoperation.

För att i dessa fall återställa fortplantningsförmågan krävs att reinplantation av äggledare sker. För att kunna utföra en sådan operation krävs öppning av buken.

I en litteratursammanställning (C R Garcia, USA) omfattande 1325 fall som reopererats återfick dock 29 % fortplantningsförmågan efter ett sådant ingrepp.

Även om de kirurgiska möjligheterna till framgångsrik reoperation ökat, måste det alltjämt anses som mycket ovisst om fortplantningsförmågan kan bli återställd. Av vissa undersökningar framgår att ett förvånansvärt stort antal reoperationer efter sterilisering lett till graviditet. Ett betydande antal utomkvedshavandeskap liksom en ökad frekvens av spontanaborter är dock en påtaglig realitet i dessa fall. Ett steriliserande ingrepp på kvinna bör därför idag av den som skall undergå ingreppet betraktas som ett definitivt upphävande av fortplantningsförmågan. Det är dock inte osannolikt att nya metoder i framtiden kan öka förutsättningarna för återställande av fortplantningsförmågan.

6.2 Sterilisering av man

Sterilisering av man är inordnad under andrologin, dvs läran om mannens speciella sjukdomar. Detta område faller närmast inom urologin, läran om diagnostik och behandling av sjukdomar i urinorganen och de manliga könsorganen. Även inom denna vetenskapsgren har utvecklats nya metoder för sterilisering och reoperation.

Eftersom sterilisering av män förekommit i så ringa utsträckning i Sverige, lämnas här en förhållandevis utförlig redogörelse.

6.2.1 *Metoder*

Sädescellerna utvecklas i testiklarna. Vid passagen utåt skall de först passera bitestikeln (epididymis). Denna är en lång, tunn, hopslingrad kanal, som ligger dikt an mot testikeln. Från bitestikeln förs sädeskropparna genom sädesledaren (vas deferens) till urinröret. Sädesledaren löper i sin första del genom pungen (scrotum) för att sedan passera ljumskkanalen (canalis inguinalis). Den sista delen går genom prostatakörteln och mynningen är belägen i bakre delen av urinröret. Sädesblåsornas utförsgångar mynnar i vas deferens. Den del av sädesledarna som utgör gemensam utförsgång kallas ductus ejaculatorius.

Vid steriliserande ingrepp avbryts genom operation eller på annat sätt passagen genom sädesledarna, varigenom transporten av sädesceller från testikeln till yttervärlden förhindras.

Säden (ejakulatet) består av tre komponenter nämligen den spermiehaltiga delen, som bildas i testiklarna samt sekret från prostatakörteln och från sädesblåsorna. Volymmässigt är tillförseln från testiklarna obetydlig, varför ejakulatets mängd efter ingrepp på sädesledarna förblir ungefär oförändrat. Den inre sekretoriska (endokrina) funktion i testiklarna påverkas ej och sexuallivet kan därför fortgå som före ingreppet.

Skillnaden blir bara att ejakulatet inte längre innehåller några sädeskroppar (spermier) och att befrukning aåledes ej kan äga rum.

Steriliserande ingrepp på man utförs genom enkel underbindning eller genom delning av sädesledarna eller genom att passagen på annat sätt förhindras.

Det vanligaste ingreppet är vasektomi, varvid sädesledaren skärs av. I regel avlägsnas också delar av den. Metoden beskrevs redan på 1830–talet av Sir Ashley Cooper. Den föll därefter i glömska tills man på slutet av 1800–talet började använda den vid behandling av prostatasjukdomar.

Flertalet operatörer frilägger strängarna vid övre delen av pungen genom två små separata snitt, men de kan också nås från ett gemensamt snitt i medellinjen.

I allmänhet utförs ingreppet under lokalbedövning. Lokalbedövning anses mest lämplig därför att

- patienten orsakas minst obehag och minst tidsförlust
- varken sjukhusvård eller användande av narkotisör krävs, vilket gör ingreppet mindre kostsamt
- ingreppets ringhet framhävs, vilket gör att de som avser att undergå det blir mindre avskräckta
- anestesirisk undviks (1 dödsfall under nedsövning har rapporterats från England)

Det finns dock erfarna urologer som rekommenderar att ingreppet utförs under narkos.

Tekniken vid vasektomi varierar. Metoderna har indelats i två grupper, nämligen dels en grupp, där man utgår från att resultatet skall bli definitivt och därför koncentrerar intresset på att göra ingreppet så radikalt som möjligt, dels en grupp där tekniken går ut på att i möjligaste mån skona vävnaderna för att därmed skapa bästa möjliga betingelser för en återförening av de avskurna sädesledarna, om det senare skulle bli aktuellt att försöka återställa dem. Man är dock allmänt ense om att enkel underbindning – alltså utan delning av sädesledarna – inte ger betryggande steriliseringseffekt.

Även om sädesledarna delats kan passagen spontant återbildas (rekanalisering). För att i möjligaste mån undvika att så sker avlägsnar vissa operatörer en betydande del av dem, vilket givetvis gör det svårare att sedan återställa förbindelsen. Andra sätt att försöka hindra rekanalisering är att binda över sädesledarna först sedan de kvarvarande delarna vikts tillbaka eller att fixera dem omlott. Om sädesledarnas slemhinna förstörs genom elektrokoagulation eller om stumparna försänks i olika vävnadslager minskar riskerna för rekanalisering ytterligare. Man kan också försänka stram bindväv (fascia) mellan de avskurna ändarna. För överbindning har olika material som catgut, bomull, silke eller nylon använts. Vissa kirurger föredrar att applicera metallklämmare av samma typ som bl. a. använts inom hjärnkirurgin.

Om man vill skapa bästa möjliga betingelser för ett återställande av sädesledarnas funktion skär man endast över sädesledarna eller avlägsnar blott en mindre del av dem. Man undviker att dela sädesledarna intill

bitestikeln, där betingelserna för en reoperation är sämre. Man kan nöja sig med att koagulera ändarna och täcka dem med fascia och således icke underbinda dem, då trådarna kan skära igenom väggen och på så sätt bereda väg för spermieläckage och öka risken för rekanalisering.

De små hudsnitten i pungen kan lämnas öppna, då huden i denna region lätt läker. De sluts emellertid i regel med ett eller ett par stygn. De opererade rekommenderas att bära suspensoir någon vecka efter ingreppet framförallt för att minska de subjektiva obehagen.

Den som genomgått ingreppet kan i regel återuppta sitt arbete efter en eller ett par dagar. Av en rapport från The Simon Population Trust framgår att mer än hälften av de patienter som opererats under lokalbedövning omedelbart återgått i arbetet. Av dem som opererats under nedsövning hade knappt en tredjedel kunnat göra detta. Endast 18 % var sjukskrivna mer än tre dagar. Resultaten från en steriliseringsklinik i Cardiff visar att 85 % av de opererade återgått till arbetet samma dag eller dagen efter operation. Av de i ett kanadensiskt material redovisade 3 200 män som genomgått vasektomi hade 25 % återgått till arbetet samma dag, men ytterligare nästan 50 % uppgav att de skulle ha kunnat göra det. I detta material hade endast knappt 3 % en konvalescenstid på mer än tre dygn.

Vasektomi är således att betrakta som en mindre operation. I rapporten från Cardiff-kliniken framhålls att kirurgisk erfarenhet är nödvändig för att garantera betryggande utförande, under det att erfarenheter från andra håll talar för att ingreppet kan utföras av kompetent allmänpraktiker eller t. o. m. av annan särskilt utbildad medicinsk personal.

6.2.2 *Ingreppens effektivitet*

Har vasektomiingreppet lyckats skall det leda till azoospermi, dvs. fullständig avsaknad av spermier i ejakulatet. Kvarstående spermiehalt kan ha flera förklaringar.

I det första ejakulatet efter vasektomi finns alltid spermier beroende på uttömning av sädeskroppar som vid tidpunkten för ingreppet redan passerat operationsstället och upplagrats i de bortre delarna av sädesledarna och i sädesblåsorna. I ett normalt ejakulat kommer 60–70 % av spermierna från bitestikeln och närmast liggande delen av vas medan 30–40 % finns på andra sidan området för ingreppet. Antalet spermier minskar sedan i varje ejakulat, medan mängden ejakulat förblir ungefär densamma, då spermierna bara utgör ca 5 % av ejakulatorvolymen.

Uppgifterna om hur lång tid som bör förflyta innan mannen kan anses steril varierar. En noggrant genomförd studie finns publicerad av Freund och Davis[1]. Spermaprov från 13 friska män analyserades före operation. Mängden av spermier minskade snabbt efter operationen. På basen av denna undersökning kan den slutsatsen dras, att tidsfaktorn ej är den

[1] Fertil steril 20: 163, 1969.

väsentliga men att minst 10 ejakulat måste avges innan man kan vänta sig ett negativt prov.

I allmänhet inträder spermiefrihet efter ett par månader. Inte sällan följs ett negativt prov av ett positivt. I ett amerikanskt material omfattande 900 patienter var 46 % spermiefria efter fyra veckor och 88,5 % efter åtta veckor. Efter 16 veckor hade siffran stigit till 99,5 %. I allmänhet torde man anse att det från praktisk synpunkt är lämpligt att mannen lämnar ett första spermaprov för kontroll efter ca en månad och att annan preventivmetod tillämpas till dess två prover befunnits vara negativa. Det finns dock de som rekommenderar två månaders intervall och minst 15 ejakulationer före första provtagningen och sedan kontroll varannan vecka. Andra fordrar tre negativa prover innan en patient förklaras steril. Det står fullt klart att en spermiehalt långt under det normala kan leda till graviditet.

Om ejakulatet alltjämt innehåller spermier efter ett par månader kan detta ha ett flertal orsaker. Det är ytterst sällsynt med dubbla sädesledare på en sida och fråga är om det någonsin förekommit att kvarstående spermiehalt berott på att en övertalig sädesgång ej delats. Däremot förekommer det att även vana kirurger av misstag icke delat sädesledarna utan någon av de andra strängformade bildningar som tillsammans med vas deferens passerar ljumskkanalen. Så kan t. ex. en artär vara förhållandevis lik sädesledarna. För att gardera sig emot ett misstag av detta slag rekommenderas att alltid åtminstone en liten del av sädesledarna avlägsnas för histologisk kontrollundersökning. Om så anses lämpligt kan preparaten bevaras och undersökas först om det fortsatta förloppet visar att ingreppet ej lett till sterilitet.

Särskilt om vasektomi utförs med den teknik som syftar till att i möjligaste mån underlätta ett eventuellt återställande av passagen kan risk, såsom tidigare framhållits, föreligga för att förbindelsen spontant återställs. I sällsynta fall kan så ske vid en tidpunkt då ejakulatet bevisligen varit spermiefritt under någon tid. Orsaken till rekanalisering kan vara att underbindningen glider eller skär igenom, vilket möjliggör spermieläckage, och att slemhinneepitel växer ut och bildar ett gångsystem som genomtränger den mellan vasstumparna uppkomna ärrvävnaden.

Det är svårt att ur tillgänglig statistik utläsa hur stor risken är att ingreppet icke ger önskvärt resultat. I ett amerikanskt material hade endast 16 av 1 600 opererade positiva spermaprov efter sex månader och i ett annat uppges rekanalisering ha inträtt i åtta av 1000 fall. I det kanadensiska materialet omfattande 3 200 ingrepp finns två fall beskrivna, där rekanalisering inträtt efter en period av spermiefrihet och ytterligare två fall, där mannen blivit steril först efter förnyat ingrepp. En analys av 3 413 vasektomier utförda i Korea visar att spontan återläkning inträtt i 1,1 % av fallen. I rapporten från The Population Council and The International Institute for the Study of Human Reproduction finns en jämförande sammanställning av resultaten från Indien, Pakistan och USA, där frekvensen misslyckanden växlar mellan 0,3 och 4,1 %. Vid de s. k. reversibla operationsmetoderna, som ger ökade möjligheter till att

återställa sädesledarnas funktion, föreligger större risk för att ingreppet icke leder till totalt upphävande av fortplantningsförmågan.

Görs regelbundna spermakontroller till dess att sterilitet konstaterats i två prover och andra antikonceptionella medel används till dess fullständig sterilitet konstaterats, torde risken för oönskade graviditeter vara ytterst liten.

Det kan vara lämpligt att uppmärksamma dem som undergår vasektomi på att rekanalisering kan äga rum i sällsynta undantagsfall, men en alltför stark betoning av denna risk torde endast skapa onödig oro och motverka ingreppets syfte.

6.2.3 *Komplikationer*

Av rapporten från The Simon Population Trust framgår att två tredjedelar av patienterna inte haft några obehag i anslutning till ingreppet. I de fall besvär förelegat hade de i allmänhet varit obetydliga i form av måttlig svullnad, lokal ömhet inom operationsområdet eller lätta, övergående smärtor. Stockningen av testikelsekret framför ombindningen av sädesledarna kan förorsaka spänningskänsla och obehag särskilt i samband med ejakulation. Dessa erfarenheter överensstämmer med redovisningar från andra kliniker.

Den vanligaste operativa komplikation man har att räkna med är blödning. Intill sädesgången går blodkärlen till testikeln och en skada på kärl – särskilt om ingreppet utförs under lokalbedövning som leder till en övergående sammandragning av kärlen – kan förbises. Blödning kan också uppkomma genom glidning av en underbindning. Vid noggrann och omsorgsfull blodstillning är efterblödning dock sällsynt. Vid kraftigare blödning sprids blodet i den luckra vävnaden i pungen och kan då ge upphov till betydande hämatom. Mindre blodsamlingar går tillbaka spontant, men vid större kan det vara motiverat att genom operation avlägsna ansamlade blodlevrarna. Större hämatom kan, anser någraa, bäst undvikas om patienten hålls sovande några timmar efter ingreppet. Detta kan utgöra skäl att inte låta patienterna gå hem redan operationsdagen. De flesta operatörer torde dock anse att risken för uppkomsten av hämatom inte torde minska i nämnvärd grad genom att ordinera sängläge efter operationen och att det endast under särskilda omständigheter, såsom vid blödarsjuka eller särskilt lång och besvärlig hemresa, är motiverat att lägga in patienten på sjukhus.

Av redovisningen av det kanadensiska materialet framgår att hämatom hade utvecklats i fyra procent av de 3 200 vasektomierna. Med stigande erfarenhet hade denna komplikation emellertid blivit alltmer sällsynt och i samband med de 940 senaste ingreppen hade inte ett enda fall av blödning inträffat. Av andra redogörelser, bl. a. en översiktrapport från The Population Council and The International Institute for The Study of Human Reproduction framgår att blödning är en förhållandevis sällsynt komplikation.

Liksom vid alla andra operationer måste man vid vasektomi räkna med möjlighet av tillstötande infektion. Denna är dock i regel lindrig och

förlänger då endast obetydligt läkningsförloppet. Under olyckliga förhållanden kan emellertid spridning ske som tvingar till förnyade ingrepp och som kan förorsaka lång tids sjukskrivning. Infektion uppträdde i det kanadensiska materialet i 6 %. I rapporten från The Simon Population Trust anges att 13 av drygt 1000 opererade erhållit infektion i såret. I andra redogörelser redovisas än lägre siffror.

Det finns enstaka fall beskrivna, där det efter en vasektomi uppkommit en infektion i bitestikeln (epididymit). Detta kan vara ett besvärande tillstånd förenat med betydande svullnad av pungen, ömhet och smärtor. Epididymit kan kräva lång tids behandling. I regel torde det i dessa fall redan vid tidpunkten för ingreppet ha förelegat en infektion i de avförande sädesgångarna och prostata, vilken efter ingreppet flammat upp, då dränagen från bitestikeln utåt genom ingreppet omöjliggjorts.

6.2.4 *Temporär sterilisering*

Intresset har under senare år inte bara inriktats på att försöka utföra det primära ingreppet så, att en eventuell senare operation i syfte att återställa de anatomiska förhållandena underlättas, utan också på att utarbeta metoder, som möjliggör att sädesgångarna avstängs endast under viss reglerbar tid. Slutmålet är här således att försöka åstadkomma verklig reversibilitet, dvs. möjlighet att allt efter önskemål öppna eller sluta passagen genom sädesledarna.

Den mest utprövade metoden är att man i sädesledaren inför en plugg, som lätt åter kan avlägsnas. I engelskspråkig litteratur kallas anordningen "Intravasal device, IVD". Anordningen består av en tråd överdragen med silikon eller av annat material. Tråden införes i sädesgången och förankras så, att den blir kvarliggande på inplantationsstället. Tekniken går ut på att läkaren vid ett senare tillfälle utan större svårighet åter skall kunna avlägsna tråden. Förhållandevis omfattande försök har gjorts i Korea först på djur och sedan också på människor. Av 216 män hade 195 inga eller färre än 7 milj. sädeskroppar per ml efter inplantationen, men sex hade mer än 30 milj. Efter avlägsnande av tråden hade fyra av åtta män i genomsnitt 54 milj. livsdugliga sädeskroppar per ml. En senare redogörelse för ett något större material där tråden avlägsnats hos 20 av 350 opererade män efter omkring 6 månader visar att livsdugliga spermier förekom en månad efter avlägsnandet i 17 av de 20 fallen. I två av de övriga skars sädesgången av vid försöket att avlägsna tråden. I det tredje förelåg ärrvävnad runt det inlagda materialet.

Andra försök med en liknande teknik omfattande 10 fall som följts i 4–36 veckor visar att en betydande eller måttlig reduktion av spermiehalten uppnåtts. Trots att försökspersonerna fortsatte med normalt sexualliv inträdde ingen graviditet och detta ansågs sannolikt bero på att den inlagda tråden ändrat spermiernas livsbetingelser.

Vid försök med hundar har en tantalumklämmare placerats på ledarna utan att dela dem. Försöken visade att det var nödvändigt att sätta två klämmor på varje sädesgång för att erhålla spermiefrihet. En klämmare var sålunda icke tillräckligt. Efter avlägsnande av klämmorna kunde

spermier åter påvisas i ejakulatet från två av tre försökshundar.

Ytterligare en försöksmetodik bör omnämnas. Metoden består i att man i vardera vas inplanterar ett T-format rör utfört av guld och rostfritt stål och försett med en mikrovalvel. Tanken är att valveln av läkare skall kunna inställas så, att den antingen tillåter passage eller ej. Enligt en preliminär rapport har T-tuben, som går under beteckningen Phaser, utprovats på marsvin och hittills preliminärt prövats på 30 frivilliga försökspersoner.

Samtliga här beskrivna metoder befinner sig på försöksstadiet.

6.2.5 *Möjligheterna att återställa fortplantningsförmågan (reanastomosering)*

En väsentlig fråga är i vilken utsträckning det är möjligt att återställa kontinuiteten i vas efter företagen vasektomi. Det mest effektiva ingreppet, dvs. då en betydande del av sädesledarna avlägsnats, gör det svårare att återförena ändarna. Vid operationen, som kallas vasovasostomi, avlägsnas ärrvävnaden, vasstumparna fräschas upp och sutureringen sker på grund av gångens finhet lämpligen med hjälp av operationsmikroskop. Tekniken varierar något. Ingreppet bör reserveras för ett fåtal specialister, som kan skaffa sig stor erfarenhet och som bör beredas möjlighet att noga följa upp resultaten. I Sverige finns ingen större erfarenhet av ingrepp av denna art.

Hulka och Davis[1] har gjort en tabellarisk sammanställning av 13 olika serier från åren 1937–1970 omfattande i allt 705 operationer. I 423 av dessa – motsvarande 60 % – hade spermier efter ingreppet kunnat påvisas i ejakulatet. Antalet uppkomna graviditeter redovisas endast i 7 av serierna. Dessa omfattar tillsammans 136 fall med 60 graviditeter motsvarande 44 %. Detta material domineras helt av en indisk sammanställning, i vilken en redogörelse lämnas för 76 operationer följda av 42 graviditeter. Av dessa ingrepp hade 50 utförts 1–5 år, 17 6–10 år och 9 11–16 år efter vasektomin. I sammanställningen ingår icke ett material sammanställt av Lee[2]. Dennes material omfattar 120 reanastomoser – i 97 fall kunde spermier påvisas efter operation och 25 följdes av graviditet. I råd till sökande i USA anges att reanastomosering lyckas i mellan 30–50 %. Coffey anser att en jämförelse av uppgifter från många källor tyder på att resultatet blir lyckat – om man därmed menar efterföljande graviditet – i 30 procent och att den låga frekvensen är ett faktum trots att relativt normal sperma inte sällan påvisas i ett stort antal av fallen.

Att de reella resultaten inte blir bättre beror inte på svårigheten att åstadkomma en fullgod anastomos utan också på andra faktorer, såsom mannens stigande ålder, fertiliteten hos partnern etc. I vissa fall har spermaprov ej analyserats före vasektomin och man kan då inte utesluta

[1] Fertil steril 23: 683, 1972.
[2] Contraception 5: 327, 1972.

att mannen haft nedsatt fertilitet redan vid tidpunkten för ingreppet. Men även lokala komplikationer torde spela in. Efter vasektomi uppkommer ansamling av sperma bakom hindret och gången kan förete betydande vidgning med förtunning av väggen. I vilken utsträckning detta beror på trycket av det uppdämda innehållet eller på en avslappning av väggmuskulaturen till följd av nervskada är ej utrett. I bitestikeln kan ansamlingen bli betydande och förorsaka bristning av väggen med läckage av spermahaltig vätska till den omgivande vävnaden. Detta ger i sin tur upphov till en inflammatorisk vävnadsreaktion (granulom) som kan försvåra eller fullständigt upphäva passagen genom bitestikeln. Att återställa normalt flöde under sådana förhållanden är ytterligt vanskligt eller omöjligt. Vid friläggning av sädesledarna kan också nerv- och kärlförsörjning till sädesgången skadas och möjligen menligt inverka på de rytmiska muskelkontraktioner, som är en förutsättning för effektiv sädestömning i samband med ejakulation.

Det har framhållits att eftersom så förhållandevis få graviditeter rapporteras efter anastomosering är det riktigast att tillstå att man inte vet om längre tids avstängning leder till testikelskada eller ej. Inga undersökningar finns emellertid redovisade om sådana skador. Det är icke klarlagt om spermieproduktion fortsätter och alstrade spermier sugs upp i bitestiklarna eller om produktionen hämmas och kanske sedan icke kan nå fertil nivå, även om hindret för flödet undanröjs.

I en artikel[1] redovisas en serie av 58 män med avstängda spermievägar. Alla hade före vasektomin företett spermaprov som låg inom normala gränser. Prov från testiklarna tagna upp till 17 år efter ingreppet visade icke något anmärkningsvärt. Det anges att man inte sällan finner abnorma spermier omedelbart efter vasovasostomi, men att dessa gradvis ersätts av spermier med normalt utseende och normal rörlighet.

Trots relativt lovande försök – liksom vid steriliserande ingrepp på kvinna – måste än så länge de idag tillämpade metoderna för vasektomi betraktas som ett definitivt upphävande av fortplantningsförmågan. Detta har föranlett en del män i USA att före vasektomi låta frysa ned sperma för att användas vid en eventuell framtida önskan om barn. Möjligheterna att med sådan sperma kunna åstadkomma befruktning synes dock vara begränsade.

6.3. Preventivmedel

Av redogörelserna i avsnitten 6.1 och 6.2 framgår att sterilisering alltjämt måste betraktas som ett ingrepp vilket definitivt upphäver fortplantningsförmågan. När man skall bedöma i vad mån sterilisering bör anlitas för födelsekontroll är det därför angeläget att söka kartlägga vilka möjligheter härvidlag preventivmedlen erbjuder och kan väntas ge.

[1] Reversible Male Sterilization; Contraception 5: 327, 1972.

6.3.1 *Preventivmedlen och deras effekt*

Till de s. k. naturliga preventivmetoderna hör avbrutet samlag och samlag under de s. k. säkra perioderna. Även under den period en kvinna ammar är ofta hennes fertilitet nedsatt.

De preventivmedel som f. n. används är huvudsakligen av följande slag

- kondom (det enda medlet för män)
- pessar (mekaniskt verksamt, en kvinnlig motsvarighet till kondom; oftast använt tillsammans med salva och har både mekanisk och kemisk skyddseffekt)
- kemiska medel (skum, salvor och vagitorier används dels enbart, dels tillsammans med pessar)
- intrauterina medel (– livmoderinlägg – s. k. spiral av plast med eller utan koppartillsats)
- hormonella medel (p-piller)

Kondom, som alltså t. v. är det enda preventivmedlet för män, ger, rätt använd, tämligen god säkerhet. Den har fördelen av att vara det enda preventivmedlet som kan skydda mot gonorré.

Pessaret var tidigare ett mycket vanligt preventivmedel men har numera alltmer ersatts av p-piller och spiraler. Dess tillförlitlighet kan betraktas som relativt god. Användningen av pessar medför 10–20 graviditeter per 100 kvinnoår. I grupper av väl motiverade kvinnor som använder pessar som skyddsmetod kan antalet graviditeter nedbringas ytterligare, särskilt om pessaret kombineras med användningen av skum eller salva.

Pessaret måste provas in av läkare, barnmorska eller sjuksköterska. Det måste anbringas före samlaget och bör inte tas ut förrän sex–åtta timmar efter. Nytt pessar måste provas in efter förlossning eller underlivsoperation. Vid vissa förändringar i slidan kan pessar ej användas. Pessaret medför inga biverkningar.

Kemiska medel i form av skum, salvor och vagitorier beräknas ge ett visst skydd (20 graviditeter per 100 kvinnoår) om de används separat och ej tillsammans med pessar. De är receptfria. De måste införas omedelbart före samlaget, vilket – liksom användningen av pessaret – anses störande av en del. De kemiska medlen har normalt inga biverkningar.

Spiraler av olika typer ger en större säkerhet än pessar men leder ändock till 1–3 graviditeter per 100 kvinnoår. Den kontraceptiva effekten hos spiraler kan förstärkas genom tillsats av koppar eller hormon. Försök pågår med spiraler försedda med steroidhormonet progesteron. Användningen av kopparspiral leder till endast 0,6–2 graviditeter per 100 kvinnoår. Motsvarande frekvens för plastspiral är 2–3. De måste provas in av läkare eller barnmorska. Pastspiral kan till skillnad från kopparspiral inte användas av kvinnor som ej fött barn. Detta beror på att plastspiralen är större än koppar- och progesteronspiralerna. Kopparspiralen måste bytas ut då kopparn till stor del lösts ut. Utbytet behöver i vissa fall ej ske förrän efter 2–3 år. Däremot vållar de åtminstone inledningsvis ofta oregelbundna blödningar och ökade men-

struationer, emellanåt också smärtor. Hos en del kvinnor stöts dessutom spiralen ut. WHO har rekommenderat kvinnor som använder spiral att – om tillfälle ges – låta undersöka sig en gång årligen samtidigt med cytologprov.

P-piller (orala steroidhormoner) började första gången användas 1956. Många av de p-piller som därefter använts har på grund av biverkningar dragits in och ersatts av andra. De flesta som nu används är av kombinationstyp och har betydligt lägre hormonmängd än de ursprungliga. Minipiller som endast innehåller ett slags hormon har mindre allmän hormonverkan än övriga p-piller. Den största säkerheten uppnås med piller som innehåller en kombination av två slags kvinnligt hormon. P-pillren påverkar hypofysen och därigenom äggstockarna och/eller livmodern så att äggavlossning uteblir eller ägget ej kan fastna i livmoderns slemhinna.

Samtliga p-piller är receptbelagda och bör innan de ordineras föregås av en ordentlig läkarkontroll.

Fördelarna med p-piller av kombinationstyp är att de ger så gott som fullständig säkerhet (0,1–0,7 graviditeter per 100 kvinnoår). Minipillrens tillförlitlighet är något lägre än kombinationspillrens (2–5) graviditeter per 100 kvinnoår). Beträffande samtliga p-piller krävs att de intas regelbundet. P-pillren är att betrakta som en bekväm preventivmetod.

P-piller kan på grund av sina biverkningar inte användas av alla kvinnor. Bland de biverkningar som rapporterats hos olika kvinnor kan nämnas oregelbundna eller upphörda menstruationer, viktökning, huvudvärk och illamående, förhöjning av blodtryck och blodsocker, gulsot på grund av leverpåverkan, bestående ofruktsamhet samt blodpropp, undantagsvis med dödlig utgång. Dessutom har vid djurförsök framkomna risker för cancer diskuterats. Det har dock ej kunnat styrkas att sådana risker föreligger för människa. Omfattningen av biverkningar varierar men de subjektiva är oftast av övergående natur. Det är hittills endast en minoritet som drabbas av dem. I Kina där 10 miljoner kvinnor använder p-piller lär man ha funnit en låg biverkningsfrekvens. Detta kan bero på att de kinesiska kvinnorna regelmässigt tar p-piller på kvällen och att de s. a. s. sover bort biverkningarna.

Vid bedömning av frågan om biverkningar får man här – liksom i andra sammanhang – inte bortse från den psykologiska effekt som p-pillren har på dem som tar dem, beroende på attityder och värderingar både hos dem själva och den ordinerande läkaren. Av betydelse är också annan information, t. ex. den som förmedlas av massmedia.

Den utbredda användningen av p-piller under de senaste 15 åren borde ha möjliggjort en mer exakt kartläggning av biverkningarna. Det finns dock fortfarande stort behov av att mera exakt än hittills utvärdera biverkningarna. Det är få kvinnor som under en så lång period använt en och samma typ av p-piller, särskilt som de som använder p-piller bör rekommenderas att variera preventivmedel. De kvinnor som fortlöpande använder p-piller bör årligen undergå läkarkontroll.

Man experimenterar också med ett s. k. veckopiller, som man behöver ta endast vid veckoslutet. Det har testats och då visat sig inte ge

tillfredsställande säkerhet. I USA förekommer ett månadspiller, som är av steroid typ. Månadspillret har visat sig ge en relativt hög graviditetsfrekvens förutom biverkningar.

Det bedrivs även försök med "årspiller" som placeras som en årsdos av p-pillersubstans i en kapsel under huden. Från kapseln utsöndras en konstant mängd av ämnet per dag.

Försök bedrivs också med olika hormonella injektionspreparat. De har verkan under omkring 90 dagar eller mera. Problemet med dem är att de måste ges i så stora doser som framkallar biverkningar. Ofta uppkommer onormal menstruation. Blödningsriskerna kan vara allvarliga. Dessutom kan de leda till bestående ofruktsamhet och dessa preparat bör därför ej användas på andra än de som ej avser att skaffa fler barn.

Experiment bedrivs också med olika abortframkallande medel, t. ex. prostaglandiner eller olika växtextrakt. Dessa medel avbryter graviditet men har än så länge störande biverkningar. De abortframkallande medlen räknas inte till preventivmedlen utan omfattas av den antagna nya abortlagen.

För män finns ännu så länge inga andra preventivmedel än den förut nämnda kondomen. WHO bedriver intensiv försöksverksamhet med p-piller för män. Avsikten är att med dessa piller hämma produktionen av sädesceller eller att förhindra dem att befrukta ägg. Försöken har dock ibland medfört störningar i könsdriften. Försök pågår nu med olika slag av steroider.

För den omfattande forskningen som bedrivs världen över för att förbättra gängse preventivmetoder och få fram helt nya preventivmedel svarar dels läkemedelsindustrin, som f. n. satsar ca 45 milj dollar, dels forskningsråden i skilda länder som satsar ungefär lika mycket. Under de senaste tio åren har forskning för sammanlagt ca 100 milj dollar bekostats på privat väg. De nordiska länderna medverkar bl. a. i globala projekt genom WHO.

Det behövs en utvecklingsperiod av omkring tio år för att få fram ett nytt preventivmedel och den genomsnittliga kostnaden härför beräknas till tio milj dollar. Detta beror på att det behövs långvariga och kostsamma toxicitetsprövningar på flera djurslag innan preparaten kan tillföras människan. Krav på ökade försiktighetsåtgärder, brist på forskare, försämrad lönsamhet för industrin samt begränsade ekonomiska resurser för forskningen väntas leda till att utvecklingen framöver kommer att gå väsentligt långsammare.

Man kan inte räkna med att det inom överskådlig tid kommer att finnas något idealiskt preventivmedel, vare sig för kvinna eller man. De medel som finns nu erbjuder dock i och för sig relativt goda möjligheter att hindra icke önskade graviditeter. Klart är emellertid att en del kvinnor av olika skäl inte kan eller bör använda de mest effektiva medlen.

Av särskild betydelse för preventivmedlens roll är de enskilda individernas benägenhet och förmåga att använda dem. Abortkommittén anförde i sitt betänkande (SOU 1971: 58) härom:

Hur pass effektivt skydd den ena eller andra preventivmetoden kan ge den enskilde är emellertid i hög grad individuellt och beror på en rad

olika faktorer – den sociala och kulturella bakgrunden, anatomi, fysiologi, sexualvanor, den aktuella samlevnadssituationen osv. Tillförlitligheten av en preventivmetod är m. a. o. beroende först och främst av *hur pass väl metoden accepteras av och är lämpad för individen.*

Preventivmedlen kan ge en viss skyddseffekt, men kan inte alltid rekommenderas dem som kräver mycket stor säkerhet.

6.4 Ärftliga sjukdomar och defekter som skäl för sterilisering

Enligt nu gällande lagstiftning kan sterilisering utföras på "eugenisk indikation". Denna indikation tillämpas dock endast i ringa utsträckning. Under 1973 gavs tillstånd på eugenisk indikation i 32 fall av sammanlagt 1794 ansökningar, varav 1772 beviljades.

Begreppet eugenisk (eugenik=rashygien) används i dag inte särskilt mycket i fackkretsar. Det innehåller en värdering som omfattar en "förbättring" av befolkningens genetiska sammansättning. Begreppet eugenisk kan med fördel bytas ut mot "genetisk". Sterilisering av ett fåtal individer på grund av att de har ökad risk att få barn med en ärftligt betingad sjukdom påverkar knappast den genetiska sammansättningen av befolkningen i någon större utsträckning vid jämförelse med effekten av den allmänna utvecklingen inom social- och sjukvården utan avser närmast att underlätta situationen för den enskilde individen och hans familj. Genetisk indikation skulle då betyda att det föreligger en ökad risk för att ett kommande barn skall få en genetiskt betingad sjukdom.

I det följande skall ges en kort sammanfattning av den riskberäkning som kan göras beroende på vilken ärftlighetsmekanism en sjukdom har.

6.4.1 *Förekomsten av genetiskt betingade sjukdomar*

Man känner i dag till drygt 1800 ärftliga sjukdomar, defekter och utvecklingsrubbningar. För cirka 800 av dessa har ärftlighetsmekanismen kunnat preciseras. För de resterande cirka 1000 tillstånden vet man att ärftliga faktorer spelar en roll, men den exakta ärftlighetsmekanismen har ännu inte kunnat klarläggas. De ärftliga sjukdomarna uppvisar en mycket varierande klinisk bild. Alla organsystem kan drabbas, och sjukdomarna återfinns därför också inom snart sagt alla kliniska ämnesområden. Svårighetsgraden varierar starkt. Vissa av sjukdomarna är dödliga medan andra är relativt harmlösa. Flertalet tillstånd är därför av naturliga skäl mycket sällsynta, men genetiska faktorer spelar även en betydelsefull roll för uppkomsten av relativt vanliga sjukdomar som till exempel sockersjuka, högt blodtryck och allergier. Många av de ärftliga sjukdomarna är medfödda. Debutåldern kan emellertid variera avsevärt. Vissa av dem ger sig inte till känna förrän kanske i 30–60-årsåldern, då den som får sjukdomen i regel redan har skaffat sig barn.

När det uppdagas att någon i en familj har en genetiskt betingad sjukdom uppstår frågan hur stor risk syskon, barn och kanske också andra släktingar har att få samma sjukdom. Denna risk varierar beroende

på vilken nedärvningsmekanism sjukdomen har. Man kan skilja på tre huvudgrupper av ärftlighetsmekanismer: kromosomrubbningar, monogen nedärvning och polygen nedärvning.

6.4.2 *Kromosomrubbningar*

Man brukar indela människans 46 normala kromosomer i 22 par autosomer (icke könskromosomer) och ett par könskromosomer. Den normala kvinnan har två s. k. X kromosomer (46,XX) medan mannen har en X och en Y kromosom (46,XY). Kromosomrubbningar kan vara medfödda eller förvärvade. De förvärvade kromosomrubbningarna förekommer framförallt i tumörceller och nedärvs inte och kan därför bortses ifrån i detta sammanhang.

Cirka 0,5 procent av alla nyfödda barn och 50 % av alla spontana missfall under de fyra första graviditetsmånaderna har en kromosomavvikelse. Indikationerna för en kromosomanalys är relativt vida och kan sammanfattas enligt följande:

Flera missbildningar i förening med psykisk utvecklingsrubbning.

- psykisk utvecklingsstörning utan känd orsak
- somatisk intersexualitet (missbildade genitalorgan)
- litenhet hos flickor (Turners syndrom)
- hypogonadism (primär amenorré, i vissa fall även sekundär amenorré, underutvecklade könskörtlar, som leder till försenad könsmognad)
- barnlöshet
- upprepade missfall och/eller dödfödda barn.

De medfödda kromosomrubbningarna kan vara numeriska eller strukturella, och beräkningen av återupprepningsrisken blir olika beroende på vilken typ av rubbning som föreligger.

För närvarande känner man till fyra olika syndrom (missbildningstillstånd) som orsakas av extra autosomer, kromosomerna 8, 13, 18 och 21. Dessa syndrom är alla förenade med olika missbildningar och med psykisk utvecklingsstörning. Enstaka fall med andra, extra autosomer har också beskrivits, men ej med säkerhet några där en hel autosom saknats.

Extra könskromosomer är förhållandevis vanliga. Så finner man till exempel en extra X kromosom (47,XXX)hos cirka 1,5 °/₀₀ av alla nyfödda flickor och 2°/₀₀ av alla nyfödda pojkar (47,XXY). Man kan även finna fall med två, tre eller fyra övertaliga X kromosomer. Cirka 1,5 °/₀₀ av alla nyfödda pojkar har en övertalig Y kromosom (47,XYY). Samtliga dessa tillstånd är vanligen men dock ej alltid förenade med viss grad av utvecklingsstörning och nedsatt fertilitet. I vissa fall med könskromosomavvikelser finner man missbildade könsorgan. Endast ett tillstånd är känt där en hel könskromosom saknas. Detta tillstånd, Turners syndrom, förekommer hos kortvuxna flickor med ofullständigt utvecklade äggstockar. Den psykiska utvecklingen är i regel normal i dessa fall.

De numeriska kromosomförändringarna är nästan aldrig familjära, men

moderns ålder vid befruktningen är av betydelse för uppkomsten av många av dem. Ju äldre moder, desto högre risk. Risken ökar exponentiellt och är mest markant över 40 års ålder. Den största effekten av moderns ålder har rapporterats för mongolism (en extra kromosom 21), och man kan räkna med att en kvinna i 40–45 års åldern i medeltal har cirka 1–3 % risk att få ett barn med en sådan kromosomförändring.

Om det fötts ett barn med en extra kromosom 21 så är risken att kommande syskon skall få samma kromosomavvikelse ca 1 %. Man måste dock alltid ta hänsyn till moderns ålder. I enstaka fall kan någon av föräldrarna ha en blandning av celler med olika kromosomantal (kromosomal mosaicism) och därigenom en ökad risk att få flera barn med samma kromosomförändring. En kromosomanalys av föräldrarna är därför påkallad vid numeriska autosomala avvikelser när man avser att skaffa sig fler barn.

De strukturella kromosomavvikelserna utgörs framför allt av utbyte av material mellan olika kromosomer (translokationer) men även av förlust av kromosommaterial (deletioner) eller ändrat läge av kromosommaterial inom en kromosom (inversioner och insertioner). Möjligheterna att mer exakt kunna identifiera dessa avvikelser är i dag avsevärt större än bara för ett par år sedan beroende på utvecklingen av metoder för analys av ett för varje kromosom specifikt bandmönster.

En strukturell kromosomförändring kan vara balanserad eller obalanserad. Att förändringen är balanserad innebär att det totalt sett varken förlorats eller tillförts något kromosommaterial. Individens egen hälsa påverkas då inte av förändringen. Däremot har sådana så kallade bärare av strukturella kromosomförändringar ofta en ökad risk att få en avkomma med samma förändring fast i obalanserad form, dvs. en viss mängd kromosommaterial har dubblerats och/eller förlorats. På grund härav har dessa bärare en ökad risk att få missfall och/eller missbildade och utvecklingsstörda barn.

I en stor del av de fall där ett barn visar sig ha en obalanserad strukturell kromosomavvikelse har föräldrarna en normal kromosomuppsättning. I dessa fall föreligger det inte någon ökad återupprepningsrisk. Barnets kromosomförändring antas då ha uppkommit i en enstaka av någon av föräldrarnas könsceller.

Vid de familjära strukturella kromosomavvikelserna är det ofta omöjligt att göra en säker riskberäkning. De flesta avvikelserna är unika, och återupprepningsriskerna varierar (från i det närmaste 0 till 100 %) beroende på vilken eller vilka kromosomer och kromosomsegment som är engagerade. Teoretiskt kan det vid till exempel en translokation bildas inte mindre än 36 kromosomalt olika könsceller. Endast en av dessa är helt normal, och en är balanserad. Alla de övriga är obalanserade. Tyvärr bildas dessa könsceller i proportioner som varierar från translokation till translokation.

Återupprepningsrisken vid strukturella kromosomavvikelser är oberoende av vilken partner vederbörande bärare har, förutsatt naturligtvis att partnern har en normal kromosomuppsättning.

6.4.3 *Monogen nedärvning*

Monogen nedärvning kan indelas i autosomalt dominant, autosomalt recessiv och X-bunden nedärvning. Vid autosomal nedärvning är anlagen belägna på en autosom och könen påverkas då i regel lika. Vid X-bunden nedärvning (dominant eller recessiv) är anlagen belägna på X kromosomen och könen drabbas då i regel mycket olika. Några Y-bundna sjukdomar känner man för närvarande inte till.

Det finns flera hundra kända sjukdomar som orsakas av autosomalt dominanta gener. Beräkningen av återupprepningsrisken för dessa sjukdomar är i regel lätt, i synnerhet om det finns flera tidigare fall kända i släkten. Varje barn till en individ som har en autosomalt dominant sjukdom löper 50 % risk att få samma sjukdom. När två friska föräldrar fått ett barn med en autosomalt dominant sjukdom är situationen mer svårbestämbar. Flera alternativa tolkningar är då möjliga; det kan röra sig om ett recessivt ärftligt tillstånd med likartad sjukdomsbild; en av föräldrarna kan trots allt vara bärare av den dominanta genen men frisk på grund av att genen har nedsatt genomslagskraft, dvs. när anlaget finns utan att individen uppvisar några sjukdomssymtom; det kan röra sig om en nymutation; och det kan finnas en stor grupp av muterade könsceller hos någon av föräldrarna. Känner man tidigare inte till någon recessiv form och brukar genomslagskraften vara fullständig får man i praktiken räkna med att det rör sig om en nymutation. Risken för kommande syskon till en sjuk individ är då försumbar, medan vardera av individens egna kommande barn har 50 % risk att bli sjukt. Bland de autosomalt dominanta sjukdomarna finns den ur genetisk rådgivningssynvinkel mest besvärliga gruppen, nämligen allvarliga sjukdomar med sen debut (t. ex. Huntingtons chorea). Sådana sjukdomar debuterar ofta när patienten för länge sedan fått barn. Varje barn har då 50 % risk att senare få samma sjukdom och i sin tur föra anlaget vidare.

Svårigheterna vad gäller riskberäkning vid autosomalt dominant nedärvning uppstår framör allt när ett sjukdomsanlag har nedsatt genomslagskraft. Man kan i sådana fall vara frisk och ändå överföra sjukdomen till avkomman. Riksberäkningarna kan här bli mycket komplicerade, och riskerna kan variera alltifrån 0–50,% beroende på hur kraftigt genomslagskraften är nedsatt och vilken släkting till en sjuk individ som risken beräknas för.

Vid dominant nedärvning påverkas riskerna i regel ej av ett eventuellt byte av partner.

Ett specialfall vad gäller riskberäkning uppstår när två individer med samma dominanta sjukdom vill skaffa sig barn. Risken för varje barn att få sjukdomen är då högre (75 %) än om bara den ena föräldern är sjuk (50 %). Denna situation är självfallet mycket sällsynt eftersom varje enskild sjukdom oftast är mycket sällsynt. Den kan dock inträffa i de fall individer med sådana sjukdomar har en ökad sannolikhet att träffas genom till exempel intresseföreningar och sociala institutioner (special--skolor m. m.). Ökad risk föreligger förstås också för två individer som har olika dominanta sjukdomar eftersom avkomman då kan tänkas få

antingen bägge eller endera av sjukdomarna.

Antalet kända autosomalt recessivt ärftliga sjukdomar är också flera hundra. Vid de recessiva sjukdomarna är situationen nästan alltid den att det plötsligt uppträder en individ med en sådan sjukdom i en släkt. Anledningen härtill är att sjukdomen endast kan uppkomma när sjukdomsanlaget finns på bägge kromosomerna i samma par. Föräldrarna är då nästan undantagslöst friska bärare av sjukdomsanlaget, och vart och ett av deras barn har 25 % risk att bli sjukt. Det bör dock påpekas att många föräldrapar där bägge föräldrarna är anlagsbärare aldrig får något sjukt barn av rent statistiska skäl eftersom barnkullarna i dag är relativt små.

Eftersom sannolikheten att två individer skall vara bärare av samma ärftliga anlag ökar om man är släkt, så är släktgiftesfrekvensen förhöjd bland föräldrar till barn med autosomalt recessiva sjukdomar. Ju sällsyntare sjukdom desto mer förhöjd är släktgiftesfrekvensen, och ju närmare släkt två kontrahenter är desto större är risken att få ett barn med en recessivt ärftlig sjukdom. Man brukar räkna med att risken vid syskongifte att få ett barn med en ärftlig sjukdom varierar mellan 10–25 % vid varje graviditet.

Vid många recessivt ärftliga sjukdomar kan man avslöja de heterozygota anlagsbärarna med olika metoder. Varje friskt syskon till ett barn med en autosomalt recessiv sjukdom har 2/3 risk att vara anlagsbärare. Det kan därför vara av värde att ta reda på vilka i släkten som är sådana anlagsbärare, eftersom de i sin tur kan löpa en risk att få sjuka barn. Denna möjlighet uppkommer dock bara om deras partner också är anlagsbärare. Samma problem möter man när individer med en autosomalt recessiv sjukdom, som kunnat behandlas framgångsrikt, avser att skaffa sig barn. Det är då i första hand av värde att kunna utreda ifall en partner är anlagsbärare och i andra hand att kunna beräkna sannolikheten för att en frisk individ vilken som helst är anlagsbärare.

Har ett föräldrapar fått ett barn med en autosomalt recessiv sjukdom så har nästa barn 25 % risk att få sjukdomen. Byter man partner så minskar risken för vardera kontrahenter till i de flesta fall mindre än 0,5 %.

Det finns ett 150-tal kända sjukdomar som orsakas av anlag belägna på X kromosomen. Riskberäkningen vid X-bundet dominanta sjukdomar är likartad den vid de autosomalt dominanta, dock med den skillnaden att en sjuk fader inte kan överföra sjukdomsanlaget till sina söner (de får faderns Y kromosom och inte hans X kromosom).

De flesta av de X-bundna sjukdomarna orsakas av recessiva anlag. Hos mannen, som bara har en X kromosom kommer varje sådant recessivt anlag att manifestera sig. En kvinna måste ha den recessiva genen på bägge sina X kromosomer för att bli sjuk, och det inträffar mycket mer sällan. Följaktligen finner man de X-bundet recessiva sjukdomarna nästan uteslutande hos pojkar. Sjukdomarna nedärvs däremot oftast via anlagsbärande kvinnor, och situationen är nästan alltid den att man frågar sig vilken risk en sådan kvinna, vars partner är frisk, har att få ett sjukt barn. I sådana fall kommer alla döttrar att bli friska (fast hälften blir

anlagsbärare) medan hälften av sönerna blir sjuka (den andra hälften blir frisk).

En sjuk man och en frisk kvinna kan endast få sjuka barn i de fall då kvinnan är anlagsbärare, vilket är sällsynt.

I de fall då man står inför en enda sjuk manlig individ i en släkt är situationen litet svårare, och det gäller då att avgöra om modern är anlagsbärare eller inte. Finns det metoder för att diagnosticera anlagsbärare så bör dessa förstås utnyttjas. I annat fall får man göra en statistisk riskberäkning, varvid man bland annat tar hänsyn till antalet friska bröder till såväl den sjuke som till modern.

De ovan angivna risksiffrorna för sjuka och anlagsbärare påverkas i regel ej av ett eventuellt partnerbyte.

6.4.4 *Polygen nedärvning*

De vanligaste kromosomavvikelserna förekommer i en omfattning av omkring 1/500 (47,XXX) till 1/700 (47,XXY; 47,XYY; 47,+21) och den vanligaste monogena rubbningen (cystisk fibros) i en omfattning av omkring 1/2500. Dessa tillstånd svarar dock bara för en mindre del av det totala antalet allvarligare defekter som man finner hos nyfödda barn. För de vanligaste av dessa defekter (kluven läpp/gom, hjärtfel, vissa grava hjärnmissbildningar som anencefali och ryggmärgsbråck, höftledsluxation, klumpfot samt förträngning av nedre magmunnen) känner man inte till orsaken. Man antar dock att dessa missbildningar orsakas av en samverkan mellan genetiska och icke-genetiska faktorer. De icke-genetiska faktorerna är ännu så länge okända. Antagandet om att ärftliga faktorer spelar en roll har man grundat på fyndet av en ökad frekvens av respektive missbildning bland olika släktingar till sjuka individer. Nedärvningsmekanismen förefaller dock inte att stämma med någon av de mekanismer som diskuterats ovan, och man har därför antagit att den genetiska bakgrunden skulle vara mer komplicerad med flera olika gener (polygener) engagerade.

Trots att de genetiska och icke-genetiska faktorernas natur ännu är okända har man en möjlighet att göra en riskberäkning vid de angivna tillstånden. När det i en familj fötts ett barn med någon av de aktuella missbildningarna blir risken i regel omkring 2–5 % för att nästa barn också skall få samma missbildning. Ibland föreligger dock vissa könsskillnader som man måste ta hänsyn till vid riskberäkningen. Har det fötts två barn i en syskonskara med samma missbildning dubbleras risksiffran för nästkommande barn. Har det fötts tre sjuka barn i en syskonskara bör risken för nästa barn anges till 25 %, alltså som vid recessivt arv. De angivna risksiffrorna minskar vid ett eventuellt partnerbyte. Risken för ett friskt syskon till en individ med någon av de aktuella missbildningarna att få ett barn med samma missbildning kan beräknas till omkring 0,5 %.

Intelligensen, mätt som intelligenskvoten, varierar mellan olika människor. Vissa har en låg andra en hög kvot, medan flertalet ligger någonstans mitt emellan. Intelligenskvoten är en kontinuerligt varierande egenskap, som i stort sett är normalfördelad, och det finns goda

hållpunkter för att den också styrs av genetiska faktorer, sannolikt ett polygent system. Grav utvecklingsstörning orsakas oftast av autosomala kromosomrubbningar, monogena rubbningar och icke-genetiska faktorer. Måttlig och lätt utvecklingsstörning orsakas oftare av könskromosomavvikelser och polygena förändringar. Om två individer med en polygent orsakad utvecklingsstörning skaffar sig barn med varandra så kommer barnens intelligenskvot oftast att falla mitt emellan föräldrarnas (variationen brukar röra sig om ± 10 intelligenskvotsenheter).

6.4.5 *Diagnostik av anlagsbärare*

Bärare av recessivt autosomala och X-bundna anlag är som framgått oftast friska. Med speciella undersökningar kan man dock som nämnts i vissa fall avgöra om en individ är bärare av ett visst anlag eller inte. Detta gäller främst för en rad olika ämnesomsättningsrubbningar. Självfallet är detta av stor betydelse eftersom det gör det möjligt att med säkerhet avgöra om det föreligger en risk eller inte för avkomman att få sjukdomen ifråga.

6.4.6 *Prenatal diagnostik av ärftliga sjukdomar*

Under de sista åren har det blivit möjligt att diagnosticera en rad ärftliga sjukdomar tidigt under fosterlivet, så tidigt att graviditeten kan avbrytas om fostret visar sig vara sjukt. Undersökningarna görs nästan alltid i familjer där man vet att det föreligger en ökad risk att få barn med den ärftliga sjukdomen. I vissa fall räcker det att röntga fostret, men i flertalet fall måste man ta ett fostervattenprov. Detta görs vanligen i 16–17:e graviditetsveckan. Provtagningen är förenad med en viss risk (omkring 0,5–1 %), som i huvudsak innebär att man kan framkalla ett missfall.

Utvecklingen på prenataldiagnostikens område går f. n. fort. Metoderna förbättras och antalet tillstånd som kan diagnosticeras ökar. För närvarande kan indikationerna sammanfattas enligt följande:

- ökad risk att få barn med en kromosomstörning
  - äldre mödrar
  - bärare av familjära strukturella kromosomavvikelser
- ökad risk att få barn med en autosomalt recessivt ärftlig ämnesomsättningsrubbning; för närvarande kan ett 50-tal sådana rubbningar diagnosticeras prenatalt; dessa omfattar till exempel såväl kolhydrat-, fett- som aminosyreomsättningsrubbningar
- ökad risk att få barn med X-bundet recessiva sjukdomar; i regel är modern anlagsbärare och sjukdomen kan ej diagnosticeras prenatalt i och för sig; eftersom döttrarna inte kan få sjukdomen medan pojkarna har 50 % risk att få den, avbryts graviditeten om fostret är en pojke
- ökad risk att få ett barn med en grav missbildning i centrala nervsystemet (anencefali eller ryggmärgsbråck; fostervattnet innehåller en förhöjd nivå av ett visst äggviteämne (alfa-fetoprotein) vid dessa graviditeter

- ökad risk att få barn med en viss muskelsjukdom (dystrofia myotonica); sjukdomen kan ej diagnosticeras i och för sig, men man kan i vissa av fallen ändå göra sannolikt om fostret har sjukdomen eller inte genom att analysera en marköregenskap (sekretoregenskapen) som orsakas av ett anlag som ligger mycket när sjukdomsanlaget på en av kromosomerna (så kallad kopplingsanalys)
- ökad risk att få barn med vissa grava skelettförändringar som framträder på röntgen redan under fosterstadiet.

6.4.7 *Genetisk rådgivning*

Genetisk rådgivning används som begrepp för information angående återupprepningsrisken för en genetiskt betingad sjukdom. Genetisk riskberäkning är kanske ett mer adekvat begrepp, eftersom det i många fall är mycket vanskligt att ge ett direkt råd. Ofta får man nöja sig med att informera om riskerna bland annat beroende på att olika människor värderar risker så olika och är beredda att ta så helt olika risker. Tidigare erfarenheter och olika värderingar spelar här en stor roll för individens ställningstagande. Vidare är det svårt att dels precisera vad som skall anses vara en hög risk när återupprepningsrisken kan variera alltifrån 0–100 %, och dels fastslå hur stor risken får vara i förhållande till en sjukdoms svårighetsgrad.

För att kunna göra en genetisk riskberäkning krävs först och främst en noggrann klinisk utredning. När den kliniska diagnosen är klar vidtar den speciella genetiska utredningen och riskberäkningen som mynnar ut i en information om de eventuelle återupprepningsriskerna. I tillämpliga fall informeras också om möjligheterna till prenatal fosterdiagnostik vid eventuellt kommande graviditeter.

Det bör vara lika naturligt att informera om en sjukdoms ärftlighet som om dess förlopp, prognos, osv. Varje familj med en ärftlig sjukdom bör därför utredas också från genetisk synpunkt.

6.4.8 *Sterilisering på grund av ärftliga sjukdomar*

Det är möjligt att en utvidgad och förbättrad genetisk rådgivning kan leda till en ökning av antalet steriliseringsfall på "eugenisk indikation". En utbyggnad av den prenatala fosterdiagnostiken kan dock verka i motsatt riktning.

Kunskapen om innebörden av steriliseringsingreppet är, men har nog framför allt varit, relativt dålig hos större delen av den svenska befolkningen. Begreppet har kanske till och med haft en viss dålig klang. Detta kan ha medfört att individer som haft skuldkänslor på grund av riskerna för att kunna överföra ett sjukdomsanlag till nästa generation undvikit sterilisering trots att de egentligen skulle ha önskat en sådan åtgärd. En allmän liberalisering av steriliseringslagen skulle sannolikt underlätta situationen för dessa individer.

6.5 Psykiatriska aspekter

De psykiska effekterna i samband med normalt upphörande av fortplantningsförmågan är relativt väl kända. De allmänpsykiska och framförallt de psykosexuella effekterna vid ett tidigare upphävande av fortplantningsförmågan är inte lika väl utredda och självfallet svåra att bedöma. Utfallet beror till så stor del på urvalet av de steriliserade och deras förmåga att förstå ingreppets natur. De undersökningar som gjorts har olika utgångspunkter, ofta beroende på skillnader i sociala och andra förhållanden.

Från biologisk synpunkt synes inte skäl föreligga att befara att kvinnans eller mannens sexuella aktivitet skulle påverkas av steriliseringsingrepp. Däremot kan psykologiska skäl ge anledning till vissa farhågor. Rädsla för frigiditet och impotens, önskemål, t. ex. i samband med omgifte om ytterligare barn m. fl. skäl skulle allvarligt kunna tänkas påverka den steriliserade.

Ett frivilligt ställningstagande till ingreppet borde ge mindre anledning till negativa psykiska effekter än en tvångssituation. Frivilligheten kan dock ha en tvångsmässig bakgrund, exempelvis om hustrun i ett äktenskap lider av graviditetsskräck och ej kan använda preventivmedel eller själv ej vågar underkasta sig operation.

Normalt borde dock ett frivilligt steriliseringsingrepp, utfört i familjeplanerande syfte snarast skapa ökad harmoni och ökad sexuell tillfredsställelse.

I den diskussion som i olika sammanhang förts om lämpligheten att vidga möjligheterna till sterilisering har, särskilt tidigare, hävdats att det föreligger väsentlig risk för uppkomst av allvarliga psykiska störningar hos en steriliserad. Dessa farhågor torde i inte ringa mån bero på att man haft mycket litet material att lägga till grund för en åsikt och att detta material dessutom alltför lätt kom att missförstås. Det framhålls nu att två rapporter om psykologiska störningar hos män har haft ett förvånansvärt inflytande på diskussionen. Båda rapporterna beskrev reaktioner hos patienter bland ett psykiatriskt klientel. Den första rapporten (Erikson, 1954) gällde dessutom endast sex fall.

Vid bedömning av undersökningar angående en steriliserings psykiska verkningar måste beaktas inte bara vilket klientel som undersökts utan också i vilket syfte steriliseringen vidtagits. Det har t. ex. gjorts gällande att risken för psykiska störningar är större när en kvinna steriliserats på medicinsk eller genetisk indikation än när hon gjort det i familjeplanerande syfte.

6.5.1 *Sterilisering av kvinnor*

De mer än trettio år som steriliseringslagen varit i kraft har möjliggjort vissa iakttagelser av steriliseringsingreppets betydelse från psykologisk och psykiatrisk synpunkt. De viktigaste vetenskapliga arbeten som lagts fram är Ekblads The Prognosis after Sterilisation on Social Psychiatric Grounds(1961), omfattande 273 kvinnor och Social Psychiatric Prognos-

is after Sterilization of Women without Children (1963) avseende 60 kvinnor samt Kaij–Malmqvists Prognosis after Sterilization in combination with Parturition (1965), omfattande 178 kvinnor. Av de iakttagelser som redovisas i dessa arbeten kan i korthet nämnas att sterilisering generellt ej kan anses orsaka psykisk sjukdom eller sådan allvarligare psykisk insufficiens att den menligt inverkat på arbetsförmågan eller livsföringen i övrigt. Kvinnornas reaktion på ingreppet har varit övervägande positiv, vilket tydligast framträdde i Kaij–Malmqvists material, enligt vilket 79 % av patienterna var fullt tillfredsställda med steriliseringen. Motsvarande siffra i Ekblads undersökning var 78 %. Av de kvinnor som ingick i Kaij–Malmqvists material hade 60 % ej märkt någon skillnad i sexuell aktivitet efter steriliseringsoperationen, 29 % hade kunnat konstatera ett ökat sexuellt intresse och 11 % en minskad sexuell aktivitet. Det bör dock anmärkas att alla kvinnorna som ingår i dessa båda undersökningar dels fött minst ett barn, dels själva var helt inställda på att ingreppet skulle utföras.

Antalet negativa reaktioner är sannolikt större i en grupp människor, som i samband med ingreppet varit föremål för tvång eller mycket stark påverkan. Av erfarenhet vet man att det förekommer personer som tidigare steriliserats på eugenisk eller social indikation och vilkas situation av andra skäl (t. ex. eftermognad) väsentligt förändrats. De har då reagerat mycket negativt på ingreppet.

Utredningen har låtit utföra en genomgång av socialstyrelsens aktmaterial rörande en del (295) av de kvinnor som under åren 1969 och 1972 genomgått steriliseringsoperation (bilaga 1). Av dessa har 33 enligt besked från försäkringskassan därefter sjukskrivits för någon form av psykisk sjukdom. I de flesta fallen har det varit fråga om lättare psykiska besvär men även några fall av psykos och ett par fall av alkoholmissbruk har förekommit. Inte i något av de 33 fallen föreligger uppgift om att de psykiska besvär som iakttagits och behandlats varit förorsakade helt eller delvis av steriliseringsingreppet. I de flesta fallen har sjukbeskrivningen gällt en tidigare sjukdom som fortsatt utan någon påtaglig förändring av symtomatologin. I tillgängliga sjukjournaler diskuteras ej möjligheten av ett negativt inflytande från steriliseringen. I ett par fall framhålls en förbättring hos patienten på så sätt att medvetandet om att ej längre kunna bli gravid medfört en minskning av tidigare oro och spänning.

Materialet beträffande de psykiska besvären är så litet att det ej medger en i och för sig intressant uppdelning på olika kategorier med hänsyn till diagnoser o. dyl.

Det kan anmärkas att man så gott som helt underlåtit att i journalerna diskutera de steriliserade kvinnornas nya livssituation och steriliseringens betydelse för deras psykiska hälsa.

För en utförligare redovisning av undersökningen hänvisas till bilaga 1.

Det material från andra länder som föreligger är väsentligt mer omfattande. Av sammanställningar[1] över uppföljningar av steriliseringar i åtta olika länder (däribland England, Finland, Sverige – Ekblads samt

[1] H. B. Presser; Reports on Population/Family Planning, 1970.

Kaij–Malmqvists undersökningar – och delar av USA) framgår bl. a. att mellan 78 och 99 % av de opererade kvinnorna var nöjda med steriliseringsingreppet; den lägsta siffran härrör från Ekblads svenska undersökning. Vidare framgår av resultat från sex olika länder (däribland England, Finland och Sverige; Kaij–Malmqvists undersökning) att mellan 40 och 60 % ej fann att deras sexuella önskemål eller aktivitet förändrats medan mellan 4 och 44 % hade konstaterat ökade önskemål och ökad aktivitet. Mellan 11 och 36 % hade konstaterat minskad sexuell aktivitet.

6.5.2 *Sterilisering av män*

De psykologiska reaktionerna efter ett steriliseringsingrepp har hos mannen en annan bakgrund än hos kvinnan. En av de mest omdiskuterade biverkningarna vid manlig sterilisering är risken för impotens. Detta kan vara en följd av bristande insikt i steriliseringens innebörd, som ej sällan förväxlas med kastrering. Men förhållandet beror förmodligen också på djupt rotade familjesociala föreställningar.

Det har påpekats att en steriliseringsoperation av en man inte är så oskyldig som man kan tro och att oförmågan att klara konventionella preventivmetoder skulle vara symtom på mer djupgående konflikter i äktenskapet som sedan projiceras på det operativa ingreppet.

Några svenska undersökningar över manlig sterilisering finns ej att redovisa. Däremot föreligger ett flertal utländska undersökningar avseende sterilisering av man i familjeplanerande syfte. Som redan nämnts är dock möjligheterna begränsade att överföra de därigenom vunna erfarenheterna till svenska förhållanden.

I de olika undersökningarna dras olika slutsatser om vad som bör utgöra hinder för manlig sterilisering. I ett par utredningar sägs att det finns bara en kontraindikation, nämligen att makarna inte är överens om ingreppet, vilket anses leda till djupgående konflikter. I en annan poängteras att psykologiska eller sexuella problem (t. ex. potenssvårigheter) utgör klar kontraindikation. Mycket vanligt i undersökningarna är att man understryker betydelsen av ingående information till båda makarna.

En stor undersökning i USA omfattar två grupper av familjer, dels en som löst familjeplaneringen genom vasektomi, dels en där hustrurna använt p-piller. Dessa grupper följdes i närmare fem år. Hos gruppen som valt vasektomi framkom de första åren en viss ökning av psykologiska problem. Efter fyra år förelåg inte längre några skillnader mellan grupperna. I denna undersökning konstaterades vissa psykologiska problem hos de av männen som tidigare visat tecken på hypokondri eller haft svårigheter med sin manliga indentifiering.

En engelsk undersökning, företagen 1966–69 av Simon Population Trust avser mer än 1 000 män. Av dem var 68 % under 39 år och hade i genomsnitt tre barn, då de steriliserades. Flertalet av männen var nöjda med att ha blivit steriliserade. Skälen till steriliseringen hade huvudsakligen varit otillfredsställelse med gängse preventivmedel eller undvikande av ett mer omfattande kirurgiskt ingrepp på hustrun. Vidare anges bl. a.

som skäl omsorg om hustruns hälsa samt ekonomiska skäl. För 88 % av männen och 69% av hustrurna hade ingreppet ej lett till ändringar i hälsotillstånd medan 11 % av männen och 31 % av hustrurna ansåg att förbättring inträtt. Endast 0,2 % av båda könen hade konstaterat en försämring. Flertalet eller 73 % av männen och 79 % av hustrurna hade funnit att det sexuella samlivet påverkats positivt. Endast 1,5 % av männen och 0,5 % av hustrurna hade märkt en försämring.

De psykiska biverkningarna synes sammanfattningsvis kunna bedömas som få och ha begränsad omfattning. Detta förhållande styrks också av att ångerfrekvensen i de större utländska undersökningarna normalt är mycket låg, mellan 2 och 3 °/₀₀. Vid ett expertmöte nyligen i USA angavs emellertid att 6–10 % begär att få fortplantningsförmågan återställd. Orsaken härtill är i regel skilsmässa och nytt äktenskap.

7 Debatten om sterilisering

Den allmänna debatten om behov av en översyn av steriliseringslagen har tidigare varit ganska begränsad. De diskussioner som förekommit har främst förts i fackkretsar. Läkare och kuratorer som i sitt arbete mött brister i lagstiftningen har påtalat dessa.

Frågan om översyn av steriliseringslagen har dock upprepade gånger varit föremål för riksdagens prövning. Vid 1955, 1960 och 1970 års riksdagar[1] har denna fråga behandlats. I anslutning härtill har viss debatt förekommit även utanför riksdagen.

Under de senaste åren har debatten blivit allt livligare. Ökade krav har rests på möjlighet till sterilisering i familjeplanerande syfte och sterilisering av man. Debatten har genom massmedia även spritt sig utanför fackkretsarna. I ett stort antal tidningsartiklar har frågan om fri sterilisering förts på tal.

7.1 Motioner i riksdagen

I två motioner 1955 påtalades att steriliseringslagen inte innehåller någon motsvarighet till abortlagens social – medicinska indikation (förväntad svaghet), vilket enligt motionärerna kunde leda till mindre tillfredsställande konsekvenser vid samtidig abort- och steriliseringsansökan. Vidare hävdades att i vissa uppenbara fall steriliseringsansökan skall kunna bifallas utan inhämtande av makes yttrande. Kravet på makes yttrande kunde leda till att gift kvinna, som på mycket starka skäl ansökt om sterilisering, återkallar sin ansökan endast på grund av rädsla för mannens reaktion, då ansökan delges honom för yttrande. Slutligen erinrades om att endast kvinna kunde steriliseras på medicinsk indikation. För de fall då den steriliseringsgrundande svagheten hos kvinnan orsakats av mannens bristande försörjningsförmåga ansågs det stötande att inte mannen i stället kan steriliseras, särskilt som sterilisering av man innebär ett mindre, helt ofarligt ingrepp.

Under 1960 års riksdag aktualiserades ånyo i två motioner frågorna om uppmjukning av bestämmelsen om makes yttrande och om utvidgning av

[1] 1 LU 1955: 23, 1960: 24 och 1970: 60.

steriliseringslagen till att även omfatta en medicinsk indikation för man. I anslutning härtill berördes möjligheten av att tillåta sterilisering av friska män med många barn. I motionerna ifrågasattes om inte samtliga steriliseringsärenden, även sådana som bygger på medicinsk indikation, när kvinnan lider av kroppslig sjukdom, borde underställas dåvarande medicinalstyrelsens prövning.

I två motioner 1970 upptogs åter frågan om bristande överensstämmelse mellan abort- och steriliseringslagarna, med hänsyn till att steriliseringslagen inte innehöll indikationen förväntad svaghet. Steriliseringslagens snävare bestämmelser ansågs vara inhumana mot kvinnan och hennes familj. Då abort söks och erhålls på indikationen förväntad svaghet måste en samtidig ansökan om sterilisering avslås fastän kanske synnerliga skäl talar för att ett förnyat havandeskap bör förhindras. Gällande regler kan leda till en ny abortsituation. Vidare aktualiserades frågan om uppmjukning av bestämmelsen om makes yttrande i steriliseringsärende. Särskilt betonades de problem som härvidlag kunde uppkomma under hemskillnadstid. Även frågan om sterilisering av man på medicinsk indikation togs upp på nytt. I anslutning härtill erinrades bl. a. om att operation av kvinnan kunde vara kontraindicerad på grund av allvarlig sjukdom. Även om mannen uttalat önskan att genomgå operationen kunde den inte lagligen bifallas.

7.2 Utskottsutlåtanden och remissyttranden över motionerna

Första lagutskottet fann 1955 ej skäl till lagändring i något av de hänseenden som motionärerna då föreslagit.

Beträffande motionerna 1960 hemställde utskottet likaså att de icke måtte föranleda någon riksdagens åtgärd.

Motionerna 1970 föranledde utskottet att i sitt utlåtande föreslå att riksdagen med bifall till motionerna skulle hos Kungl. Maj:t hemställa om en översyn av steriliseringslagen.

7.2.1 *Frågan om en social – medicinsk indikation*

I samband med tillkomsten av 1941 års steriliseringslag tillstyrkte första lagutskottet införande av den föreslagna medicinska indikationen för kvinnan. Utskottet påpekade att utformningen av denna indikation nära anslöt sig till bestämmelserna om medicinsk och medicinsk-social indikation i abortlagen. Det var enligt utskottet uppenbart att det vid den medicinska steriliseringsindikationen använda uttrycket "svaghet" hos kvinnan lämnade utrymme åt ett hänsynstagande till även andra omständigheter än sådan, som var av rent medicinsk karaktär.

I sitt utlåtande över motionerna 1955 konstaterade första lagutskottet att den överensstämmelse mellan abortlagens och steriliseringslagens tillämpningsområden som kom till stånd genom 1941 års steriliseringslag gick förlorad genom att den social-medicinska indikationen förväntad svaghet år 1946 infördes i abortlagen utan att någon motsvarighet därtill

intagits i steriliseringslagen. Utskottet hänvisade till departementschefens motivering i propositionen (1946: 157) med förslag till ändring i abortlagen:

Enligt gällande lydelse av 1 § 1) i lagen må havandeskap avbrytas, när barnets tillkomst skulle på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Därvid avses enligt uttalanden i förarbetena med uttrycken "sjukdom" och "kroppsfel" fall av medicinsk och med uttrycket "svaghet" fall av blandat social-medicinsk indikation. Att frågan om förhandenvaron av en svaghet hos kvinnan av beskaffenhet att medföra i lagrummet angiven fara rimligtvis icke kan bedömas utan hänsyn till de sociala förhållanden, varunder hon lever, synes mig visserligen uppenbart. Det kan dock icke förnekas att sammanförandet av den medicinska och den blandat social-medicinska indikationen under en bestämning samt avsaknaden av varje närmare beskrivning av sistnämnda indikation kan föranleda åtskilliga läkare att förbise det sociala momentet i denna och att därför avslå en väl motiverad ansökan om abort på dylik indikation. Jag vill särskilt framhålla, att orden "barnets tillkomst" närmast kan leda tanken på att själva födseln förutsättes vara orsaken till den allvarliga fara för kvinnans liv eller hälsa varom lagrummet talar, medan avsikten varit att även den framtida vården om barnet skulle komma i betraktande. Även uttrycket "allvarlig fara för hennes liv eller hälsa" synes mig ägnat att leda till alltför stränga krav på en mycket akut fara för kvinnan. Att en mera långsam nedslitning av kvinnans krafter skulle inbegripas är icke lätt att utläsa.

Det synes mig påkallat att, utöver den indikation som upptagits under 1 § 1), införa en särskild social-medicinsk indikation. Detta tillägg synes mig icke böra föranleda att ordet "svaghet" uteslutes ur det nuvarande stadgandet under 1). De fall av social-medicinsk indikation, som närmast motsvara den nuvarande lydelsen av denna punkt, torde ofta stå de rent medicinska indikationerna så nära, att det får anses vara en fördel att sammanhålla dem under ett gemensamt stadgande. Nuvarande lydelsen av ifrågavarande punkt anslutet också till lydelsen av motsvarande indikation i steriliseringslagen. Det är därför olämpligt att i samband med införande av en tilläggsbestämmelse inkräkta på tillämpningsområdet för den nuvarande första punkten i 1 § lagen om avbrytande av havandeskap.

Den särskilda bestämmelse, som jag ansett behövlig, bör söka karakterisera sådana fall av social-medicinsk indikation, där tvekan nu kan råda om de gå in under lagen men möjlighet till abort synes böra finnas. Såsom jag förut antytt, anser jag, att man härvid kan gå något utöver vad som närmast varit avsett vid lagens tillkomst. De medicinska krav, som enligt den nuvarande bestämmelsen uppställas, böra alltså något avtrubbas, samtidigt som det sociala momentet understrykes starkare. I det förra hänseendet har det synts mig lämpligt att i den nya bestämmelsen undvika ett uttryck, som kan anses innebära krav på någon akut fara för kvinnan, och i stället använda någon bestämning, som direkt för tanken på en mera långsam nedslitning av hennes krafter. Vidare har jag ansett behövligt utmärka, att man icke skall taga hänsyn enbart till vad barnets födsel innebär för kvinnan utan, minst lika mycket, även till de omsorger och den arbetsbörda, som barnet för framtiden kan antagas vålla henne. Vad åter angår det sociala skäl, som skola motivera att avbrytande av havandeskapet må ske, trots att i och för sig tillräckliga medicinska skäl ej föreligga, har jag ansett dem böra utmärkas genom angivande att åtgärden skall framstå som motiverad när hänsyn tages jämväl till kvinnans levnadsomständigheter. Genom införande av en sådan särskild indikation som nu angivits vinner man självfallet samtidigt, att

tillåtligheten av havandeskapets avbrytande i de något mera medicinskt betonade fall, som närmast avsetts med uttrycket "svaghet" i första punkten, blir fullt tydlig.

Utskottet konstaterade att tillämpningen av en social-medicinsk indikation för sterilisering krävde än större möjligheter än tidigare till förutseende för att kunna bedöma hur sökandens situation skulle komma att gestalta sig. Utskottet fann det därför ej tillrådligt att ett ingrepp med steriliseringens livsvariga följder skulle medges vid endast förutsedd svaghet.

I en reservation till utskottsutlåtandet anfördes i denna fråga att ett steriliseringsingrepp med hänsyn till steriliseringsoperationens livsvariga följder inte bör komma till stånd med mindre åtgärder ter sig uppenbarligen erforderlig och annan hjälp synes utsiktslös. En dylik situation kan föreligga även om "allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa" inte är för handen vid ansökningstillfället. Reservanterna avsåg de fall, då kvinnans resurser bedöms som otillräckliga för att klara en ny graviditet med åtföljande vårdnadsbelastning på grund av redan iakttagna sjukdoms- och svaghetssymptom samt svåra missförhållanden av varaktig natur. Reservanterna fann det olyckligt inte bara från kvinnans egen utan även från familjens och samhällets synpunkt, att det måste krävas, att kvinnans hela reservkraft skall vara förbrukad, nedslitningen ett faktum, innan man genom sterilisering skall kunna förhindra upprepade graviditeter. Utvidgningen av steriliseringslagen skulle vara avsedd att tillämpas endast i enstaka fall och uteslutande beträffande flerföderskor i svår situation.

Vid de tre aktuella tillfällena remitterades motionerna till olika myndigheter m. fl.

Medicinalstyrelsen konstaterade i denna del i sitt yttrande 1955 till utskottet bl. a. att införandet av indikationen "förutsedd svaghet" i steriliseringslagen skulle innebära en avsevärd vidgning av steriliseringsindikationerna. Den nya bestämmelsen skulle innebära att sterilisering skulle få ske, då det kunde antas att kvinnans kroppsliga eller själsliga krafter skulle allvarligt nedsättas genom ytterligare havandeskap. Styrelsen ansåg att det otvivelaktigt skulle bli ganska svårt att få fasta normer för tillämpningen av en sådan bestämmelse. Styrelsen fann det emellertid angeläget att frågan grundligt utreddes då behovet av en sådan bestämmelse var stort.

Socialstyrelsen tillstyrkte också utredning av frågan om införandet av en social-medicinsk diagnos. Styrelsen konstaterade dock att genom miljöfaktorernas föränderlighet kan situationen för en kvinna som söker sterilisering förändras så att man inte bör tillgripa en sådan oåterkallelig utväg som sterilisering innebär.

En minoritet av socialstyrelsen fann det förkastligt att införa en social-medicinsk indikation. Man pekade på att steriliseringsoperationen vanligen betraktades som ett ganska ofarligt ingrepp och att den inte behövde påverka sexualfunktionerna utöver fortplantningsförmågan men att ingreppet ofta får allvarliga psykiska konsekvenser "Medvetandet om

att vara steril torde ofta hos individen skapa en känsla av mindervärde och särlingsskap, särskilt om det i omgivningen blir känt – eller om personen i fråga tror det vara känt – att operationen utförts. Särskilt för kvinnornas del kan medvetandet om att barnalstringsförmågan för alltid upphört ha allvarliga följder".

Kuratorsföreningen anförde i yttrande över motionerna att det förekommit att kvinnor, trots att de själva vid ansökningstillfället intensivt önskat sterilisering, efteråt företett allvarliga psykiska och psykosomatiska rubbningar, vilka utlösts av steriliseringen. Föreningen fann det från annan synpunkt allför vanskligt att vidga steriliseringslagen och införa en möjlighet att sterilisera friska kvinnor, om vars framtida förhållanden man inte kan veta något med visshet, i synnerhet som man inte kan utesluta att vidgningen av lagen ger möjlighet till missbruk.

När denna fråga behandlades på nytt 1970 framförde Svenska läkaresällskapet i sitt remissvar till utskottet att det vid bedömning av indikationer för sterilisering ofta ter sig stötande att ingreppet ej kan utföras när kvinnans krafter bedöms otillräckliga för ytterligare graviditeter ehuru manifest sjukdom ej föreligger. En indikation motsvarande abortlagstiftningens förutsedd svaghet borde därför införas.

7.2.2 *Sterilisering av man m. m.*

Beträffande frågan om sterilisering av man på medicinsk indikation framhöll socialstyrelsen i yttrande 1955 att det föreligger ett verkligt behov av en sådan indikation. Den minoritet som anförde en skiljaktig mening i frågan om social-medicinsk indikation ansåg däremot att sterilisering ej bör få företas på mannen i stället för på hustrun, då medicinska indikationer föreligger för ingrepp på henne. Mannen och hustrun måste bedömas som oberoende individer. Mannen kan lika väl som hustrun komma i en helt ny situation, t. ex. ingå nytt äktenskap.

Medicinalstyrelsen pekade i sitt yttrande 1955 på att en rad svårigheter skulle uppkomma vid lagtillämpningen och gränsdragningen mellan det tillåtna och otillåtna. Styrelsen konstaterade att en lagändring måste föregås av en grundlig utredning. Vid fall av invalidiserande psykisk sjukdom hos mannen är det sannolikt, att steriliseringslagens eugeniska eller/och sociala indikationer vanligtvis är tillämpliga. I styrelsens yttrande 1960 tillfogades bl. a. att styrelsen biträdde förslaget om utredning beträffande frågan om sterilisering av make i fall, då sådant ingrepp på hustrun av medicinska skäl är kontraindicerat. Kvinnans steriliseringsanmälan bör prövas i vanlig ordning. Kontraindikationen bör styrkas genom uttalande av specialist inom det område, inom vilket kvinnans sjukdom faller, samt av kirurgisk eller gynekologisk specialist. Styrelsen fann även att diskussionen kunde berikas med begreppen "utsläpad fader", "grossessrädsla" hos mannen samt steriliseringsindikation till följd av oförmåga att tillämpa födelsekontroll.

Socialstyrelsen (efter sammanslagningen med medicinalstyrelsen) konstaterade 1970 att de etiska värderingar som kommit till uttryck i steriliseringslagen i viss utsträckning är föråldrade. Män och kvinnor bör i

större omfattning än lagen medger få ta ställning till om de skall kunna bli steriliserade. Styrelsen erinrade om att lagen inte medger sterilisering som ett alternativ till preventivmedel. Särskilt utmärkande är detta för männens del. Man fann det anmärkningsvärt att svensk lag ej medger sterilisering i familjeplanerande syfte när Sverige samtidigt genom biståndsverksamhet i utvecklingsländerna understödjer manlig sterilisering. Ofta är det en väsentlig fördel för en familj att mannen låter sterilisera sig i de fall hustrun, t. ex. på grund av dubbelarbete och många graviditeter, är så fysiskt svag att en steriliseringsoperation på henne framstår som onödigt riskabel.

Kuratorsföreningen förordade 1955 att den medicinska indikationen skulle bli tillämplig också för män. I yttrandet 1960 fann föreningen att lagen ej bör medge sterilisering av frisk man då medicinsk kontraindikation föreligger hos hans hustru. Man ifrågasatte om skälen för ett sådant ingrepp verkligen kan bedömas så, att man kan garantera, att de äger bestående giltighet om mannen senare eventuellt skiljer sig eller blir änkling. Steriliseringspsykologiska följdverkningar för man likaväl som för kvinna måste beaktas. En sådan åtgärd ansågs kunna vara mentalhygieniskt välmotiverat med hänsyn till hela familjesituationen i fall, då det gäller att förebygga nedslitning av kvinna som har barn att vårda och försörja. I yttrandet 1960 tillfogades att sterilisering i princip är en graviditetsförebyggande metod men det är ett ingrepp av så definitiv karaktär att det inte kan betraktas som ett alternativ till andra metoder förrän dessa prövats ingående.

Medicinska fakulteten vid Lunds universitet ansåg i yttrande 1960 att frågan om tillstånd till sterilisering av män, som lider av en ej arvsbetingad kroppslig sjukdom, borde utredas. Fakulteten ansåg det dock tveksamt om det är berättigat att medge sterilisering av frisk gift man i stället för den utsläpade eller sjuka hustrun.

Fredrika Bremerförbundet konstaterade att sterilisering av man, då ingreppet är kontraindicerat hos kvinnan eller situationen, då mannen är sjuk utan indikation för sterilisering, säkerställer ändå inte kvinnan från graviditeter med andra män. De psykologiska följdverkningarna på kvinna efter sterilisering ansåg förbundet i lika hög grad gälla även för man. Man fann dock att särskilt i de fall, då kvinnor som har barn att vårda riskerar att nedslitas genom ej önskade graviditeter med sjuk man, bör lagen, när "särskilda skäl" talar därför, kunna medge sterilisering av man.

RFSU ansåg 1960 att möjligheterna att bli steriliserad bör vara starkt begränsade. Frågan om frivillig sterilisering av man borde dock utredas. I yttrandet 1970 anförde förbundet att sterilisering inte kan jämställas med preventivmedel och inte heller med abort. Preventivmedel och abort har en temporär effekt, medan sterilisering t. v. är att betrakta som en irreversibel åtgärd till förhindrande av befruktning. Senare års utveckling inom kirurgin med ökade möjligheter till reversibilitet kan komma att ändra denna uppfattning. Även om vissa skäl kunde anses tala för att sterilisering beviljas utan närmare prövning efter ansökan från såväl män som kvinnor, talar mot detta, att alla inte är i stånd att utan närmare informationer inse konsekvenserna av en sterilisering. Förbundet pekade

också på att så länge uppfattningen att människans värde är avhängigt av hennes förmåga till barnalstring är så pass utbredd som den ännu är i vårt samhälle, kan utan tvivel steriliseringsingrepp hos vissa människor ge psykologiska konsekvenser av ogynnsam art. Förbundet hänvisade också till att säkrare och bättre preventivmedel skulle komma att utvecklas. Dessa skulle ge den enskilda människan större valmöjligheter i planerandet av sitt föräldraskap.

Yrkeskvinnans samarbetsförbund fann 1960 det angeläget att ökade möjligheter skapas för män att bli steriliserade.

Medicinska fakulteten vid Uppsala universitet ansåg 1970 att myndiga, psykiskt friska och rättskapabla personer själva bör få bestämma om de önskar underkasta sig en steriliserande operation. Sterilisering är ett viktigt alternativ till nu tillgänglig preventivteknik, som ingalunda tillgodoser alla behov. Man ansåg att det var för tidigt att bedöma P-pillerteknikens risker på lång sikt men att det redan stod klart att ett ganska stort antal kvinnor ej borde använda P-piller. Man konstaterade att sterilisering av man sker genom ett lindrigt ingrepp och bör finnas som alternativ till sterilisering av kvinna.

Även medicinska fakulteten vid Karolinska institutet förklarade sig 1970 positiv till sterilisering av man.

7.2.3 *Makes yttrande*

Medicinalstyrelsen fann i yttrande 1955 och 1960 att motionärernas förslag till komplettering av bestämmelserna i 3 §, första stycket, andra punkten, innebär att medicinalstyrelsen under viss förutsättning medgives rätt att göra undantag från regeln, att maken skall beredas tillfälle att yttra sig, då gift kvinna gjort ansökan om tillstånd till sterilisering. De motiv till förslaget, som anförts, är obestridligen vägande. För prövning av själva sakfrågan har ett yttrande från maken i regel intet värde. Något yttrande kan för övrigt icke avtvingas honom, och bestämmelsens krav är uppfyllt, då han beretts tillfälle att yttra sig. Lagrummets betydelse ligger alltså däri, att steriliseringsingreppet på hustrun icke får medgivas utan hans vetskap. Konsekvensen blir också någon gång att han tvingar hustrun att avstå från sterilisering, även om hon erhållit tillstånd därtill. Hans motiv är då vanligen svartsjuka eller hämndbegär. Det föreslagna undantaget från regeln skulle därför bli av stort värde i enskilda fall. Konsekvenserna på längre sikt kunna dock bli svåra att överblicka. Om maken vid fortsatt eller, beträffande hemskild kvinna, återupptagen samlevnad förr eller senare får vetskap om saken, vilket väl knappast kan undvikas, kan kvinnans konfliktsituation i förhållande till honom bli ännu värre och ge anledning till kverulans och svåra trakasserier från hans sida, eventuellt även våldshandlingar. Med hänsyn till de allvarliga konsekvenser det föreslagna dispensförfarandet sålunda kan få, böra kvinnans och mannens berättigade, civilrättsliga intressen noga vägas mot varandra. Frågan bör därför bli föremål för ingående övervägande ur juridisk synpunkt, innan det ifrågasatta tillägget till lagrummet göres.

Kuratorföreningen fann 1955 att förslag om att sterilisering av

synnerliga skäl skall kunna beviljas gifta kvinnor utan makens yttrande väl motiverat. I yttrandet 1960 ifrågasattes beträffande makes hörande vid sterilisering av hemskild kvinna lämpligheten att över huvud taget ta upp steriliseringsfrågan till bedömning i en hemskillnadssituation. Kvinnan befinner sig då ofta i en så psykiskt påfrestande situation att varken hon eller intygsskrivaren i allmänhet är i stånd att bedöma hur hon senare kommer att reagera på en så definitiv operation. I övrigt rådde inom föreningen motsatta uppfattningar beträffande makes hörande. Som skäl för hans hörande åberopades av en del att sterilisering är en så allvarlig gemensam angelägenhet i ett äktenskap att man bör ta hänsyn till makes rätt att få vetskap därom. Som skäl mot hans hörande åberopades av del att bestämmelsen är helt orimlig, särskilt som makes hörande inte hindrar beslut mot hans vilja. Kvinnan borde i vart fall ha rätt att få sin situation prövad av beslutsinstansen (medicinalstyrelsen) utan att maken först höres. Härför talar kravet på skydd för hemskild kvinna mot trakasserier från make som är gravt alkoholiserad, svårt kriminell eller paranoid.

Fredika Bremerförbundet anförde 1960 att kravet på makes hörande vid sterilisering av hemskild kvinna är helt orimligt. Den manliga parten i ett äktenskap har inte längre något förmynderskap över hustrun. Då bestämmelsen numera tycks sakna praktisk betydelse bör den kunna utgå. Möjligen skulle man kunna överlåta åt den utredande läkaren och/eller medicinalstyrelsen att besluta om mannens hörande där så undantagsvis bör ske.

Medicinska fakulteten i Lund fann 1960 frågan svårbedömd och tillstyrkte utredning.

RFSU ansåg att det otvivelaktigt kunde uppkomma situationer, då makens hörande kan medföra allvarliga olägenheter. Frågan borde närmare utredas.

7.2.4 *Tillståndsprövning*

I motionerna 1960 ifrågasattes om inte samtliga steriliseringsärenden, även sådana som bygger på medicinsk indikation, när kvinnan lider av kroppslig sjukdom borde underställas dåvarande medicinalstyrelsens prövning.

Medicinalstyrelsen fann motionernas innebörd oklar och konstaterade att man närmast torde ha avsett, att med hänsyn till risken för eventuellt uppkommande psykiska reaktioner hos kvinnan överflytta beslut i steriliseringsfrågor från "2-läkarplanet" till den centrala myndigheten. Styrelsen fann inte tillräckliga skäl för en sådan ändring.

Inte heller medicinska fakulteten i Lund fann skäl till ändring, som skulle leda till en onödig omgång.

RFSU fann dock att förslaget skulle medföra ökad säkerhet för den enskilde och större enhetlighet vid tillämpningen av lagen. Även Fredrika Bremerförbundet och husmoderförbundet ansåg att alla steriliseringsfall borde underställas den centrala myndighetens prövning, om grundsjukdomen är av somatisk eller psykisk natur. Kuratorföreningen fann förslaget rimligt. Fördelen med att varje ärende blir behandlat med all

den omsorg i bedömningen, som kan säkerställas, torde tveklöst uppväga den tidsutdräkt i ärendets behandling, som den föreslagna ändringen kan medföra.

7.3 Övrig debatt

Inledningsvis kan erinras om att åtta av de remissinstanser som yttrade sig över 1965 års abortkommittés betänkande uttalade önskemål om en översyn av steriliseringslagen.

7.3.1 *Massmedia*

Den debatt som förekommit i massmedia har sin upprinnelse i olika artiklar i Läkartidningen (främst under år 1973). I en av artiklarna behandlades frågan om sterilisering som ett alternativ till legal abort och preventivmedel. Artikeln utmynnade bl. a. i ett krav på lagändring som underlättar steriliseringsingrepp. I en annan artikel behandlades sterilisering av man som en effektiv metod för födelsekontroll. I denna uttalades bl. a. den förhoppningen att en ny steriliseringslag skulle medge frivillig sterilisering på samma liberala sätt som i England och USA. Samtidigt konstaterades att sterilisering av medicinska skäl borde kunna ske utan särskilt stöd i lag medan steriliseringsingrepp, t. ex av eugeniska skäl, eller på minderåriga eller icke rättskapabla personer borde regleras i lag.

Artiklarna gav gensvar i massmedia i övrigt, där ett flertal artiklar och reportage förekommit under rubriker som "Sterilisering – skonsamt alternativ till preventivmedel", "Enkel metod gör sterilisering till abortalternativ" etc. Ett antal reportage om män som med tillsynes odelat positivt resultat genomgått sterilisering utomlands har också förekommit.

Artiklarna och reportagen behandlar direkt eller underförstått sterilisering som en åtgärd i familjeplanerande syfte. De speglar således äkta makars eller sammanlevande personers situation men inte de ensamståendes. Såsom ett "jämlikhetskrav" uttalas önskemål om ökade möjligheter till sterilisering av man.

7.3.2 *Utredningens hearings*

Vid de hearings utredningen haft med företrädare för socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd, företrädare inom styrelsen som har att ta tillvara de utvecklingsstördas intressen, representanter för mentalvårdsbyrån i Stockholm och RFSU samt företrädare för religiösa grupper framkom bl. a. önskemål om vidgning av möjligheterna till sterilisering.

Bland de synpunkter som framkom beträffande den socialpsykiatriska nämndens verksamhet framgick bl. a. att man inom nämnden saknat tillräckliga möjligheter att bevilja män sterilisering. Det har ofta förekommit, där det av olika skäl skulle ha varit lämpligare att mannen, som uttalat önskemål därom, lät sig steriliseras i stället för hustrun. Man

och kvinna ansågs böra ha samma rätt till sterilisering i familjeplanerande syfte. Man konstaterade också att det jämfört med för 15–20 år sedan inte är samma slag av personer som nu önskar sterilisera sig. Särskilt de män som ansöker om sterilisering är ovanligt väl socialt anpassade.

Vidare framhölls inom nämnden att en liberalisering av steriliseringslagen måste följas av en kraftigt ökad rådgivning, omfattande även preventivmedelsrådgivning. Skulle en ny lag medge fri sterilisering, bör den i vart fall begränsas genom en ej alltför lågt satt åldersgräns. Härvidlag hänvisades till att den fysiska åldern hos sökanden ej alltid motsvaras av tillräcklig mogenhet för ett beslut av så definitiv karaktär som en begäran om sterilisering.

Även om en fri sterilisering skulle införas borde enligt vad som uttalades denna regleras i lag så att både de som önskar steriliseras och läkarna får tillräckligt stöd. Samtliga företrädare för nämnden var överens om behovet av en liberalisering av steriliseringslagen. Beträffande graden av ökad frihet framkom skilda uppfattningar.

I fråga om nuvarande krav på makes medgivande uttalades att i en normal familje- eller samboendesituation kan det i och för sig vara lämpligt att båda parter är ense om den sterilisering som en av dem begär. I många fall hade kravet på medgivande i nu gällande lag dock vållat problem, och man såg helst att det avskaffades.

Från mentalvårdsbyrån och RFSU framfördes en något mer positiv syn på en liberalisering av steriliseringslagen än vad som framkom vid den hearing som hölls med social-psykiatriska nämnden. Särskilt gällde detta RFSU.

Vid den hearing som hölls beträffande de utvecklingsstördas situation framfördes kritik mot den tillämpning av steriliseringslagen som tidigare förekommit. Kritiken gällde de fall då det, om än inte formellt så dock i realiteten, förekommit att utskrivning från anstalt gjorts beroende av sterilisering som sedermera visat sig mindre väl befogad. I övrigt framkom den synpunkten att de utvecklingsstörda inte bör fråntas rätten till sexualliv, men att det oftast inte är lämpligt att deras sexuella samliv leder till graviditet. Viss möjlighet till sterilisering bör därför i och för sig stå öppen. Samhället bör dock inte genom anstaltsledning e. d. ansöka om sterilisering. De utvecklingsstörda bör själva ta detta initiativ. I den mån de på grund av bristande psykiska förutsättningar saknar möjlighet att ta ställning till denna fråga bör sterilisering ej kunna ske.

Vid diskussionen med företrädare för olika religiösa grupper (svenska kyrkan, frikyrkosamfund och katolska kyrkan) framhölls att de etiska problemen i samband med sterilisering är av en lägre dignitet än vid frågan om abort. De etiska problemen betraktades som väsentligt begränsade då fråga om utsläckande av liv ej kan anses föreligga. Däremot berördes frågan om steriliseringsingreppets prägel av stympning.

Frågan om sterilisering betraktades som en mycket allvarlig fråga, som den enskilde själv måste ta ställning till. Även en rättskapabel människa kan fatta förhastade och dåligt underbyggda beslut. Detta måste i görligaste mån förhindras genom kraftig rådgivning.

Det framhölls i samband med frågan om medgivande av äkta make till

sterilisering att det borde betraktas som orimligt att en make mot den andres vilja skall ha rätt att få barn.

Företrädare för frikyrkorna pekade på risken för att en lagstiftning blir så vid att samfundens medlemmar måste leva efter egna regler.

Från katolskt håll sades bl. a. att utredningens direktiv präglas av en viss lagpositivism, som medför att man på lagstiftningens område anser sig vara tvungen att hålla jämna steg med vetenskapens utveckling. Risk föreligger för att lagstiftningen liberaliseras så långt som vetenskapens färska rön ger lov till. "Det som är medicinskt möjligt blir juridiskt legitimt." Frågan om förhållandet mellan empirisk-vetenskapliga möjligheter och lagstiftningens gränser synes ej genomtänkt. Den frågan ställdes om en moralisk norm faller så snart medicinen uppdagar det ofarliga i det som normen förbjuder. Det konstaterades dock att det från katolska kyrkans sida knappast föreligger några tungt vägande skäl mot en liberalisering av steriliseringslagen i ett "pluralistiskt" samhälle.

8 Överväganden

8.1 Bakgrund

Enligt direktiven bör utredningsarbetet framför allt inriktas på frågan i vad mån och i vilken utsträckning rättskapabel persons egen begäran skall kunna få utgöra tillräckligt underlag för sterilisering. Härvid åsyftas främst sterilisering i enbart familjeplanerande syfte.

Grundläggande vid ställningstagande till frågan om steriliserings tillåtlighet är åtgärdens karaktär av definitivt upphävande av fortplantningsförmågan. Såsom framgår av redogörelserna i avsnitt 6 är f. n. möjligheterna till reoperation ej särdeles goda. En lagstiftning om sterlilisering måste därför tills vidare, beträffande såväl man som kvinna, utgå från att det gäller en definitiv, icke reversibel åtgärd.

8.1.1 *Gällande praxis*

Enligt gällande lagstiftning är möjligheterna till sterilisering mycket begränsade. I princip skall sterilisering endast kunna ske på viss avgränsad indikation (eugenisk eller social eller, beträffande kvinnor, även medicinsk indikation).

Av socialstyrelsens statistik (avsnitt 4.5) framgår att mycket få ansökningar om sterilisering avslås. Under den senaste 10-årsperioden har de bifallna ansökningarna ökat från 91 till 99 %. Att endast ett fåtal ansökningar avslås är i och för sig inte särskilt anmärkningsvärt. Den tid steriliseringslagen varit i kraft har självfallet gett förutsättningar för en anpassning så att läkare och kuratorer, vilka utfärdar de handlingar som ligger till grund för socialpsykiatriska nämndens ställningstaganden, genom sin rådgivning föranleder att ansökan bara görs när den kan bifallas. Sökande hos vilka de aktuella indikationerna inte föreligger borde i regel oftast ha sållats bort och i huvudsak borde normalt endast ärenden som haft rimliga förutsättningar att bifallas ha förts till nämndens prövning.

Utredningens genomgång av vissa steriliseringsärenden (bilaga 1) liksom socialstyrelsens statistik visar också på en ganska god överensstämmelse mellan läkares och kuratorers tillstyrkan samt nämndens bifall till sterilisering.

En granskning av hur de särskilda indikationerna tillämpats visar

emellertid att den socialpsykiatriska nämndens bedömningar ofta avviker från de intygsskrivande läkarnas uppfattningar. Nämnden har t. ex. i fråga om män tillämpat den sociala indikationen i en väsentligt vidare mening än steriliseringslagen medger. Avsikten synes i dessa fall ha varit att förstärka en ganska svag eugenisk indikation. Vidare har nämnden vid ansökan av kvinnor om sterilisering i stort antal beslut ansett sig böra kombinera den av läkaren åberopande medicinska indikationen med social indikation. Kuratorernas bedömning av ansökande kvinnors lämplighet som vårdnadshavare skiljer sig markant från nämndens tillämpning av den sociala indikationen.

Den sociala indikationen har använts på sådant sätt att det är svårt att bedöma vad nämnden ställt för krav på indikationens tillämplighet.

I fråga om den medicinska indikationen visar undersökningen att nämnden tillämpar denna synnerligen liberalt.

Handlingarna i steriliseringsärenden är ofta svårtolkade. Det framgår långt ifrån alltid vilken indikation av flera tillämpade som kan betraktas som huvudindikation.

Självfallet skall en central instans som socialpsykiatriska nämnden medverka till lagstiftningens vidareutveckling och därvid bl. a. fylla en vägledande funktion för dem som har att råda allmänheten. Den praxis som utvecklats har, bl. a. genom samtidig tillämpning av flera indikationer, blivit oklar till innebörden. Även om det för den enskilde kan ha varit befogat med sterilisering, synes nämnden i anmärkningsvärd grad ha avlägsnat sig från lagens avfattning och lagstiftarens intentioner.

För en närmare redovisning av praxis i steriliseringsärenden hänvisas till bilaga 1.

8.1.2 *Sterilisering och andra metoder för födelsekontroll*

Steriliseringens värde som preventivmedel begränsas av steriliseringsingreppets alltjämt definitiva karaktär.

Som framgått av avsnitt 6.3 ger tillgängliga preventivmedel, rätt använda, god säkerhet för flertalet människor. Ett inte ringa antal kvinnor är dock förhindrade att använda de effektivaste preventivmedlen, och en hel del människor saknar förmåga att alls använda preventivmedel. Möjligheterna till abort är i Sverige avsevärda, men avbrytande av havandeskap som metod för familjeplanering måste betraktas som en nödlösning. I jämförelse med abort framstår sterilisering med dess väsentligt mer begränsade etiska problem som ett fördelaktigt alternativ för dem som varaktigt vill förhindra havandeskap.

Steriliseringens definitiva karaktär medför dock att detta ingrepp har mycket ringa intresse för de åldrar då effektiva preventivmetoder är som med behövliga, nämligen för dem som befinner sig i perioden mellan sexuell debut och familjebildningens början.

För dem som fått önskat antal barn eller efter moget övervägande beslutat att ej skaffa barn är dock sterilisering ett angeläget komplement och den säkraste preventivmetoden, som dessutom har andra fördelar. Genom sterilisering undviks de för många störande åtgärderna i direkt

anslutning till samlag eller regelbundet intagande av piller med i för en del fall besvärliga biverkningar.

Sammanfattningsvis kan sägas att sterilisering endast i viss utsträckning kan eller bör ersättas av annan metod för familjeplaneringen.

8.1.3 *Sterilisering – ett allmänt eller enskilt intresse*

Av redogörelsen för situationen i andra länder (avsnitt 5) har framgått att folkrika nationer försöker minska befolkningstillväxten genom ökad användning av preventivmedel eller sterilisering. I enstaka fall har strävandena att minska befolkningstillväxten lyckats, i något fall genom en kombination av utbredd användning av preventivmedel och förhöjd giftasålder samtidigt med stränga moraliska regler för föräktenskapliga förbindelser.

Situationen i Sverige är helt annorlunda. Även om globala perspektiv kan anläggas på industriländernas folkmängd med hänvisning främst till dessa länders enorma konsumtion, är sterilisering i familjeplanerande syfte i dagens Sverige främst av intresse för den enskilde individen och hans familj. Från nationell synpunkt finns f. n. knappast några vägande skäl att anlägga befolkningspolitiska aspekter på den ändring av antalet födslar som kan följa av en liberalisering av möjligheterna till sterilisering. Det bör dock i detta sammanhang framhållas att nativiteten i Sverige är så låg att reproduktionsantalet inte uppnås, vilket på längre sikt betyder att – om man bortser från in- och utvandring – befolkningen kommer att minska.

Utredningen vill i detta sammanhang ange den allmänna grundsyn som präglar det genom betänkandet framlagda förslaget till ny steriliseringslag. Huvudfrågan är om den enskilde individen skall tillåtas sterilisera sig utan tillståndsprövning av myndighet. Som anges närmare i det följande anser utredningen att en person i princip skall ha rätt att bestämma över sin egen kropp. Sterilisering bör – åtminstone i nuläget i Sverige – få företagas endast för att tillgodose enskildas intressen. Vid genetisk indikation bör härvid kunna beaktas det uppenbara intresset hos presumtiva avkomlingar att inte behöva lida av svåra sjukdomar och lyten. Detta innebär dock inte att myndigheter eller andra representanter för det allmänna bör ges rätt att ta initiativ till sterilisering. Utredningen tar bestämt avstånd från annat är frivillig sterilisering. Detta bör dock inte hindra att icke rättskapabla personer skall kunna ges viss möjlighet till sterilisering om motsvarande enskilda intressen är uppfyllda som gäller för övriga individer.

8.2 Skäl för och emot fri sterilisering

Enligt svensk rätt kan enskild person inte ge giltigt samtycke till gärning som innebär grövre intrång i hans kroppsliga integritet. Det är således rättsstridigt att tillfoga annan person svår kroppsskada även om denne samtyckt till handlingen. Föreligger emellertid ett förnuftigt ändamål kan

samtycke göra en annars förbjuden handling tillåten. En åtgärd som är medicinskt indicerad (t. ex. amputation av ben vid kallbrand) och som sker med patientens samtycke är, naturligt nog, rättsenlig. I vissa fall behöver inte ens ett uttryckligt samtycke föreligga om omständigheterna är sådana att man kan utgå ifrån att ingreppet motsvarar patientens önskningar.

Sterilisering kan visserligen knappast anses som tillfogande av svår kroppsskada i vanlig mening, eftersom den steriliserade normalt inte får nämnvärda egentliga kroppsliga eller psykiska men av årgärden. Förlusten av fortplantningsförmågan måste dock i princip bedömas som en form av åsamkande av svår kroppsskada.

En anledning till att samtycke endast i vissa fall gör ett ingrepp rättsenligt är att den skada som åsamkas kan vara till allvarlig nackdel från allmän synpunkt. Om åtgärden exempelvis resulterar i att vederbörande blir arbetsoförmögen, kan han komma att "ligga samhället till last" med avsevärda ekonomiska konsekvenser.

I anslutning härtill bör även erinras om regler av religiöst-etisk karaktär. I gamla testamentet finns ett förbud mot stympning.

Varken sådant religiöst förbud eller allmänrättsligt förbud mot åsamkande av kroppsskada kan med beaktansvärd styrka åberopas som skäl mot frivillig sterilisering.

Vid bedömning av frågan om steriliserings tillåtlighet är för utredningen den naturliga utgångspunkten att en individ skall i princip ha rätt att bestämma över sin kropp. Det bör därför – om inte särskilda skäl talar däremot – vara tillåtet för envar att sterilisera sig. Därmed är dock inte sagt att man skall ha rätt att få ekonomiskt eller annat stöd av samhället för ett sådant ingrepp.

Utöver det angivna grundläggande principiella skälet för fri sterilisering talar till dess förmån att det är ett effektivt medel för familjeplanering och i viss utsträckning ett angeläget komplement till övriga preventivmetoder. Samtidigt är sterilisering, inte minst från etiska synpunkter, i många situationer att föredra framför abort.

Flera omständigheter kan emellertid anföras emot fri sterilisering, främst följande

- risken för ångersituationer, dvs. förhastade beslut om sterilisering.
- risken för andra psykiska eller fysiska störningar
- hänsynstagande till makes eller annan samlevnadspartners önskemål
- hänsyn till samhällets befolkningspolitik

Risken för att någon som steriliserats skall ångra sig är ett argument som får särskild skärpa genom steriliseringsingreppets alltjämt definitiva karaktär. Även om vissa utländska undersökningar visar anmärkningsvärt goda resultat av försöken att genom reoperation återskapa förbindelse i äggledare eller sädesledare utgör detta ingen garanti för att fortplantningsförmågan återställts. Ännu så länge är alltför litet känt om bl. a. de effekter en lång tids avstängning av fortplantningsorganen kan ha för fertiliteten.

Ångersituationer kan uppkomma till följd av olika samverkande skäl,

ofta präglade av den enskildes speciella livssituation och därför omöjliga att kartlägga. En väsentlig och mer allmän faktor är självfallet i vilken ålder ingreppet utförs. Sterilisering vid unga år ger naturligtvis normalt större risk för ångersituationen. En ungdom som, kanske efter moget övervägande, beslutar att sterilisera sig på grund av en då bestämd önskan att inte få barn, utvecklas och påverkas av en livspartner som han möter i ett senare skede av livet och som önskar få barn. Även den som nått mogen ålder och vid viss tidpunkt hunnit skaffa sig önskat antal barn kan efter separation och etablerande av ett nytt samlevnadsförhållande hamna i en ångersituation.

De utländska undersökningar som företagits tyder på en mycket måttlig risk för ångerfall. Det bör dock i anslutning härtill anmärkas att dessa undersökningar huvudsakligen avsett personer som nått viss, inte alltför låg, ålder eller i vart fall hunnit få flera barn. Dessa undersökningar behandlar sterilisering från familjeplaneringssynpunkt och belyser ej de ensamstående situation.

Risken för ångerfall kan sannolikt väsentligt begränsas genom effektiv och förnuftig information om steriliseringsingreppets innebörd och följder samt genom en för den enskilde anpassad rådgivning som också innefattar möjligheterna till andra preventivmetoder.

En i samband med en tillfällig psykisk störning uttalad önskan om sterilisering kan, om den omedelbart tillmötesgås, innebära ökad risk för att den steriliserade senare ångrar sig. En sådan situation kan exempelvis tänkas föreligga i samband med en abortoperation. Det kan finnas skäl att försöka förmå den som då önskar steriliseras att vänta någon tid med slutligt ställningstagande.

Risken för ångerfall kan avsevärt minskas genom uppställande av en lämplig lägsta ålder för fri sterilisering.

Att, främst i syfte att begränsa riskerna för ångerfall, kräva tillstånd oavsett åldern, som t. ex. i Finland, kan sägas innebära en allmän omyndigförklaring för hela livet beträffande just detta slags ställningstagande.

Risken för kroppsliga eller psykiska störningar utöver ångersituationer torde vara av begränsad betydelse. Såväl utländska som svenska erfarenheter visar förhållandevis få fysiska komplikationer i samband med operation eller under efterförloppet.

Det har, särskilt tidigare, i debatten uppgetts att det finns beaktansvärda risker för allvarliga psykiska störningar som följd av sterilisering. Dessa frågor har inte stöd i tillgängliga utländska eller svenska undersökningar.

I flera utländska undersökningar har visserligen framkommit att steriliseringsingreppet följts av vissa störningar av psykologisk art som också påverkat samlivet negativt. Frekvensen sådana fall har dock varit låg och oftast har beträffande samlivet i stället inträffat en positiv effekt.

De få fall av psykisk betingad impotens som kunnat konstateras kan till viss del ha sin grund i förväxlingar mellan steriliseringens och kastreringens inverkan på sexuallivet. Vanligen torde sådana eventuella problem kunna lösas genom lämplig information.

I de av utredningen granskade svenska fallen har inte framkommit något som tyder på beaktansvärt ökade psykiska besvär. Den bedömningen har gjorts att då sådant kunnat konstateras har de orsakats av andra förhållanden som funnits eller haft sin grund i händelser som existerat redan före ingreppet.

För en begränsning av individens rätt att ensam bestämma om han skall steriliseras kan åberopas att hänsyn måste tas till makes eller annan samlevnadspartners önskemål. Frågan om medgivande av make skall behövas – och eventuellt som garanti härför ett tillståndsförfarande – har samband med vilken syn man har på äktenskapet. Om äktenskapet ses som en livsvaraktig samlevnadsform, vilken i princip inte får upplösas, ligger det nära till hands att kräva medgivande. Med den äktenskapslagstiftning vi nu har i Sverige skulle det emellertid te sig rätt främmande att i en steriliseringslag uppställa sådant krav. Till frågan om makes hörande m. m. i steriliseringsärenden återkommer utredningen i avsnitt 8.8.

Hänsynstagande till samhällets befolkningspolitik i vid mening kan i och för sig betraktas som ett skäl mot en i princip fri sterilisering.

Ett samhälle har naturligen intresse av att ett visst antal barn föds. Det kan också tänkas att ett samhälle skulle vilja vidta åtgärder för den händelse nativiteten skulle få väsentligt olika omfattning inom olika kategorier av befolkningen.

I Sverige torde det inte finnas anledning tro att en fri sterilisering skulle inom överskådlig tid få en sådan omfattning eller sådana strukturella följder att samhället har skäl att ingripa med tillståndskrav.

Vid bedömning av de argument som kan anföras för och emot fri sterilisering finner utredningen att övervägande skäl talar för att i princip tillåta sterilisering utan särskilt tillstånd för envar som uppnått en för denna frågas avgörande lämplig ålder.

8.3 Åldersgräns för fri sterilisering

Enligt utredningens mening är det angeläget att hindra att unga personer genom förhastade beslut låter sterilisera sig. En begränsning av den fria steriliseringen genom en nedre åldersgräns är därför utan tvekan påkallad.

Det kunde i och för sig synas naturligt att som minimiålder för fri sterilisering välja den allmänna myndighetsåldern. Att bli myndig betyder att man, med få undantag, kan råda över sig själv. Man får i princip full rättslig handlingsförmåga. Den som uppnått myndighetsåldern har även allmän rösträtt och är valbar som risksdagsman etc.

Myndighetsåldern kommer fr. o. m. 1 juli 1974 att bli 18 år. Oavsett vad som må kunna anföras till stöd för att 18-årsåldern är lämpad för vidsträckta ekonomiska och politiska ställningstaganden, måste det framhållas att för ett beslut om sterilisering fordras inte bara en intellektuell utan även emotionell och sexuell mognad, vilken erfarenhetsmässigt ofta inte utvecklas förrän i 20–25-årsåldern och i viss utsträckning först än senare. Vad som särskilt bör hållas i minnet är att det gäller ett avgörande att för resten av livet avstå från möjligheten att få egna barn.

Det hävdas också från sakkunnigt håll att sterilisering inte bör ske förrän då familjebildningen i huvudsak är avslutad, dvs. i 30–35-årsåldern.

Utredningen finner med hänsyn till det sagda och avsaknaden av svenska erfarenheter och bristen på tillförlitliga utländska att minimiåldern för en fri sterilisering inte bör sättas så lågt som till 18 eller 20 år.

Om å andra sidan gränsen sätts relativt högt – t. ex. 30 år – kommer det att finnas ett avsevärt antal personer i årskullarna närmast under gränsen som på goda grunder kan hävda att de utan att någon speciell indikation föreligger bör få sterilisera sig. Detta skulle motivera införandet av en vid möjlighet till tillstånd, någon slags generalklausul; en indikation som skulle vara svår att ge en lämplig avvägning i praktiken och som dessutom alltför lätt skulle kunna leda till att praxis utvecklades i en av lagstiftaren inte avsedd riktning. Utredningen vill här erinra om den praxis som utvecklas under senare år beträffande såväl abort- som steriliseringsärenden.

Utgångspunkt för utredningen vid ställningstagande till omfattningen av fri sterilisering är principen att den enskilde individen själv skall få bestämma. Mot bakgrund härav och med hänsyn till det angelägna i klara gränsdragningar och säker rättstillämpning finner utredningen att åldersgränsen lämpligen bör vara 25 år. Det kan f. ö. erinras om att 25 år är den ålder man i normalfallet skall ha uppnått för att få adoptera barn.

För att så långt det är möjligt undvika ångersituationer och andra psykiska störningar hos dem som ges rätt till fri sterilisering bör införas en lagstadgad skyldighet om information och rådgivning till dem som vill sterilisera sig. Dessa bör uppmärksammas på steriliseringens innebörd och följder samt vilka alternativa preventivmetoder som finns.

För personer under 25 år bör finnas vissa möjligheter till sterilisering. Dessa möjligheter bör göras beroende av tillståndsprövning. Genom en fast gräns vid 25-årsåldern kan indikationerna för tillstånd beträffande dem som är yngre göras mer begränsade och klara, vilket bör ge möjlighet att lättare skapa fast praxis. Av betydelse härvidlag är också att det knappast kan bli fråga om så många tillståndsärenden.

8.4 Personer som ej uppnått åldersgränsen

För personer som ej fyllt 25 år måste övervägas i vilken utsträckning det bör ges möjlighet att meddela tillstånd till sterilisering. Det torde utan närmare argumentering vara klart att genetisk och medicinsk indikation bör stå till buds. Mera diskutabelt är om andra indikationer är önskvärda.

8.4.1 *Genetisk indikation*

Till skillnad från 1941 års steriliseringslag ses här frågan utifrån de enskilda individernas synpunkt, varvid åsyftas såväl presumtiva föräldrar som de barn som skulle kunna födas.

Av redogörelsen i avsnitt 6. 4 framgår att det åtminstone i många situationer är önskvärt att av genetiska skäl kunna sterilisera vid en

förhållandevis låg ålder. Behovet har ökat något och kan väntas öka ytterligare genom nya rön inom ärftlighetsforskningen. – Utredningen återkommer i avsnitt 8.4.7 till frågan om en absolut minimiålder för sterilisering.

Risken för att ett arvsanlag skall slå igenom eller för att en ärftlig sjukdom eller defekt skall förverkligas hos ett barn eller senare avkomling varierar höggradigt. Likaså graden av sjukdomens eller defektens svårighet. Det är därför inte möjligt att i lagtext ge annat än en allmänt hållen indikationsbeskrivning.

Utredningen vill här understryka det angelägna i att öka möjligheterna till genetisk rådgivning.

8.4.2 *Medicinsk indikation*

Av socialstyrelsens preliminära statistik från år 1973 framgår att endast en kvinna i åldersgruppen 15–19 år ansökt om sterilisering. Socialpsykiatriska nämnden biföll ansökan på medicinsk indikation. I åldersgruppen 20–24 år ansökte 45 personer, varav 39 (kvinnor) erhöll nämndens tillstånd, därav 34 på medicinsk indikation. Av statistiken för de senaste åren framgår att sterilisering på medicinsk indikation varit aktuell i 40–50 fall årligen i åldrarna under 25 år.

Det är således fråga om tämligen få fall, där sterilisering av yngre kvinnor varit aktuell.

Även om behovet av en medicinsk indikation för yngre kvinnor är begränsad bör en åtminstone i stort sett motsvarande möjlighet till sterilisering som medges enligt nu gällande lag bibehållas. Frågan är närmast om indikationen bör vara helt densamma eller ändras något i begränsande eller vidgande riktning.

Klart är att den medicinska indikationen skall omfatta "sjukdom eller kroppsfel", som vid kommande havandeskap kan innebära allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa. Vad som i nuvarande indikation vållar svårighet vid tolkningen är begreppet "svaghet", som ju även fått en knappast avsedd tillämpning.

Enligt ett departementschefsuttalande i propositionen 1946: 156 (refererat i avsnitt 7.2.1) inrymmer begreppet svaghet fall av blandat social-medicinsk indikation.

Vid fri sterilisering från 25 år är behovet av att i indikationen låta begreppet svaghet ingå inte så stort. Det är dock önskvärt att ha möjlighet därtill, när en medicinsk bedömning indicerar sterilisering utan att kravet på sjukdom eller kroppsfel är uppfyllt.

Med svaghet bör då i detta sammanhang närmast förstås svag hälsa, bräcklig kroppskonstitution eller neurastenisk läggning. Det skall således vara ett rent medicinskt förhållande, som klart avviker från normalt hälsostatus. En annan sak är att antal barn och andra omständigheter i miljön kan vara av betydelse när man skall ta ställning till frågan om hur allvarlig den fara för kvinnans hälsa är som till följd av hennes svaghet uppstår vid ett havandeskap.

Den medicinska indikationen bör således enligt utredningens mening

begränsas till att vara rent medicinsk. Den bör avfattas på sådant sätt att den inte ger utrymme för en glidande tillämpning med hänsynstagande till allmänt humanitära synpunkter.

Något skäl att införa en social-medicinsk indikation av det slag som år 1946 infördes i 1938 års lag om avbrytande av havandeskap finner utredningen ej föreligga. Begreppet "förutsedd svaghet" är ytterst diffust och olyckligt formulerat. Man måste beakta att sterilisering till skillnad från abort alltjämt är en definitiv åtgärd. För övrigt torde behovet att en sådan indikation för kvinnor under 25 år knappast vara beaktansvärt.

I motionerna 1970 upptogs frågan om sterilisering av man på medicinsk indikation, exemplifierad med fall då mannen förlorat sin arbetsförmåga. Utredningen har inte funnit skäl till införande av en sådan indikation.

8.4.3 *Social indikation*

Den gällande sociala indikationen tillämpas numera i mycket liten utsträckning. Enligt socialstyrelsens preliminära statistik för år 1973 bifölls ansökningar på denna indikation endast beträffande nio män och 27 kvinnor. Av dessa var endast fyra kvinnor i åldersgruppen 20–24 år och ingen var yngre. År 1972 var det verkliga antalet högre (10 män och 54 kvinnor, varav 10 under 25 år) såsom framgår av bilaga 1. Att märka är dock att i de allra flesta fallen har beträffande kvinnorna tillämpats både social och medicinsk indikation.

Enligt utredningens mening är den sociala indikationen främst ett utslag av samhällets intresse. I stället för sterilisering på social indikation bör ökad preventivmedelsrådgivning och, i nödfall, abort tillgripas.

Utredningen finner således ej skäl att i ett förslag till ny steriliseringslag införa en social indikation.

8.4.4 *Sterilisering i anslutning till fastställande av könstillhörighet*

Utredningen finner inte anledning att sakligt pröva den 1972 införda möjligheten till sterilisering i samband med fastställande av könstillhörighet. Tillstånd till sådan sterilisering av den som ej fyllt 25 år föreslås därför kunna ges på samma grunder som hittills.

8.4.5 *Sterilisering av den som ej fyllt 25 år i fall då steriliseringsindikation föreligger för make eller annan samlevnadspartner*

I åtskilliga sammanhang har det – som framgår av avsnitt 7 – framhållits som en brist att mannen ej kunnat steriliseras i en del situationer då kvinnan kunnat steriliseras på medicinsk indikation men orsaken till hennes hälsotillstånd var att finna i mannens beteende. I denna och liknande situationer borde, har det sagts, mannen i stället för hustrun kunna steriliseras, särskilt som ingrepp på honom är så väsentligt mycket enklare att utföra. Utredningens attitydundersökning (bilaga 2) visar att ett sådant intresse föreligger.

Med en fri sterilisering av såväl man som kvinna efter uppnådda 25 år torde dessa önskemål enligt utredningens mening bli i allt väsentligt tillgodosedda.

I Danmark har visserligen införts den regeln att när kvinna kan steriliseras av medicinska skäl kan istället hennes make eller den hon sammanlever med om han är under 25 år få särskilt tillstånd att steriliseras. Enligt utredningens gynekologiska och psykiatriska expertis anses en sådan särregel ej behövlig. Då det tydligen kan bli fråga endast om rena undantagsfall – finner utredningen ej skäl att införa en sådan speciell regel.

8.4.6 *Generalklausul för tillstånd*

Det har i samband med frågan om åldersgräns för fri sterilisering framhållits att om denna gräns sätts högt krävs vida undantag från huvudreglen.

Ju högre åldersgränsen sätts desto starkare skäl kan anföras för vida möjligheter till sterilisering efter tillstånd för dem som befinner sig under gränsen. Detta medför att undantagen blir svåra att avgränsa.

Åldersgränsen 25 år valdes bl. a. med hänsyn till att en generalklausul inte skulle behövas.

I avsnitt 8.4.3 har övervägts skälen till införande av en social-medicinsk indikation och resultatet av överväganden blev att en sådan indikation ej bör ingå i en ny steriliseringslag.

Vad som med större skäl skulle kunna övervägas är sterilisering av kvinna under 25 år som fött ett visst antal barn. Exempel på en sådan regel finns utomlands. Skulle en sådan möjlighet införas borde den avse kvinnor som fött minst 3–4 barn. I Sverige är det numera mycket ovanligt att kvinnor under 25 år skaffat så många barn. Enligt tillgänglig statistik torde antalet 3-barnsmödrar under 25 år vara ca 3 000 och antalet 4-barnsmödrar i samma åldrar ca. 250. När dessa mödrar fött så många barn är de i regel i 24-årsåldern. Därför måste behovet av en sådan regel anses ringa. Även i dessa fall bör samhället i stället koncentrera sig på preventivmedelsrådgivning.

8.4.7 *Minimiålder för sterilisering*

Den gällande steriliseringslagen innehåller ingen nedre gräns för när sterilisering får ske. Tidigare har förekommit sterilisering i förhållandevis låga åldrar men numera måste det betraktas som sällsynt att så sker. Socialstyrelsens preliminära statistik för år 1973 visar bara ett fall, en 18-årig kvinna, som ansökt om och beviljats sterilisering.

Beträffande de indikationer som utredningen är beredd att föreslå som tillämpliga på dem som är under 25 år finns inte skäl att gå under 18 år. Begränsas möjligheterna till sterilisering till dem som är 18 år eller äldre undviks också de svårigheter som annars skulle uppkomma genom krav på giltigt samtycke, frågan om vårdnadshavares ställning m. m.

Utredningen anser således att ingen under 18 år – förutom av rent

terapeutiska skäl, dvs. som ett led i behandling av kroppslig sjukdom – skall kunna steriliseras.

8.5 De ej rättskapablas ställning

Med en icke rättskapabel avses här en person som på grund av psykisk sjukdom eller abnormitet eller annan rubbning av självverksamheten saknar rättslig handlingförmåga beträffande frågan om han skall steriliseras. Den icke rättskapable kan inte giltigt besluta om sterilisering eller giltigt ansöka om eller samtycka till sterilisering (jfr. avsnitt 4.4).

Om, på sätt utredningen föreslår, fri sterilisering – alltså utan att någon särskild indikation krävs – införs för dem som fyllt 25 år, uppstår frågan om någon motsvarande möjlighet kan eller bör tillskapas för den ej rättskapable.

I propositionen (1974:70, s. 79) med förslag till abortlag m. m. anför departementschefen att det från humanitär synpunkt numera inte kan godtas att abort får utföras utan kvinnans samtycke. Kvinna som på grund av rubbad självverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke kan därför enligt förslaget ej längre få abort.

När det gäller sterilisering är situationen enligt utredningens mening något annorlunda. Man strävar efter att låta exempelvis utvecklingsstörda få ha ett så långt möjligt normalt sexualliv. Samtidigt är det ofta inte lämpligt att detta sexualliv resulterar i havandeskap. I viss utsträckning kan gängse preventivmedel ej användas, och sterilisering i familjeplanerande syfte blir den enda tillämpliga preventivmetoden. I den mån de som ej är rättskapabla har eller bör ges möjlighet till fritt sexualliv, bör de också ha möjlighet att bli steriliserade.

Till en början torde det utan närmare motivering vara klart att sådan form av sterilisering inte bör ifrågakomma annat än för de fall då den bristande rättskapaciteten är varaktig.

Vidare finner utredningen att det inte kan förordas att ställföreträdare (förmyndare eller god man) bör kunna få besluta om sterilisering. Däremot bör möjlighet öppnas för tillståndsgivning efter ansökan av någon som har till uppgift att tillvarata dens intresse på vilket ingreppet skall göras. För tillstånd bör krävas att det med skäl kan antagas att sterilisering är till väsentlig fördel för den ansökan gäller.

Den föreslagna specialindikationen (medicinsk och genetisk) för personer i åldern 18–24 år bör kunna tillämpas även för icke rättskapabla med den skillnaden att den övre åldersgränsen bortfaller. Även här måste det krävas att bristen på rättskapacitet är varaktig. Likaså bör ansökan endast kunna göras av ställföreträdare som handlar i dens intresse ansökan gäller. Utredningen avstyrker bestämt ett bibehållande av nuvarande ordning enligt vilken anstaltsföreståndare m. fl. kan göra ansökan om sterilisering av intagen, icke rättskapabel person. Även om fysiskt tvång inte får användas för utförande av en efter sådan ansökan beviljad sterilisering kommer man lätt tvångssterilisering mycket nära.

Utredningen vill understryka att tillståndsgivning i alla steriliserings-

ärenden som gäller icke rättskapabla bör ske med restriktivitet.

Det är mycket viktigt att de som på angivet sätt är psykiskt handikappade bereds största möjliga trygghet. De personer, förmyndare och andra som i dag har att svara för deras omvårdnad kan ibland komma i situationer som innebär intressekollisioner. Dessa personer bör därför inte belastas med initiativ i dessa frågor.

Det bör anmärkas att de särskilt förordnade förmyndarnas huvudsakliga uppgift i dag är att tillvarata den omyndigförklarades ekonomiska intressen.

För att skapa största möjliga skydd för icke rättskapablas personliga integritet bör av domstol utses en särskild god man med uppgift att i den ej rättskapables ställe ansöka om sterilisering.

I detta sammanhang vill utredningen dock påpeka att frågan om förmyndares uppgifter är f. n. föremål för utredning inom justitiedepartementet. Skulle förmyndarnas uppgifter därigenom komma att ändras kan detta självfallet komma att påverka utredningens förslag i denna del. Någon ändring i 18 kap 2§ föräldrabalken föreslås därför ej nu.

8.6 Kostnaderna för fri sterilisering

Sterilisering sker f. n. inom ramen för den allmänna sjukvården. Den ökning av steriliseringsingrepp liksom den rådgivning som kan antas följa vid fri sterilisering kommer sannolikt att i allt väsentligt de facto vara ett led i familjeplanering. Rådgivningen liksom sterilisering i detta syfte bör falla inom ramen för den allmänna sjukvården. Anledning att beträffande sterilisering särbehandla vissa grupper som t. ex. ensamstående finns inte, i vart fall ej f. n. Även för dem bör ersättningsreglerna inom den allmänna sjukförsäkringen gälla.

Utredningen återkommer till dessa frågor i avsnitt 10.2.

8.7 Tillståndsprövningen

Vid en fri sterilisering för dem som fyllt 25 år och med de föreslagna förutsättningarna för tillstånd till sterilisering av yngre personer och av icke rättskapabla individer blir troligen antalet ansökningar om tillstånd tämligen lågt. Det är angeläget att ha tillgång till fullgod expertis (bl. a. genetiker) och att få en enhetlig praxis. Prövningen bör med hänsyn till det sagda ske centralt, lämpligen av en nämnd knuten till socialstyrelsen. Vid övervägande av hur en sådan nämnd bör vara sammansatt bortses här från det förhållandet att hittills samma nämnd handlagt såväl steriliserings- som abortärenden.

Utredningens förslag, som bygger på en annan grundsyn än 1941 års lag, är till sitt innehåll och motivering sådant att sammansättningen av den tillståndsgivande nämnden bör vara annorlunda än den nuvarande socialpsykiatriska nämnden. Med hänsyn bl. a. till bedönningen av ansökningar för ej rättskapabla och med tanke på önskvärdheten av en

lagtillämpning som klart följer lagstiftarens uttalade vilja (om beaktansvärda skäl talar för annan praxis får det bli en fråga om lagändring) bör i nämnden ingå en person som innehar eller innehaft domarämbete. Den expertis som i övrigt bör ingå i nämnden bör omfatta företrädare för gynekologi, urologi, genetik och psykiatri.

Den nuvarande möjligheten till sterilisering i vissa fall på s. k. tvåläkarintyg används i ringa utsträckning. Beträffande kvinnor under 25 år har antalet 1969–73 varierat mellan tre och sju fall per år. Någon anledning att bibehålla denna form av förfarande torde inte föreligga när sterilisering blir fri från 25-årsåldern. Dock kan det tänkas att i något undantagsfall i samband med förlossning sådan tidsnöd föreligger att det vore angeläget att kunna sterilisera utan att det ordinära tillståndsförfarandet tillgrips.

8.8 Förfarandet i steriliseringsärenden

Enligt vad som tidigare anförts i avsnitt 8 skall den som önskar steriliseras bli informerad om steriliseringsingreppets innebörd och följder samt, i förekommande fall, ges preventivmedelsrådgivning.

Enligt propositionen med förslag till ny abortlag är avsikten att bygga ut nuvarande organisation för preventivmedels- och abortrådgivning, och tanken är att männen lika väl som kvinnorna bör ha tillgång till preventivmedelsrådgivning. Mödravårdscentraler kommer härvidlag att ha en central funktion även om det i propositionen konstateras att det av psykologiska skäl kan vara lättare för t. ex. män och ungdomar att söka preventivmedelsrådgivning om rådgivningen inte alltför nära kopplas samman med dessa centralers huvudsakliga arbete. Sjukvårdshuvudmännen föreslås även i fortsättningen ha det huvudsakliga ansvaret för abortrådgivningen men även andra organisationer kommer att med socialstyrelsens godkännande bedriva sådan rådgivning. Verksamheten kommer att ersättas genom de allmänna försäkringskassorna.

Enligt utredningens uppfattning är det naturligt och lämpligt att samma organisationer som skall ha hand om preventivmedels- och abortrådgivningen svarar för den information och rådgivning som skall ges enligt förslaget till ny steriliseringslag.

De som önskar sterilisering bör således kunna vända sig till mödravårdscentraler och rådgivningsbyråer. På dessa institutioner bör i första hand kuratorer kunna lämna informationen, men då så anses påkallat bör denna uppgift kunna överflyttas till läkare knuten till institutionen. Självfallet bör också varje legitimerad läkare kunna ge den aktuella informationen och de råd som kan anses påkallade.

Efter information och eventuell rådgivning skall den som önskar steriliseras underteckna en bekräftelse på att han erhållit del av informationen. Bekräftelsen bör också undertecknas av den som lämnat upplysningarna.

Den som efter denna obligatoriska information vidhåller sin önskan om sterilisering har sedan att vända sig till lämplig allmän sjukvårdsinrätt-

ning på hemorten eller annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänt och med stöd av bekräftelsen få ingreppet utfört när så kan ske.

Utredningen har övervägt om makes eller annan samlevnadspartners medgivande eller yttrande skall krävas i steriliseringsärende.

I den svenska debatten har gjorts gällande att sådant krav ej bör uppställas utan att var och en har självständigt att ta ställning till frågan om sterilisering. Kritiken mot nu gällande regel om hörande av make har bl. a. avsett fall då makarna levat åtskilda i samband med hemskillnad. Genom den nya äktenskapslagstiftningen har hemskillnadsinstitutet upphävts och kritiken har därför i denna del ej längre relevans.

Det är naturligt att hävda att beslut om sterilisering är en för parterna i ett äktenskap (eller annat därmed jämförligt samlevnadsförhållande) gemensam angelägenhet. I utländska undersökningar och fackartiklar framhålls också att oenighet mellan makar i fråga om sterilisering utgör en klar kontraindikation mot ingreppet. De uttalanden som under utredningsarbetets gång framkommit från svenskt håll har även i regel understrukit vikten av enighet mellan makar i denna fråga.

I enlighet med utredningens förslag om en för den enskilde individen i princip fri sterilisering bör inte uppställas något formellt krav på medgivande från makes sida. Mer tveksamt är om yttrande av make skall inhämtas. En eventuell sådan regel bör dock inte vara undantagslös (ex: alkoholisthustru).

Efter övervägande av skäl för och emot har utredningen stannat vid att inte föreslå någon föreskrift om inhämtande av makes yttrande. Däremot bör den som skall lämna information om steriliseringens innebörd och följder alltid efterfråga makes eller samlevnadspartners inställning till ingreppet. Detta är motiverat också av det skälet att det kan finnas anledning att ifrågasätta om sterilisering inte hellre bör företas på den andre.

I de fall när tillstånd krävs för sterilisering bör den som önskar få ingreppet utfört vända sig till de ovan angivna institutionerna eller till legitimerad läkare som då upprättar nödvändiga ansökningshandlingar.

Då fråga uppkommer om den som vill bli steriliserad saknar rättskapacitet bör i tveksamma fall hänvisning ske till specialist, t. ex. psykiater.

9 Den rättsliga regleringen

Det har från skilda håll ifrågasatts om, för den händelse fri sterilisering införs, det skall vara nödvändigt att reglera ämnet i lag. Redan det allmänna rättsläget i Sverige beträffande giltigheten av samtycke till inte medicinskt betingade ingrepp gör att det inte räcker med att bara upphäva 1941 års lag. Härtill kommer att vad som föreslås om tillstånd till sterilisering av personer under 25 år och av icke rättskapabla inte kan genomföras på annat sätt än genom lag.

Det kan i några hänseenden diskuteras vilka delar av förslaget som bör intas i lagen och vad som hellre bör inrymmas i en verkställighetsförordning. Enligt nu gällande författningar anges inte i lagen vem som får göra ansökan om sterilisering utan detta är helt reglerat i tillämpningskungörelsen. Utredningen anser att det vore klart olämpligt att bibehålla motsvarande ordning.

När som här föreslås att sterilisering endast skall få göras i de enskildas intressen och vara klart frivillig bör det anges i lagen vem som får göra ansökan. Med hänsyn till steriliseringsingreppets allvarliga natur bör också i lagen regleras av vem och var ingreppet får företas. Såsom framhållits i avsnitt 8.3 har vidare behovet av information och rådgivning bedömts vara så viktigt att föreskrift härom bör ingå i lagen.

9.1 Följdförfattningar

I en av regeringen utfärdad förordning bör intas regler för den information om steriliseringsingreppets innebörd och följder samt, i förekommande fall, om andra möjligheter att förebygga havandeskap som bör vara en förutsättning för ingreppet. Ett särskilt formulär som undertecknas av den som önskar steriliseras samt av den som lämnat information om ingreppets innebörd och följder och således utgör bekräftelsen på att vederbörande informerats bör som bilaga fogas till förordningen. Av förordningen bör – hellre än genom bestämmelse i instruktion för socialstyrelsen – också framgå sammansättningen av den beslutsfunktion som skall ha att ta ställning till tillståndsansökningar.

I förordningen bör uppdras åt socialstyrelsen att utforma närmare anvisningar m. m. för de fall ansökan om sterilisering skall göras. Av

anvisningarna bör även framgå att sterilisering av man bör kunna utföras på sjukvårdsinrättning utanför den allmänna sjukvården, exempelvis de läkarhus socialstyrelsen godkänner för sådana ingrepp. I socialstyrelsens anvisningar bör också ingå rekommendationer om efterkontroll av steriliseringsingreppet. Detta är särskilt av vikt vid sterilisering av man eftersom sterilitet ej uppnås i omedelbar anslutning till ingreppet.

10 Lagtextens utformning

Inledande bestämmelse

1 §

Syftet med den föreslagna steriliseringslagen är att reglera ingrepp som medför varaktigt upphävande av fortplantningsförmågan. Med sterilisering avses dock inte kastrering.

Lagen gäller inte för ingrepp av rent terapeutisk karaktär, dvs. ingrepp som utförs som ett led i behandlingen av kroppslig sjukdom. För sådana ingrepp föreslås självfallet inte någon åldersbegränsning eller särskilda kriterier beträffande dem som inte är rättskapabla. När sterilisering utförs av terapeutiska skäl skall tillämpas samma principer som gäller för operativa ingrepp i allmänhet.

Huvudregel

2 §

Stadgandet ger en allmän rätt för varje svensk medborgare eller här i riket bosatt person att, om han så önskar, bli steriliserad. För ingreppet krävs att han själv begär att få det utfört.

Frågan huruvida kravet på medborgarskap eller bosättning är uppfyllt avgörs av den läkare som skall utföra ingreppet.

För att kontraindikation av psykiska skäl skall anses föreligga bör det vara klarlagt att den som önskar bli steriliserad lider av sådan rubbad självverksamhet att han kan anses oförmögen att inse ingreppets innebörd och följder.

I fall av psykisk insufficiens bör dock den information och rådgivning som skall lämnas enligt 6 § göras särskilt utförligt. Så bör t. ex. alltid ske när kvinna som i en trängd situation begärt avbrytande av havandeskap och samtidigt därmed uttalar önskan att få steriliseringsingrepp utfört.

Undantag från huvudregeln.

3 §

För dem som är under 25 år kan sterilisering ske endast under vissa förutsättningar. På dem som är under 18 år får steriliseringsingrepp ej utföras av annat än rent terapeutiska skäl.

För sterilisering av någon som är mellan 18 och 25 år krävs särskilt tillstånd. Beslut om sterilisering med stöd av s. k. 2-läkarintyg avskaffas genom lagsförslaget.

Tillstånd till sterilisering av dem som är 18–24 år kan meddelas om genetisk eller medicinsk indikation föreligger eller i fall då fråga är om sterilisering i anslutning till fastställande av könstillhörighet.

Genetisk indikation, som är tillämplig både på man och kvinna, anses föreligga om det finns beaktansvärd risk för att till avkomling överförs arvsanlag som kan medföra allvarlig psykisk sjukdom eller abnormitet, svårartad kroppslig sjukdom eller svårt lyte av annat slag.

Risken för att ett arvsanlag skall slå igenom eller för att en ärftlig sjukdom eller defekt skall förverkligas hos ett barn eller senare avkomling varierar i stor utsträckning. De relativt få fall av genetisk indikation som kan förekomma bör därför i samband med ansökan bli föremål för sakkunnig utredning.

Den medicinska indikationen är tillämplig endast på kvinna.

För att medicinsk indikation skall anses föreligga krävs att vid havandeskap allvarlig fara skall uppkomma för kvinnans liv eller hälsa till följd av sjukdom, kroppsfel eller svaghet.

Begreppen sjukdom eller kroppsfel torde inte vålla några tolkningsproblem. Däremot är begreppet svaghet svårare att avgränsa. Visserligen är behovet av begreppet svaghet begränsat i de åldrar bestämmelsen avser. Det är dock önskvärt att detta begrepp bibehålls då det kan förekomma att en medicinsk bedömning indicerar sterilisering utan att kravet på sjukdom eller kroppsfel är uppfyllt.

Med svaghet åsyftas i lagrummet närmast svag hälsa, bräcklig kroppskonstitution eller neurastenisk läggning. För att indikationen skall anses uppfylld skall det vara fråga om ett medicinskt förhållande som klart avviker från normalt hälsotillstånd.

Den medicinska indikationen är således begränsad till att vara av rent medicinsk karaktär och är ej avsedd att tillämpas av andra, allmänt humanitära skäl. Det kan dock inte frånses att antal barn och andra omständigheter i miljön kan vara av betydelse vid bedömningen av den fara för kvinnans hälsa som till följd av hennes svaghet kan uppstå vid ett havandeskap.

Det kan förutses att den medicinska indikationen för kvinnor i åldrarna 18–24 år relativt sällan blir tillämplig.

Sterilisering av dem som är mellan 18 och 25 år i anslutning till fastställande av könstillhörighet kan ske enligt samma grunder som hittills.

4 §

Även den som saknar rättskapacitet har under vissa förutsättningar – trots att han saknar förmåga att giltigt ta ställning därtill – möjlighet att bli steriliserad.

Eftersom han inte själv kan ansöka om eller samtycka till ingreppet måste annan göra det i hans ställe. Endast en för detta särskilda ändamål av domstol förordnad god man kan i steriliseringsärende utöva denna funktion. Det är således ej längre möjligt för myndigheter, företrädare för dem eller förmyndare att på omyndigförklarades eller andra icke rättskapablas vägnar ansöka om sterilisering. Den särskilt förordnade gode mannen kan endast ansöka om tillstånd till ingreppet, ansökningsärendet avgörs sedan i den ordning som gäller för övriga undantag från principen om fri sterilisering.

När det gäller icke rättskapabla i åldern 18–24 år krävs att någon av de i 3 § intagna förutsättningarna är uppfylld.

För dem som är 25 år eller äldre krävs detsamma eller att sterilisering är till väsentlig fördel för dem.

En sådan situation kan anses föreligga exempelvis, när en utvecklingsstörd person som inte har förmåga eller möjlighet att använda preventivmedel och detta tvingar honom att avhålla sig från ett annars möjligt normalt sexuellt samliv.

I samtliga de angivna fallen krävs för tillstånd att den bristande rättskapaciteten är varaktig.

Tillståndsmyndighet

5 §

Den tillståndsprövning som skall ske enligt 3 och 4 §§ bör anförtros en till socialstyrelsen knuten nämnd.

I nämnden bör ingå en ledamot som innehar eller innehaft domarämbete. Vidare bör finnas ledamöter som företräder genetik, gynekologi, psykiatri och urologi.

Rådgivning

6 §

Den information som skall lämnas den som önskar steriliseras skall omfatta en redogörelse dels för steriliseringsingreppet, dels följderna av detta. Upplysning skall ges om de olika metodernas effektivitet samt de begränsade möjligheterna till reoperation.

I förekommande fall skall upplysning lämnas om andra preventivmetoder som kan utgöra alternativ till sterilisering.

Den som mottagit informationen skall underteckna en bekräftelse på att så skett.

Steriliseringsoperation

7 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om vem som får utföra steriliseringsingrepp och var sådant ingrepp skall ske.

Enligt första stycket får endast den som är behörig att utöva läkaryrket utföra steriliseringsingrepp. Vem som är behörig framgår av lagen (1960: 408) om behörighet att utöva läkaryrket. När det gäller sterilisering av kvinna bör krävas gynekologisk erfarenhet och utbildning. Vid sterilisering av man är situationen en annan. Särskild kompetens torde ej vara erforderlig utan varje urolog och kirurg bör kunna utföra vasektomi.

I paragrafens andra stycke anges att sterilisering skall ske på allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner. När det gäller sterilisering av man bör sådan lämpligen även kunna utföras på läkarhus, som socialstyrelsen godkänt. Närmare regler härom bör utfärdas av socialstyrelsen i anvisningar till denna lag.

Något stadgande i denna lag om rätt för läkare att vägra utföra sterilisering föreslås inte. Det är i och för sig naturligt att läkare som av etiska skäl inte vill utföra steriliseringsoperation ej skall behöva vara tvungen därtill. Om föreskrift härom anses behövlig bör den utfärdas i administrativ ordning.

Tystnadsplikt

8 §

I denna paragraf föreskrivs tystnadsplikt i fråga om enskildas personliga förhållanden som någon fått kännedom om i samband med steriliseringsärende. Såväl uppsåtlig som oaktsam överträdelse av bestämmelsen är belagd med straff. Om målsäganden inte anger brottet till åtal får åtal väckas endast när det är påkallat från allmän synpunkt.

Straffbestämmelser

9 §

Denna paragraf innehåller straffbestämmelser för det fall annan än den som är behörig att utöva läkaryrket utför steriliseringsingrepp. Sådan gärning benämns illegal sterilisering.

Den brottsliga gärningen består i att uppsåtligen utföra sterilisering på annan. Att utföra sterilisering innebär att genom operativt ingrepp varaktigt upphäva fortplantningsförmågan.

Den brottsliga gärningen är uppdelad på två svårighetsgrader.

Frågan om den som utför illegal sterilisering även ådrar sig straff enligt bestämmelserna i 3 kap. brottsbalken om brott mot liv och hälsa får bedömas enligt allmänna straffrättsliga konkurrensregler.

10 §

I denna paragraf stadgas straff för läkare som uppsåtligen åsidosätter föreskrift 2, 3, 4 eller 7 §. Med läkare förstås här den som är behörig att utöva läkaryrket.

Handlingar som företas av oaktsamhet eller på annat sätt i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet kan vid sterilisering liksom vid annan medicinsk behandling beivras enligt 10 § allmänna läkarinstruktionen (1963: 341).

Besvär

11 §

Enligt denna paragraf kan socialstyrelsens beslut i steriliseringsärenden överklagas. Talan mot styrelsens beslut förs genom besvär hos kammarrätten.

Övergångsbestämmelse

Den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 1975.

De ärenden som då ingår i balansen hos socialstyrelsen och avser rättskapabla personer över 25 år kan då avskrivas. För övriga ärenden bör det nya lagen tillämpas såväl i formellt som materiellt hänseende.

11 Resursbehov

Intresset för sterilisering i familjeplanerande syfte har säkerligen stigit de senaste åren och man skulle kunna säga att det finns ett visst uppdämt behov. Under senare år har särskilt män gjort förfrågningar hos RFSU, andra rådgivningsbyråer och socialstyrelsen om möjligheten till sådant ingrepp. En övergång till fri sterilisering kan väntas medföra en uppgång av antalet steriliseringsoperationer och då särskilt vasektomier. Det är dock mycket vanskligt att förutsäga det ungefärliga antalet steriliseringar och därmed också resursbehovet. Tillgängliga utländska erfarenheter ger inte tillförlitlig ledning. Anmärkas bör dock att den nya lagen i Danmark inte medfört någon våldsam frekvens av steriliseringar.

De resurser som krävs avser dels själva steriliseringsingreppen dels möjligheter till information och preventivmedelsrådgivning.

Enligt utredningens förslag bör kostnaderna för både information och rådgivning samt operation falla inom ramen för den allmänna försäkringen.

11.1 Resurser för information och rådgivning

Den information och rådgivning i anslutning till önskan om sterilisering som enligt utredningens förslag skall lämnas bör, såsom framhålles i avsnitt 8.8, anförtros samma organisationer som skall ha hand om preventivmedels- och abortrådgivningen.

Någon närmare uppskattning av de extra kostnader som följer av information och rådgivning i steriliseringsfrågor har inte kunnat göras men enligt utredningens uppfattning torde det vara fråga om marginella ökningar av de kostnader som redovisats i propositionen (1974:70) med förslag till abortlag m. m.

11.2 Sjukvårdsresurser

Även de resurser som behövs inom sjukvården för steriliseringsingrepp och vård i anslutning därtill är svår att uppskatta. Resursbehovet vid operation av kvinna är väsentligt större än vid vasektomi, och när det gäller kvinna beror behovet av resurser på vilken metod som tillämpas.

Vid de nedan redovisade beräkningarna har kostnader i anledning av sjukskrivning inte medtagits.

11.2.1 *Sterilisering av kvinna*

Steriliseringsingrepp på kvinna bör utföras vid gynekologavdelning. Resursbehovet varierar eftersom ett flertal olika metoder kan tillämpas. Val av metod påverkar inte bara kostnaderna för själva det operativa ingreppet utan också vårdtidens längd.

Utredningen har i samråd med sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI) beräknat kostnaderna för två olika steriliseringsmetoder (laparotomi och laparoskopi).

För laparotomi beräknas de totala operationskostnaderna (inkl. personal) till ca 520 kr. För- och eftervårdens längd varierar mellan sju och tio dagar. Med en kostnad av 400 kr/vårddag uppgår vårdkostnaden till 2 800–4 000 kr. Med själva operationen inkluderad blir kostnaden för varje laparotomi således 3 300–4 500 kr.

Vid laparoskopi, som t. v. endast tillämpas vid ett fåtal kvinnokliniker, sjunker operationskostnaden till 400 kr och vårdtiden kan inskränkas till tre–fyra dagar, dvs. som mest 1 600 kr. Inklusive operationen kommer således varje laparoskopi att kosta 1 600–2 000 kr.

Till dessa kostnader kommer viss mindre kostnad för poliklinisk efterkontroll.

Det kan sannolikt förutskickas att om antalet steriliseringsingrepp på kvinna ökar väsentligt, så kommer detta att aktualisera än enklare och mindre resurskrävande metoder än laparoskopi, t. ex. culdoscopi.

11.2.2 *Sterilisering av man*

Sterilisering av man sker genom ett väsentligt enklare och mindre resurskrävande ingrepp än sterilisering av kvinna. Vasektomi kan normalt utföras polikliniskt. Ingreppet behöver inte utföras av specialist utan kan göras av varje kirurg. I regel torde eftervård ej behövas.

Med hänsyn till att ingreppen, även om de skulle uppgå till några tusen per år, sprides på kirurger över hela landet torde det ökade resursbehovet ha endast marginell betydelse. Någon närmare uppskattning av kostnaderna har ej gjorts.

En viss merkostnad blir dock aktuell eftersom vasektomi ej leder till omedelbar sterilitet. Efterkontroll, ofta vid upprepade tillfällen under en period av två–tre månader efter ingreppet, måste göras och vid dessa tillfällen måste spermaprov tas samt analyseras.

12 Uppföljning av fri sterilisering

Det är utan tvekan av stort värde att redan från början göra en noggrann uppföljning av utvecklingen efter övergång till fri sterilisering. Inte minst viktigt är att skapa underlag för och sedan verkställa olika slags medicinska och psykiatriska bedömningar. Möjligheterna till givande undersökningar förstärks genom att man i Sverige har tillgång till förhållandevis många bakgrundsdata.

Angelägenheten av en sådan uppföljning har understrukits av framstående forskare som därvid även framhållit att ett arbete av detta slag har stor internationell betydelse.

Med hänvisning till det sagda föreslår utredningen att någon institution knuten till medicinsk fakultet får i uppdrag att göra uppföljning av steriliseringar efter tillkomsten av ny lagstiftning.

En fortlöpande och väl upplagd statistik är en förutsättning för den föreslagna uppföljningen och är angelägen även ur mer allmänna synpunkter. Statistik över steriliseringsärenden och över samtliga steriliseringsingrepp bör liksom hittills föras av socialstyrelsen. Det är önskvärt att statistikförandet inom styrelsen överses så snart som möjligt och i vart fall i god tid före ikraftträdandet av en ny steriliseringslag.

Särskilt yttrande

av Elvy Olsson och Turid Ström

Lagtextens utformning, som behandlas i kapitel 10, innehåller i 5 § förslag om tillståndsmyndighet. Där föreslås att den tillståndsprövning som skall ske enligt 3 och 4 §§ bör anförtros en till socialstyrelsen knuten nämnd.

Enligt nuvarande lag fattas beslut om steriliseringar av socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd, som också handhar abortärenden. I nämnden ingår två av Kungl. Maj:t utsedda ledamöter. Den ena är läkare. Denne är nämndens orförande. Den andre är lekman. Som ledamot i nämnden ingår även en av socialstyrelsen utsedd ledamot som är psykiater. Dessutom ingår den ledamot av styrelsens vetenskapliga råd som företräder arvsbiologi och arvshygien.

Enligt den nya abortlagen, som skall gälla från 1 januari 1975 skall ansökningar om abortoperation efter 18 graviditetsveckan beslutas av socialstyrelsen. Idag utgör antalet abortansökningar efter 18 graviditetsveckan mindre än 2 procent av totala antalet ansökningar. Det finns anledning tro att det faktiska antalet kommer att minska genom den nya abortlagens ikraftträdande. Samtidigt räknar vi med att antalet steriliseringsfall också kommer att minska om utredningens förslag om fri sterilisering med en nedre åldersgräns på 25 år kommer att genomföras.

Vi räknar med att det finns praktiska skäl som talar för att socialstyrelsens social-psykiatriska nämnd även i fortsättningen kommer att handha både abort- och steriliseringsansökningarna. Vår erfarenhet, som bygger på mångåriga ledmotskap av nuvarande socialpsykiatriska nämnd, har gjort oss övertygade om att nuvarande nämnds sammansättning är väl avvägd. Vi anser t. ex., att ett lekmannainslag, som inte föreslås av steriliseringsutredningen, har ett stort värde och bör finnas vid behandlingen av både abort- och steriliseringsansökningar även i fortsättningen. Sammansättningen av nämnden bör, enligt vårt förmenande, vara densamma som nuvarande social-psykiatriska nämnd, med en läkare som ordförande. Vid ett eventuellt behov av särskild expertis för bedömning av vissa enskilda fall räknar vi med att sådan expertis kan få tillkallas.

Bilaga 1 Steriliseringslagens tillämpning och effekten av utförda ingrepp m m

1 Allmän bakgrund

För att belysa tillämpningen av steriliseringslagen och effekten av utförda ingrepp har utredningen företagit en studie av ansökningar som under senare år handlagts av socialstyrelsen. Studien omfattar flera undersökningar som innebär en statistisk bearbetning dels av uppgifter direkt ur ansökningshandlingarna, dels av socialstyrelsens behandling av dessa ansökningar och dels av utförda steriliseringsoperationer.

Materialet redovisas i delgrupper: – två totalundersökningar avseende dels dem som fått avslag under 1972 (avsnitt 3) dels dem som under samma år fått tillstånd på social indikation (avsnitt 4)

– stickprovsundersökning av de kvinnor som under 1969 respektive 1972 erhållit tillstånd på medicinsk indikation (avsnitt 5).

2 Metod

Undersökningarna baseras på genomgång av ansökningshandlingarna för de personer som ingår i respektive delgrupp. För dem som fått tillstånd på medicinsk indikation har uppgifter också hämtats ur sjukjournaler.

Olika faktorer har registrerats i ett kodningsformulär som sedan bearbetats maskinellt. Uppgifter har vidare inhämtats från sjukkassornas F-kort.

Uppgift om verkställd operation och – i förekommande fall – uppgift om ny ansökan före 1972 års utgång har inhämtats från socialstyrelsens register.

3 Totalundersökning av avslagna ansökningar om sterilisering 1972

3.1 *Män (N=15)*

Nationalitet, civilstånd, ålder, bostadsort

Gruppen utgjordes av 13 svenskar, 1 amerikan och 1 finländare.

13 i gruppen var gifta, 1 frånskild och 1 ogift. Samtliga gifta samt den frånskilde var sammanboende.

Männens ålder visade en spridning från 21 till 54 år. Medelåldern var 36 år.

Utbildning, yrkesverksamhet

Av männen hade 3 enbart grundskola (folkskola) och 3 hade grundskola och yrkesutbildning. De övriga 9 hade minst 9 års utbildningstid.

En uppdelning efter yrkesverksamhet visade att 1 var förtidspensionerad, 11 yrkesarbetande på heltid, 1 på kortare tid och att 1 saknade arbete. För en person saknades uppgift.

Uppväxtförhållanden

Hemförhållandena – ekonomiska och sociala – föreföll att ha varit acceptabla eller goda för i stort sett samtliga. Psykiska besvär i släkten eller ärftliga somatiska sjukdomar förekom i ett par fall.

Aktuella förhållanden – *barnantal, sammanboende-, ekonomiska-, bostads-, hälsoförhållanden.* Medelantalet barn var 2. Om man frånräknar de två män som saknade barn blev medelantalet 2,3.

Samtliga sammanboendeförhållanden bedömdes som goda eller acceptabla. I stort sett gällde detta även ekonomi och bostadsförhållanden.

Ingen av männen led av somatisk sjukdom, men 4 av dem hade haft psykiska besvär och 1 hade vårdats på psykiatrisk klinik och var förtidspensionerad. Något missbruk förekom inte i gruppen.

Preventivmetoder

P-piller (9 fall) och kondom (5 fall) var de vanligaste bland de preventivmetoder som användes – eller hade använts tidigare. 6 hade prövat mer än en preventivmetod.

Ansökningsförfarande

Männen var alla rättskapabla och myndiga samt hade själva avgivit sin ansökan. 1 man hade tidigare, år 1971, ansökt om sterilisering. I samtliga fall hade den sammanboende kvinnan tillstyrkt ansökan.

Motiv

Varierande motiv för ansökan fanns angivna. Motiven "saknar fungerande preventivmedel", "ej fler barn" och "hustrun fysiskt eller psykiskt svag" var vanligast. Praktiskt taget samtliga män uppgav mer än 2 motiv. En ogift man angav motiven "vill ej taga ansvar för barn" och "inga barn till denna värld".

Kuratorutredarnas ställningstagande

Det var tydligt att insikten om omöjligheten för flertalet att med gällande lagstiftning erhålla tillstånd till sterilisering hade gjort kuratorerna obenägna att ta ställning. Kuratorn tillstyrkte 3 och avstyrkte 2 fall. Övriga 10 fall lämnades utan ställningstagande.

Läkarutredarnas ställningstagande

Läkarna hade trots lagstadgandena för manlig sterilisering tillstyrkt ansökan för 6 män men angav indikation för endast 1. Social indikation åberopades och den gällde en ung, ogift man som tidigare haft psykiska besvär och vars motiv var att han "inte ville skaffa barn till dennna värld". Läkarens motivering för social indikation var "annan rubbning av självverksamheten".

Socialstyrelsens beslut

Samtliga ansökningar avslogs.

Efter begäran härom omprövades ett ärende av socialstyrelsen som då gav tillstånd på social indikation. Operationen verkställdes. Ärendet gällde en 26-årig, förtidspensionerad man med 4 barn, tidigare vårdad på psykiatrisk klinik.

6 sökanden överklagade beslutet till kammarrätten. I 3 fall fördes målet vidare i regeringsrätten. I samtliga fall stod de ursprungliga besluten fast.

Sammanfattning

Den undersökta gruppen män var relativt välutbildad med hög yrkesverksamhet. Männen levde i ganska goda ekonomiska förhållanden och bostadsförhållanden. De hade stabila familjerelationer med i medeltal 2 barn. Medelåldern var 36 år.

Omtanke om hustrun har motiverat dem att ansöka om sterilisering i fall då inga preventivmedel fungerade och kvinnan var fysiskt eller psykiskt svag. Hustrurna uttalade i flera fall också ett direkt avståndstagande från sterilisering för egen del.

Det bör observeras att undersökningen omfattar endast de fall som fått sin ansökan om sterilisering avslagen i socialstyrelsen. Här saknas således de som övervägt sterilisering men som av läkare eller annan personal vid rådgivningsbyråerna blivit övertygade om att sterilisering icke skulle kunna beviljas och därför avstått från att ge in ansökan.

3.2 *Kvinnor (N=36)*

Nationalitet, civilstånd, ålder, bostadsort

I gruppen ingick 22 svenskor, 10 finskor, 1 norska, 1 jugoslaviska, 1 ungerska och 1 statslös kvinna.

Av kvinnorna var 28 gifta (varav 3 hemskilda), 7 ogifta och 1 frånskild. 1 ogift kvinna levde i ett sammanboendeförhållande.

Åldersfördelningen visade att
- 1 var under 18 år
- 13 var 18–24 år
- 16 var 25–29 år

– 4 var 30–34 år
– 2 var 35 år eller äldre

Medelåldern var 26 år och spridningen från 16 till 39 år.

Utbildning, yrkesverksamhet

Andelen kvinnor som hade skolutbildning utöver grundskola (folkskola) var låg. Endast 5 hade mer än grundskola. 27 hade grundskola varav 10 även hade yrkesutbildning. 2 hade gått i särskola och för 2 saknades uppgift. Yrkesverksamheten var ganska begränsad. 14 kvinnor yrkesarbetade (endast hälften på heltid). Två saknade arbete, 3 var sysselsatta med vidareutbildning och de övriga 17 var hemmafruar.

Uppväxtförhållanden

Ungefär en tredjedel av kvinnorna hade haft dåliga hemförhållanden såväl ekonomiskt som socialt. Psykiska besvär i släkten eller ärftliga somatiska sjukdomar förekom i ett par fall.

Aktuella förhållanden, *barnantal, sammanboende-, ekonomiska-, bostads-, hälsoförhållanden.*

Fyra kvinnor var barnlösa. Om dessa frånräknas blev medelantalet barn 2,5, i annat fall 2,2.

En fjärdedel av de gifta eller sammanboende kvinnorna ansåg att deras samlevnadsförhållande var dåligt.

En fjärdedel angav att de hade ekonomiska svårigheter. Endast ett par kvinnor uppgav dåliga bostadsförhållanden.

Beträffande hälsotillståndet kan anmärkas att 2 kvinnor varit sjukskrivna mer än halva året för somatisk sjukdom och att ytterligare en haft svåra ryggbesvär. Vidare framgick att av 9 kvinnor som haft psykiska besvär hade 4 vårdats på psykiatrisk klinik under de sista åren. I två fall förekom alkoholmissbruk.

Av intresse är också att 10 kvinnor redovisade graviditetsrädsla och att för ungefär lika många förekom sexuella problem i samlevnadsförhållandet.

Preventivmetoder

En sammanställning av de preventivmetoder som prövats visar att två tredjedelar använt p-piller och en tredjedel kondom. Användningen av övriga metoder som pessar, spiral, avbrutet samlag och skum m. m. förekom i mindre utsträckning. 3 kvinnor uppgav att de aldrig prövat något preventivmedel. Omkring en tredjedel hade prövat två eller flera preventivmetoder.

Aborter, missfall

I redovisningen ingick antalet tidigare aborter, legala eller illegala, samt antalet säkra missfall. Medelantalet aborter var 0,33 och missfall 0,16.

Sammanlagt hade inom gruppen förekommit 12 aborter; en kvinna hade genomgått 4 aborter.

Ansökningsförfarande

Samtliga kvinnor hade avgivit egen ansökan. Ansökan hade i 24 fall tillstyrkts av maken och i ett fall av förmyndaren. Ingen hade tidigare ansökt om sterilisering.

Motiv

Frekvensen av olika motiv varierade starkt. Ca två tredjedelar av kvinnorna hade angett motiven "ej fler barn" och "saknar fungerande preventivmedel". Något över en tredjedel av samtliga uppgav motivet "för trött, för sliten". 7 kvinnor angav "kroppslig eller psykisk sjukdom före graviditeten" och lika många uppgav ekonomiska skäl. Frekvensen var låg för övriga motiv som exempelvis "för gammal", "ej taga ansvar", "dåligt förhållande" och "bättre sexualliv".

För 2 kvinnor saknades uppgifter om motiv. I övrigt uppgav samtliga fler än två motiv.

Abortansökan

Halva antalet kvinnor – 18 st. – ansökte om abort i samband med sterilisering. 1 kvinna fick spontanabort före socialutredningen. Kuratorerna tillstyrkte övriga abortansökningar. Läkarna tillstyrkte 16 ansökningar och avstyrkte 2. Halva antalet ansökningar tillstyrktes på den medicinsk-sociala indikationen "svaghet" och den andra hälften på den social-medicinska "förväntad svaghet". Socialstyrelsen biföll samtliga abortärenden, varav 6 på "svaghet" och 11 på "förväntad svaghet".

Kuratorutredarnas ställningstagande

I 4 fall bedömdes kvinnan olämplig som vårdare av barn. Kuratorerna hade tydligen svårt att ta ställning till ansökan om sterilisering. Uppgift om ställningstagande saknades i 8 fall. 12 ansökningar tillstyrktes, varav 4 med tvekan, och 16 avstyrktes.

Läkarutredarnas ställningstagande

Läkarna tillstyrkte ansökan för 7 kvinnor, varav 1 på social indikation och 6 på medicinsk. Motiveringen för den sociala indikationen var "sinnesslöhet". För den medicinska indikationen var motiveringen i 4 fall "svaghet" och i 1 fall "sjukdom". För 1 kvinna angavs ingen indikation. I 7 fall tog läkaren inte ställning och de övriga 22 ansökningarna avstyrktes.

Det kan anmärkas att läkarnas och kuratorernas tillstyrkande i 6 fall rörde samma personer. 3 av dessa fick senare vid omprövning sin ansökan beviljad av socialstyrelsen.

Socialstyrelsens beslut

Samtliga ansökningar avslogs.

5 ärenden omprövades av socialstyrelsen som då gav tillstånd. Indikationen var medicinsk och läkarnas motivering var "svaghet" i 4 fall och "sjukdom" i 1 fall. Operationen har verkställts för samtliga.

En summarisk beskrivning av dessa fall visar följande:

39 år, abortansökan, 2 barn, yrkesarbete, skilsmässa aktuell

38 år, abortansökan, 2 barn, yrkesarbete, ekonomiska problem

28 år, abortansökan, 3 barn, mannen sjuk, yrkesarbete

28 år, 3 barn, yrkesarbete, stört sexualliv

24 år, 2 barn, vill yrkesarbeta, klen, stört sexualliv, vill ej ha abort av etiska skäl.

Överklaganden

3 kvinnor överklagade beslutet till kammrrätten. I 1 fall bifölls ansökan. Tillståndet gällde en 22-årig yrkesarbetande kvinna med 2 barn och lidande av sexualneuros och förlossningsrädsla. Operationen hade inte verkställts vid 1973 års utgång. Tillståndet gäller dock till oktober 1974.

För de övriga 2 stod socialstyrelsens beslut om avslag fast.

Sammanfattning

Det är tydligt att det är främst unga kvinnor – medelålder 26 år – som fått avslag på sin steriliseringsansökan. Kvinnornas barnantal är något högre än barnantalet i populationen i övrigt. Ett påfallande högt antal utländska kvinnor (40 %) ingår i gruppen. Ekonomiska och sociala svårigheter har redovisats i hög utsträckning men detta kan ha samband med en uppväxt i länder med sämre social standard.

Yrkesverksamheten i gruppen var låg men detta kan förklaras av att det är fråga om kvinnor som är bundna av barntillsyn. För den som har yrkesarbete är detta av stor betydelse. Av de 6 som senare erhöll tillstånd till sterilisering var 5 yrkesarbetande och den sjätte ville yrkesarbeta.

Att kvinnan saknar ett säkert preventivmedel var ett av de främsta skälen till ansökan om sterilisering. Den graviditetsrädsla och därmed sammanhängande sexuella problem som många kvinnor framhåller pekar på svårigheterna att finna ett säkert skyddsmedel utan biverkningar. Detta styrks av det faktum att hälften av kvinnorna hamnat i en oönskad graviditet och ansökt om abort i samband med ansökan om sterilisering.

Det synes klart att flertalet av kvinnorna ej önskat få fler än 2–3 barn. Dåligt hälsotillstånd var ett vanligt skäl för kvinnan att inte vilja ha fler barn. En tredjedel av kvinnorna hade besvär av kroppslig eller psykisk art. Många kände sig allmänt "trötta och slitna". En bidragande orsak till psykiska besvär och trötthet kan vara de dåliga ekonomiska förhållandena. Flera kvinnor har också angett ekonomiska skäl som motiv för sin ansökan.

Sannolikt har – utöver gällande indikationskrav – de sökande kvinnornas ungdom, deras få barn och den omständigheten att de i liten utsträckning prövat alternativa preventivmedel varit de främsta hindren för ett tillstyrkande från kuratorer, läkare och i sista hand socialstyrelsen. Bedömningen var i de flesta fall samstämmig. Socialstyrelsen ändrade dock sitt avslagsbeslut i 3 fall där utredarna varit eniga om ett tillstyrkande. Här kan anmärkas att socialstyrelsen i 1 av dessa fall bifallit abortansökan på medicinsk-social indikation men icke ansett sig kunna tillämpa den medicinska indikationen på steriliseringsansökan.

Samtliga kvinnor som på eget initiativ fått sina ansökningar omprövade av socialstyrelsen var yrkesarbetande eller hade planer att börja förvärvsarbeta.

4 Totalundersökning av tillstånd på social indikation 1972

Undersökningsmaterialet omfattar 10 män och 54 kvinnor. Beträffande 1 man och 50 kvinnor förekommer social indikation i förening med annan. I socialstyrelsens statistik har mannen och 4 kvinnor redovisats under annan indikation än social.

För två män som steriliserats i samband med könsbyte har socialstyrelsen angivit social (och medicinsk) indikation. Dessa fall har inte medtagits i undersökningen.

4.1 *Män (N=10)*

Redovisningen sker i form av fallbeskrivning.

1. Gift, svensk, 45-årig industriarbetare, sjukskriven sedan 1 1/2 år. Han har även psykiska besvär och har vårdats på psykiatrisk klinik. Han har två barn och vill absolut inte ha fler. Han har i flera år övervägt att ansöka om sterilisering.
Kuratorn: underställs socialstyrelsens bedömning.
Läkaren: underställs socialstyrelsens bedömning.
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation ej verkställd.

2. Gift, svensk, 42-årig musiker med goda ekonomiska och sociala förhållanden. Ärftliga sjukdomar förekommer i båda makarnas släkter. Han lider själv av svår migrän. Han har två allergiska barn med astmatiska besvär. Sterilisering söks på grund av hans ärftliga förhållanden men han vill också skona hustrun från sterilisering.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på eugenisk indikation med motiveringen "annan svårartad sjukdom eller svårt lyte".
Socialstyrelsen: beviljas på eugenisk och social indikation med motivering "kroppslig sjukdom eller lyte".
Fortsatt förlopp: operation verkställd.

3. Gift, svensk, 40-årig, kamrer med tre barn. Hustrun har beviljats abort. Han har själv varit sjukskriven i 2 år och har även haft kontakt med psykiatrisk klinik. Han orkar ej med fler barn. Hustrun kan ej använda p-piller.
Kuratorn: underställs socialstyrelsens bedömning.
Läkaren: underställs socialstyrelsens bedömning.
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation ej verkställd.

4. Gift, finsk, 36-årig industriarbetare med folkskoleutbildning; ekonomiska och sociala förhållanden acceptabla. Han har två oönskade barn. Hans u-landsengagemang gör att han inte vill ha fler barn. Ytterligare motiv: bättre sexualliv.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks, indikation ej angiven.
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation ej verkställd.

5. Ogift, svensk, 36-årig, akademiker; depressiva tendenser i släkten, koncentrationssvårigheter i arbetet. Trots sexuellt intresse för kvinnor kan han inte tänka sig ett samlevnadsförhållande. Motiv: heriditetsskäl.
Kuratorn: tillstyrks
Läkaren: tillstyrks på eugenisk indikation med motivering "annan svårartad sjukdom eller svårt lyte" (depression).
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation verkställd.

6. Gift, svensk, 34-årig, restauranganställd med tre barn. Goda ekonomiska förhållanden men nervösa besvär och sexuella problem i äktenskapet, delvis beroende på alkoholmissbruk. Hustrun saknar fungerande preventivmedel och har stor graviditetsrädsla. Han har övervägt sterilisering, sedan hustrun 1967 fick avslag på steriliseringsansökan, och har undersökt möjligheten att få operationen utförd i England. Han vill försöka rädda sitt äktenskap.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks utan motivering.
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation verkställd.

7. Gift, svensk, 33-årig industriarbetare med två barn i nuvarande äktenskap och underhållsplikt till tre barn i tidigare äktenskap samt 2 utomäktenskapligt födda; alkoholmissbrukare med flera tidigare villkorliga domar. Hustrun saknar fungerande preventivmedel. Hon vill ej ha fler barn. Relationen dålig mellan makarna.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks utan motivering.
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation verkställd.

8. Gift, svensk, 28-årig, efter 9-årig grundskola arbetat i faderns lantbruk och går nu på omskolningskurs. Han har dålig relation till fadern och har vårdats på psykiatrisk klinik. Han irriterar sig på sitt barn ("tål inte barn") och har stark skräck för att hustrun skall bli gravid. Om han

får avslag på sin ansökan är han fast besluten att söka sterilisering i England.
Kuratorn: inget ställningstagande.
Läkaren: tillstyrks på social indikation med motiveringen "annan rubbning av självverksamheten".
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation ej verkställd.

9. Gift, svensk, 28-årig, hantverkare med folkskola och yrkesutbildning och tillfredsställande sociala förhållanden; två barn i äktenskapet och ett barn från hustruns tidigare äktenskap. Hustrun vill ej använda preventivmedel. Han lider av diabetes och söker därför av heriditära skäl.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på eugenisk indikation med motivering "annan svårartad sjukdom eller svårt lyte" (diabetes).
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation ej verkställd.

10. Gift svensk 24-årig, chaufför som gått i hjälpklass och lever under svåra ekonomiska förhållanden. Han har fyra barn och anser sig inte klara fler. Hustrun är negativ till varje form av preventivmedel och även till egen sterilisering.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks utan motivering.
Socialstyrelsen: beviljas på social indikation.
Fortsatt förlopp: operation ej verkställd.

Sammanfattning

Social indikation för sterilisering kan åberopas när vederbörande betraktas som uppenbart olämplig att för framtiden handha vårdnaden av barn på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet, annan rubbning av självverksamheten eller asocialt levnadssätt. Kravet på att vederbörande skall vara uppenbart olämplig som vårdnadshavare har av allt att döma inte alls eller endast i obetydlig utsträckning beaktats av socialstyrelsen. Det kan anmärkas att kuratorerna endast i ett fall tagit ställning till sökandens lämplighet som vårdnadshavare.

Vidare måste starkt ifrågasättas om kravet på mental rubbning eller asocialt levnadssätt varit uppfyllt annat än i några av de 10 fallen (närmast då nr 6, 7 och 8). I tre fall har eugenisk indikation kunnat övervägas (nr 2, 5 och 9) och har även i ett fall tillämpats tillsammans med den sociala.

Det är svårt att av undersökningen dra annan slutsats än att socialstyrelsen tillämpat den sociala indikationen på ett sätt som lagtextens avfattning inte ger utrymme för.

Det är anmärkningsvärt att hälften av de män som fått tillstånd ej utnyttjat detta inom föreskriven tid. En felkälla kan dock vara bristande rapportering av operationerna till socialstyrelsen.

4.2 *Kvinnor (N=54)*

Nationalitet, civilstånd, ålder, bostadsort

I gruppen ingick 50 svenskor, 2 finskor, 1 jugoslaviska och 1 polska.

Civilståndsfördelningen visade 18 gifta varav 3 hemskilda, 24 ogifta och 12 frånskilda. 11 av de ogifta och frånskilda levde i sammanboendeförhållanden.

Av kvinnorna var 22 under 30 år, varav 9 under 25 år och av dessa 1 under 18 år. Medelåldern var 31 år och spridningen 17 till 43 år.

Utbildning, yrkesverksamhet

I 49 fall har uppgift erhållits om utbildning. 6 saknade skolutbildning och 4 hade gått i särskola. 37 hade enbart grundskola och 2 grundskola och yrkesutbildning.

Yrkesverksamheten bland dessa kvinnor var låg. Antalet förtidspensionerade var 12. Vid tidpunkten för ansökan var 11 anställda som arbetare eller biträden inom handel och industri. Under sista året hade dock endast 4 haft kontinuerligt heltidsarbete. Övriga hade arbetat deltid och några hade varit sjukskrivna mer än halva året.

Uppväxtförhållanden

Uppgifter om uppväxtförhållanden saknades för 16 av kvinnorna. Det framgår att av de övriga hade 13 haft dåliga ekonomiska och sociala hemförhållanden. 5 kvinnor hade huvudsakligen uppfostrats på anstalt. Psykiska besvär i släkten förekom hos 14 kvinnor.

Aktuella förhållanden

Barnantal, sammanboende-, ekonomiska-, bostads-, hälsoförhållanden. 12 kvinnor var barnlösa. Om dessa frånräknas blir medelantalet barn 3,1 i annat fall 2,2. 22 hade 4 eller fler barn.

Åtta av de 26 sammanboende kvinnorna betraktade sitt förhållande till mannen som dåligt. Bland männen fanns 7 alkoholmissbrukare och 4 som led av somatisk sjukdom. 10 kvinnor vistades på anstalt eller hos föräldrarna.

Dessa har icke medtagits vid bedömningen av ekonomiska och boendeförhållanden. Av de övriga hade endast 2 goda ekonomiska förhållanden medan 26 uppgav ekonomiska svårigheter. Övriga levde under acceptabla förhållanden.

När det gäller bostaden var förhållandena bättre. 19 hade en bra bostad, 12 en dålig och de övriga en acceptabel.

Hälsotillståndet bland kvinnorna var dåligt och 12 av kvinnorna var förtidspensionerade. 32 hade psykiska problem och av dessa hade 18 vårdats på psykiatrisk klinik. 12 led av somatisk sjukdom eller var på annat sätt handikappade. 6 kvinnor missbrukade alkohol. Graviditetsrädsla förekom hos 6 kvinnor.

Preventivmetoder

Nära hälften av kvinnorna hade använt p-piller. Övriga metoder som pessar, kondom och spiral har använts i mindre omfattning. Anmärkningsvärt är att drygt en fjärdedel uppgav sig aldrig ha använt något skyddsmedel. Endast 7 kvinnor hade prövat 2 eller fler metoder.

Aborter, missfall

I redovisningen ingår antalet tidigare aborter, legala eller illegala samt antalet säkra missfall. Medelantalet aborter var 0,59 och antal missfall 0,19.

Ansökningsförfarande

48 av kvinnorna hade avgivit egen ansökan. För övriga hade ansökan i 4 fall gjorts av förmyndare och i 2 fall av anstaltsföreståndare eller läkare vid sjukvårdsinrättning.

Ansökan har tillstyrkts, i 16 fall av make eller sammanboende, i 7 fall av förmyndare och i 4 fall av vårdhemsläkare respektive anstaltsföreståndare. En tredjedel hade av läkare, kurator och i något fall av föräldrar tillråtts ansöka om sterilisering.

4 kvinnor var omyndigförklarade och 2 omyndiga. 9 kvinnor ansågs ej rättskapabla. I ett par fall har det inte gått att få klarhet i dessa förhållanden. 2 av kvinnorna har tidigare sökt sterilisering, en år 1959 och en år 1971.

Motiv

Ca 40 % av kvinnorna angav som motiv "ej fler barn" och "för trött, för sliten". Motiven "saknar fungerande preventivmedel" och "vill ej taga ansvar" angavs av 25 %. 20 % uppgav "kroppslig eller psykisk sjukdom före graviditeten". Frekvensen var låg för övriga motiv såsom "för gammal", "ärftlighetsskäl" och "sociala skäl".

Abortansökan

25 kvinnor ansökte om abort. Kuratorn tillstyrkte samtliga ansökningar. Läkarna tillstyrkte enligt följande: 9 medicinsk indikation, 13 medicinsk-social och 1 social-medicinsk. I två fall saknades uppgift om läkarens ställningstagande. Socialstyrelsen biföll samtliga ansökningar, varav 5 på medicinsk och 20 på medicinsk-social indikation.

4 kvinnor fick aborttillstånd efter 24-graviditetsveckan.

Kuratorutredarens ställningstagande

Kvinnan ansågs olämplig som vårdnadshavare i 17 fall.

Alla ansökningarna tillstyrktes, dock med undantag för 1 fall där uppgift om kuratorns ställningstagande saknades.

Läkarutredarens ställningstagande

Läkarna tillstyrkte samtliga ansökningar enligt följande indikationer:

eugenisk	social	medicinsk	olika kombinationer	uppgift saknas
1	9	33	7	4

Motiveringen för de olika indikationerna var: (här ingår olika kombinationer)

- eugenisk: 2 sinnessjuka och 3 sinnesslöa
- social: 3 sinnessjuka, 5 sinnesslöa, 3 annan rubbning, 1 asocialt levnadssätt samt 3 kombinationer
- medicinsk: 8 sjukdom, 30 svaghet samt 2 kombinationer av sjukdom och svaghet.

Socialstyrelsens beslut

Samtliga kvinnor erhöll tillstånd för sterilisering.

För följande 4 fall tillämpades enbart social indikation:

41 år, frånskild, småskollärare, 3 barn som mannen har vårdnaden om, sammanboende med yngre man, graviditetsrädsla (läkaren: medicinsk indikation)

31 år, ogift, sammanboende, abortansökan, 4 barn varav 3 bortadopterade, 2 legala aboter, tidigare socialhjälp (läkaren: social indikation – asocialt levnadssätt)

26 år, ogift, sammanboende, 3 barn, väntar 4:e barn med samme barnafader, mannen sjukskriven och alkoholmissbrukare, kvinnan oförmögen att ordna för barnen (läkaren: social indikation – sinneslö)

24 år, ogift, abortansökan av förmyndare, tyskt krigsbarn, varit omhändertagen för samhällsvård, narkotikamissbrukare, vårdas på psykiatrisk klinik, 1 barn, 2 legala aborter (läkaren: social indikation – asocialt levnadssätt och annan rubbning).

49 kvinnor fick tillstånd på social och medicinsk indikation samt 1 kvinna på social och eugenisk indikation, där motiveringen var sinnessjukdom.

Operation verkställd

10 kvinnor utnyttjade inte sitt tillstånd inom föreskriven tid.

Sammanfattning

Social indikation kan som angetts tidigare tillämpas för sterilisering i syfte att hindra den som på grund av sitt mentala tillstånd eller av andra omständigheter är uppenbart olämplig som vårdnadshavare att få barn.

I fråga om materiella villkor har endast ett fåtal av kvinnorna levt under goda ekonomiska förhållanden. Uppväxtmiljön var ofta dålig ur både social och ekonomisk synpunkt.

Vad gäller den fysiska och psykiska hälsan framgår att ett flertal kvinnor var sjuka med hög andel av förtidspensionerade. Psykiska besvär var vanliga och den heriditära belastningen hög. Även somatisk sjukdom eller annat handikapp förekom i stor utsträckning.

Den låga utbildningsnivån och den ringa yrkesverksamheten förklaras delvis av gruppens dåliga psykiska och fysiska status. I ett 10-tal fall rör det sig om kvinnor som tydligen inte kunnat tillgodogöra sig skolutbildning.

Förmågan att behärska preventivmedelsteknik är också i viss utsträckning beroende av intellektuella resurser. Den ringa användningen av skyddsmedel kan vara ett tecken på gruppens bristande förmåga i detta avseende.

Den tidigt manifesterade sjukligheten påverkar också åldersfördelningen liksom antalet barnlösa.

Gruppens sociala villkor slutligen – dvs. interaktionen med andra människor – var dåliga. Relationen i sammanboendeförhållandet var ofta dålig, ibland beroende på mannens alkoholmissbruk. När kvinnorna (i 17 fall av kurator) ansetts olämpliga som vårdnadshavare kan detta bero på oförmåga att etablera goda sociala relationer, vilket i sin tur kan sammanhänga med mental retardation.

Det bör påpekas att det sällan förekommer att någon annan än kvinnan själv eller hennes förmyndare avger ansökan. I vilken utsträckning påverkan från annat håll förekommit är svårt att avgöra.

Socialstyrelsens bedömning avviker från läkarnas uppfattning i väsentlig utsträckning. Läkarna har i över 60 % av fallen angivit en ren medicinsk indikation. Socialstyrelsen har i dessa fall dock ansett sig böra tillämpa även den sociala indikationen.

Av psykiskt sjuka och mentalt retarderade som fått sina ansökningar tillstyrkta av läkarna på eugenisk eller social indikation och i vissa fall även kombinationer av dessa indikationer har socialstyrelsen endast i ett fall av mental retardation gått på enbart den sociala indikationen. I övriga fall av mental retardation har den sociala indikationen kombinerats med den medicinska.

Asocialt levnadssätt åberopas i några fall av läkarna som grund för social indikation. Om denna indikation har överensstämmelse i bedömningen rått mellan utredningsläkarna och socialstyrelsen.

Den vida tolkningen av den sociala indikationen som uppenbarligen blivit vanlig framgår bl. a. av följande fall. Tillstånd (på enbart social indikation) gavs en frisk, yrkesarbetande frånskild kvinnlig lärare, som levde i ett sammanboendeförhållande med en yngre man. Att den frånskilde mannen har vårdnaden om de tidigare barnen och att hon tidigare haft flera sexuella förbindelser kan på sin höjd ge ett ringa stöd för en motivering för olämplighet att handha vårdnaden om barn, men här finns knappast något som kan rubriceras som asocialt levnadssätt.

Sammanfattningsvis kan anmärkas att det är ett fåtal som erhåller tillstånd på enbart social indikation. I stället väljer man att kombinera denna indikation med andra, främst då den medicinska. Grunderna för en social indikation har blivit vacklande och det går inte att finna en

enhetlig tillståndsgrupp som ryms under begreppet social indikation.

Det kan vidare betecknas som anmärkningsvärt att av de 54 kvinnor för vilka socialstyrelsen tillämpat social indikation, har endast 17 av kurator bedömts som olämpliga vårdnadshavare.

Det är svårt att förstå att socialstyrelsen skulle ha ansett de övriga 37 kvinnorna uppenbart olämpliga som vårdnadshavare. Det förefaller närmast vara så, att styrelsen i flertalet av de 54 fallen funnit att varken medicinsk eller social indikation kunnat ensam användas för bifall, men att det genom kombination av indikationer skulle kunna vara möjligt att få lagligt stöd för tillståndsgivning.

5 Stickprovsundersökning betr. kvinnor som under 1969 resp. 1972 erhållit tillstånd på medicinsk indikation

Av de 1 602 kvinnor som 1969 erhöll tillstånd till sterilisering på medicinsk indikation har gjorts ett slumpmässigt stickprov om 145 kvinnor. Motsvarande antal för 1972 var 1 723 och stickprovet omfattar för detta år 150 kvinnor.

I dessa fall angav socialstyrelsen år 1969 enbart medicinsk indikation för 138 kvinnor och kombinerad medicinsk och social för 7. För 1972 angavs i 148 fall medicinsk indikation och i 2 fall medicinsk och social i kombination.

5.1 *Kategorifördelningar m. m.*

Nationalitet, ålder, bostadsort

En översikt av kvinnornas nationalitet och ålder (beräknad efter fyllda år) lämnas i tabellerna 1 a och 1 b.

Över 80 % i båda grupperna var svenska medborgare. Ca hälften av de utländska kvinnorna var från Finland.

Medelåldern var 35,4 år 1969 och 35,8 1972. Tabellerna visar att åldersgruppen 35–39 dominerar och i denna grupp befann sig över en tredjedel av kvinnorna. Åldersgrupperna 30–34 och 40–44 omfattade vardera över 20 % av kvinnorna. Åldersfördelningen visar att ca 14 % var under 30 år. Såväl 1969 som 1972 var endast 4 kvinnor under 25 år och ingen under 18 år.

60 % var bosatta i städer, varav flertalet i storstadsområdena.

Civilstånd

Kvinnornas civilstånd fördelad på åldersgrupper framgår av tabellerna 2 a och 2 b, som visar att mellan 80 och 90 % var gifta.

I gruppen gifta ingick även hemskilda. För att utröna den faktiska samlevnaden noterades sammanboende dels inom äktenskapet dels utom äktenskapet. Totalt utgjorde de sammanboende 85 % 1969 och 91 % 1972.

Tidigare hemförhållanden

Uppgifter om hemförhållanden saknades både 1969 och 1972 för en fjärdedel av kvinnorna.

Ekonomiska svårigheter i uppväxthemmet förekom bland ca 38 % av de övriga kvinnor i båda grupperna.

De kvinnor som upplevt slitningar i hemmet var i årsgrupp 1969 ca 30 %. I 1972 års grupp hade 25 % av kvinnorna haft dåliga emotionella hemförhållanden.

Psykiska besvär i släkten förekom hos 20 % 1969 och hos 16 % 1972.

Utbildning

De sökandes utbildning framgår av tabell 3.

För kvinnor i åldersgruppen 30–54 visade låginkomstutredningen att 66 % år 1968 saknade utbildning utöver folkskola. Detta överensstämmer i stort sett med uppgifterna i materialet för 1972 medan andelen kvinnor med enbart folkskola ligger över 70 % för år 1969. 2 utländska kvinnor hade endast gått ett par år i skolan och en tredje hade aldrig fått någon undervisning. 6 utvecklingshämmade kvinnor i hela materialet hade genomgått särskola.

Yrkesverksamhet

33 % av kvinnorna 1969 och 46 % 1972 arbetade vid tidpunkten för ansökan.

I tabell 4 visas arbetssituationen året före ansökan. Andelen yrkesverksamma var lägre vid tidpunkten för ansökan än under det gångna året. Kvinnans försämrade hälsotillstånd kan vara en förklaring till detta. Omkring 60 % av kvinnorna var vid tidpunkten för ansökan gravida. Någon närmare analys av de sökandes yrkestillhörighet har icke gjorts.

Antal barn

Antalet barn för olika åldersgrupper framgår av tabellerna 5 a och 5 b.

Kvinnorna i 1969 års grupp hade i medeltal 3,4 barn och i 1972 års grupp 3,3, i båda fallen väsentligt högre än för normalpopulationen. Den procentuella fördelningen av några frekvensgrupper barn visas i tablå 1.

Tablå 1.

Antal barn	1969		1972	
	antal	%	antal	%
0	2	1,4	3	2,0
1–3	83	50,3	81	54,0
4 el. fler	70	48,3	66	44,0
	145	100	150	100

Antal aborter

I tablå 2 visas antalet aborter – legala och illegala – som kvinnorna genomgått.

Tablå 2.

Antal aborter legala/illegala	1969		1972	
	antal	%	antal	%
0	110	75,8	106	70,6
1	24	16,6	33	22,0
2–3	10	6,9	10	6,7
>3	1	0,7	1	0,7
	145	100	150	100

Medeltalet aborter i 1969 års grupp var 0,37 och i 1972 års grupp 0,45. Medeltalet var förhållandevis högt beroende på att 1 kvinna i vardera årsgruppen redovisade 8 respektive 12 aborter.

Antal missfall

Den procentuella fördelningen av antalet missfall visas i tablå 3.

Tablå 3.

Antal säkra missfall	1969		1972	
	antal	%	antal	%
0	97	66,9	112	74,7
1	31	21,3	26	17,3
2–3	14	9,7	10	6,6
>3	3	2,1	2	1,4
	145	100	150	100

Medeltalet missfall var 0,53 i årsgrupp 1969 och 0,42 i årsgrupp 1972. 1 kvinna i 1972 års grupp redovisade 10 missfall. Uppgifter om missfall kan vara något höga om kvinnan uppgivit illegalt provocerade aborter som missfall.

En fullständig sammanställning över antal barn, aborter och missfall finns i tabell 6.

Antal graviditeter

I tabell 7 har de sökande uppdelats efter antalet graviditeter (antalet barn + aborter + missfall). Vid ansökan föreliggande graviditet är inräknad i antalet.

Medeltalet graviditeter för 1969 var 5,1 och för 1972 4,9. Antalet graviditeter för olika åldersgrupper framgår av tabellerna 8 a och 8 b.

Ekonomiska förhållanden, boendeförhållanden

Inalles vistades 3 kvinnor på anstalt och 5 omyndiga kvinnor i föräldrahemmet. Beträffande ekonomiska förhållanden ansåg 57 % av övriga kvinnor i stickprovet 1969 att ekonomin var acceptabel eller god. Den ekonomiska standarden var bättre år 1972 då 73 % av kvinnorna ansåg sin situation acceptabel eller god.

Samma utvecklingstendens återfinns i kvinnornas boendeförhållande. 68 % av kvinnorna i stickprovet 1969 ansåg att bostaden var acceptabel eller god mot 84 % år 1972.

Samlevnadsförhållandet

Förhållandet till partnern bedömdes som gott eller acceptabelt av 85 % av kvinnorna för båda åren. Ca 90 % av männen var positiva till hustruns sterilisering.

Hälsotillstånd

Uppgifterna om psykiska besvär återfinns i tablå 4.

Tablå 4.

Psykiska besvär	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Psykiska besvär	56	38,7	55	36,7
Ej psykiska besvär	89	61,3	95	63,3
	145	100	150	100

Här har icke medräknats psykiska besvär av lättare art som uppkommit i samband med graviditet. Ett 20-tal kvinnor hade varit intagna för psykiatrisk vård.

Närmare hälften av kvinnorna med psykiska besvär led också av graviditetsrädsla. Denna graviditetsrädsla – som förekom hos 33 % – har också samband med sexuella problem som förekom hos 20 %. 55 % av kvinnorna som led av graviditetsrädsla uppgav att de även hade sexuella problem.

Somatisk sjukdom eller annat handikapp förekom hos 19 % av kvinnorna i stickprovet i 1969 års grupp och 23 % i 1972 års grupp.

Preventivmetoder

Tabell 9 visar fördelningen av de preventivmetoder som använts. Något mindre än hälften av alla kvinnor hade prövat mer än en metod. 12 resp. 9 % hade aldrig använt något preventivmedel.

Närmare hälften hade använt sig av de metoder för vilka mannen svarar. P-piller hade använts av över 60 % och var det preventivmedel som

kvinnan själv anlitade i största utsträckning. Tabellen visar skillnaderna i användning av preventivmetoder för åren 1969 och 1972. Användningen av kondom och p-piller var visserligen i stort sett oförändrad, men spiralen hade börjat användas mer, delvis i stället för pessar.

Motiv för ansökan

Tabell 10 visar vilka motiv som getts för steriliseringsansökan och i den därmed i vissa fall kombinerade abortansökan.

Medeltalet motiv var 3,1 för årsgrupp 1969 och 3,4 för årsgrupp 1972.

Motivet för sterilisering var naturligen i första hand att inte vilja ha fler barn. Bland övriga motiv dominerade "saknar fungerande preventivmedel" – ca 70 % – och motivet "för trött, för sliten, orkar inte" som angavs av i runt tal 55 %.

"Kroppslig sjukdom och/eller svaghet före graviditet" angavs av omkring 20 % av kvinnorna och "psykisk sjukdom och/eller svaghet före graviditet" av omkring 30 %. "Dålig ekonomi" angavs som skäl av drygt 20 %. Övriga motiv förekom i lägre frekvens med viss inbördes variation. Motivet "saknar fungerande preventivmedel" förekom speciellt ofta tillsammans med andra motiv, exempelvis "för trött, för sliten, orkar inte", och "kroppslig eller psykisk sjukdom och/eller svaghet för graviditet".

Ansökningsförfarande

I hela materialet hade endast 4 kvinnor inte själva avgett ansökan. För 2 av dem hade ansökan gjorts av förmyndare och för två av anstaltsläkare. I 1 av förmyndarfallen hade kvinnans eget medgivande erhållits. Samtliga sammanboende män yttrade sig över hustruns ansökan. Alla utom 1 tillstyrkte även om några ställde sig tveksamma till hustruns sterilisering.

3 kvinnor var omyndigförklarade och 1 omyndig i årsgrupp 1969. I årsgrupp 1972 var 1 omyndigförklarad och 1 omyndig. Av samtliga kvinnor ansågs 5 ej rättskapabla i årsgrupp 1969 och 2 i årsgrupp 1972.

Det framgick att kvinnan i ca 20 % av fallen uppmanats av läkare och kuratorer att ansöka om sterilisering. Förmodligen har detta förekommit i större omfattning än vad som framgår av handlingarna.

Tidigare steriliseringsansökan

4 kvinnor i 1969 års grupp och 8 i 1972 års grupp hade tidigare ansökt om sterilisering.

Abortansökan

Tablå 6 visar abortsituationen i samband med steriliseringsansökan.

Tablå 6.

Önskan om abort i samband med steriliserings-ansökan	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Abortansökan	94	64,8	78	52,0
Abort på 2-läkarintyg	2	1,4	9	6,0
Ej abort	49	33,8	63	42,0
	145	100	150	100

Av abortansökningarna 1969 avstyrkte kuratorn 3 och läkaren 4. Samtliga abortansökningar år 1972 tillstyrktes både av kuratorn och läkaren. Det synes vara så att läkarna vid en del rådgivningsbyråer har en mer restriktiv uppfattning om innebörden av abortlagens bestämmelser än socialstyrelsens social-psykiatriska nämnd.

Steriliseringsansökan

Socialutredningen skall innehålla kuratorns bedömning om den sökandes lämplighet som vårdare av barn. Anteckning om detta saknas emellertid ofta. 12 kvinnor i materialet ansågs dock olämpliga som vårdnadshavare.

Kuratorernas ställningstagande till steriliseringsansökan visas i tablå 7.

Tablå 7.

Kuratorns ställningstagande till steriliseringsansökan	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Tillstyrker	128	93,4	138	98,6
Tillstyrker med tvekan	6	4,4	2	1,4
Avstyrker	3	2,2	–	–
Uppgift saknas	8	–	10	–
	145	100	150	100

En analys av de ej tillstyrkta ansökningarna visar följande:

41-årig, gift kvinna med 2 barn som har nervösa besvär och som anser sig för gammal för att få fler barn.

26-årig, gift jugoslaviska med 2 barn och 3 tidigare aborter. Lever i dåliga socio-eknomiska förhållanden. Yrkesarbetar men har täta sjukskrivningar.

33-årig, gift kvinna med 4 barn som samtidigt söker abort. Är dock själv något tveksam till sterilisering.

Läkarens ställningstagande till steriliseringsansökan framgår av tablå 8.

Tablå 8.

Läkarens ställningstagande till steriliseringsansökan	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Tillstyrker	139	98,6	147	100
Avstyrker	2	1,4	–	–
Uppgift saknas	4	–	3	–
	145	100	150	100

Läkaren liksom kuratorn avstyrkte ansökan från 1 kvinna som var något "tveksam till sterilisering". Likså avstyrktes ansökan av en 31-årig, gift kvinna med 2 barn och vars arbetsförmåga var nedsatt på grund av höftledsskada.

Tabell 11 visar fördelningen på olika indikationer och graden av överensstämmelse mellan läkarens och socialstyrelsens bedömning. För båda åren var överensstämmelsen god beträffande den medicinska indikationen. I ett par fall tillförde socialstyrelsen dock den sociala indikationen. Däremot skilde det kraftigt i bedömningen av den eugeniska indikationen. Styrelsen godtog icke läkarnas tillämpning av denna i något fall. För samtliga använde styrelsen i stället enbart den medicinska. Att den eugeniska indikationen användes i mindre utsträckning av styrelsen kan kanske förklaras av att en särskild expert deltager i handläggningen av dessa ärenden inom socialstyrelsen.

Oenighet rådde också om tillämpningen av den sociala indikationen. Denna indikation ensam användes i ett 10-tal fall av läkaren, huvudsakligen när det gällde mentalt retarderade kvinnor. I mer än hälften av dessa fall använde socialstyrelsen enbart den medicinska indikationen och för övriga den medicinska i kombination med den sociala indikationen. (Jfr totalundersökningen av bifall 1972 på social indikation).

Läkarnas motivering för den medicinska indikationen framgår av tablå 9.

Tablå 9.

Medicinsk indikation	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Sjukdom	11	8,7	6	4,4
Kroppsfel	1	0,8	2	1,5
Svaghet	113	88,9	125	91,9
Sjukdom+kroppsfel	2	1,6	–	–
Sjukdom+svaghet	–	–	3	2,2
	127	100	136	100

Motiveringen för den *sociala* respektive *eugeniska* indikationen eller kombinationer av dessa var i årsgrupp 1969 för 9 fall: 1 sinnessjuk, 4 sinnesslöa, 3 kroppslig sjukdom eller lyte, 1 uppgift saknas. Motsvarande

siffror för 1972 som omfattade 5 fall var: 1 sinnessjuk, 2 sinnesslöa, 2 annan rubbning av själsverksamheten.

Hos socialstyrelsen saknas uppgifter om motiveringen för den medicinska indikationen. Där synes en sammanvägning av hälsotillstånd och olika sociala förhållanden ha lett fram till beslut om bifall på medicinsk indikation.

Operation verkställd

9 kvinnor i stickprovet 1969 utnyttjade inte sitt tillstånd inom föreskriven tid. Motsvarande antal för 1972 var 16.

Ny ansökan sedan tillstånd gått ut

Ny ansökan har inte i något av fallen ingetts före 1972 års utgång.

5.2 *Medicinska synpunkter*

Av de sammanlagt 295 patienterna i de båda årsgrupperna (1969 145 och 1972 150) genomgick 270 eller 91,5 % steriliseringsoperation. Steriliseringen utfördes som regel på kvinnoklinik, i 9 fall dock på kirurgklinik. Ingreppen utfördes på 55 sjukhus spridda över hela landet med 1 till 17 ingrepp per sjukhus.

Operationsmetoder

Operationsmetoderna varierade. Den vanligaste var partiellt avlägsnande av äggledaren(na) (resektio tubae) med eller utan samtidigt avbrytande av graviditet.

Tablå 10: Sammanställning av operationsmetoder.

Metod	Antal fall opererade år		Summa
	1969	1972	
Partiellt avlägsnande av äggledare	38	41	79[1]
partiellt avlägsnande av äggledare i samband med abortingrepp genom insnitt i livmodervägen via bukväggen	72	52	124
partiellt avlägsnande av äggledare i samband med abortingrepp genom vidgning av livmoderhalsen och utrymning av livmoderhålan	1	3	4
totalt avlägsnande av äggledare	4	5	9
totalt avlägsnande av äggledare i samband med abortingrepp genom insnitt i livmodervägen via bukväggen	5	7	12

[1] I 77 fall utfördes ingreppet genom laparotomi och i 2 fall gjordes ingreppet genom slidan.

Tablå 10 forts.

Metod	Antal fall opererade år		Summa
	1969	1972	
partiellt avlägsnande av äggledare genom endoskopisk metod (laparoskopi)	5	17	22
partiellt avlägsnande av äggledare genom endoskopisk metod i samband med abortingrepp genom utsugning av innehållet i livmoderhålan (laparoskopi)	–	4	4
operativt avlägsnande av fransförsedda delen av äggledarna	3	1	4
Sterilisering på annat sätt	1	2	3
Sterilisering på annat sätt (+ abortingrepp)	7	2	9
Summa	136	134	270

I 153 fall (57 %), har både sterilisering och abort utförts. Erfarenhetsmässigt leder denna kombination till en högre komplikationsfrekvens. I 22 fall (7,8 %) utfördes steriliseringsingreppet efter förlossning.

Komplikationer

I journal antecknade omedelbara postoperativa komplikationer har påträffats i 3 fall. I dessa fall har det närmast rört sig om postoperativ blödning och hämatom som fordrat intensivövervakning av patienterna.

Komplikationerna i efterförloppet är vanligare. För de två åren undersökningen omfattar uppstod sådana komplikationer i 26 fall (9,7 %). Ingen av patienterna har avlidit med anledning av det operativa ingreppet.

Huvuddelen av komplikationerna (20 av de 26 patienterna) var av relativt enkelt slag och utgjordes av postoperativa sårinfektioner och endometrit. I 2 fall var det tveksamt om ingreppet inneburit en effektiv sterilisering.

Tablå 11: Komplikationer i efterförloppet

Komplikationer	1969		1972		Summa	
	antal	%	antal	%	antal	%
Ja	16	11,9	10	7,5	26	9,7
Nej	118	88,1	124	92,5	242	90,3
Uppgift saknas	2		–		2	
Summa	136	100	134	100	270	100

Tablå 12: Typ av komplikationer i efterförloppet

Typ av komplikationer	Antal patienter		Summa
	1969	1972	
Postoperativ infektion	11	6	17
Bristning av operationssår	–	1	1
Endometrit (inflammation i livmoderslemhinnan)	1	1	2
Ileus (tarmvred och/eller tarmförlamning)	1	–	1
Postoperativ blödning och hämatom	1	–	1
Misstanke om misslyckad unilateral tubarresektion (partiellt avlägsnande av ena äggledaren)	1	1	2
Andra komplikationer vid kirurgiska ingrepp	1	1	2

Återbesök

Sammanlagt 159 patienter (59 %) återkom enligt journalanteckning för ett återbesök. Av dessa klagade ca 10 % på somatiska besvär och ca 1 % över psykiska besvär efter ingreppet.

Tablå 13. Besvär redoviasde vid efterkontrollen (totalt 159 patienter)

Typ av besvär	1969		1972		Totalt	
	antal	%	antal	%	antal	%
Somatiska besvär vid efterkontroll	10	12,2	6	7,8	16	10,1
Psykiska besvär vid efterkontroll	–	–	2	2,6	2	1,3

Reoperation

I ett ångerfall har fertiliseringsoperation med reinplantation av äggledarna utförts.

Vårdtid på sjukhus

Antalet vårddagar på sjukhus i anslutning till steriliseringsingreppet varierar påtagligt som framgår av tablå 14.

Tablå 14: Antal vårddagar på sjukhus

	1969	1972	Totalt
Medeltal	9,2	8,1	8,6
(Spridning)	(3–23)	(3–17)	
Laparoskopi	4,2(3–7)	3,9(3–9)	4,0

Den stora spridningen beror sannolikt på dels steriliseringsingreppets natur och dels att i många fall avbrytande av graviditeten samtidigt utförts. Från 1969 till 1972 har en viss förkortning av vårdtiden ägt rum utan att ingreppets natur påtagligt förändrats. Denna tendens återspeglar sannolikt det allmänt gällande förhållandet att vårdtiden i samband med laparotomi har förkortats under senare år. Kortaste vårdtiden har de patienter där sterilisering skett via laparoskopi (i medeltal 4 dagar). Denna typ av ingrepp har utförts på några få sjukhus (t. ex. Karlskrona) där metodens användbarhet för svenska förhållanden har testats. Vid bedömning av vårdtidens längd bör ihågkommas att sterilisering med laparoskopi endast har kombinerats med abortingrepp i 4 fall och det har då gällt tidiga graviditeter, d. v. s. före tolfte veckan. Ingreppets för- och nackdelar i jämförelse med t. ex. laparotomi ur medicinsk synpunkt har kortfattat berörts tidigare (avsnitt 6.1).

Sjukskrivning efter operation

Sjukskrivningsperiodens längd efter operationen har i allmänhet varit lång, som regel över 30 dagar.

Tablå 15. Sjukskrivningstidens längd (sammanlagt 237 patienter)

Antalet sjukskrivningsdagar	1969		1972		Totalt	
	antal	%	antal	%	antal	%
<7	1	0,9	4	3,3	5	2,1
7–14	2	1,7	10	8,3	12	5,1
15–22	6	5,2	9	7,5	15	6,4
23–30	7	6,1	15	12,6	22	9,4
>30	99	86,1	82	68,3	181	77,0
Uppgift saknas	2	–	–	–	2	–
Summa	117	100	120	100	237	100

Av de återstående patienterna sjukskrevs inte 22 eftersom ingreppet gjordes efter förlossning och de i stället fick ersättning i form av mödrahjälp. I 7 fall saknas uppgift om sjukskrivning, i 1 fall överfördes patienten direkt till annat sjukhus av annan orsak och i 3 fall sjukskrevs patienterna inte av andra skäl t. ex. förtidspensionering. Sjukskrivningstidens längd är generellt sett något längre än man kunnat förvänta sig efter ingrepp av denna typ. Man bör dock komma ihåg att ingreppen gjorts under speciella förhållanden grundade på steriliseringslagstiftningens bestämmelser. Så är t. ex. medelåldern hos patienterna relativt hög och antalet barn betydligt större än medelfamiljens. Även patientens somatiska tillstånd som orsakat ingreppet är bidragande till sjukskrivningsperiodens längd.

Det enda ingrepp som resulterade i signifikant kortare sjukskrivningsperiod än medeltalet är sterilisering genom laparoskopi. Av de 18 patienter där uppgift om sjukskrivning förelåg sjukskrevs 4 patienter

mindre än sju dagar, 9 patienter 7–14 dagar, 3 patienter 15–22 dagar, 1 patient 23–30 dagar och 1 patient mer än 30 dagar.

5.3 *Psykiatriska synpunkter*

I samband med den medicinska utvärderingen av steriliseringsoperationerna kunde konstateras att bland de 159 patienter för vilka återbesök redovisats (tablå 13) klagade 2 (1,3 %) över psykiska besvär vid efterkontrollen.

Den övriga uppföljningen som gjorts beträffande psykiska effekter av sterilisering hos de kvinnor som ingår i båda årsgrupperna grundar sig på uppgifter från sjukhusjournaler, anteckningar i öppen vård samt försäkringskassans noteringar om sjukskrivning för psykiska eller "nervösa" besvär.

Tablå 16

Diagnos	Psykiskt tillstånd efter sterilisering			
	Försämring	Samma tillstånd	Förbättring	Inga anteckn.
Manisk-depressiv psykos	1	1	–	–
Reaktiva depressiva psykoser	5	1	1	3
Psykoser av oklar art	3	1	1	1
Schizofreni	2	2	–	–
Alkoholism	2	2	–	–
Neuroser, psykiska insufficienstillstånd	12	3	5	4
Psykisk abnormitet	1	–	1	–
Defectus mentalis	2	1	1	–
Summa	28	11	9	8

Grupperingen på olika diagnoskategorier har gjorts med ledning av dessa uppgifter och måste betraktas som en grovsortering. Materialet är litet och observationstiderna efter operationens genomförande av olika längd, varför någon säker åtskillnad mellan efterförloppen vid de olika diagnosgrupperna ej kan göras. I ett fall, en psykos av osäker art, vägrade kvinnan genomgå den beviljade steriliseringen och födde ett barn hon väntade. Hennes tillstånd efter partus har angivits som oförändrat.

I samband med den medicinska utvärderingen kunde konstateras att 3 patienter under efterförloppet visat ångerreaktion (2 opererades 1969 och 1 1972). Det är möjligt att flera ångrat sig men detta har i så fall ej antecknats i journalen eller på poliklinikkortet. De kan också i denna situation ha sökt annan läkare.

Den mest intressanta och även pålitligaste slutsatsen, som kan dras av detta material, är konstaterandet att ingen av kvinnorna blivit försämrad genom steriliseringsingreppet. I ett fall, det gäller en av de alkoholiserade kvinnorna, hade läkarna befarat försämring, men den uteblev och hennes fortsatta tillstånd har här betecknats som "samma tillstånd". I övrigt

saknar man så gott som helt överväganden från läkarnas sida angående det planerade steriliseringsingreppets möjliga konsekvenser liksom ställningstagande till resultatet, när patienten efteråt varit föremål för psykiatrisk undersökning. Kolumnen "inga anteckningar" omfattar de fall, vars försäkringskort ej innehåller uppgifter om förekomsten av psykisk sjukdom av någon art efter ingreppet. Detta innebär ej att kortet är blankt, ofta förekommer anteckningar om sjukskrivning för luftvägsåkommor, värk m. m.

Sammanfattande kan konstateras, att detta undersökningsmaterial trots det ringa antalet undersökta ger den värdefulla upplysningen att en grupp psykiskt sjuka och abnorma kvinnor med vitt skiftande diagnos kunnat undergå steriliseringsoperation utan mera framträdande negativ inverkan på deras psykiska tillstånd. Ej mindre än 17 visar tecken på förbättring eller tillfrisknande. Av de 11 oförändrade är 2 gamla schizofrenier, 2 avancerade alkoholmissbrukare och 1 psykiskt utvecklingsstörd.

5.4 *Beskrivning av enskilda fall*

För att klarare belysa vilka kvinnor som erhållit sterilisering på medicinsk indikation redovisas ett antal enskilda fall av stickprovet 1972.

1. Gift, 24-årig, 2-barnsmor, som besväras av migrän med epileptiska anfall. Barnen är astmatiska och infektionskänsliga. Sökanden tål ej p-piller och litar inte på övriga preventivmedel. Samlivet fungerar inte på grund av hennes graviditetsrädsla, hon har en negativ inställning till ev. abort.
Motiv: vill ej ha fler barn, saknar fungerande preventivmedel.
Kurator: utan ställningstagande.
Läkaren: utan ställningstagande.
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operation verkställd.

2. Gift, 24-årig, 2-barnsmor, som ansökt om sterilisering år 1971. Sökanden har nyligen genomgått abortoperation på 2-läkarintyg. Makarnas samliv är stört på grund av sökandens graviditetsrädsla. Inga preventivmedel fungerar. Barnen är mycket krävande och sökanden önskar ej fler barn. Hennes avsikt är att gå ut i förvärvsarbete snarast möjligt. Familjen har dålig ekonomi.
Motiv: barnen är så krävande att hon ej orkar med fler, upplever hemmafruisoleringen som svår, saknar fungerande preventivmedel.
Kurator: utan ställningstagande.
Läkaren: utan ställningstagande.
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verkställd.

3. Gift, 24-årig finska med 2 barn som tidigare fått ansökan om sterilisering beviljad i Finland, operationen verkställdes dock aldrig. Sökanden är gravid och förlossningen är planerad att genomföras med

kejsarsnitt på grund av för trångt bäcken. Denna förlossningsmetod har även använts vid de tidigare graviditeterna.
Motiv: besvärliga förlossningar med kejsarsnitt.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på eugenisk + medicinsk indikation "kroppsfel".
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verkställd.

4. Gift, 39-årig yrkesarbetande kvinna med sjuklig 13-årig dotter. Sökanden är gravid och har fått tillstånd till abort på 2-läkarintyg. För att våga återuppta samlivet med maken ansöker hon nu om sterilisering. Hon har tidigare prövat p-piller. Mannen ansvarar nu för preventionen.
Motiv: för gammal att få fler barn.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation, "svaghet".
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen ej verkställd.

5. Gift, 38-årig yrkesarbetande kvinna med ett barn som erhållit tillstånd till abort på 2-läkarintyg. Sökanden lider sedan barndomen av magbesvär. Inget preventivmedel har fungerat tillfredsställande.
Motiv: för gammal för att få barn, vill ej återgå till hemarbetet.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation, "svaghet".
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verställd.

6. Gift, 43-årig kvinna med två barn som planerar att börja yrkesarbeta. Hon har behandlats på psykiatrisk klinik för återkommande depressioner. Äktenskapet fungerar dåligt. Sökanden har prövat samtliga preventivmedel men icke funnit något som passar henne.
Motiv: önskar ej fler barn, planerar att yrkesarbeta.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation, "svaghet".
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen ej verkställd.

7. Gift, 43-årig yrkesarbetande kvinna som fött tre barn. Det yngsta dog vid födseln. Familjen har haft svåra problem med ett av barnen. Sökanden är gravid och söker nu också abort. Hon har tidigare under 6 år använt p-piller men skrämts av tidningsskriverierna om p-piller och slutat att använda dem.
Motiv: för gammal, vill ej ta risken att få fler barn, känner sig trött och sliten av alla problem.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation "svaghet". Abortansökan tillstyrks på social-medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verkställd.

8. Gift, 29-årig kvinna med tre barn och som väntar det fjärde. Två av

barnen har astmatiska besvär. Graviditeterna har varit besvärliga och sökanden har haft ett antal missfall. P-piller och spiral som sökanden prövat har icke fungerat.
Motiv: känner sig trött och sliten, orkar ej fler barn.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation, "svaghet".
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verkställd.

9. Gift, 38-årig 5-barnsmor. Sökanden är gravid och söker nu abort. Hennes sista förlossning var svår och hon har av läkare blivit avrådd att bli gravid igen. Sökanden kan ej använda p-piller. Familjen har dålig ekonomi och trång bostad.
Motiv: orkar ej fler barn.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation, "svaghet". Abortansökan tillstyrks på social-medicinsk indikation.
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation. Abort ansökan bifallen på medicinsk-social indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verkställd.

10. Gift, 34-årig 5-barnsmor med svag hälsa. Hon lider av graviditetsskräck. Av etiska skäl kan hon inte tänka sig en abort. Hon har besvär med spiral som hon använt de sista åren. Familjen lever under knappa ekonomiska förhållanden.
Motiv: trött och sliten, orkar ej fler barn.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation, "svaghet".
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verkställd.

11. Gift, 36-årig finska med åtta barn; har tidigare haft en legal abort. Hon ansökte om sterilisering under sista graviditeten men hann inte fullfölja utredningen före förlossningen. Sökanden kan inte använda p-piller. Familjen lever i knappa omständigheter.
Motiv: kan inte tänka sig fler barn, saknar fungerande preventivmedel.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation, "svaghet".
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verkställd.

12. Gift, 37-årig kvinna, som fött nio barn och haft två legala aborter. Hon är nu gravid och söker abort. Sökanden har besvär med varicer och företer tecken på depression. Familjen lever på makens studiehjälp och socialhjälp.
Motiv: orkar ej med fler barn, planerar att skaffa sig utbildning.
Kuratorn: tillstyrks.
Läkaren: tillstyrks på medicinsk indikation, "sjukdom" och "svaghet". Abortansökan tillstyrks på medicinsk indikation.
Socialstyrelsen: bifall på medicinsk indikation. Abortansökan bifallen på

medicinsk-social indikation.
Fortsatt förlopp: operationen verkställd.

5.5 *Synpunkter på lagtillämpningen*

Den medicinska indikationen är avsedd att förebygga havandeskap om det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan finns allvarlig risk för hennes liv eller hälsa. Denna indikation ansluter sig till bestämmelsen om abort på medicinsk indikation. Bestämmelsen i steriliseringslagen omfattar liksom bestämmelsen i abortlagen inte bara rent medicinska indikationer (sjukdom och kroppsfel) utan även en blandad medicinsk-social indikation (svaghet) som avser "utsläpade mödrar" och liknande fall.

Undersökningsresultatet visar vad som karaktäriserar den grupp som fått tillstånd till sterilisering på medicinsk indikation. Ett statistiskt genomsnitt av gruppen utgörs av en gift, ej yrkesarbetande kvinna i 35-årsåldern med 3 barn. Hon lever i acceptabla, om än icke särskilt goda ekonomiska förhållanden och har en god relation till sin man. Hennes utbildning och ursprungsmiljö skiljer sig icke från övriga kvinnors.

Som grund för den medicinska indikationen talas i lagtexten om sjukdom, kroppsfel eller svaghet som innebär risk för kvinnans liv eller hälsa. Av socialstyrelsens handlingar framgår endast *att* den medicinska indikationen tillämpats. För att få en närmare uppfattning om tillämpningen av begreppen sjukdom, kroppsfel eller svaghet blir det nödvändigt att gå till läkarutlåtandena. (Jfr tablå 9 angående läkarnas fördelning av sjukdom, kroppsfel och svaghet).

Av de 17 fallen med indikationsmotiveringen "sjukdom" led över hälften av psykiska besvär och graviditetsskräck. Njurskador, diabetes och högt blodtryck är exempel på somatiska sjukdomar som åberopats.

Motiveringen "kroppsfel" (3 fall) exemplifieras av multipel sceleros, trångt bäcken och dålig rygg.

Det förefaller inte sannolikt att socialstyrelsen annat än i undantagsfall funnit kravet på "sjukdom" eller "kroppsfel" uppfyllt när inte läkaren gjort det. Det är därför tydligt att bara ett fåtal kvinnor erhållit sterilisering på medicinsk indikation på grund av enbart sjukdom eller kroppsfel. I de allra flesta fallen är det "svaghet" som indicerat bifall.

Begreppet "svaghet" är långt ifrån entydigt. Svagheten skall föreligga vid tiden för tillståndsprövningen och den skall vara sådan att den i händelse av havandeskap kan befaras medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa. Sett bl. a. mot bakgrund av detta krav är det tydligt att tillståndsgivningen varit mycket liberal.

Tabeller till stickprovsundersökningen

Tabell 1 a

År 1969

Kvinnans hemland	Kvinnans ålder							Summa	%
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49		
Sverige	1	3	13	32	43	32	–	124	85,5
Danmark	–	–	–	1	–	–	–	1	0,7
Finland	–	–	1	2	5	2	–	10	6,9
Grekland	–	–	–	–	1	–	–	1	0,7
Jugoslavien	–	–	2	1	–	–	–	3	2,0
Nederländerna	–	–	–	–	1	–	–	1	0,7
Norge	–	–	1	–	1	–	–	2	1,4
Portugal	–	–	–	–	1	–	–	1	0,7
Tjeckoslovakien	–	–	–	1	–	–	–	1	0,7
Tyskland	–	–	–	–	1	–	–	1	0,7
Summa	1	3	17	37	53	34	–	145	100
%	0,7	2,1	11,7	25,5	36,6	23,4		100	

Tabell 1 b

År 1972

Kvinnans hemland	Kvinnans ålder							Summa	%
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49		
Sverige	1	2	15	23	50	29	2	122	81,3
Danmark	–	–	–	–	1	2	–	3	2,0
Finland	–	1	2	6	8	2	–	19	12,7
Jugoslavien	–	–	–	1	2	–	–	3	2,0
Norge	–	–	–	–	2	–	–	2	1,3
USA	–	–	–	1	–	–	–	1	0,7
Summa	1	3	17	31	63	33	2	150	100
%	0,7	2,0	11,3	20,7	42,0	22,0	1,3	100	

Tabell 2 a

År 1969

Civilstånd	Kvinnans ålder							Summa	%
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49		
Ogift	1	3	1	2	2	1	–	10	6,9
Gift	–	–	15	30	45	28	–	118	81,4
Frånskild	–	–	1	3	5	4	–	13	9,0
Änka	–	–	1	2	–	1	–	4	2,7
Summa	1	3	18	37	52	34	–	145	100

Tabell 2 b

År 1972

Civilstånd	Kvinnans ålder							Summa	%
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49		
Ogift	1	–	2	1	1	–	–	5	3,3
Gift	–	3	14	28	57	30	2	134	89,3
Frånskild	–	–	1	1	5	2	–	9	6,1
Änka	–	–	–	1	–	1	–	2	1,3
Summa	1	3	17	31	63	33	2	150	100

Tabell 3

Utbildningsnivå	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Saknar skolutbildning	3	2,2	–	–
Särskola	4	2,9	2	1,4
Folkskola	101	72,7	94	63,5
Folkskola+yrkesutbildning	14	10,1	24	16,2
Realexamen	7	5,8	9	6,1
Realexamen+yrkesutbildning	8	5,7	12	8,1
9-årig grundskola	–	–	3	2,0
9-årig grundskola+yrkesutbildning	1	0,7	–	–
Studentexamen	–	–	4	2,7
Akademisk examen	1	0,7	–	–
Uppgift saknas	6	–	2	–
Summa	145	100	150	100

Tabell 4

Arbetsstatus sista året	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Förtidspensionerad	7	4,8	2	1,3
Sjukskriven mer än halva året	2	1,4	4	2,7
Heltids yrkesarbete	22	15,2	36	24,0
Mindre än heltids yrkesarbete	33	22,8	36	24,0
Sporadiskt yrkesarbete	6	4,1	13	8,7
Ej yrkesarbete	75	51,7	59	39,3
Summa	145	100	150	100

Tabell 5 a

År 1969

Antal barn	Kvinnans ålder							Summa
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	
0	1	1	–	–	–	–	–	2
1	–	1	3	5	4	4	–	17
2	–	1	5	7	11	5	–	29
3	–	–	4	8	10	5	–	27
4	–	–	5	11	16	7	–	39
5	–	–	1	3	6	7	–	17
6	–	–	–	3	3	3	–	9
7	–	–	–	–	1	1	–	2
8	–	–	–	1	–	1	–	2
9	–	–	–	–	1	–	–	1
Summa	1	3	18	38	52	33	–	145

Tabell 5 b

År 1972

Antal barn	Kvinnans ålder							Summa
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	
0	1	–	1	–	–	1	–	3
1	–	–	–	–	4	–	–	4
2	–	3	4	5	14	9	2	37
3	–	–	7	10	16	7	–	40
4	–	–	5	9	19	9	–	42
5	–	–	–	5	4	5	–	14
6	–	–	–	2	4	2	–	8
7	–	–	–	–	–	–	–	–
8	–	–	–	–	1	–	–	1
9	–	–	–	–	1	–	–	1
Summa	1	3	17	31	63	33	2	150

Tabell 6

Antal	1969 Antal kvinnor			1972 Antal kvinnor		
	Födda barn	Tidigare aborter legala/ illegala	Säkra miss-fall	Födda barn	Tidigare aborter legala/ illegala	Säkra miss-fall
0	2	110	97	3	106	112
1	17	24	31	4	33	26
2	29	9	10	37	7	8
3	27	1	4	40	3	2
4	39	–	2	42	–	–
5	17	–	–	14	–	1
6	9	–	1	8	–	–
7	2	–	–	–	–	–
8	2	1	–	1	–	–
9	1	–	–	1	–	–
10	–	–	–	–	–	1
12	–	–	–	–	1	–
Summa	145	145	145	150	150	150

Tabell 7

Antal graviditeter	1969		1972	
	antal	%	antal	%
0	2	1,4	1	0,7
1	2	1,4	2	1,3
2	18	12,4	12	8,0
3	15	10,3	25	16,6
4	22	15,2	28	18,7
5	32	22,0	28	18,7
6	25	17,2	31	20,6
7	14	9,6	14	9,3
8	3	2,1	3	2,0
9	4	2,8	3	2,0
10	3	2,1	–	–
11	1	0,7	–	–
12	2	1,4	–	–
13	2	1,4	1	0,7
14	–	–	1	0,7
15	–	–	1	0,7
Summa	145	100	150	100

Tabell 8 a

År 1969

Antal graviditeter	1969 Kvinnans ålder							Antal
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	
0	1	1	–	–	–	–	–	2
1	–	–	–	1	1	–	–	2
2	–	–	3	6	5	4	–	18
3	–	–	2	2	7	4	–	15
4	–	–	3	8	6	5	–	22
5	–	2	5	9	10	6	–	32
6	–	–	2	6	14	3	–	25
7	–	–	2	2	6	4	–	14
8	–	–	–	1	–	2	–	3
9	–	–	–	1	1	2	–	4
10	–	–	–	1	1	1	–	3
11	–	–	–	–	–	1	–	1
12	–	–	–	1	1	–	–	2
13	–	–	–	–	1	1	–	2
Summa	1	3	17	38	53	33	–	145

Tabell 8 b

År 1972

Antal graviditeter	1972 Kvinnans ålder							Antal
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	
0	–	–	–	–	–	1	–	1
1	1	–	1	–	–	–	–	2
2	–	1	–	1	7	2	1	12
3	–	2	2	5	13	2	1	25
4	–	–	7	7	8	6	–	28
5	–	–	2	6	13	7	–	28
6	–	–	2	9	11	9	–	31
7	–	–	2	1	6	5	–	14
8	–	–	–	1	2	–	–	3
9	–	–	1	1	1	–	–	3
10–12	–	–	–	–	–	–	–	–
13	–	–	–	–	1	–	–	1
14	–	–	–	–	–	1	–	1
15	–	–	–	–	1	–	–	1
Summa	1	3	17	31	63	33	2	150

Tabell 9

Preventivmetoder som prövats	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Inga	15	12,5	13	9,3
Coitus interruptus	22	18,3	13	9,3
Kondom	53	44,2	67	47,9
Pessar (av någon typ)	24	20,0	24	17,1
P-piller	74	61,7	89	63,6
Spiral	13	10,8	26	18,6
Övriga	8	6,7	17	12,1
Uppgift saknas	25	–	10	–

Tabell 10

Motiv för ansökan	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Saknar fungerande preventivmedel	75	64,7	109	81,3
Kroppslig sjukdom och/eller svaghet före graviditet	27	23,3	24	17,9
Kroppslig sjukdom och/eller svaghet pga. eller i samband med graviditet	10	8,6	13	9,7
Av läkare varnad för fler graviditeter	–	–	4	3,0
Graviditetsbesvär (svåra illamående etc.)	2	1,7	3	2,2
Psykisk sjukdom och/eller svaghet före graviditet	42	36,2	30	22,4
Psykisk sjukdom och/eller svaghet pga. eller i samband med graviditet	8	6,9	4	3,0
För trött, för sliten, orkar inte	73	62,9	65	48,5
Fast besluten att ej ha fler barn	107	92,2	102	76,1
För många graviditeter	1	0,9	6	4,5
Sjukt, skadat eller eljest besvärligt barn	5	4,3	5	3,7
Tidigare haft barn som dött	2	1,7	2	1,5
Rädsla för fosterskada	6	5,2	6	4,5
Förlossningsbesvär	7	6,0	4	3,0
För gammal	17	14,7	43	32,1
Ärftlighet (från sökanden och/eller make/bf.)	1	0,9	3	2,2
Allvarlig planeringsrubbning	21	18,1	24	17,9
Sociala skäl: bostad	2	1,7	1	0,7
Sociala skäl: ekonomi	24	20,7	37	27,6
Vill ej taga ansvar för barn	4	3,4	1	0,7
Dåligt förhållande till make/bf.	10	8,6	27	20,1
Make/bf. kriminell, alkoholist, psykiskt sjuk	3	2,6	1	0,7

Tabell 10 forts.

Motiv för ansökan	1969		1972	
	antal	%	antal	%
Make/bf. allvarligt kroppsligt sjuk och/eller svag	2	1,7	–	–
Bättre sexualliv	10	8,6	9	6,7
Uppgift saknas	26	–	15	–
Ej egen ansökan	3	–	1	–

Tabell 11 Läkarens och socialstyrelsens ställningstagande till steriliseringsansökan 1969 och 1972

Läkaren	Socialstyrelsen 1969			Socialstyrelsen 1972		
	Medicinsk indikation	Social+ medicinsk indikation	Antal	Medicinsk indikation	Social+ medicinsk indikation	Antal
Eugenisk indikation	–	–	–	2	–	2
Social indikation	5	3	8	1	1	2
Medicinsk indikation	125	2	127	135	1	136
Eugenisk + social indikation	1	–	1	–	–	–
Eugenisk + medicinsk indikation	–	–	–	1	–	1
Eugenisk + social + medicinsk indikation	1	–	1	–	–	–
Tillstyrker inget ställningstagande	2	–	2	6	–	6
Avstyrker	1	1	2	–	–	–
Inget ställningstagande	3	1	4	3	–	3
Summa	138	7	145	148	2	150

Bilaga 2 Attitydundersökning bland män angående fri sterilisering

En attitydundersökning utfördes under medverkan av abort- och familjerådgivningsbyråerna och omfattade makarna (sammanboende män) till de kvinnor som under tiden 15 oktober–15 december 1973 ansökte om sterilisering. Rådgivningsbyråerna delade sammanlagt ut cirka 195 frågeformulär utan krav på att dessa skulle ifyllas omedelbart. Anonymitetsskydd garanterades uppgiftslämnarna. Av blanketterna insändes 107 st – en svarsfrekvens på ca 55 %. Bortfallsprocenten är därmed så hög att det går inte att statistiskt säkerställa några slutsatser av resultaten. Avsikten med undersökningen var dock närmast att på ett enkelt sätt – utan större kostnad och tidsåtgång – nå en grupp män som haft anledning att överväga steriliseringsfrågan. Utredningen önskade få en allmän uppfattning om männens inställning till en egen sterilisering och deras skäl för och emot.

Ålder, civilstånd och socialgrupp

Drygt hälften av männen i materialet – nära 55 % – befann sig i åldersklassen 35–44 år med en förskjutning mot de lägre åldrarna inom klassen. De flesta – 94 % – var gifta. Drygt hälften eller 56 % tillhörde socialgrupp III.

Sterilisering för egen del

74 % kunde tänka sig att låta sig steriliseras i stället för hustrun (sammanboende kvinna).

Resultaten medger som nämnts icke generella slutsatser om mäns inställning till fri sterilisering. Förutom att bortfallet är för stort är gruppen starkt selektiv i den meningen att dessa män kan antas ha diskuterat och analyserat frågorna kring sterilisering i högre grad än män i allmänhet. Männen i undersökningen har befriats från problematiken för egen del genom att deras hustrur övertagit ansvaret och en sterilisering för deras del behövde därför inte bli aktuell. Medvetet eller omedvetet kan detta ha påverkat deras inställning till sterilisering.

Å andra sidan bör anmärkas att det i bortfallsgruppen kan ingå män som är negativa till en sterilisering och av den anledningen inte besvarat formuläret. En omräkning där man utgår från att alla män i bortfallet är

negativa till sterilisering – ett osannolikt antagande – ger ändå resultatet att 40 % skulle vara positiva till sterilisering för egen del.

Är det i första hand kvinnans sak att söka sterilisering?

Männen besvarade frågan jakande enligt följande:

41 %, om kvinnan inte orkade med fler barn
29 %, om preventivmedel inte fungerade
26 %, om båda parter inte önskade fler barn

Det framgick tydligt att flertalet män icke betraktade frågan om barnbegränsning som en angelägenhet enbart för kvinnan. Det finns en tendens att i högre grad se det som kvinnans uppgift att söka sterilisering i de fall då hon inte orkar med fler barn därför att hennes fysiska krafter inte räcker till.

Av männen angivna skäl emot sterilisering för egen del (N=28)

De män som angav sig vara *emot* sterilisering för egen del angav följande skäl:

9 rädsla för ånger
8 rädsla för nedsatt sexualdrift
8 rädsla för att inte känna sig som fullvärdig man
8 rädsla för operation
6 hänsyn till ev. framtida önskan att få fler barn
2 rädsla för omvärldens reaktion

5 angav inga skäl. 10 uppgav 2 eller flera skäl.

Det finns ett uppenbart behov av ökad information om de medicinska verkningarna av ett steriliseringsingrepp. Detta framgår också av de skriftliga kommentarerna i formulären.

Av männen angivna skäl för sterilisering för egen del (N=78)

De män som angav sig vara för sterilisering för egen del angav följande skäl:

60 önskade ej fler barn
51 kunde medföra ett bättre samliv
35 besvär med preventivmedel
11 hustrun vill ej låta sterilisera sig
2 medicinska skäl:

2 män angav inga skäl. 40 män angav skälen "bättre samliv" och "ej fler barn". 55 män angav mer än ett skäl.

Tycker Ni att det är nödvändigt från rättvisesynpunkt att även mannen tillåts sterilisera sig?

Över 90 % ansåg att mannen från rättvisesynpunkt borde ha samma möjligheter till sterilisering som kvinnan.

Tycker Ni för övrigt att Ni själv utan inblandning av samhället skall avgöra frågan om sterilisering?

Närmare 90 % ansåg att individen själv skulle avgöra frågan om sterilisering.

Tycker Ni att det skall krävas att make yttrar sig över andra makens steriliseringsansökan?

Ungefär två tredjedelar ansåg att det skulle krävas att make yttrade sig över andra makens steriliseringsansökan.

Drygt en tredjedel ansåg att krav på makes yttrande ej behövs. Detta kan förefalla vara en hög andel, eftersom gruppen bestod av män vars hustrur sökte sterilisering.

Statens offentliga utredningar 1974

Kronologisk förteckning

1. Orter i regional samverkan. A.
2. Ortsbundna levnadsvillkor. A.
3. Produktionskostnader och regionala produktionssystem. A.
4. Regionala prognoser i planeringens tjänst. A.
5. Boken. Litteraturutredningens huvudbetänkande. U.
6. Förenklad konkurs m. m. Ju.
7. Barn- och ungdomsvård. S.
8. Rättegången i arbetstvister. A.
9. Samhälle och trossamfund. Sammanställning av remissyttranden över betänkanden av 1968 års beredning om stat och kyrka. U.
10. Data och näringspolitik. I.
11. Svensk industri. Delrapport 1. I.
12. Svensk industri. Delrapport 2. I.
13. Svensk industri. Delrapport 3. I.
14. Svensk industri. Delrapport 4. I.
15. Sänkt pensionsålder m. m. S.
16. Neutral bostadsbeskattning. Fi.
17. Solidarisk bostadspolitik. B.
18. Solidarisk bostadspolitik. Bilagor. B.
19. Högskoleutbildning. Läkarutbildning för sjuksköterskor. U.
20. Förslag till skatteomläggning m. m. Fi.
21. Markanvändning och byggande. B.
22. Vattenkraft och miljö. B.
23. Reklam V. Information i reklamen. U.
24. Förslag till hamnlag. K.
25. Fri sterilisering. Ju.

KUNGL. BIBL.
10 JUL 1974
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1974

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Förenklad konkurs m. m. [6]
Fri sterilisering. [25]

Socialdepartementet

Barn- och ungdomsvård. [7]
Sänkt pensionsålder m. m. [15]

Kommunikationsdepartementet

Förslag till hamnlag. [24]

Finansdepartementet

Neutral bostadsbeskattning. [16]
Förslag till skatteomläggning m. m. [20]

Utbildningsdepartementet

Boken. Litteraturutredningens huvudbetänkande. [5]
Samhälle och trossamfund. Sammanställning av remissyttranden över betänkanden av 1968 års beredning om stat och kyrka. [9]
Högskoleutbildning. Läkarutbildning för sjuksköterskor. [19]
Läkarutbildning för sjuksköterskor. [19]
Reklam V. Information i reklamen. [23]

Arbetsmarknadsdepartementet

Expertgruppen för regional utredningsverksamhet. 1. Orter i regional samverkan. [1] 2. Ortsbundna levnadsvillkor. [2] 3. Produktionskostnader och regionala produktionssystem. [3] 4. Regionala prognoser i planeringens tjänst. [4]
Rättegången i arbetstvister. [8]

Bostadsdepartementet

Boende- och bostadsfinansieringsutredningarna. 1. Solidarisk bostadspolitik. [17] 2. Solidarisk bostadspolitik. Bilagor [18]
Markanvändning och byggande. [21]
Vattenkraft och miljö. [22]

Industridepartementet

Data och näringspolitik. [10]
Industristrukturutredningen. 1. Svensk industri. Delrapport 1. [11] 2. Svensk industri. Delrapport 2. [12] 3. Svensk industri. Delrapport 3. [13] 4. Svensk industri. Delrapport 4. [14]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
10 JUL 1974
STOCKHOLM

Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-01921-3