

Steriliseringsfrågan i Sverige 1935 - 1975

Ekonomisk ersättning



Delbetänkande av
1997 års steriliseringsutredning

SOU 1999: 2

Ref 1kB
Occ 50U



Statens offentliga utredningar
1999:2
Socialdepartementet

Steriliseringsfrågan i Sverige 1935 - 1975

Ekonomisk ersättning

Delbetänkande av 1997 års steriliseringsutredning
Stockholm 1999

SOU och Ds som ingår i 1999 års nummerserie kan köpas från Fakta Info Direkt. För remissut-sändningar av SOU och Ds som ingår i 1999 års nummerserie svarar Fakta Info Direkt på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress: Fakta Info Direkt, Kundservice
Box 6430, 113 82 Stockholm
Tel: 08-587 671 00, Fax: 08-587 671 71
E-post: order@faktainfo.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 1993.

– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:

Information Rosenbad
Regeringskansliet
103 33 Stockholm
Fax: 08-405 42 95
Telefon: 08-405 47 29

Omslagsbild:

Claes Eklundh, Malmö

Smärta, 1990

Olja på duk, 175×238 cm

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

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

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

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

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

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

Som biträde till Mattias Tydén respektive Monika Bukowska Jacobsson förordnades från den 1 december 1997 fil.kand Urban Lundberg respektive från den 1 februari 1998 sjuksköterska Tobias Edbom. Den senare förordnades från den 1 september 1998 som biträdande sekreterare i utredningen.

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

Utredningen får härmed överlämna delbetänkandet Steriliseringsfrågan i Sverige 1935-1975, Ekonomisk ersättning.

Utredningen fortsätter nu arbetet med att avsluta den historiska analysen och kartläggningsuppdraget. Detta arbete beräknas vara slutfört under sommaren 1999.

Lund i januari 1999

Carl-Gustaf Andrén

/Leif Persson

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	9
-----------------------------	---

<i>Summary</i>	29
----------------------	----

<i>Författningsförslag</i>	51
----------------------------------	----

1 Förlag till Lag om ersättning till steriliserade i vissa fall	51
2 Förlag till Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)	53

I Bakgrund

1 <i>Inledning</i>	55
1.1 Utredningens uppdrag	55
1.2 Arbetets uppläggning	57
1.3 Betänkandets disposition.....	58

2 <i>1934 och 1941 års steriliseringslagar m.m.</i>	61
---	----

2.1 Inledning.....	61
2.2 1934 års steriliseringslag	61
2.2.1 Bakgrund.....	61
2.2.2 Utformning.....	62

2.3 1941 års steriliseringslag	66
--------------------------------------	----

2.4 1975 års steriliseringslag	69
--------------------------------------	----

2.5 Lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap	70
---	----

2.6 Äktenskapsförbud för personer med ärftliga sjukdomar m.m	71
---	----

2.7 Lagen (1944:133) om kastrering	72
--	----

3 <i>Allmänna rättsliga principer för ersättning vid skada</i>	75
--	----

3.1 Inledning.....	75
--------------------	----

3.2 1972 års skadeståndslag	77
-----------------------------------	----

3.2.1 Culparegeln	77
-------------------------	----

3.2.2 Strikt ansvar	77
---------------------------	----

3.2.3 Principalansvar.....	78
----------------------------	----

3.2.4 Förbud att föra talan mot de högsta statsorganen	79
--	----

3.2.5 Preskription	81
--------------------------	----

3.2.6	Slutsatser	82
3.3	Skadeståndsansvaret före 1972 års skadeståndslag	82
4	<i>Ekonomisk ersättning vid skada</i>	87
5	<i>Ersättning från staten av humanitära skäl</i>	91
5.1	Steriliserade	91
5.2	HIV-smittade	91
6	<i>Några internationella jämförelser</i>	93
6.1	Inledning	93
6.2	Norge	94
6.2.1	Steriliserade	94
6.2.2	Lobotomerade	94
6.2.3	Utredning om ersättning till strålskadade vid det norska Radiumhospitalet	96
6.3	Danmark	98
6.3.1	Inledning	98
6.3.2	Danska Högesterets dom 20 september 1989	98
6.4	Kanada - provinsen Alberta	98
6.4.1	Inledning	98
6.4.2	Rättsfallet Muir v. Alberta - 1996	99
6.5	Vissa internationella konventioner m.m.	102
6.5.1	Inledning	102
6.5.2	FN:s universella deklaration om de mänskliga rättigheterna	102
6.5.3	Den europeiska konventionen angående de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna	104
6.5.4	Mänskliga rättigheter och sterilisering	105
6.5.5	Exempel på regler om mänskliga rättigheter som kan ha haft betydelse vid steriliseringar med stöd av 1934 eller 1941 års steriliseringslag	106
7	<i>Närmare om utredningens kartläggning</i>	111
7.1	Inledning	111
7.2	Några metodologiska överväganden	112
7.3	Urvalsförfarande m.m.	113

II Utredningens överväganden och förslag

8	<i>Principer för ersättning</i>	117
8.1	Inledning	117
8.2	Vilka bör få ersättning?	118

8.2.1	Allmänna överväganden.....	118
8.2.2	Steriliseringar utan egen ansökan eller skriftligt samtycke.....	121
8.2.3	Övriga ersättningssituationer	122
8.2.4	Brister i underlagsmaterialet m.m.....	137
8.2.5	Alternativ till utredningens ersättningsförslag	138
8.2.6	Tidigare av regeringen handlagda ersättningskrav	141
8.2.7	Steriliseringar utan tillämpning av 1934 års steriliseringslag eller genomförda före år 1935	142
8.3	Ersättningens storlek	143
8.3.1	Inledning	143
8.3.2	Schablonersättning eller individuellt prövad ersättning	145
8.3.3	Ersättningens storlek	146
8.4	Särskilt om kastreringslagen (1944:133).....	149
9	<i>Organisationsfrågor</i>	151
9.1	Utgångspunkter	151
9.2.	Handläggande organisation	152
9.2.1	Inledning	152
9.2.2	Vilken organisation?	153
9.2.3	Vem skall besluta om ersättning?	156
9.2.4	Möjlighet att överklaga?	158
9.2.5	Offentlighet och sekretess.....	158
9.2.6	Övriga handläggningsfrågor.....	160
10	<i>Kostnadsberäkning</i>	165
11	<i>Ikraftträdande m.m.</i>	169
12	<i>Generella kommittédirektiv</i>	171
12.1	Inledning.....	171
12.2	De olika direktiven	171
13	<i>Författningskommentarer</i>	175
13.1	Förslag till Lag om ersättning till steriliserade i vissa fall	175
13.2	Förslag till ändringar i Sekretesslagen (1980:100)	179
	<i>Särskilda yttranden</i>	181
	<i>Bilagor</i>	
1	Utredningens direktiv	185
2	Lag om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet (1934:171)	191

3	Lag om sterilisering (1941:282).....	195
4	Kungl. Maj:ts kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lag 1934:521	199
5	Kungl. Maj:ts kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lag 1941:387	203
6	Meddelanden från Kungl. medicinalstyrelsen nr 84 (1939) Råd och anvisningar rörande tillämpning av steriliserings- och abortlagarna	207
7	Meddelanden från Kungl. medicinalstyrelsen nr 88 (1943) Råd och anvisningar rörande tillämpningen av 1941 års steriliseringslag och abortlagen	221
8	Meddelanden från Kungl. medicinalstyrelsen nr 93 (1947) Råd och anvisningar rörande tillämpningen av 1941 års steriliseringslag och abortlagen. Reviderad upplaga.....	263

Sammanfattning

Utredningens uppdrag

Utredningens uppdrag kan delas upp i tre delar.

Utredningen skall för det första göra en historisk belysning för att skapa klarhet om vilka överväganden som låg till grund för utformningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar. I det uppdraget ingår att belysa den tillämpning lagarna fick och att redovisa och analysera den debatt som kan ha förts i riksdag, i de politiska partierna, av forskarsamhället eller på annat sätt under de år lagarna var i kraft fram till dess de slutligen upphävdes. Det är också enligt direktiven angeläget att allsidigt belysa de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstaganden och ansvar. Här ingår även att sätta in lagarnas tillkomst, deras tillämpning och skälen till att de slutligen upphävdes i sitt historiska sammanhang och belysa förhållandena i Sverige i ett internationellt perspektiv.

Utredningen skall för det andra göra en kartläggning av hur många personer som steriliserades med stöd av lagarna under de olika indikationerna, vilka de var och hur deras liv påverkades. Däri ingår att redovisa hur många steriliseringar som utfördes efter ansökan av någon annan. Utredningen skall också göra en kartläggning av eventuella förändringar i tillämpningen av lagstiftningen under den tid den var i kraft och de bakomliggande orsakerna till det.

Utredningen skall för det tredje lägga fram förslag om ersättning till dem som blivit steriliserade mot sin vilja eller på någon annans initiativ, om vilka principer som skall gälla för en sådan ersättning och om hur handläggningen och besluten i ersättningsärendena skall organiseras. Utredningen skall kostnadsberäkna sina förslag. I utredningens uppdrag ingår inte att fatta beslut i enskilda ärenden.

Utredningens uppdrag i sin helhet skall vara avslutat senast den 1 juli 1999. Förslaget om ersättning till de drabbade och därtill hörande frågor skall enligt direktiven redovisas med förtur. Det sker genom detta betänkande.

Bakgrund och syfte med utredningens uppdrag i ersättningsfrågan

I utredningens direktiv anges regeringens grundläggande skäl för uppdraget. Där sägs bl.a. följande. "Fram till år 1976 steriliserades ett stort antal människor i vårt land med stöd av då gällande steriliseringslagstiftning. Lagarnas utformning och hur de kom att tillämpas i praktiken präglades bl.a. av ett rashygieniskt synsätt och en tro på folkrening som var förhärskande bland många beslutsfattare, forskare och läkare under första hälften av 1900-talet i Sverige, liksom i andra länder. Många av dem som steriliserades blev offer för detta synsätt. Sedan länge är detta något som det svenska samhället starkt tar avstånd från. (---) Det är angeläget att de som under denna tid blivit steriliserade mot sin vilja eller på någon annans initiativ får en gottgörelse trots att det inte finns någon formell skyldighet för staten att betala ersättning. Förslag skall läggas fram om ersättning till de drabbade, om vilka principer som skall gälla för en sådan ersättning och om hur handläggning och beslut i ersättningsärendena skall organiseras."

Som utredningen ser det är tanken med en ekonomisk ersättning eller gottgörelse att den skall vara ett försök till upprättelse från statens sida för de åtgärder och beslut i det förflutna som drabbat enskilda och som vi idag - med direktivens ord - starkt tar avstånd från.

Mot bakgrund av direktiven har utredningen inte sett det som sin uppgift att närmare överväga skäl som kan finnas för eller emot införande av en ersättning av nu aktuellt slag och inte heller i vad mån det är befogat att i detta hänseende särbehandla steriliserade framför andra grupper av skadade t.ex. lobotomerade.

Utredningens uppdrag att göra en kartläggning och en historisk belysning kan främst sägas vara avsett som ett underlag för en diskussion om samhällets attityder och statens agerande under de år den aktuella steriliseringslagstiftningen var i kraft liksom om våra värderingar idag. Vad gäller uppdraget att föreslå en ersättning till steriliserade är detta en mer konkret uppgift: att ange hur, och med vilket belopp, staten skall kompensera skador och lidande på grund av de beslut och åtgärder i det förflutna gentemot de steriliserade som vi idag anser felaktiga. Utredningens förslag i sin helhet kan kanske också ge ett visst underlag för en debatt kring andra, steriliseringsfrågan närliggande, ämnen främst ur ett moralfilosofiskt perspektiv. Ur ett sådant perspektiv hade det varit lämpligare att de olika delarna i utredningens uppdrag hade kunnat slutföras och publiceras vid samma tillfälle.

Utredningen har samtidigt stor förståelse för regeringens önskemål om att ersättningsfrågan skulle behandlas med förtur. De som kan komma i fråga för ersättning har med få undantag hög ålder och det är

därför angeläget att de får del av en ekonomisk ersättning snarast möjligt.

Detta betänkande har därför fått en förhållandevis juridisk-teknisk utformning. Det handlar inte om de politiska, etiska och historiska aspekter som utredningen också fått i uppdrag att behandla. De historiska avsnitten i detta betänkande bygger uteslutande på tidigare publicerad forskning såvitt annat inte uttryckligen anges. Många läsare kanske reagerar på att betänkandet till stor del saknar sådana analyser som utredningen nyss nämnde samt slutsatser och värderingar kring steriliseringslagstiftningens tillämpning i ett vidare perspektiv.

Utredningen är väl medveten om detta och vill därför poängtera att i slutbetänkandet kommer att presenteras forskningsresultat och analyser, såväl svenska som internationella, som förhoppningsvis på ett mer djupgående sätt kan belysa den svenska steriliseringspolitiken och att det då på grundval av det materialet går att dra erfarenhet av det förflutna inför framtiden.

Steriliseringslagstiftningen och dess tillämpning

1934 års steriliseringslag

Utredningen redovisar i betänkandet mycket kortfattat bakgrunden till tillkomsten av 1934 och 1941 års steriliseringslagar. Vad gäller den juridiska, politiska och vetenskapliga diskussion som låg till grund för lagstiftningen men även samhällsdebatten i övrigt kring frågan hänvisar utredningen till de utredningar som föregick lagregleringen, till tidigare forskning om dessa frågor samt till utredningens slutbetänkande.

1934 års steriliseringslag (*lag den 18 maj 1934 om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet*) hade som framgång av lagens rubrik begränsad tillämplighet. Lagen omfattade enbart personer som saknade förmåga att lämna samtycke till sterilisering - vissa s.k. rättsinkapabla. Lagen gav med andra ord förutsättningar för att kunna sterilisera de personer som ansågs sakna insikt i eller inte förstod steriliseringsingreppets innebörd. (För att undvika missförstånd använder utredningen de termer och begrepp som förekommer i de samtida texterna. Det gäller t.ex. ett begrepp som "sinnesslö" som idag saknar vetenskaplig mening och har en starkt nedsättande klang.)

Ingen som steriliserades enligt 1934 års lag hade således själv ansökt om eller lämnat samtycke till steriliseringen.

Lagen reglerade inte frågan om sterilisering på den enskildes egen begäran eller efter samtycke; varken när det gällde sterilisering av friska individer eller av sinnesslöa eller andra sjuka som förstod ingreppets innebörd.

Lagstiftarens ståndpunkt vid denna tid var att sterilisering av sådana individer på deras egen begäran eller med deras samtycke var tillåten utan särskilt lagstöd. Det gäller till att börja med sterilisering av medicinsk-terapeutiska skäl som ansågs tillåten i samma utsträckning som andra medicinska ingrepp. I övrigt ansågs sterilisering tillåten om den företogs med samtycke av den som steriliserades samt om det förelåg bärande skäl av - med samtidens uttryck - eugenisk, social, humanitär eller kriminalpolitisk natur. Däremot ansågs det nödvändigt med lagstiftning för att det skulle vara tillåtet att sterilisera en person som inte hade förmåga att lämna sådant samtycke. Detta var en orsak till lagregleringen. Sterilisering med användande av fysiskt tvång var överhuvudtaget inte tillåten. Redan när riksdagen antog 1934 års lag hemställde den om en utredning under vilka förhållanden frivillig sterilisering av rättskapabla personer måtte kunna företagas. Uppdraget lämnades till den sittande befolkningskommissionen vars förslag lämnades år 1936 och som sedan i huvudsak lades till grund för 1941 års lag.

1941 års steriliseringslag

I 1941 års steriliseringslag reglerades i princip alla steriliseringar som inte var i rent medicinsk-terapeutiskt syfte dvs även de fall när den enskilde själv önskade sterilisering. Utgångspunkten var att sterilisering inte fick ske utan tillstånd av medicinalstyrelsen. Huvudregeln i lagen var att sterilisering endast fick ske efter att den enskilde själv ansökt om sterilisering eller, om ansökan gjordes av någon annan, skriftligen samtyckt till den. Lagen byggde således enligt förarbetena i princip på frivillighet.

Sterilisering kunde ske på flera grunder - s.k. indikationer - eugenisk, social eller medicinsk. Den eugeniska (även benämnd rashygienisk) innebar att sterilisering kunde ske om det kunde antas att en person kom att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet, svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag. Den sociala indikationen innebar att sterilisering kunde ske om någon för framtiden var uppenbart olämplig att handha vården om barn på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller på grund av asocialt levnadssätt. Den medicinska indikationen innebar att om en kvinna led av sjukdom, kroppsfel eller svaghet kunde hon steriliseras för att förebygga ett havandeskap som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. De eugeniska och sociala indikationerna var tillämpliga på både män och kvinnor medan den medicinska som framgår endast var tillämplig på kvinnor.

Om någon på grund av rubbad själsverksamhet saknade förmåga att lämna giltigt samtycke fick han eller hon trots det enligt 2 § steriliseras

om de förutsättningar som uppställdes i 1 § var uppfyllda. Liksom vad gällde 1934 års lag fick enligt förarbetena till 1941 års lag fysiskt tvång inte användas. Däremot fanns inget uttalat förbud mot verbal övertalning eller påtryckning. I medicinalstyrelsens anvisningar uppmuntrades tvärtom sådan påverkan, särskilt från anstaltspersonals sida.

Frivilliga steriliseringar

Under de år 1934 och 1941 års steriliseringslagar var i kraft dvs. 1935 till 1975 steriliserades cirka 63.000 personer i Sverige.

Enligt utredningens uppfattning genomfördes många av dessa steriliseringar genuint frivilligt. Viktiga s.k. efterundersökningar som genomfördes i slutet på 1950-talet och början av 1960-talet visar bl.a. på detta. Enligt dessa undersökningar, utförda några år efter ingreppet, var närmare 80 procent av patienterna fullt tillfreds med steriliseringen och ångrade den inte. De negativa reaktionerna gällde främst kvinnor som i samband med ingreppet varit föremål för tvång eller mycket stark påverkan eller som tidigare inte hade några barn. Överhuvudtaget tyder materialet på att särskilt de sista decennierna som 1941 års lag gällde ett stort antal av dem som ansökt om eller samtyckt till sterilisering gjort det helt frivilligt. Några säkra uttalanden om detta kan dock inte göras på detta stadium av utredningen.

Att många lät sterilisera sig helt frivilligt med tillämpning av 1941 års steriliseringslag i vart fall under de sista 10 till 15 åren den var tillämplig anser utredningen också stöds av det förhållandet att många människor låtit sterilisera sig sedan den nuvarande lagstiftningen började tillämpas. Som belysning kan nämnas att från mitten av 1950-talet till och med 1975 steriliserades i genomsnitt mellan 1.500-1.800 personer om året, nästan alla kvinnor på medicinsk indikation. När nuvarande steriliseringslag började tillämpas steriliserades under de första tio åren närmare 8.000 människor varje år, varav cirka en fjärdedel män. Från och med 1976 har fram till och med 1996 har 166.000 människor steriliserats i Sverige, varav 40.000 män. Detta skall jämföras med de cirka 63.000 steriliseringar som genomfördes med stöd av den tidigare lagstiftningen under åren 1935-1975, varav över 90 procent var kvinnor.

Den nuvarande lagstiftningen som började tillämpas 1976 bygger helt på frivillighet och tillstånd från någon myndighet krävs som huvudregel inte. En förutsättning för att få bli steriliserad är att man är över 25 år. En annan förutsättning är att man noggrant informerats om ingreppets innebörd och följder samt, i förekommande fall, om andra möjligheter att förebygga havandeskap. Om man är mellan 18 och 25 år krävs däremot socialstyrelsens tillstånd.

Steriliseringar som inte var frivilliga

Trots att således 1941 års lag i princip byggde på frivillighet har utredningen kunnat konstatera att steriliseringar i många fall i realiteten gjordes mot den enskildes vilja. Nedan ges exempel på steriliseringar där det, trots att den enskilde själv undertecknat ansökan eller samtyckt till åtgärden, kan ifrågasättas om de varit frivilliga.

(1) I flera fall ställdes sterilisering som uttryckligt villkor för utskrivning från anstalter och institutioner, men även för att erhålla förmåner under anstaltsvistelsen. Detta förfarande kritiserades kraftigt av JO i hans ämbetsberättelse så tidigt som 1947.

(2) Lagstiftningen gällde även underåriga och omyndiga. Vad gäller myndighetsåldern var den 21 år fram till år 1969. Under åren 1969 till 1973 var den 20 år. Sedan år 1974 är myndighetsåldern 18 år. I förarbetena till 1941 års lag angavs att det inte var behövligt att fastställa en åldersgräns under vilken sterilisering ej måtte ske. Istället tog departementschefen för givet "att prövande myndighet även utan sådan föreskrift tog nödig hänsyn till den ifrågavarande personens ålder". En garanti för missbruk låg enligt departementschefen för övrigt däri "att underårig som regel inte fick steriliseras med mindre den som hade vårdnaden om honom beretts tillfälle yttra sig". Något krav på att en vårdnadshavare skulle samtycka till åtgärden ställdes dock inte. Dessutom var enligt medicinalstyrelsens anvisningar den som avsågs med ansökan alltid behörig att underteckna den själv oberoende av ålder och rättskapacitet.

Många av dem som steriliserades medan de vistades på anstalt eller institution var dessutom underåriga eller omyndiga. Av forskningsresultat framgår att sterilisering i flera fall genomfördes trots avstyrkan från vårdnadshavare.

(3) En förhållandevis vanlig grund för sterilisering, i vart fall fram till 1950-talet, var att en person av läkare rubricerades som sinnesslö. Om så var fallet kunde sterilisering göras på såväl eugenisk som social indikation om förutsättningarna i övrigt var uppfyllda. Sinnesslöbegreppet var samtidigt ett diffust begrepp som användes också för att beteckna andra problem av social karaktär och som ofta tycks ha använts på ett slentrianmässigt sätt och på mycket begränsat och tveksamt underlag.

(4) Genom en särskild bestämmelse i 1938 års abortlag kopplades denna ihop med steriliseringslagstiftningen. I bestämmelsen angavs att avbrytande av havandeskap på eugenisk indikation inte fick ske med mindre jämväl sterilisering företogs på kvinnan. I praktiken förekom

det att sterilisering ställdes som villkor för abort även i andra situationer.

(5) Enligt bestämmelser i 1920 års giftermålsbalk var det förbjudet för den som led av epilepsi och sinnessjukdom eller var sinnesslö att ingå äktenskap. Dispens kunde meddelas i vissa fall. Ett villkor för att få tillstånd att ingå äktenskap kunde vara sterilisering. Bestämmelserna om äktenskapsförbud upphörde för epileptiker år 1969 och för sinnesslöa och psykiskt sjuka år 1973.

(6) Sterilisering ställdes ibland även som villkor för att erhålla vissa statliga bidrag. Således förekom i vart fall under 1940-talet att möd-
rahjälp, ett behovsprövat bidrag som föregick barnbidraget, i vissa fall beviljades endast under förutsättning att kvinnan också steriliserade sig.

Utredningens slutsatser och förslag

Inledning

Utredningen har i uppdrag att föreslå en ersättning till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ. Som framgått av tidigare avsnitt byggde 1941 års steriliseringslag formellt sett på frivillighet och på att den enskilde själv ansökte om eller skriftligen samtyckte till steriliseringen. Av den kartläggning utredningen genomför framgår att över 90 procent av ansökningarna om sterilisering också undertecknats av den enskilde. Det stora flertalet av dem som hittills begärt ersättning har också angett att de själva på något sätt undertecknat ansökan om sterilisering. Detta förhållande gör att man inte utan vidare utifrån undertecknandet av ansökan om sterilisering kan avgöra om den enskilde steriliserats mot sin vilja.

Steriliserade med tillämpning av 1934 års lag m.m.

Vad gäller dem som steriliserades med tillämpning av 1934 års lag förhåller det sig annorlunda. Skälet till att de steriliserades med tillämpning av den lagen var att de inte bedömdes ha insikt i vad ett samtycke eller en sterilisering innebar och således inte kunde samtycka till steriliseringen. Det gäller även dem som steriliserades med tillämpning av motsvarande bestämmelse (2 §) i 1941 års lag. Samtliga dessa steriliseringar genomfördes definitionsmässigt utan samtycke efter ansökan av någon annan, nästan uteslutande myndighetspersoner vid olika anstalter. Man kan enligt utredningens mening inte tala om någon form av frivillighet i dessa fall.

Samtliga som steriliserades med stöd av 1934 års lag eller 2 § i 1941 års lag bör därför vara berättigade till ersättning från statens sida.

Andra ersättningsfall

I huvuddelen av de fall utredningen studerat har emellertid den enskilde själv ansökt eller samtyckt till åtgärden. Det är som tidigare antytts utredningens uppfattning att bland dessa ansökningar finns många som trots detta steriliserats mot sin vilja.

Enligt utredningens mening föreligger generellt vissa svårigheter att ur arkivmaterialet få fram uppgifter som stöder den enskildes påstående om att han eller hon steriliserats mot sin vilja. Utredningen har därför diskuterat om det är möjligt att ta fram ett antal typsituationer eller kriterier där det måste anses som mycket sannolikt att sterilisering skett mot den enskildes vilja eller där den enskilde inte haft möjlighet att påverka ett beslut om sterilisering trots egen ansökan eller samtycke; typsituationer vars existens oftast framgår av underlagsmaterialet. Utredningen har ovan nämnt exempel på sådana situationer.

Utredningen föreslår att *alla* som steriliserats med tillämpning av 1941 års lag enligt följande fyra rubriker också skall vara berättigade till ersättning.

Utredningen är medveten om att det i enstaka fall kan ha förekommit sterilisering på starka medicinska skäl under någon av dessa rubriker och att åtgärden därför skulle ha kunnat vara försvarlig. Utredningen har dock valt att inte göra något undantag för en sådan situation i dessa fall för att underlätta handläggningen och möjligheterna för de steriliserade att få ersättning.

Underåriga och omyndiga

Enligt utredningens mening har de som steriliserats före uppnådd myndighetsålder eller då de var omyndiga av annat skäl än underårighet generellt sett haft begränsade möjligheter att inse alla konsekvenser av steriliseringsåtgärden. Personen har under alla förhållanden haft sämre möjligheter att påverka sin situation än en myndig person.

Intagna på institutioner och anstalter som steriliserats under vistelsen där eller i samband med utskrivning från anstalten

Som utredningen tidigare konstaterat uppsatte myndigheter under 1940-talet och i början av 1950-talet i stor utsträckning sterilisering som villkor såväl för utskrivning från anstalter som för att erhålla olika förmåner under anstaltsvistelsen. De institutioner det gäller är i första

hand statliga, landstingsägda, kommunala och privata s.k. sinnesslöanstalter (arbetshem, vårdhem, skolhem, sarskolor, externatskolor, speci-alsjukhus m. fl.) men också ungdomsvårdsskolor, alkoholistanstalter, anstalter för epileptiker samt mentalsjukhus och fängelser.

Det torde kunna uteslutas eller tillhöra de yttersta undantagen att någon frivilligt ansökte om sterilisering eller frivilligt steriliserade sig under vistelse på sådana anstalter. Istället talar allt för att en sådan ansökan har varit påverkad av förhoppningar eller löften om förmåner som permission, frigång, arbete utanför anstalten eller utskrivning eller av hot om att utskrivning skulle ske senare; med andra ord har den egna ansökan gjorts eller samtycket skett i en tvångsliknande situation.

Sterilisering av personer sedan de rubricerats som sinnessjuka, sinnesslöa eller epileptiker utan att vara intagna på anstalt

En förhållandevis vanlig grund för sterilisering i vart fall fram till 1950-talet var, som tidigare nämnts, att en person av läkare rubricerades som sinnesslö. Om så var fallet kunde sterilisering göras på såväl eugenisk som social indikation om förutsättningarna i övrigt var uppfyllda. Motsvarande gällde dem som diagnostiserades som sinnessjuka eller epileptiker.

Enligt utredningens uppfattning har många av de människor det nu gäller haft begränsade möjligheter att till fullo inse konsekvenserna av steriliseringsåtgärden. Mycket talar också för att steriliseringen i många fall ställdes som ett alternativ till olika former av omhändertagande t.ex. risk för intagning på en anstalt eller omhändertagande av barn. Den enskildes möjligheter att påverka steriliseringsbeslutet har, generellt sett, varit mycket små.

Sterilisering som uttryckligt villkor för annat myndighetsbeslut

Som tidigare nämnts har utredningen kunnat konstatera att sterilisering ställdes som uttryckligt villkor för olika former av myndighetsbeslut, t.ex. för att få gifta sig, för att få abort eller för att få visst statligt bidrag.

Ett sådant uttryckligt myndighetskrav är enligt utredningens uppfattning en sådan tvångsliknande situation som bör föranleda rätt till ersättning.

I samtliga de fall utredningen hittills beskrivit bör det vara möjligt för den enskilde att kunna visa att han eller hon blivit steriliserad i de angivna situationerna.

Annan otillbörlig påverkan eller försumlighet av myndighet

Även om en mycket stor del av dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ kommer att kunna få ersättning enligt de tidigare rubricerade fallen är en kompensation motiverad också i flera andra fall där den enskilde påverkats av myndigheter att ansöka om sterilisering på ett sätt som med dagens synsätt får anses otillbörligt.

Det gäller till att börja med de fall där en person steriliserats på grund av asocialt levnadssätt. I många sådana fall kan man förutsätta att steriliseringen skett efter olika påtryckningar från myndigheters sida t.ex. hot om omhändertagande av barn som alternativ till sterilisering. Utredningen tänker också på situationer när kvinnor lät sterilisera sig efter övertalning i samband med abort utan att eugenisk indikation förelåg. Sådan övertalning kan också ha förekommit i nära samband med förlossning.

Dessa övertalningar kan visserligen ha varit av olika karaktär. Frågan om sterilisering kom ibland upp i en allmän diskussion mellan kuratorer, läkare och den enskilde som ett alternativ för att lösa ett i första hand socialt problem. Även om det är inte självklart att sådana diskussioner med förslag och rekommendation om sterilisering från myndighetspersoners eller andras sida utan vidare kan betraktas som en otillbörlig övertalning eller påverkan ter sig en sådan diskussion ofta främmande för oss.

Utredningen anser det angeläget att de kvinnor som i samband med ett abortingrepp eller vid en förlossning varit föremål för tvång eller stark påverkan och då gått med på sterilisering också skall få möjlighet till ersättning. Samtidigt anser utredningen att det inte är möjligt att ge ersättning till alla som t.ex. steriliserats i samband med abort eftersom det utan tvivel i dessa sammanhang också förekommit många frivilliga steriliseringar. Under åren 1944 till 1964 steriliserades enligt medicinalstyrelsens egna uppgifter cirka 4.000 kvinnor i enlighet med abortlagens villkorsparagraf.

Istället får den enskilde i de situationer det nu kan vara fråga om, t.ex. sterilisering på grund av asocialt levnadssätt, i samband med abort eller förlossning, lägga fram någon omständighet som tyder på att han eller hon utsatts för påverkan av myndigheter att gå med på sterilisering - eller med juridiskt uttryckssätt - *göra antagligt* att han eller hon samtyckt till sterilisering under otillbörlig påverkan eller på grund av försumlighet av en myndighet. Juridiskt sett är detta ett mycket svagt beviskrav. Påverkan från myndigheten bör ha inneburit någon form av otillbörlighet t.ex. påtryckning eller missledande information. Det kan också ha varit så att myndigheten varit försumlig t.ex. genom att underlåta att undersöka otillbörlig påverkan från någon annan t.ex. en

skilda läkare eller anhöriga och att underlåta att ge den enskilde behövligt stöd i en svår situation. Om den enskilde kan göra detta antagligt skall han eller hon vara är berättigad till ersättning.

Utredningen vill samtidigt understryka att en bedömning idag i mycket stor utsträckning måste utgå från den enskildes egna uppgifter och upplevelser av t.ex. bemötande från myndighetspersoners sida. Att finna klara belägg för omotiverade påtryckningar i myndigheters material torde många gånger ställa sig svårt. Den steriliserades egna upplevelser måste med andra ord ges ett betydande tolkningsföreträde. Den myndighet som skall handlägga ersättningsfrågan bör således i tveksamma fall där underlagsmaterialet är sparsamt och/eller svårtolkat hellre ge ersättning än avslå en begäran.

I flera fall har sterilisering genomförts i samband med abort utan att medicinalstyrelsens tillstånd inhämtats. Enligt 5 § i 1941 års steriliseringslag fanns lagligt utrymme för sterilisering utan sådant tillstånd om läkaren vid en abort på medicinsk indikation konstaterade att sjukdom eller kroppsfel vid nytt havandeskap skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv och hälsa. En sådan sterilisering kan också ha varit genomförd med stöd av s.k. tvåläkarintyg enligt 3 § andra stycket i lagen. Enligt den bestämmelsen gavs möjlighet att sterilisera en kvinna efter samtycke om det förelåg medicinsk indikation för sterilisering på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel genom att två läkare, varav den ene den som utförde ingreppet, intygade att förutsättningarna var uppfyllda. Även i dessa situationer kan den enskilde ha utsatts för sådana påtryckningar att steriliseringen inte varit frivillig varför ersättning naturligtvis kan bli aktuell enligt de bedömningsgrunder som utredningen nyss angett.

Tidigare av regeringen handlagda ersättningskrav

Regeringen har tidigare under åren 1983 till 1996 i 17 fall av billighetsskäl beviljat ersättning till steriliserade med i huvuddelen av fallen 50.000 kr i dagens penningvärde.

I dessa fall har regeringen konstaterat att formella fel begåtts i handläggning. Den ersättning som då beviljades var lägre än den utredningen nu förslår. Enligt utredningens uppfattning bör de som tidigare erhållit ersättning inte undantas från det nu föreslagna ersättningsbeloppet. Vad som tidigare betalats ut bör dock avräknas från ersättningen. Härigenom undviker man att de skadelidande som varit mindre aktiva tidigare för att få ersättning missgynnas.

Regeringen har avslagit begäran om ersättning i 21 fall. Det är enligt utredningen självklart att dessa bör prövas på nytt av den myndighet utredningen föreslår skall handlägga ersättningsärendena.

Steriliseringar utan tillämpning av 1934 års lag eller genomförda före år 1935

Utredningen har kunnat konstatera att det såväl före år 1935 som under åren 1935 till 1941 förekom steriliseringar utan lagstöd. Dessa ingrepps laglighet diskuterades under 1920 och 1930-talet. Några rättsliga ingripanden mot läkare som steriliserade personer på deras begäran eller med deras samtycke gjordes dock inte. Det förekommer också före år 1935 steriliseringar på psykiskt sjuka som var intagna på anstalt, dokumenterade såväl i tidigare utredningar och forskarrapporter som i artiklar i Läkartidningen.

Även om utredningens uppdrag enligt direktiven formellt sett gäller tillämpningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar och ersättningsfrågan gäller personer steriliserade enligt dessa lagar är det enligt vår uppfattning inte rimligt att de som steriliserades mot sin vilja eller på annans initiativ före år 1935 eller utanför tillämpningsområdet för 1934 års lag skulle förvägras ersättning av detta formella skäl. Redan det förhållandet att man vid den tiden ansåg sådana steriliseringar otillåtna eller tveksamma, att lagreglering diskuterades och genomfördes, talar för att ersättning bör beviljas även i de fallen.

Utredningen anser således att ersättningsförslaget - med de förutsättningar som utredningen tidigare angett - även skall gälla personer steriliserade före 1935 eller som steriliserats under åren 1935 till 1941 utan tillämpning av 1934 års lag.

Schablonersättning eller individuellt prövad ersättning

Det är svårt att sätta sig in i och bedöma enskilda människors lidande och gradera detta lidande beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Av nödvändighet blir en sådan bedömning mycket subjektiv. Visserligen görs sådana bedömningar då och då av domstolar och myndigheter i olika ersättningsfall. Men samtidigt gäller det händelser som inträffade för kanske över femtio år sedan. Bedömningen blir då mycket beroende av den enskildes förmåga att i dag uttrycka sina känslor och upplevelser och vad som antecknats i ansökningshandlingar och journaler. Det finns därför en stor risk för att de som steriliserats kommer känna sig orättvist behandlade om en myndighet i dag skall göra en individuell bedömning av deras lidande. Man kan heller inte bortse från att ett förslag om schablonersättning betydligt skulle underlätta handläggningen av ersättningsfrågorna så att ersättning kan betalas ut snabbare. Detta talar, enligt utredningens uppfattning, med styrka mot en individualiserad ersättning och för en schablonersättning. Utredningen

har inte funnit några andra skäl att differentiera ersättning t.ex. beroende på ålder eller kön.

Sammanfattningsvis anser utredningen att det belopp som skall utgå bör vara ett schablonbelopp, lika för alla.

Ersättningens storlek

Redan det förhållandet att staten erkänner att utformningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar och deras tillämpning i praktiken präglades av ett synsätt som vi idag tar avstånd från är givetvis ägnat att ge en upprättelse till dem som drabbades av lagstiftningen. Detta förhållande kan dock endast till viss del lindra det lidande som många människor utsatts för. Det är därför naturligt att de som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ också får en ekonomisk gottgörelse även om en sådan ersättning aldrig till fullo kan ersätta den enskildes lidande. Ersättningen får därför framför allt en symbolisk funktion.

Samtidigt har utredningen funnit det naturligt att knyta en sådan ersättning till de ersättningssystem som i dag tillämpas i vårt land avseende försäkringsersättningar och skadestånd. En ersättning byggd på dessa utgångspunkter och i den storleksordningen överensstämmer också med den praxis som finns i andra nordiska länder.

Att betala ersättningar i den storleksordning som förekommer i nordamerikanska skadeståndsmål är däremot främmande för skandinavisk rättstradition. De skadeståndsbeloppen grundar sig på andra rättsliga principer och helt andra ekonomiska utgångspunkter.

Utredningens slutsats är att den ersättning som de tvångssteriliserade bör erhålla i vart fall skall motsvara vad en person som i dag drabbas av sterilitet genom brott eller olyckshändelse erhåller i invaliditetsersättning inom ramen för den skadeståndsrättsliga ersättningen för lyte och men. Denna ersättning uppgår idag till cirka 110.000 kr.

Utredningen har kunnat konstatera att tillämpningen av lagstiftningen i flera fall gått utöver gränsen för vad som rymdes inom lagarnas ramar. Som tidigare redovisats har JO anmärkt på förfarandet vad gäller sterilisering som villkor för utskrivning från anstalter m.m. så tidigt som 1947. JO konstaterade då att denna praxis inte hade stöd i lagtexten och inte syntes ha haft stöd ens i lagstiftningens förarbeten.

Även om det inte exakt går att avgöra hur många steriliseringar som skett i direkt strid med lagstiftningen kan utredningen i vart fall konstatera att tillämpningen i flera fall stått i strid med såväl lagtext som förarbeten. Myndigheter och enskilda myndighetspersoner har också genom bl.a. påtryckning, övertalning och andra former av indirekt tvång - fått den enskilde att skriva på en ansökan eller att samtycka till

sterilisering. I sådana ärenden synes förfarandet, även om det inte stred mot lagstiftningen och synes haft visst stöd i medicinalstyrelsens anvisningar, i vart fall ha brustit i den hänsyn och försiktighet som borde ha präglat det, såsom JO då uttryckte det.

Även om hanteringen av steriliseringsärenden inte stod i direkt strid med lagstiftningen har många av steriliseringsbesluten fattats på grunder som klart strider mot den rättsuppfattning angående individens rättigheter som vi har idag. I detta sammanhang kan nämnas att redan i direktiven till den utredning som år 1972 fick i uppgift att se över 1941 års steriliseringslag angav regeringen att den gällande lagen var baserad på andra värderingar och förhållanden än dem som rådde år 1972. Regeringen angav då också att tillämpningen förändrats vilket bl.a. innebär att de eugeniska och sociala indikationerna fortlöpande avtagit och att deras praktiska betydelse numer (år 1972, utr. anm.) måste betecknas som tämligen marginell. Regeringen tillade att 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.

Utredningen anser att vad som nu sagts utgör tillräckliga skäl för att staten utöver en invaliditetsersättning även bör utge ett belopp som kan sägas motsvara en ersättning för det lidande eller kränkning som den enskilde utsatts för. Det beloppet bör till sin storlek i vart fall jämföras med en "normal" kränkningsersättning i brottmål för våldtäkt dvs. 50.000 kr men bör sättas något högre. Utredningen vill i detta sammanhang dock understryka att det av allt att döma inte finns laglig grund för att i dag utkräva något rättsligt ansvar av någon enskild person eller staten som skulle ge rätt till sådan ersättning.

Sammantaget föreslår utredningen att en ersättning till var och en som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ skall utgå med 175.000 kr. I detta sammanhang bör också nämnas att beloppet enligt allmänna principer är skattefritt.

Som utredningen tidigare nämnt skall de som tidigare fått ersättning av regeringen eller fått avslag på en sådan begäran på nytt få sin sak prövad. I de fall ersättning tidigare beviljats har denna varit lägre än vad utredningen nu föreslår. För att undvika att de skadelidande som varit mindre aktiva tidigare för att få ersättning missgynnas föreslår utredningen att vad som tidigare beviljats i ersättning skall räknas av på det nu föreslagna beloppet. Någon uppräknings av dessa tidigare utbetalda belopp till dagens penningvärde bör dock inte ske.

Många av dem som skrivit till regeringen eller utredningen i anledning av debatten och steriliseringarna har i sina brev inte uttryckligen

angett något ersättningsbelopp. Av dem som gjort detta uppgår beloppet i huvudsak till mellan 50.000 kr och 200.000 kr. Några enstaka personer har begärt högre ersättning, i något fall upp till ett par miljoner kr.

Utredningen är medveten om att inte ens en ersättning i den storleksordning som utredningen nu föreslår av alla kommer att uppfattas som en rimlig kompensation för den kränkning och det lidande som många utsatts för. Men vid en avvägning mellan det enskilda lidandet och de ersättningsprinciper som tillämpas i bl.a. skadeståndsfall i såväl Sverige som andra nordiska länder hoppas och tror utredningen att det föreslagna ersättningsbeloppet - generellt sett - ter sig acceptabelt.

Det är samtidigt viktigt att nämna att i många av de brev som kommit utredningen till del, brevskrivarna framför allt uttrycker en önskan om upprättelse och krav på en ursäkt från statens sida. Enligt utredningens uppfattning är det nu föreslagna beloppet så högt att det visar på viljan att gottgöra dem som drabbats.

Särskilt om kastreringslagen (1944:133)

Sedan den alltså gällande kastreringslagen började tillämpas år 1944 har cirka 400 personer kastrerats - huvuddelen under åren 1944 till 1975. Sedan cirka 20 år tillämpas lagen uteslutande på personer som önskar byta kön.

Utredningen vill i detta sammanhang framföra att utredningen delar tidigare framförda uppfattningar att kastreringslagen inte längre fyller någon funktion utan bör upphävas.

Utredningen vill också uppmärksamma regeringen på att arkivmaterial utredningen studerat tyder på att kastreringar ibland genomförts som ett alternativ till sterilisering på nästan uteslutande män som varit tvångsintagna på vissa anstalter. Kastrering har ställts som villkor för att de skulle få bli utskrivna från anstalten.

1944 års ännu gällande kastreringslag företer således flera likheter med den sedan 1976 avskaffade steriliseringslagen. Påtryckningar och indirekt tvång tycks ha förekommit som liknar tillämpningen i vissa fall av steriliseringslagen. Detta motiverar att överväganden görs om kastrerade skulle kunna komma ifråga för någon form av ekonomisk ersättning motsvarande den som utredningen nu föreslår för de steriliserade.

Organisationsfrågor

Handläggande organisation

Utredningen har i uppdrag att lägga fram förslag om hur handläggningen och beslut i ersättningsärendena skall organiseras. Vad utredningen vet idag kommer i vart fall 200 ansökningar om ersättning att prövas. Hur många som ytterligare kommer att begära ersättning är mycket svårt att uppskatta. En indikation på hur många ytterligare som kommer att begära ersättning får man när detta betänkande presenterats. Under alla förhållanden kommer ersättningsfrågan att kräva en organisation som under i vart fall ett till två år kan handlägga dessa ärenden.

Handläggningen av ärendena måste vara såväl snabb och effektiv som rättssäker. Det krävs därför en organisation med erfarenhet av och kunskap om såväl juridiska som medicinska frågor. Organisationen måste ha personal med kompetens i dessa frågor. Den måste ha erfarenhet av att göra medicinska bedömningar ur äldre, ofta handskrivet journalmaterial. Den bör även ha kunskap om ersättningsfrågor. Inom organisationen måste också finnas erfarenhet av rättssäkerhetsfrågor och förvaltningsrättsliga frågor samt sekretessfrågor.

Enligt utredningens uppfattning är det inte meningsfullt att bygga upp en ny, särskild organisation med eget kansli för den begränsade tid ersättningsfrågan skall hanteras och med det - med all reservation - förhållandevis begränsade antal prövningar som kommer att ske. Organisationsfrågorna bör istället lösas inom ramen för en existerande verksamhet.

Med hänsyn till antalet ärenden och de krav på domstolsprövning som den lagstiftning utredningen föreslår måste förutsätta, kan de organ som vanligen handlägger ersättningskrav mot staten inte utnyttjas. Det gäller Justitiekanslern och regeringskansliet. Ett alternativ är en organisation nära knuten till Socialstyrelsen. En viktig och kanske avgörande invändning mot att låta Socialstyrelsen hantera ersättningsfrågorna är att denna myndighet i princip är densamma som en gång beslutade om de steriliseringar som nu är föremål för utredning och ersättning. Många av dem som skrivit till regeringen och utredningen har uttryckt stor misstänksamhet mot de myndigheter och myndighetspersoner som en gång beslutade om sterilisering. För dessa människor skulle det kunna framstå som stötande om det var "samma" myndighet som idag skulle besluta om ersättning och i vissa fall - om än i begränsad omfattning - göra skälighets- och trovärdighetsbedömning av deras påståenden om sterilisering.

Med hänsyn till dessa omständigheter anser utredningen att den lämpligaste lösningen är att en mer fristående, erfaren, organisation tar hand om den praktiska hanteringen av ersättningsfrågan.

Utredningen förslår att den organisation som handlägger den offentliga och stora delen av den privata sjukvårdens patientskadeärenden utnyttjas för att sköta den praktiska handläggningen av ansökningarna om ersättning vid sterilisering. Organisationen - Patientskadereglering AB (PSR) - skapades i samband med att patientskadeersättningen blev lagreglerad genom patientskadelagen. Organisationen handlägger årligen cirka 7.000 ärenden. Den har även handlagt utbetalning av särskild ersättning från staten och landstingsförbundet till HIV-smittades anhöriga under år 1997 (224 ersättningar).

Beslutande nämnd

Genom lagregleringen blir ersättningen till de steriliserade en civil rättighet enligt Europakonventionens regler. Då ställs krav på en domstolsprövning. Av den anledningen bör alla beslut om ersättning fattas av en särskild nämnd, uppbyggd på sådant sätt att kraven på domstolsprövning uppfylls.

Utredningen föreslår att nämndens ordförande och vice ordförande skall vara lagfarna och ha erfarenhet av domarvärv. I nämnden bör ingå en representant för det allmänna genom en parlamentariker för att ge offentlig insyn. Dessutom bör där ingå medicinskt och socialpsykiatriskt sakkunniga. De tjänstemän inom PSR som handlägger och föredrar ärendena inför nämnden bör också vara förordnade där.

Offentlighet och sekretess

De ärenden som nämnden skall hantera är i flertalet fall av känslig personlig karaktär. Det rör enskilda människors personliga förhållanden angivna i journaler och andra liknande handlingar, ofta upprättade under deras vistelser på anstalter eller institutioner, där deras psykiska, sexuella och sociala situation beskrivs på ett utlämnande och ofta nedläggande sätt.

Många av dem som varit i kontakt med såväl regeringskansliet som utredningen har klart deklarerat att en förutsättning för att de skall skriva och ansöka om ersättning är att varken deras namn eller vad de utsatts för kommer till någon utomståendes kännedom. De vill med andra ord inte att det skall bli känt att de steriliserats.

Med hänsyn härtill föreslår utredningen att en omfattande sekretess skall gälla i ersättningsärendena.

Utredningen föreslår att en ny regel införs i sekretesslagen, överensstämmande med dem som gäller inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Sekretess skall som huvudregel gälla, dvs. med omvänt skaderekvisit, och i högst sjuttio år. Om nämndens beslut skulle vara offentliga skulle enskilda personers namn avslöjas och vid bifallsbeslut skulle det bli känt att personen var steriliserad och mot sin vilja. Även nämndens beslut bör därför vara sekretessbelagda. Likaså bör, på samma sätt som inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, den s.k. meddelarfriheten inte omfatta uppgifter rörande enskildas hälsotillstånd eller personliga förhållanden i dessa ersättningsärenden.

Andra handlägningsfrågor

Utredningen föreslår att ansökan om ersättning skall vara personlig. Det måste med andra ord stå helt klart att den enskilde verkligen vill att frågan om en ansökan om ersättning för sterilisering mot hans eller hennes vilja skall prövas. Givetvis bör det vara möjligt att begära ersättning genom ombud eller, då det gäller mycket sjuka personer, genom god man eller förvaltare.

De ärenden som regeringen tidigare genom åren fattat beslut i bör prövas på nytt utan att enskilda skall behöva ta något nytt initiativ till det.

Utredningen kommer att till nämnden överlämna samtliga de ansökningar om ersättning som kommit till utredningen eller som utredningen fått överlämnat till sig från regeringen.

För att få överblick på de administrativa kostnaderna skall den föreslagna lagen endast tillämpas på ansökningar som kommit in inom två år från det lagen börjar gälla. Skulle antalet ärenden som kommer in vara stort vid slutet av denna tidsperiod är det möjligt att förlänga lagens tillämpningstid. Det är alternativt möjligt för regeringen att även sedan lagen upphävs bevilja ersättning ex gratia för senare ansökningar utifrån de kriterier utredningen angett i lagförslaget.

Ett särskilt ansökningsformulär bör upprättas där alla väsentliga uppgifter skall föras in för att det skall vara enklare att ta fram äldre journalmaterial m.m. Det innefattar även uppgift om efternamn vid det tillfälle ansökan om sterilisering skedde, när och var åtgärden vidtogs samt andra uppgifter om den enskildes personliga förhållanden då som kan ge stöd för ersättning.

Den som begär ersättning kan själv begära in äldre arkivmaterial. Den handläggande organisationen bör också var behjälplig med det. Överhuvudtaget bör nämnden ha en långtgående service- och undersökningsskyldighet i syfte att hjälpa enskilda sökande.

Den ersättning utredningen föreslår är avsedd att vara en personlig upprättelse för den enskilde. Det medför att anhänga inte skall kunna ansöka om ersättning för den som redan avlidit. Om någon avlider innan nämnden fattat beslut i ärendet skall inte heller ersättning utgå med hänsyn till ersättningens personliga karaktär.

Kostnadsberäkning

Utredningen föreslår att den som är berättigad till ersättning enligt de kriterier utredningen satt upp i lagförslaget skall få en ersättning med 175.000 kronor.

Utredningen har för närvarande cirka 200 ärenden som med säkerhet kommer att prövas. Av dessa uppskattar utredningen att huvuddelen också efter kompletteringar av underlagsmaterial kommer att kunna beviljas ersättning. Det innebär en kostnad för ersättningar på cirka 35 miljoner kronor.

Hur många som därutöver kommer att begära ersättning är mycket svårt att nu uppskatta. Men redan under våren 1999 efter att utredningens förslag offentliggjorts och regering och riksdag behandlat frågan kommer det på ett säkrare sätt vara möjligt att uppskatta hur många som totalt kommer att begära ersättning. Utredningen föreslår därför att det i tilläggsbudgeten våren 1999 avsätts tillräckliga medel för att med marginal täcka ersättningen till dem som redan nu ansökt men att man sedan avvaktar utvecklingen under våren och sommaren innan ytterligare medel avsätts.

Kostnaderna för den administrativa hanteringen av ersättningsfrågan dvs. PSR:s handläggningskostnader och kostnader för nämnden bör kunna stanna på knappt en och en halv miljon kronor.

När kan lagstiftningen träda i kraft?

Det är självfallet mycket angeläget att de som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ får ersättning så fort som möjligt. Med hänsyn till att utredningen föreslår en särskild lag om ersättning gör regeringskansliets och riksdagens beslutsprocesser att lagen av tidsskal inte kan träda i kraft tidigare än den 1 juli 1999. Den nämnd utredningen föreslår skall besluta om ersättning kan därför inte börja arbeta före detta datum. Däremot bör det vara möjligt för PSR att redan tidigare under våren 1999 förbereda de ärenden som redan kommit in till utredningen. Utredningen kommer under hand att på alla sätt hjälpa till med

dessa förberedelser så att ersättningsfrågan kan lösas snabbt efter riksdagens beslut.

Generella kommittédirektiv

Det ingår i utredningens uppdrag att ta ställning till vissa kommittédirektiv som gäller alla utredningar. Det gäller prövning av offentliga åtaganden, regionalpolitiska konsekvenser, jämställdhetspolitiska konsekvenser samt effekterna för det brottsförebyggande arbetet.

Enligt direktivet om prövning av offentliga åtaganden skall utredningen förutsättningslöst pröva om det offentliga åtagande som utredningen är satt att utreda bör vara en offentlig angelägenhet samt om så är fallet och förslaget innebär kostnadsökningar föreslå en finansiering.

Om utredningen skulle följa direktivet om offentliga åtaganden skulle konkreta förslag till effektiviseringar, omprioriteringar eller besparingar inom samma politikerområde lämnas motsvarande de kostnader som ersättningen till de steriliserade skulle innebära, dvs. inom socialdepartementets område och då främst inom hälso- och sjukvården och det medicinsk-etiska området.

Enligt utredningens uppfattning är det varken rimligt att utredningen nu eller regering och riksdag senare när det slutliga beslutet tas föreslår besparingar inom t.ex. hälso- och sjukvården för att finansiera en gottgörelse till dem som steriliserats mot sin vilja. Det skulle vara stötande att på sådant sätt ställa de steriliserade mot andra utsatta grupper eller verksamheter. Utredningen avstår därför från att föreslå någon konkret finansiering utan föreslår istället att kostnaderna får tas från ett generellt ekonomiskt utrymme. Om ett sådant ekonomiskt utrymme saknas får besparingar göras generellt i budgeten.

Utredningen ser inga direkta regionalpolitiska konsekvenser av utredningens förslag. Inte heller har de - i generella termer - några effekter på det brottsförebyggande arbetet.

Det är tydligt att steriliseringsfrågan som sådan är en i stora delar könsrelaterad fråga. Över 90 procent av de steriliserade var kvinnor. Vad gäller jämställdhetspolitiska konsekvenser innebär utredningens ersättningsförslag att samma belopp ges till alla, oberoende av kön. Utredningen kommer i den historiska analysen bl.a. ta upp de könsrelaterade aspekterna på steriliseringspolitiken. Utredningens slutbetänkande beräknas vara klart under sommaren 1999. I det kommer även utredningens kartläggning att presenteras.

Summary

The terms of reference

The assignment can be divided into three parts.

Firstly, the investigator shall clarify the history of the deliberations underlying the formulation of the 1934 and 1941 Sterilization Acts. This part involves elucidating how the Acts were implemented and presenting and analysing the debate which may have been conducted in Riksdagen (the parliament), within the political parties, by the research community or otherwise during the years in which the Acts were in force and until they were finally repealed. Another prime concern has been to shed comprehensive light on the standpoints and responsibilities of the political decision-makers, public authorities, the research community and the medical profession. This also includes placing how the Acts came into existence, their implementation and the reasons for their ultimate repeal in their historical context and illuminating conditions in Sweden in an international perspective.

Secondly, the investigator is to show how many persons were sterilised under the Acts and with reference to the various indications, which those persons were and how their lives were affected. This includes giving an account of the number of sterilizations which were performed following application by a third party. The investigator is also to indicate any changes occurring in the implementation of the Acts while they were in force and the underlying causes of such changes.

Thirdly, the investigator is to put forward proposals concerning compensation for those persons who were sterilised against their own will or at the initiative of a third party, with regard to the principles to apply to such compensation and concerning the manner in which handling procedure and decisions in compensation questions are to be organised. The investigator shall cost the proposals put forward. The remit does not include the making of decisions in individual cases.

The investigator shall present a final report not later than July 1st, 1999. The proposals regarding compensation for the persons affected and

concerning related questions shall, in keeping with the terms of reference, have priority of presentation. That present report deals with this part.

Background and purpose of the terms of reference in the matter of compensation

The terms of reference for the investigation set out the Government's basic reasons for the remit. They state partly as follows. "Up until 1976, a large number of people were sterilized in Sweden under the authority of the sterilizations laws in force at the time. The formulation of those laws and the manner of their practical application were partly characterised by a racial hygiene perspective and a belief in eugenics which were prevalent among many policy-makers, researchers and physicians during the first half of the 20th century in Sweden, as in other countries. Many of the people who were sterilised fell victim to this belief, since long firmly rejected by the Swedish society. (----)It is of great importance that the persons who at that time were sterilised against their own will or on the initiative of a third party should receive compensation, even though the State is under no formal obligation to pay compensation. Proposals should be put forward with regard to compensation for the persons affected and the principles to apply to such compensation and the way in which handling procedures and decision-making in matters of compensation are to be organised."

It is the view of the investigator that the financial compensation or remedy is intended as an attempt by the State to make good the measures and decisions which have affected individual persons in the past and which today, to paraphrase the terms of reference, are firmly rejected.

Based on the terms of reference the investigator has not seen it as a part of the mandate to include any closer consideration of possible reasons for or against introducing compensation of the kind now contemplated, or of the justifiability of special treatment in this respect for sterilised persons rather than other groups of injured parties, such as lobotomy patients.

The task of presenting a survey and a historical account can above all be said to have the purposes of providing supportive documentation for a discussion concerning the values of the Society and State actions during the years when the Sterilization Acts were in force including a discussion about our values today. The charge of proposing compensation for sterilised persons presents a more concrete task, namely that of indicating the manner and amount of compensation to be paid by the State for injuries and suffering caused in the past to sterilised persons as a result of decisions and measures which we today consider wrong. The investigator's proposals, taken as a whole, can perhaps also furnish some basis for a debate concerning other subjects closely related to the

sterilization issue, above all in the perspective of moral philosophy. From that perspective it would have been more appropriate if the various parts of the report could have been completed and published simultaneously.

At the same time, the investigator fully appreciates the Government's wish for priority to be given to the compensation question. With few exceptions, the persons who may be eligible for compensation are now of advanced age, which makes it essential that any financial compensation should be extended to them as soon as possible.

This report, consequently, framed in relatively juridical and technical terms. It does not address the political, ethical and historical aspects which the investigator has also been asked to consider. The historical sections of this report are based exclusively on previously published research, except where otherwise indicated. Many readers may perhaps find it remarkable that analyses of the kind mentioned above, as well as conclusions and value judgements concerning the implementation of the Sterilization Acts in a broader perspective, are to a great extent lacking in the present report.

The investigator is well aware of this and want to stress that the final report will contain research findings and analyses, both on the Swedish and the international situation, which, it is hoped, will shed deeper light on Swedish sterilization policy, so that, on the basis of that material, the past will be made to yield up experience of value for the future.

The Sterilization Acts and their implementation

The 1934 Sterilization Act

In this report the investigator describes, very briefly, the background to the passing of the 1934 and 1941 Sterilization Acts. Concerning the legal, political and scientific discussion underlying the legislation, and also the general public debate on the matter, the investigator refers to the official government reports preceding the legislation, to earlier research on these subjects and to the investigator's forthcoming final report.

The 1934 Sterilization Act (*the Act of May 18th 1934 on sterilization of certain mentally ill, mentally retarded or otherwise mentally incapacitated persons*) had, as the title implies, a limited range of application. It only applied solely to certain - "legally incompetent" - persons who were incapable of giving consent to sterilization. In other words, the Act made it possible to sterilise persons who were considered to have no insight into or understanding of the meaning of sterilization. In order to avoid misunderstandings the investigator uses the terms and concepts appearing in the contemporary text, e.g. "sinnesslö" (mentally retarded och

feble-minded) which today has no scientific meaning and has a strong negative value.

Thus nobody sterilised under the 1934 Act had personally applied for or consented to sterilization.

The Act did *not* deal with sterilization at the request of or with the consent of the individual concerned, either as with regard to sterilization of healthy individuals or mentally retarded or other persons who understood the implications of the operation. The standpoint adopted by the legislature at this time was that sterilization of such individuals at their own request or by their own consent was permissible without specific legal authority. This applies, initially, to sterilization on medico-therapeutic grounds, which was considered permissible to the same extent as other medical treatment. Otherwise sterilization was considered permissible if performed with the consent of the individual concerned and if justified by what at the time were described as good causes of a eugenic, social, humanitarian or penal nature. On the other hand, legislation was considered necessary in order for sterilization to be permissible in the case of a person who was incapable of giving such consent. This was *one* reason for the legislation. Sterilization using physical coercion was not permitted at all.

An inquiry into the conditions on which voluntary sterilization of legally competent persons could be performed was already requested at the passing of the 1934 Act. The remit was entrusted to the previously appointed Population Commission, whose recommendations, presented in 1936, formed the principal basis of the 1941 Act.

The 1941 Sterilization Act

The *1941 Sterilization Act* governed, in principle, all sterilization procedure not having a purely medico-therapeutic purpose, i.e. including sterilization at the request of the person concerned. The basic principle adopted was that sterilization could not be performed without permission from the National Board of Health. The principal rule of the Act was that sterilization could only take place after the individual concerned had applied for it or, if the application was made by somebody else, had consented to it in writing. Thus, according to the "preparatory works", the Act was based on the principle of voluntary consent.

Sterilization was possible on several grounds - "indications", viz. eugenic, social or medical. The eugenic "indication" (also race-hygiene) implied that sterilization could take place "if there is reason to assume that a person will transfer hereditary characteristic such as mental illness or mental retardation, other severe illnesses or severe defects to their children". The social "indication" meant that sterilization could take place

if a person "by reason of mental illness, mental retardation or other mental impairment or because of an antisocial way of life" was "clearly unsuitable to have custody of children in the future." The medical "indication" meant that a woman suffering from "illness, physical defect or weakness" could be sterilised in order to "prevent a pregnancy that would seriously endanger her life or her health." The eugenic and social "indication" was applicable to both men and women, while the medical "indication", as has already been made clear, only applied to women.

Under Section 2, a person who, "by reason of mental disorder", was incapable of giving valid consent could nevertheless be sterilised if the conditions laid down in Section 1 were satisfied. As stated in the 1934 Act, the preparatory works of the 1941 Act excluded the use of physical coercion. On the other hand there was no declared restriction of verbal persuasion or pressure. Influence of this kind, especially from the institutional staff, was on the contrary encouraged in the directions issued by the National Board of Health.

Voluntary sterilizations

About 63 000 persons were sterilised in Sweden while the 1934 and 1941 Sterilization Acts were in force, i.e. between 1935 and 1975.

To the best of the investigator's understanding, many of these sterilizations were genuinely voluntary. This is shown in important "post-examinations" and follow up studies performed at the end of the 1950s and the beginning of the 1960s. According to those studies performed 5-10 years after the operation, nearly 80 per cent of the patients were perfectly satisfied with their sterilization and did not regret it. The negative reactions mainly occurred among women who in connection with the operation had been subjected to coercion or very strong persuasion or among women who had no children. On the whole, the material indicates that particularly in the 1960's and 1970's most of the sterilizations based on consent seem to have been genuinely voluntary; however, no certain statements on this matter can be made at this stage of the investigation.

The fact that many persons underwent perfectly voluntary sterilization under the 1941 Sterilization Act, at least during the last 10 or 15 years when it was in force, is, in the investigator's view, supported by the fact that many people opted for sterilization when the present legislation began to be applied. Between the mid-1950s and 1975, for example, an average of between 1,500 and 1,800 persons were sterilised annually, nearly all of them women and for medical reasons. During the first ten years of the present Sterilization Act, nearly 8,000 persons, 25 % of them men, were sterilised annually. Between 1976 and 1996, a total of 166,000 persons were sterilised in Sweden, 40,000 of them men. This can be compared

with the 63,000 or so sterilizations performed under the earlier legislation between 1935 and 1975, more than 90 per cent of them on women.

The present legislation, which came into force in 1976, is based entirely on voluntary consent and does not as a rule require the sanction of any public authority. The one prerequisite for sterilization is that the person concerned must be over 25 years old and that the individual must have been carefully informed of the implications and consequences of the operation and, where relevant, of other possibilities of avoid pregnancy. Sterilization of persons between the ages of 18 and 25, on the other hand, is subject to permission being granted by the National Board of Health and Welfare.

Non-voluntary sterilizations

Although the 1941 Act in principle was based on voluntary consent, the investigator has been able to establish that many sterilizations in reality were performed against the will of the individual. Here follows are examples of sterilizations which were performed after the individual concerned having signed the application or consented to it, but where it can be questioned if they were in fact voluntary.

(1) In several cases, sterilization was made a strict condition for discharge from penal and other institutions, but also for the award of benefits during institutional residence. That procedure was strongly criticised in the annual report of the Parliamentary Commission for the Judiciary and the Civil Administration (Riksdagens ombudsman) as early as 1947.

(2) The legislation also applied to minors and to legally incompetent persons. The majority age was 21 until 1969. Between 1969 and 1973 it was 20. Since 1974 it has been 18. The "preparatory work" of the 1941 Act stated that it was not necessary to define a minimum age limit for sterilization. Instead the Minister took it for granted "that, even without such a provision, an examining authority should take the necessary consideration with regard to the age of the person in question". The Minister also recognized a guarantee against abusers in the fact "that a minor as a rule could not be sterilised unless the person having custody of him had been given the opportunity of a hearing." Sterilization, however, was not made subject to a custodian's consent. Moreover, according to the directions issued by the National Board of Health, the person whom a request for sterilization was applicable to was always authorized to sign it personally, regardless of age and legal capacity.

Moreover, many of the persons who were sterilised while in penal or other institutions were minors or legal incapacitated. Research findings

have shown that several sterilizations were performed against custodians' wishes.

(3) One relatively common ground for sterilization, at least until the 1950s, was a person being classed by a physician as mentally retarded. In that case, sterilization could be performed on both eugenic and social grounds, subject to other prerequisites being satisfied. Mental retardation, at the same time, was a diffuse term, which also was applied to other problems of a social character and often appears to have been used in a routine manner and on the basis of very limited and dubious documentation.

(4) Through a special provision of the 1938 Abortion Act, the latter was interlinked with the Sterilization Act. The provision laid down that a pregnancy could not be terminated on eugenic grounds without the woman being sterilised at the same time. In practice, there were cases of sterilization being made a precondition for abortion in other situations as well.

(5) Under provisions of the 1920 Marriage Code, persons who suffered from epilepsy and mental illness or who were mentally retarded were disqualified from marrying. Exemptions could be granted in certain cases. Sterilization could be a prerequisite for permission to marry. The provisions concerning disqualification from marriage were repealed for epileptics in 1969 and for the mentally retarded and mentally ill in 1973.

(6) Sometimes sterilization was also made a condition for the receipt of certain national benefits. Thus during the 1940s at least, maternity assistance, a needs-tested allowance preceding child allowance, was in certain cases granted only if the woman would agree to sterilization.

The investigator's conclusions and proposals

Introduction

The investigator has been instructed to propose compensation for those who were sterilised against their will or at the initiative of a third party. As previous sections of this report have shown, the 1941 Sterilization Act was, formally speaking, based on voluntary consent and on the individual concerned applying for or consenting in writing to sterilization. So far the investigator's inquiry shows that over 90 % of applications for sterilization were actually signed by the individual concerned. The great majority of the persons who have hitherto requested compensation have also stated that, one way or another, they signed an application for sterilization. Thus one cannot automatically infer, from the signature on

the sterilization application, whether an individual person was sterilised against his or her will.

Persons sterilised under the 1934 Act etc.

In the case of persons sterilised under the 1934 Act, a different situation applies. The reason why they were sterilised under that Act was that they were considered to have no insight into the implications of consent or of the implications of sterilization and, accordingly, were incapable of consenting to sterilization. The same applies to those who were sterilised under the corresponding provision (Section 2) of the 1941 Act. All those sterilizations were performed, by definition, without consent, after application had been made by a third party, i.e. almost exclusively persons in position of authority at various institutions. In the investigator's opinion it is impossible to speak of any form of voluntary consent in these cases.

All persons sterilised under the 1934 Act or under Section 2 of the 1941 Act ought therefore to be entitled to compensation from the State.

Other compensation cases

In most of the cases studied by the investigator, however, the individual personally applied for or consented to the measure being taken. As has already been indicated, it is the investigator's opinion that these applications included many persons who were nonetheless sterilised against their own will.

In the investigator's opinion, there are on the whole certain difficulties involved in retrieving from archive material particulars supporting the individual person's claim that he or she was sterilised against his/her will. The investigator therefore has discussed the possibility of defining a number of typical situations or criteria where it must be deemed highly probable that sterilization took place against the will of the individual or when the individual was in no position to influence a decision concerning sterilization, in spite of having personally applied for or consented to the procedure - typical situations, the existence of which, more often than not, was apparent from the documentation. Examples of such situations have already been quoted.

The investigator proposes that *all* persons sterilised under the 1941 Act and under the four headings given below should also be entitled to compensation.

The investigator is aware that in some cases there may have been strong medical reasons for sterilization under one of these headings and that the measure can thus have been justifiable. Even so, the investigator has chosen not to make any exception for such a situation in these cases, so as

to facilitate handling procedure and opportunities for sterilised persons to obtain compensation.

Minors and legally incompetent persons

In the investigator's opinion, persons who were sterilised before reaching majority or while they were legally incompetent for some reason other than that of being under age had limited possibilities to understand the full consequences of sterilization. At all events, they had less opportunity of influencing their situation than a person who was of age and under no legally competent.

Inmates of penal and other institutions sterilised during their residence there or in connection with discharge

As has already been noted, during the 1940s and the early 1950s the authorities to a great extent made sterilization a prerequisite both for discharge from institutions and for the receipt of various benefits during institutional residence. The institutions concerned mainly comprise national, county council, municipal and private "institutions for mentally retarded" (occupational homes, nursing homes, educational homes, special schools for the mentally retarded, day schools, special hospitals etc.), but also institutions for juveniles, residential treatment centres for alcoholics, institutions for epileptics, mental hospitals and prisons.

It seems safe to assume that voluntary applications for or consent to sterilization during residence in institutions of these kinds were highly exceptional. Most of the applications of this kind indicate that they were induced by hopes or promises of such benefits as furlough, probation, work outside the institution, discharge, or by threats of discharge being postponed; in other words, the individual person's application was made or consent given in a quasi-coercive situation.

Sterilization of persons characterized as mentally ill, mentally retarded or epileptic without being admitted to an institution

One relatively common ground for sterilization at least until the 1950s, was, as mentioned previously, for a person to be classified by a physician as mentally retarded. Sterilization could then be performed on both eugenic and social grounds, subject to the other prerequisites being satisfied. The same applied to persons diagnosed as mentally ill or as an epileptic.

In the investigator's opinion, many of these persons had limited possibilities of fully understand the consequences of sterilization. Data

indicates that sterilization in many cases was presented as an alternative to various forms of custodial care, such as the risk of admission to an institution or the placing of children in public care. The individual person's possibilities of influencing the sterilization decision were, as a general rule, very significant.

Sterilization as an express condition for other official decisions

As mentioned previously, the investigator has been able to establish that sterilization was made a strict precondition for official decisions of various kinds, such as permission to marry, permission to obtain an abortion or the award of certain national financial benefits.

In the investigator's view, an express stipulation of this kind amounts to a quasi-coercive situation, which should entitle the person concerned to receive compensation.

In the cases hitherto described by the investigator, it should be possible for the individual to show that he or she was sterilised in the situations referred to.

Other undue influence or omission by a public authority

Even though a very large proportion of the persons sterilised against their will or on the initiative of a third party will be able to obtain compensation with reference to the case categories already presented, compensation is also justified in several other cases where the individual was induced by public authorities to apply for sterilization in a way which, with the present way of looking upon things, must be considered improper.

This applies, firstly, to situations when a person was sterilised on grounds of antisocial living. In many such cases it can be assumed that sterilization took place after pressure in various ways had been exerted by public authorities, e.g. through the threat of taking charge of the persons children as an alternative to sterilization. The investigator also has in mind situations where women underwent sterilization after persuasion in connection with an abortion, and without any eugenic "indications". Persuasion of this kind may also have occurred in close conjunction with childbirth.

It is true, that these acts of persuasion may have differed in character. Sometimes the question of sterilization was made the subject of a general discussion between social workers, physicians and the individual as an option for solving what was primarily a social problem. Even if it is not automatically true that discussions of this kind, with public officials suggesting and recommending sterilization, should be automatically

regarded as undue persuasion or influence, discussion in these terms often seems alien to our present way of thinking.

The investigator considers it vitally important that women who, in connection with abortion or childbirth, were subjected to coercion or strong persuasion and then consented to be sterilised should also have the possibility of receiving compensation. At the same time, the investigator does not consider it possible for compensation to be paid to all persons who, for example, were sterilised in connection with an abortion, because there is no doubt that there were also many voluntary sterilizations in these connections. Between 1944 and 1964, according to figures from the National Board of Health, some 4,000 women were sterilised under the conditional clause of the Abortion Act.

Instead, the individual person must, with reference to the situations which may be involved, such as sterilization on account of antisocial living or in connection with abortion or childbirth, add some circumstance suggesting that he or she was subjected to influence by public authority to consent to sterilization or, in legal terms, *make probable* that he or she consented to sterilization while under undue influence or as a result of omission in the part of a public authority. Legally speaking, this is a very slight evidential requirement. Official influence should have implied some form of undue influence, such as pressure/persuasion or misleading information. The public authority can also have been guilty of negligence, e.g. by neglecting to investigate whether undue influence had been exerted by some other party, such as an individual physician or next-of-kin, and by neglecting to provide the individual person with necessary support in a difficult situation. If the individual can make probable, he or she shall be entitled to compensation.

Along the same line the investigator wishes to emphasize that an assessment today must to a very great extent be based on the individual person's own statements and experiences, e.g. of treatment at the hands of persons in authority. It will probably often be difficult to obtain clear evidence of unjustified pressure from official records. Considerable priority must be given to the way the sterilised individual has interpreted the conduct of the authorities. Accordingly, in doubtful cases where the supportive documentation is sparse and/or difficult to interpret, the authority, which is to handle the matter of compensation, ought rather to award compensation than refuse a request.

In several cases, sterilization was performed in conjunction with abortion and without permission being obtained from the National Board of Health. Section 5 of the 1941 Sterilization Act made room for sterilization without such permission if, in connection with abortion, the physician established, on medical grounds, that illness or physical defects would seriously endanger the woman's life and health in the event of a

new pregnancy. Sterilization of this kind could also have been performed by authority of a certificate issued by two physicians, and provided in Section 3(2) of the same Act. That provision made it possible for a woman to be sterilised by her own consent if a medical "indication" for sterilization existed by reason of physical illness or defect, and if two physicians, one of them being the physician who performed the operation, certified that the requisites were met. Also in these situations too, the individual may have been subjected to such pressure that the sterilization was not voluntary, and so the question of compensation may of course arise on the grounds, which the investigator has already indicated.

Compensation claims previously handled by the Government

Between 1983 and 1996, the Government has awarded compensation previously, on compassionate grounds, to 17 sterilised persons. In most of these cases the compensation award amounted to SEK 50,000 in current-price terms.

In these cases the Government had established that there had been errors in the handling procedure. The compensation then awarded was lower than the investigator is now proposing. In the investigator's opinion, the persons who previously received compensation should not be excluded from the amount of compensation now proposed. A deduction should be made, however, for any previous payment. In this way, injured parties who have previously been less active in claiming compensation will not be disfavoured.

The Government has rejected 21 compensation claims. In the investigator's opinion it is self-evident that the authority which the investigator proposes should handle compensation claims should reconsider these cases.

Sterilization not performed under the 1934 Act or performed before 1935

The investigator has found that, both before 1935 and between 1935 and 1941, sterilizations were performed without legal authority. The legality of these operations was discussed during the 1920s and 1930s, but no legal action was taken against physicians who sterilised individual persons by their request or with their consent. There were also instances before 1935 of mental patients admitted to institutions being sterilised; these cases have been documented both in previous investigations and research reports and in articles published in the journal *Läkartidningen*.

Although, formerly speaking, the present remit concerns implementation of the 1934 and 1941 Sterilization Acts and the issue of

compensation applied to persons sterilised under those Acts, it is unreasonable in the investigators opinion that persons sterilised against their will or on the initiative of a third party before 1935 or outside the scope of the 1934 Act should be refused compensation on these formal grounds. The very fact that such sterilizations could be considered unpermissible or dubious, and that statutory provisions were discussed and introduced, argues for the award of compensation also in these cases.

Thus the investigator considers that the proposals concerning compensation - on the conditions which the investigator has already indicated - must also apply to persons sterilised before 1935 or sterilised between 1935 and 1941 without reference to the 1934 Act.

Standard or individual compensation?

It is difficult to penetrate and assess the suffering of individual persons and to grade that suffering with regard to the circumstances of the individual case. Any such assessment is bound to be highly subjective. It is true that assessments of this kind are made from time to time by courts of law and public authorities in various compensation cases, but here, the concern events, which may have occurred perhaps more than 50 years ago. This makes the assessment highly dependent on the ability of the individual today to express his or her feelings and experiences and on what facts are recorded in application papers and medical records. Consequently there is a great risk that the persons who were sterilised feel that they have been unfairly treated if a public authority today is to carry out an individual assessment of their suffering. Nor can one disregard the fact that a proposal in favour of standard compensation would greatly facilitate the handling of compensation issues, thereby making it possible for compensation to be paid more rapidly. This, in the investigator's view, is a strong argument against individualised compensation and in favour of standard compensation. The investigator has not found any other reasons for differentiating compensation, e.g. according to age or sex.

In conclusion, the investigator is of the opinion that the amount to be paid should be a standard rate, the same for everybody.

The amount of compensation

The very fact of the State acknowledging that the wording of the 1934 and 1941 Sterilization Acts and their practical implementation were characterised by a view which we today reject is of course calculated to vindicate the persons who are affected by the legislation. This, however,

can only partly alleviate the suffering to which many people were exposed, therefore it is natural that those who were sterilised against their will or on the initiative of a third party should also receive economic recompense, even though this can never entirely offset the individual person's suffering. Compensation, therefore, will above all serve a symbolic purpose.

At the same time, the investigator has found it natural to link up such compensation to the compensatory systems applied in Sweden today with regard to insurance compensation and damages. Compensation based on these principles and paid on this scale is also in keeping with the practice existing in other Nordic countries.

The payment of compensation on the scale occurring in North American action of damages is, on the other hand, alien to the Scandinavian legal tradition. Those amounts of damages are based on other legal principles and on quite different economic premises.

The investigator concludes that the compensation which coercively sterilised persons ought to receive shall at all events correspond to what a person today suffering sterility as a result of a crime or accident receives in the form of disability compensation within the scope of civil law damages for disfigurement and disability. This compensation today amounts to approximately SEK 110.000.

The investigator has found that the authorities have in several instances been exceeded their powers when applying the law. As has already been shown, the procedure whereby sterilization was made a condition for discharge from penal and other institutions was already criticised by the Parliamentary Ombudsman in 1947. On that occasion the Ombudsman noted that the practice had no support in the statutory text and did not appear even to have been supported in the "preparatory works".

Although it is impossible to tell exactly how many sterilizations were performed in conflict with the legislation, the investigator can at any rate observe that implementation was in several cases at variance with both the statutory text and the "preparatory works". Public authorities and individual persons in authority induced the individual - also, for example, through pressure, persuasion and other forms of indirect coercion - to sign an application for or a form of consent to sterilization. In such cases the procedure, even if it was not at variance with the legislation and appears to have had some support from directions by the National Board of Health, seems at any rate to have lacked the consideration and caution by which it should have been characterised, as the Parliamentary Ombudsman expressed the matter at the time.

Even if the handling of sterilization cases was not directly in conflict with the legislation, many of the sterilization decisions were made on grounds clearly contrary to the present-day legal view concerning the

rights of the individual. In this connection it can be mentioned that the Government already stated, in the terms of reference for the Commission appointed in 1972 to review the 1941 Sterilization Act, that the Act then in force was based on different values and social conditions from those prevailing in 1972. On that occasion the Government also indicated that the practice had changed, in such a way for example that the eugenic and social "indication" had steadily declined and that their practical significance must now, in 1972, be considered fairly marginal. The Government added that this development had no doubt been very much due to a growth of awareness concerning the value of sustaining and strengthening respect and safeguards for the privacy of the individual and with a correspondingly growing reluctance on the part of public authorities and individual persons to initiate or otherwise be a party to decisions of measures greatly affecting the person and family circumstances of the individual.

The investigator thinks that what has now been said constitutes sufficient reason for the State paying, over and above disability compensation, an amount corresponding to compensation for the suffering or humiliation to which the individual person was subjected. The amount of that payment should at any rate be comparable to "normal" compensation in criminal proceedings for the violation entailed by rape, i.e. SEK 50.000, but it ought to be set somewhat higher. In this connection, however, the investigator wishes to emphasize that there are today no legal foundations to impose on any individual person or on the State any legal liability that would confer entitlement to such compensation.

In conclusion, the investigator proposes that a compensatory payment of SEK 175.000 should be made to each individual who was sterilised against his or her will or on the initiative of a third party. In this connection it should also be mentioned that, in keeping with general principles, the compensatory payment is tax-free.

As has already been mentioned, those persons who have previously obtained compensation from the Government or whose requests for compensation have been refused should have their cases reconsidered. In cases where compensation has been awarded previously, it has been lower than the amount, which the investigator now proposes. To avoid a situation where injured parties who have been less active previously in claiming compensation are disfavoured, the investigator proposes that compensation awarded previously be deducted from the amount which is now proposed. On the other hand, the payments made previously should not be written up to the present-day level of prices.

Many of the persons who have written to the Government or the investigator on account of the debate on sterilization have not expressly

indicated any compensatory amount in their letters. Those who have done so have for the most part requested amounts of between SEK 50,000 and 200,000. One or two persons have requested more, in the occasional instance up to about MSEK 2.

The investigator realises that not even compensation on the scale now proposed will be universally regarded as reasonable recompense for the humiliation and suffering to which many people have been subjected. The investigator hopes and believes, however, that in striking a balance between individual suffering and the principles of compensation applied, for example, in tort cases or in legal claims for damages both in Sweden and in other Nordic countries, the amount of compensation proposed will, on the whole, be found acceptable.

At the same time it is important to mention that many of the people writing to the investigator have above all expressed a desire for vindication and for an apology from the State. The amount now proposed is, in the investigators opinion, high enough to manifest the intention of indemnifying the victims.

Remarks concerning the Castration Act (1944:133)

Since the Castration Act, which is still in force, began to be applied in 1944, some 400 persons have been castrated, most of them between 1944 and 1970. For about 20 years now the Act has been applied exclusively to persons wishing to change their sex.

In this connection the investigator wishes to endorse views expressed previously, to the effect that the Castration Act no longer serves any purpose and should be repealed.

The investigator also wishes to draw the Government's attention to the fact that research material studied by the investigator suggests that castration have sometimes been performed as an alternative to sterilization, almost exclusively on men coercively admitted to certain institutions. Castration has been made a condition of their discharge from the institution.

The Castration Act of 1944, still in force, shows in other words similarities to the Sterilization Act of 1941, abolished in 1975. Pressure and coercion seems to have occurred similar to the application to the Sterilization Act in some cases. This motivates deliberations if persons castrated could be eligible for some form of financial compensation corresponding to that which the investigator now propose for sterilised persons.

Organisational questions

Handling organisation

The investigator's task is to put forward a proposal concerning the way in which handling and decision of compensation cases will be organized. To the best of the investigator's knowledge at present, 200 applications for compensation will at any rate come to be considered. It is very hard to estimate how many more persons will request compensation. Some indication of the number of additional persons who will be requesting compensation will be obtained after this report has been presented. The compensation question will at any rate require an organisation capable of handling the matters for at least one or two years.

The handling of cases must be both rapid and efficient as well as legally correct. This calls for an organisation with experience and knowledge of both legal and medical matters. Persons who are competent to deal with these questions must staff the organisation. The staff must have had previous experience of making medical assessments from earlier, often hand-written records. It should also have knowledge of compensatory questions. The organisation must also include expertise concerning legal safeguards and matters of administrative law, as well as confidentiality aspects.

In the investigator's opinion, there is no point in building up a new, specialised organisation with its own secretariat for the limited period during which the matter of compensation is to be handled and - as far as known today - with regard to the relatively limited number of assessments involved. Organisational matters ought instead to be provided for within the framework of an existing activity.

In view of the number of cases and the requirements of legal process which are bound to be entailed by the legislation which the investigator proposes, use cannot be made of the bodies normally dealing with compensation claims against the State, namely the Office of the Chancellor of Justice and the Government Offices. One alternative is an organisation closely affiliated to the National Board of Health and Welfare. One important, perhaps decisive, objection to let the National Board of Health and Welfare deal with compensation issues is that this authority, in principle, is the one which originally decided on the sterilizations which are now a subject of investigation and compensation. Many of the persons writing to the Government and the investigator have expressed great distrust of the authorities and persons in authority who once decided matters of sterilization. These persons could find it repugnant if the "same" authority today were to decide matters of

compensation and in certain cases - albeit to a limited extent - assess the fairness and credibility of their allegations concerning sterilization.

In view of these circumstances, the investigator feels that the most suitable solution is a more autonomous, experienced organisation to take charge of the practical handling of the matter of compensation.

The investigator proposes that the organisation which handles patient injury cases in public medical care and in a great deal of private medical care as well should be entrusted with the practical handling of applications for compensation with reference to sterilization. That organisation - Patientskadereglering AB (PSR) - was set up when compensation for patients' injuries came under statutory regulation through the Patient Injuries Act. The organisation handles about 7,000 cases annually. It also handles special compensatory payments by the State and the Federation of County Councils to the next-of-kin of persons infected by HIV during 1997 (224 awards of compensation).

Decision-making board

The statutory provision will make compensation for sterilised persons a civil right under the rules of the European Convention. This necessitates adjudication by a court of law. For this reason, all compensation decisions should be made by a special board constructed in such a way as to meet the requirements of due legal process.

The investigator proposes that the chairman and vice-chairman of the board be qualified lawyers with judicial experience. A parliamentarian should represent the public interest on the board, so as to confer public insight. In addition, the board should include medical and socio-psychiatric expertise. The PSR officers handling and reporting on cases before the board should also be appointed as members of the board.

Publicity and confidentiality

The majority of the cases to be dealt with by the board are of a sensitive, personal nature. They concern the personal circumstances of individual persons as shown in medical records and other, similar documents, often compiled while the persons concerned were inmates of penal or other institutions and describing their mental, sexual and social situation in a revealing, often degrading manner.

Many of those who have been in touch with both the Government Offices and the investigator have clearly stated that they will only write and apply for compensation if neither their names nor what they have been subjected to comes to the knowledge of any outside party. In other words, they do not want it to be made known that they have been sterilised.

Accordingly, the investigator proposes that comprehensive secrecy be applied to matters of compensation.

The investigator proposes the addition of a new clause to the Secrecy Act, resembling the articles already applying to health services and medical care and to social services. Secrecy is to be the main rule, i.e. with a reversed damage requirement, and for not more than 70 years. If the board's decisions were to be public, the names of individual persons would be revealed and, in the event of applications being granted, it would become known that the persons in question had been sterilised and against their own will. The board's decisions, therefore, should also be confidential. Similarly, just as in the case of health services, medical care and social services, the so-called liberty information should not include particulars concerning the health status or personal circumstances of individual persons in these compensation cases.

Other aspects of handling procedure

The investigator proposes that applications for compensation be personal. In other words, it must be perfectly clear that the individual really wants the question of an application for compensation for sterilization against his or her will to be considered. It should of course be possible to request compensation through an authorised agent or, in the case of persons who are very ill, other representative.

Cases, which the Government has decided previously over the years, should be re-opened without individual persons needing to take any new initiatives to this end.

The investigator will transfer to the board all the compensation applications which have been received by the investigator or which have been forwarded by the Government.

In order for the administrative overheads to be surveyable, the proposed legislation will only be applied to applications received within two years of the new legislation entering into force. In the event of there being a large number of incoming cases at the end of this period, the validity of the law can be extended. Alternatively, even after the proposed Act has been repealed, it will be possible for the Government to make *ex gratia* awards of compensation in response to later applications, on the basis of the criteria indicated by the investigator in the draft legislation.

A special application form should be compiled in which all essential particulars are to be entered, so as to simplify the retrieval of earlier medical records etc. This also includes particulars of surnames at the time of sterilization was applied for, when and where the measure was taken and other particulars which relate to the personal circumstances of the individual at the time and which can provide a basis for compensation.

The person requesting compensation may directly request earlier material in the archives. Assistance should also be rendered by the handling organisation. The board should in all respects have an extensive duty of service and investigation for the purpose of helping individual applicants.

The compensation, which the investigator proposes, is intended as a *personal* vindication for the individual. This means that next-of-kin shall not be able to apply for compensation for a person who is no longer alive. Nor, in view of its personal nature, shall compensation be payable in the event of a person dying before his or her case has been decided by the board.

Calculation of costs

The investigator proposes that persons entitled to compensation by the criteria, which the investigator has defined in the draft legislation, receive a compensatory payment of SEK 175.000.

The investigator has at present some 200 cases, which are certain to be examined. Of these the investigator estimates that the greater part will be awarded compensation after additions have been made to the supportive documentation. This implies compensatory payments totalling approximately MSEK 35

It is very difficult at present to estimate the number of other persons who will request compensation, but it will be possible already in the spring of 1999, after the investigator's report have been made public and the Government and Riksdag have discussed the matter, at which time a more reliable estimate can be made of the total number of persons who will be requesting compensation. The investigator therefore proposes the allocation, in the supplementary budget for the spring of 1999, of sufficient moneys to cover, with a good margin, compensatory payments to persons who have already applied. Developments during the spring and summer can then be awaited before further moneys are allocated.

The cost of the administrative processing of the question of compensation, i.e. PSR's handling costs and expenses of the board, ought not to exceed approximately MSEK 1,5.

When can the legislation come into force?

It is of course highly essential that persons who were sterilised against their own will or at the initiative of a third party should receive compensation as quickly as possible. In view of the investigator proposing

a special enactment on compensation, the time needed for the decision-making processes of the Government Offices and Riksdagen means that the new legislation cannot come into force before July 1st 1999. The board proposed by the investigator for deciding compensation claims cannot therefore begin working before that date. On the other hand it should be possible for PSR already in the spring of 1999 to begin processing cases which have already been received by the investigator. The investigator will during this time do everything possible to assist with these preparations, so that the question of compensation can be resolved quickly after Riksdagen has taken a decision.

General terms of reference

The investigator's remit includes taking a stand on certain terms of reference applying to all Government Commissions with regard to the assessment of public commitments, implications for regional policy, implications for equality of opportunity and effects on crime prevention.

The Directive on assessment of public commitments requires the investigator to examine, without prior assumptions, whether the public commitment which the investigator is appointed to investigate should be a public concern and, if that is the case and the proposals entail additional expenditure, to propose means of financing them.

If the investigator were to comply with the Directive on public commitments, concrete proposals concerning efficiency improvements, revisions of priority or measures of economy in the same policy field should be made so as to offset the expenditure entailed by compensatory payments to the sterilised persons, i.e. within the domain of the Ministry of Health and Social Welfare and above all in the context of health care, medical services and medico-ethics.

In the investigator's view it is not reasonable for the investigator at this time or for the Government and Riksdag later on, when the final decision is taken, to propose measures of economy, e.g. in health services and medical care, to finance compensation to the persons who were sterilised against their own will. A juxtaposition of sterilised persons with other disadvantaged groups or activities in this way would be repugnant. The investigator therefore refrains from proposing any concrete funding expedient and instead proposes that the expenditure be covered out of a general funding source. Failing a funding source of this kind, measures of economy will have to be applied to the budget generally.

The investigator does not perceive any direct regional consequences of the investigator's proposals, nor in general terms do those proposals have any implications for the work of crime prevention.

It is clear that the sterilization question as such is very much a gender-related issue. More than 90 % of the persons sterilised were women. With regard to implications for equality of opportunity, the investigator's proposals in the matter of compensation mean everyone, regardless of sex, shall receive the same amount. In the historical analysis the investigator will among other things be considering the gender-related aspects of sterilization policy. The final report is expected to be ready in mid-1999. That report will also include the investigator's survey of the whole situation of sterilizations performed in Sweden between 1934 and 1975.

Författningsförslag

1 Förslag till

Lag om ersättning till steriliserade i vissa fall

Härigenom föreskrivs följande.

1 §

Ersättning enligt denna lag kan utgå på grund av sterilisering som företagits

1. med tillämpning av lagen (1934:171) om sterilisering av vissa sinnen sjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet,
 2. med tillämpning av lagen (1941:282) om sterilisering,
 3. före år 1942 utan tillämpning av under första punkten nämnda lag.
- Närmare villkor för ersättning anges i 2 §.

2 §

Den som steriliserats enligt 1 § är berättigad till ersättning om han eller hon

1. varken undertecknat ansökan om sterilisering eller skriftligen samtyckt till steriliseringsåtgärden,
2. vid tidpunkten för ansökan om sterilisering eller då sterilisering genomfördes var omyndig eller underårig,
3. vid tidpunkten för ansökan om sterilisering eller då sterilisering genomfördes var intagen på anstalt, vårdhem eller liknande institution,
4. steriliserats på grund av att han eller hon var rubricerad som sinnen sjuk, sinnesslös eller epileptiker,
5. enligt uttryckligt myndighetskrav steriliserats för att få dispens att ingå äktenskap, för att få genomgå abort eller för att få mödrahjälp eller annat statligt eller kommunalt bidrag, eller
6. får antas ha samtyckt till steriliseringen på grund av otillbörlig påverkan eller annan försumlighet av myndighet.

3 §

Staten utger ersättning till den som är berättigad enligt 2 § med ett-hundrasjuttiofemtusen (175.000) kr. Från detta belopp avräknas ersättning som staten tidigare kan ha utgett på grund av steriliseringen.

Rätten till ersättning är personlig och kan inte överlåtas.

4 §

Ansökan om ersättning kan endast göras av den steriliserade personen eller, om han eller hon är förhindrad på grund av sjukdom eller svaghet, av ställföreträdare eller ombud med uttryckligt uppdrag att ansöka om ersättningen.

5 §

Ansökan om ersättning prövas av en särskild nämnd. Ordföranden och vice ordföranden i nämnden skall vara eller ha varit ordinarie domare. Regeringen utser nämnden och förordnar om dess sammansättning och arbetsformer.

6 §

Den som ansöker om ersättning har rätt att företräda inför nämnden och lämna muntliga uppgifter i ärendet.

7 §

Beslut enligt denna lag kan inte överklagas.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1999. Den tillämpas på ansökningar om ersättning som kommit in till den i 5 § angivna nämnden från ikraftträdandet till utgången av juni månad 2001.

2 Förslag till Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs i fråga om sekretesslagen (1980:100) dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 7 kap. 39 §, av följande lydelse

dels att 16 kap. 1 § skall ha följande lydelse.

7 kap

39 §

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Sekretess gäller i verksamhet enligt lagen (1999:xx) om ersättning till steriliserade i vissa fall för uppgift om enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

16 kap.

1 §

Nuvarande lydelse

Att friheten enligt 1 kap 1 § tryckfrihetsförordningen (---) i övrigt är begränsad, är de där tystnadsplikten följer av

3. denna lag enligt

7 kap. 34 §

8 kap. 3 §, 5 § första stycket 2, 6 § första stycket 2

Föreslagen lydelse

Att friheten enligt 1 kap 1 § tryckfrihetsförordningen (---) i övrigt är begränsad, är de där tystnadsplikten följer av

3. denna lag enligt

7 kap. 34 §

7 kap. 39 §

8 kap. 3 §, 5 § första stycket 2, 6 § första stycket 2

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1999

I Bakgrund

1 Inledning

1.1 Utredningens uppdrag

Enligt regeringens direktiv till utredningen vilka bifogas detta betänkande som bilaga 1 kan vårt uppdrag delas in i tre delar.

Utredningen skall för det första göra en historisk belysning för att skapa klarhet om vilka överväganden som låg till grund för utformningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar. I det uppdraget ingår att belysa den tillämpning lagarna fick och att redovisa och analysera den debatt som kan ha förts i riksdag, i de politiska partierna, av forskarsamhället eller på annat sätt under de år lagarna var i kraft fram till dess de slutligen upphävdes. Det har också varit angeläget att allsidigt belysa de politiska beslutsfattarnas, myndigheternas, forskarsamhällets och den medicinska professionens ställningstaganden och ansvar. Här ingår även att sätta in lagarnas tillkomst, deras tillämpning och skälen till att de slutligen upphävdes i sitt historiska sammanhang och belysa förhållandena i Sverige i ett internationellt perspektiv.

Utredningen skall för det andra göra en kartläggning av hur många personer som steriliserades med stöd av lagarna under de olika indikationerna, vilka de var och hur deras liv påverkades. Däri ingår att redovisa hur många steriliseringar som utfördes efter ansökan av någon annan. Utredningen skall också göra en kartläggning av eventuella förändringar i tillämpningen av lagstiftningen under den tid den var i kraft och de bakomliggande orsakerna till dessa.

Utredningen skall dessutom för det tredje lägga fram förslag om ersättning till dem som blivit steriliserade mot sin vilja eller på någon

annans initiativ, om vilka principer som skall gälla för en sådan ersättning och om hur handläggningen och beslut i ersättningsärendena skall organiseras. Utredningen skall kostnadsberäkna sina förslag. I utredningens uppdrag ingår inte att fatta beslut i enskilda ärenden.

Utredningens uppdrag i sin helhet skall vara avslutat senast den 1 juli 1999. Förslaget om ersättning till de drabbade och därtill hörande frågor skall redovisas med förtur.

Som nyss nämnts anförts uttryckligen i utredningens direktiv att utredningen skall lägga fram ett förslag till gottgörelse, en ekonomisk ersättning, till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ. I detta betänkande redovisar utredningen denna del av uppdraget.

Tanken med en ekonomisk ersättning eller gottgörelse är som utredningen ser det att den skall vara ett försök till upprättelse från statens sida för de åtgärder och beslut i det förflutna som drabbat enskilda och som vi idag - med direktivens ord - starkt tar avstånd från. Mot bakgrund av direktiven har utredningen inte sett det som sin uppgift att närmare överväga skäl som kan finnas för eller emot införande av en ersättning av nu aktuellt slag och inte heller i vad mån det är befogat att i detta hänseende särbehandla steriliserade framför andra grupper av skadade t.ex. lobotomerade.

Utredningens uppdrag att göra en kartläggning och en historisk analys kan främst sägas vara avsett som ett underlag för en diskussion om samhällets attityder och statens agerande under de år den aktuella steriliseringslagstiftningen var i kraft. Vad gäller uppdraget att föreslå en ersättning till steriliserade är detta en mer konkret uppgift: att ange hur, och med vilket belopp, staten skall kompensera skador och lidande på grund av beslut och åtgärder i det förflutna som vi idag anser felaktiga. Förslagen i denna del kan kanske också ge ett visst underlag för en debatt kring andra, steriliseringsfrågan närliggande, ämnen främst ur ett moralfilosofiskt perspektiv. Ur ett sådant perspektiv hade det varit lämpligare att de olika delarna i utredningens uppdrag hade kunnat slutföras och publiceras vid samma tillfälle.

Utredningen har samtidigt stor förståelse för regeringens önskemål om att ersättningsfrågan skulle behandlas med förtur. De som kan komma i fråga för ersättning har med få undantag hög ålder och det är därför angeläget att de får del av en ekonomisk ersättning snarast möjligt.

Detta betänkande har därför fått en förhållandevis juridisk-teknisk utformning. Det handlar inte om de politiska, etiska och historiska aspekter som utredningen också fått i uppdrag att behandla. De historiska avsnitten bygger uteslutande på tidigare publicerad forskning såvitt annat inte uttryckligen anges. Många läsare kanske reagerar på att betän-

kandet till stor del saknar sådana analyser som utredningen nyss nämnde samt viktiga slutsatser och värderingar kring steriliseringslagstiftningens tillämpning i ett vidare perspektiv.

Utredningen är väl medveten om detta och vill därför poängtera att utredningen i slutbetänkandet kommer att presentera forskningsresultat och analyser, såväl svenska som internationella, som förhoppningsvis på ett mer djupgående sätt kan belysa den svenska steriliseringspolitiken och att det då på grundval av det materialet går att dra erfarenhet av det förflutna inför framtiden.

1.2 Arbetets uppläggning

Utredningen hade sitt första sammanträde den 20 oktober 1997. Som nyss nämnts kan utredningens uppdrag delas in i tre delar. För att ersättningsfrågan skulle kunna lösas har det varit nödvändigt att ha tillgång till ett förhållandevis omfattande statistiskt underlag. Utredningen gör därför en genomgång - en kartläggning - av de ansökningar om sterilisering som finns bevarande i Riksarkivet och i Socialstyrelsens arkiv. Utredningen har gett bitr. överläkare Monika Bukowska Jacobsson med biträde av bl.a. sjuksköterska Tobias Edbom i uppdrag att genomföra denna kartläggning. Professor P-A Rydelius, Barn- och ungdomspsykiatriska enheten vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, har varit utredningen behjälplig med råd i denna del men även ställt personal till utredningens förfogande för bl.a. arkivgenomgångar och den statistiska bearbetningen. Utredningen har också fått hjälp av bl.a. docent Jan O. Jonsson, Institutet för social forskning vid Stockholms universitet, att lösa flera statistiska problem. Omfattningen av detta arbete framgår av avsnitt 7.

Parallellt med kartläggningen har utredningen gett i uppdrag åt fil.kand Mattias Tydén med biträde av fil.kand Urban Lundberg att göra en självständig historisk undersökning och analys av steriliseringslagarnas tillämpning med utgångspunkt från utredningens uppdrag enligt direktiven. Tydén kommer att i anslutning till utredningens slutbetänkande fristående publicera sina resultat och slutsatser. Dessa kommer att vara ett underlag för utredningens analys i slutbetänkandet.

Utredningen har härutöver haft kontakter med flera svenska forskare som studerat och alltså forskat kring frågor med anknytning till steriliseringspolitiken. Bland andra har fil.dr. Maija Runcis som disputerade i juni 1998 med avhandlingen *Steriliseringar i folkhemmet* mycket generöst delat med sig av sina kunskaper och erfarenheter, inte minst vad gäller det omfattande källmaterialet.

Utredningen har tillsammans med Institutionen för Idé och lärdomshistoria vid Uppsala universitet genomfört ett seminarium med svenska forskare, främst odisputerade, som för närvarande arbetar med frågor som direkt eller indirekt berör steriliseringsfrågan. Resultat av detta seminarium kommer att publiceras under 1999.

För att sätta in steriliseringsfrågan och frågan om ekonomisk ersättning i ett moralfilosofiskt perspektiv har utredningen tillsammans med nyss nämnda institution genomfört ett seminarium med forskare som har särskild kunskap om etiska, filosofiska och teologiska frågor. Slutsatserna från det seminariet har påverkat utredningens förslag i ersättningsfrågan.

För att få ett internationellt perspektiv på den svenska steriliseringspolitiken har utredningen bl.a. deltagit i ett internationellt seminarium "Eugenis and the Modern State" anordnat av SCASSS (the Swedish Collegium for Advanced Study in the Social Sciences). Flera av de internationella forskare som deltog i seminariet har accepterat att på utredningens uppdrag självständigt studera och analysera den svenska steriliseringspolitiken ur sina respektive länders perspektiv. En bok med deras bidrag kommer att publiceras av utredningen under 1999.

Utredningen har nära kontakter med de forskare som på Svenska Kyrkans respektive Svenska Läkaresällskapets uppdrag studerar dessa institutioners förhållande till steriliseringspolitiken. Förhoppningsvis kommer deras analyser och slutsatser att publiceras under våren 1999 och kommer då också att kunna vara ett underlag för utredningens slutsatser.

Utredningen gör under arbetet med den historiska belysningen en omfattande genomgång av offentligt tryck, arkivmaterial och litteratur som behandlar eller har anknytning till steriliseringsfrågan. Detta material kommer utredningen i huvudsak att presentera när utredningens slutsatser överlämnas till regeringen sommaren 1999. I det betänkande som nu föreligger har utredningen utnyttjat en del av detta material, främst förarbeten till steriliseringslagstiftningen och resultat av forskning på området. Utredningen har valt att i betänkandet i den löpande texten ange material eller litteratur som varit särskilt relevant.

1.3 Betänkandets disposition

I direktiven redovisas kortfattat hur lagstiftning och rättspraxis avseende skadestånd var utformad under den tid 1934 och 1941 års steriliseringslagar var i kraft, dvs. under åren 1935 till 1975. För att kunna ta ställning till ersättningsfrågorna har utredningen funnit det lämpligt att något mer ingående än vad som anges i direktiven redovisa sterilise-

ringslagstiftningen och utvecklingen inom skadeståndsrätten under denna tid och då särskilt det allmännas skadeståndsansvar vid myndighetsutövning. Det gör utredningen i avsnitt 2 och 3. Ytterligare analyser av lagstiftningen och dess tillämpning räknar utredningen med att kunna presentera i slutbetänkandet.

Enligt utredningen är det också av intresse att för jämförelsens skull redovisa hur praxis i dag ser ut när det gäller storleken och beräkningen av ersättning enligt skadeståndslagen. Av särskilt intresse i det sammanhanget är Trafikskadenämndens och Brottsoffermyndighetens praxis. Denna praxis redovisar utredningen i avsnitt 4.

Utöver den skadeståndsrättsliga praxisen bör enligt utredningen nämnas hur statens praxis hittills sett ut när det gäller ersättning av bilighetsskäl till personer som steriliserats men även i andra närliggande fall. Detta gör utredningen i avsnitt 5. Utredningen gör också några internationella jämförelser vad gäller sådan ersättning i avsnitt 6.

Utredningen har också fått i uppdrag att göra en historisk belysning samt en kartläggning av hur många som steriliserades på ansökan av någon annan samt i övrigt kartlägga den närmare omfattningen av steriliseringslagarnas tillämpning. De delarna av uppdraget skall vara slutförda senast under sommaren 1999. Hur kartläggningsarbetet utförs och vilka resultaten hittills är framgår av avsnitt 7.

Utredningens överväganden och förslag i ersättningsfrågan, innefattande organisationsfrågor, kostnadsberäkning och ikraftträdande redovisas i avsnitten 8 till 11. Därefter följer i avsnitt 12 en kort diskussion kring vissa generella kommittédirektiv som utredningen också haft att följa.

Betänkandets huvudtext avslutas i avsnitt 13 med en författningskommentar där utredningen ger några lagtekniska kommentarer till lagförslagen.

I bilagor till betänkandet finns utredningens direktiv, lagtexterna till 1934 och 1941 års steriliseringslagar samt Kungl. Maj:ts kungörelser och medicinalstyrelsens anvisningar till lagstiftningen.

2 1934 och 1941 års steriliseringslagar m.m.

2.1 Inledning

För att underlätta läsningen av utredningens resonemang och argumentering i ersättningsfrågan har utredningen ansett det nödvändigt att kort redovisa lagstiftningens tillkomsthistoria och huvuddragen i lagstiftningen. Det sker i följande avsnitt. I en bilaga till betänkandet finns också lagtexterna till 1934 och 1941 års steriliseringslagar, vissa kungörelser samt medicinalstyrelsens anvisningar till lagarna.

Utöver steriliseringslagarna påverkade även andra lagar den praktiska hanteringen av steriliseringarna. Det gäller bl.a. abort- och äktenskapslagstiftningen. Utredningen redovisar i detta avsnitt kortfattat även den lagstiftningen.

2.2 1934 års steriliseringslag

2.2.1 Bakgrund

Steriliseringsfrågan kom första gången under statsmakternas prövning genom en motion (I:38) vid 1922 års riksdag (av socialdemokraten och psykiatriern Alfred Petrén men undertecknad av flera riksdagsmän). Där förespråkades att en utredning måtte tillsättas för att undersöka under vilka förhållanden sterilisering av sinnesslöa, sinnessjuka och fallandesjuka, eventuellt sedlighetsförbrytare, kunde äga rum. Andra lagutskottet hemställde i ett utlåtande (nr 24) att en sådan utredning tillsattes och riksdagen biföll hemställan. Regeringen infortrade till att börja med en utredning av medicinalstyrelsen som år 1924 avlämnade en sådan. År 1927 tillsatte

regeringen därefter ett antal sakkunniga under ledning av häradshövdingen Gustaf Lindstedt med uppgift att verkställa utredning och utarbeta förslag angående medgivande till sterilisering i vissa fall av sinnesslöa, sinnessjuka och fallandesjuka. Dessa avslutade sitt arbete 1929 genom ett betänkande med förslag till steriliseringslag (SOU 1929:14). Förslaget ledde inte omedelbart till lagstiftning.

Vid 1933 års riksdag kom steriliseringsfrågan till ny prövning genom en ny motion av Alfred Petrén (I:188). Han angav bl.a. att steriliseringsfrågan hade intimt samband med abortfrågan varför utarbetandet av ett förslag till steriliseringslag skulle göras i samband med den då pågående utredningen i abortfrågan. Andra lagutskottet yttrade samma år (nr 12) att det inte kunde ansluta sig till uppfattningen att utredningen av en legalisering av abort och sterilisering behövde bedrivas i ett sammanhang och att det förelåg skäl till antagande att, om frågorna skulle sammanföras, detta skulle ha till följd dröjsmål med steriliseringsfrågans lösning. Utskottet ansåg också (med utskottets egna ord) att "mot 1927 års utrednings lagförslag särskilt kunde erinras bl.a., att den rashygieniska - ärftlighetsteoretiska - principen i allt för hög grad fått undantränga de sociala och humanitära synpunkterna, att samtycke till steriliseringsåtgärden under insikt om dess innebörd för alla fall gjorts till villkor för vidtagande av förfarandet samt att, så som lagförslaget avfattats, en legalisering av steriliseringsåtgärder under de förutsättningar, som däri angivits, motsättningsvis skulle komma att medföra en kriminalisering av andra än de få fall, som gingo under lagförslagens regler". Av den anledningen hemställde utskottet om en ny utredning om sterilisering vilket riksdagen biföll. Professorn i straffrätt Ragnar Bergendal tillsattes samma år som enmansutredare. Han lade fram ett nytt förslag till steriliseringslag (SOU 1933:22). Detta förslag kom att ligga till grund för regeringens proposition 1934 nr 103 med förslag till steriliseringslag. Förslaget antogs av riksdagen samma år.

2.2.2 Utformning

1934 års steriliseringslag (*lag den 18 maj 1934 om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själverksamhet, SFS 1934:171*) hade som framgår av lagens rubrik begränsad tillämplighet. Lagen omfattade enbart personer som saknade förmåga att lämna samtycke till sterilisering - de rättsinkapabla. Lagen gav med andra ord förutsättningarna för att kunna sterilisera de personer som saknade insikt i eller inte förstod steriliseringsingreppets innebörd. Lagen reglerade inte frågan om sterilisering på den enskildes egen begäran eller efter samtycke, varken när det gällde sterilisering av friska individer eller av sinnesslöa

eller andra sjuka som förstod ingreppets innebörd. Lagstiftarens ståndpunkt vid denna tid var att sterilisering av sådana individer på deras egen begäran eller med deras samtycke var tillåten utan särskilt lagstöd. Det gällde till att börja med sterilisering av medicinsk-terapeutiska skäl som ansågs tillåten i samma utsträckning som andra medicinska ingrepp. I övrigt ansågs sterilisering tillåten om den företogs med samtycke av den som steriliseras samt om det förelåg bärande skäl av - med samtidens uttryck - eugenisk, social, humanitär eller kriminalpolitisk natur.

Däremot ansågs det nödvändigt med lagstiftning för att det skulle vara tillåtet att sterilisera en person som inte hade förmåga att lämna sådant samtycke. Även om lagens tillämpningsområde var begränsat till de rättsinkapabla som med skäl kunde antagas lida av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten var dessa begrepp vaga och kunde tolkas extensivt. Det gäller även en annan förutsättning för lagens tillämpning, nämligen att personen för framtiden var ur stånd att handha vårdnaden om sina barn. Särskilt vagheten i begreppet sinnesslö diskuteras av fil.dr. Maija Runcis i hennes avhandling *Steriliseringar i folkhemmet*, 1998, s. 96, 133-136 och 232-238.

I 1 § angavs således de grundläggande förutsättningarna för att någon skulle kunna steriliseras utan samtycke. Detta kunde ske under förutsättning att personen led av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten och för framtiden var ur stånd att handha vårdnaden om sina barn eller kom att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet. Dessutom skulle han eller hon på grund av sin rubbade själsverksamhet varaktigt sakna förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden.

Här angavs också att lagen inte var tillämplig på sterilisering av medicinska skäl. En sterilisering på sådana skäl ansågs kunna genomföras utan särskilt lagstöd även på personer som saknade förmåga lämna samtycke.

Enligt 2 § krävdes medicinalstyrelsens tillstånd för att få genomföra en sterilisering enligt lagens bestämmelser. Ett sådant tillstånd förutsatte att vissa andra personer erhållit tillfälle att yttra sig. Det gällde maken till den som var gift, vårdnadshavaren till den som var underårig, förmyndaren till den som var omyndigförklarad samt läkare eller föreståndare till den som var intagen på allmän anstalt.

I 3 § fanns ett undantag från kravet på medicinalstyrelsens tillstånd. Under förutsättning att en person var sinnesslö kunde sterilisering verkställas på denne utan tillstånd från medicinalstyrelsen om två legitimerade läkare efter samråd funnit skäl till sterilisering enligt 1 § och det förelåg skriftligt samtycke från den eller de som skulle yttra sig enligt 2 §.

Enligt 4 § skulle sterilisering verkställas av en legitimerad läkare och endast ske genom ingrepp av sådant slag att i allmänhet skada till hälsan

inte var förenad med ingreppet. Om det gällde ett ingrepp på en sinnesslö enligt 3 § skulle detta verkställas på lasarett eller sjukstuga eller annan anstalt som fått tillstånd av medicinalstyrelsen att företa sterilisering.

I lagtexten angavs inget om huruvida det var tillåtet att använda fysiskt tvång eller ej för att genomföra en sterilisering. I propositionen till lagen (prop. 1934:103) angav departementschefen i den allmänna motiveringen (s. 24) att han "var av den åsikten att en lagbestämmelse angående sterilisering icke för närvarande bör upptaga bestämmelser angående tvångssterilisering i egentlig mening". Enligt propositionen stod den sakkunniges (professor Bergendal) ståndpunkt i överensstämmelse med uttalanden av andra lagutskottet vid såväl 1922 som 1933 års riksdag och har vunnit så gott som enhällig anslutning i de inkomna yttrandena.

Vidare angav departementschefen i specialmotiveringen (s. 28) när det gällde verkställighet av sterilisering (med propositionens ord) att "frånvaron av en särskild tvångsbestämmelse enligt hans mening icke torde komma att innebära något egentligt hinder för lagens tillämpning eftersom de personer det var fråga om genom samtal, avpassade efter deras fattningsförmåga kunde förbereda dem på det enkla operativa ingreppet. De personer i den icke rättskapables omgivning, vilka leda hans dagliga liv och därunder i regel förmå vinna hans förtroende, kunna säkerligen på olika sätt underlätta steriliseringens verkställande. I flertalet fall kunde härigenom den motsträvighet kunna övervinna som möjligen från början finns eller som det eljest överraskande i situationen skulle kunna frambringa." Han tillade dock att "det med hänsyn till steriliseringens personliga natur synes riktigast att sterilisering icke kommer till utförande i fall då, trots sådan påverkan varom jag talat, vederbörandes motsträvighet icke kunna övervinnas; i dylika fall torde skyddsåtgärder av annat slag böra tillgripas."

I medicinalstyrelsens anvisningar till lagen (1939 nr 84), se bilaga 6, diskuterades frågan om en person, beträffande vilken tillstånd till ingreppet författningen enligt inhämtats, är skyldig att underkasta sig detsamma. Medicinalstyrelsen sade därvid att även den i lag reglerade steriliseringen i princip är frivillig och att "ett eventuellt motstånd endast får övervinnas genom övertalning och dylik påverkan" vilket uttalande medicinalstyrelsen ansåg bekräftas av ett utslag av Regeringsrätten år 1936, vari en barnavårdsnämnds besvär över länsstyrelses beslut att vägra handräckning lämnats utan avseende.

I 5 § fanns regler om sekretess som innebar att de som å tjänstens vägnar tagit befattning med steriliseringen eller med ärende i anledning av den inte måtte "i oträngt läge" yppa något om vad som förekommit.

Den som fick överklaga ett beslut av medicinalstyrelsen skulle enligt 6 § göra det inom tjugo dagar. Någon bestämmelse om vem som fick

överklaga medicinalstyrelsens beslut och i vilken situation, dvs. om det gällde beviljat tillstånd eller ogillad begäran om tillstånd till sterilisering, fanns inte angivet i lagtexten. Lagrådet uttalade i samband med rådets yttrande över lagförslaget att om det inte fanns angivet någon regel om överklagande kunde medicinalstyrelsens beslut i vanlig ordning överklagas till Kung. Maj:t. Lagrådet angav vidare att rätt att överklaga ett beslut om tillstånd till sterilisering inte tillkom annan än den mot vilken åtgärden påkallats samt dennes målsman och make. Lagrådet ansåg att rätten att överklaga borde regleras genom bestämmelser i lagen.

I propositionen angavs som svar på lagrådets påpekande att rätt till överklagande förelåg men att någon bestämmelse inte var nödvändig eftersom det, om en sådan bestämmelse saknades, förelåg en generell rätt att överklaga såväl ett beviljat tillstånd som ett avslag på en ansökan om sterilisering (se prop 1934 nr 103 s. 44-45).

I 7 och 8 §§ fanns straff- och åtalsbestämmelser mot den som bröt mot lagens regler.

Slutligen fanns i 9 § ett förordnande för Konungen att meddela erforderliga bestämmelser angående tillämpningen av lagen.

Detta förordnande utnyttjades av Kungl. Maj:t genom en särskild kungörelse (1934 nr 521), se bilaga 4, i vilken det fanns tillämpningsföreskrifter till lagen. I kungörelsen angavs bl.a. vilka som hade rätt att ansöka om sterilisering. Det gällde förutom den som avsågs med ansökan, vårdnadshavare, förmyndare, anstaltsläkare eller föreståndare, fattigvårdsstyrelse och barnavårdsnämnd.

Där angavs också att ett tillstånd till sterilisering gällde ett år samt att den läkare som verkställt sterilisering inom en månad skulle sända in en berättelse därom till medicinalstyrelsen på särskilt formulär samt, om steriliseringen vidtagits utan medicinalstyrelsens tillstånd, samtliga handlingar i ärendet.

Genom en särskild kungörelse (1934 nr 522) förordnade Kungl. Maj:t också att den legitimerade läkare som verkställt en sterilisering utan tillämpning av 1934 års steriliseringslag - med andra ord en sterilisering på någon som var rättskapabel och som själv begärt det eller samtyckt till åtgärden formellt sett - inom en månad efter åtgärdens vidtagande skulle sända in en berättelse därom till medicinalstyrelsen på särskilt formulär.

Utöver dessa kungörelser fanns, som nämnts, särskilda råd och anvisningar rörande tillämpningen av steriliseringslagen utfärdade av medicinalstyrelsen. De tillkom år 1939 och berörde också 1938 års lag om avbrytande av havandeskap (Meddelande från medicinalstyrelsen 1939 nr 84).

I dessa anvisningar redovisade medicinalstyrelsen mer ingående hur lagen, enligt styrelsens mening, skulle tillämpas. Anvisningarna bifogas

detta betänkande som bilaga 6 och kommer mer ingående att kommenteras i utredningens slutbetänkande.

2.3 1941 års steriliseringslag

Redan när riksdagen antog 1934 års lag hemställde den om en utredning under vilka förhållanden frivillig sterilisering av rättskapabla personer måtte kunna företagas. Kungl. Maj:t uppdrog i november 1936 åt den sittande befolkningskommissionen att verkställa en sådan utredning. Kommissionens betänkande angående sterilisering (SOU 1936:46) lades sedan i huvudsak till grund för 1941 års lagstiftning. I den följande texten redovisar utredningen i ett sammanhang kommissionens och propositionens uttalanden.

Den nya steriliseringslagen år 1941 (SFS 1941:282) reglerade i princip alla steriliseringar som inte var medicinska dvs. även dem som genomfördes efter den enskildes egen begäran eller samtycke.

I lagen angavs inledningsvis i 1 § under vilka förutsättningar sterilisering överhuvudtaget fick genomföras. Till skillnad från vad som gällde under den tid 1934 års lag var i kraft var nu steriliseringar utanför lagens ram inte längre tillåtna. Undantaget var rent medicinsk-terapeutiska steriliseringar. Sådana steriliseringar, vidtagna för att bota sjukdomar i könsorganen eller där sterilisering blev en följd av ett sådant ingrepp var alltså tillåtna utanför lagens ram. I lagen reglerades dessutom vissa medicinska steriliseringar på kvinnor (den medicinska indikationen) till vilka vi strax återkommer. Med sterilisering enligt lagen avsågs inte kastrering. Sådan kom att regleras genom en särskild lag, 1944 års lag om kastrering (se nedan avsnitt 2.7).

Huvudregeln i lagen var att sterilisering endast fick ske efter att den enskilde själv ansökt om sterilisering eller, om ansökan gjordes av någon annan, skriftligen samtyckt till åtgärden. Lagen byggde således enligt förarbetena i princip på frivillighet. Endast om någon på grund av rubbad själsverksamhet saknade förmåga att lämna giltigt samtycke fick han enligt 2 § steriliseras ändå om de förutsättningar som uppställdes i 1 § var uppfyllda. Till skillnad från 1934 års lag krävdes i 1941 års lag inte att rubbningen av själsverksamheten skulle vara varaktig. Den eugeniska indikationen kom att omfatta också dem som genom arvsanlag befarades överföra svårartad sjukdom eller svårt lyte. Den sociala indikationen utvidgades till att även omfatta asocialt levnadssätt. Vidare förutsattes inte att den som skulle steriliseras var *ur stånd* att vårda sitt barn utan att han eller hon var *uppenbart olämplig*. Till detta kom den nya medicinska indikationen som endast var tillämplig på kvinnor.

Vad gäller frågan om tvång angavs i propositionen (prop 1941:13 s. 14) i redovisningen av remissvaren att "endast i ett par yttranden har ifrågasatts jämkning av gällande rätts (1934 års lag) princip, att tvång ej må användas för att förmå någon att underkasta sig sterilisering". I propositionen angavs sedan (s. 24) att "det synes i stort sett råda enighet om att den nya lagstiftningen bör bygga på frivillighetens grund". Med andra ord skulle tidigare uttalanden i denna fråga alltså gälla.

I medicinalstyrelsens anvisningar till lagen (1942 nr 88) angavs bl.a., förutom citat av ovannämnda propositionsuttalande, att "om en person, som anses böra steriliseras, på förhand tillfrågas om sin inställning och vägrar samtycka, skulle således ingen hänsyn tagas därtill utan handlingar iordningställas och insändas. Om han, sedan beslut om sterilisering fattats, bestämt vägrar underkasta sig åtgärden, får operationen dock ej utföras under anlitande av fysiskt våld. Vetskapen om att ett beslut fattats av medicinalstyrelsen, synes ofta medföra, att en tidigare ovillig person underkastar sig åtgärden. Den lämpligaste behandlingen av dylika patienter torde i regel vara den, att det betraktas som tämligen självfallet att ett beslut av medicinalstyrelsen skall verkställas, ehuru en person givetvis ej på direkt förfrågan får undanhållas upplysning om att fysiskt tvång ej kommer att användas."

Enligt 1 § i 1941 års lag fanns det således tre förutsättningar för att tillåta sterilisering efter samtycke.

För det första var det tillåtet att sterilisera någon om det med skäl kunde antas att han eller hon genom arvsanlag på avkomlingar kunde komma att överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag (den eugeniska indikationen).

För det andra kunde någon steriliseras om han eller hon på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller på grund av asocialt levnadssätt var för framtiden uppenbart olämplig att handha vårdnaden om barn (den sociala indikationen).

Slutligen kunde en kvinna steriliseras om det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet var påkallat för att förebygga havandeskap som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa (den medicinska indikationen).

Sterilisering enligt 1941 års lag krävde liksom enligt 1934 års lag tillstånd av medicinalstyrelsen (från och med 1968 av Socialstyrelsen). Lika så var en förutsättning för tillstånd enligt 3 § att vissa personer beretts tillfälle yttra sig; för underårig vårdnadshavare, för omyndig förmyndare, för den som var gift make samt för den som var intagen på allmän anstalt läkare och föreståndare.

Tillstånd av medicinalstyrelsen krävdes dock inte om sterilisering efter samtycke företogs enligt den medicinska indikationen grundad på kropps-

lig sjukdom eller kroppsfel efter att två läkare i ett skriftlig utlåtande angett grunden för åtgärden och förklarat att förutsättningarna för den var för handen (s.k. tvåläkarintyg).

Dessutom var det enligt 5 § möjligt för läkare att, utan inhämtande av tillstånd från medicinalstyrelsen eller genom tvåläkarintyg, efter samtycke sterilisera en kvinna i samband med avbrytande av havandeskap om det fanns grundad anledning anta att sjukdom eller kroppsfel som föranledde ingreppet vid nytt havandeskap skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa (den s.k. nödsfallsbestämmelsen). Sådan sterilisering fick också genomföras utan samtycke om kvinnan, på grund av rubbad själsverksamhet, saknade förmåga lämna samtycke, under förutsättning att läkaren, om det kunde ske utan menligt dröjsmål, inhämtade samtycke från anhörig.

Liksom enligt 1934 års lag fanns bestämmelser om sekretess i 6 § samt straffbestämmelser i 8 §.

Till skillnad från 1934 års lag kunde enligt 1941 års lag 7 § endast medicinalstyrelsens beslut att inte meddela tillstånd till sterilisering överklagas. I övrigt fick inte medicinalstyrelsens beslut överklagas, vilket bl.a. innebar att ett bifall till en ansökan inte längre kunde överklagas.

På samma sätt som i 1934 års lag fanns en bestämmelse om rätt för Konungen att meddela erforderliga bestämmelser angående tillämpningen av lagen. Kungl. Maj:t förordnade också i en kungörelse (1941 nr 387) om vissa tillämpningsföreskrifter till lagen, se bilaga 5.

I kungörelsen angavs de som kunde ansöka om tillstånd till sterilisering, nämligen den som avsågs med ansökan, för underårig vårdnadshavaren, för omyndigförklarad förmyndaren, för den som åtnjöt fattigvård eller vars make eller minderåriga barn åtnjöt sådan vård fattigvårdsstyrelsen samt för den som var föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen eller vars barn var föremål för sådan åtgärd barnavårdsnämnden. Dessa personer var samma som angetts i 1934 års lag.

I 1941 års lag vidgades dessutom kretsen av dem som kunde få ansöka om tillstånd till sterilisering till att även avse: för den som behandlades vid en av det allmänna anordnad öppen läkarmottagning - för behandlingen ansvarige läkaren, för den som var intagen på lasarett eller därmed jämförlikt sjukhus, på sjukstuga eller på sinnessjukhus - lasarettsläkaren, sjukstuguläkaren, sjukvårdsanstaltens läkare eller motsvarande läkare samt för den som var intagen på annan allmän anstalt - anstaltens läkare eller föreståndare.

Härutöver kunde ansökan göras av ett flertal andra läkare nämligen förste eller extra provinsialläkare, stads- eller stadsdistriktsläkare, köping- eller municipalläkare samt hjälpverksamhetsläkare vid sinnessjukhus och andra jämförlika läkare.

Dessutom behövdes inte särskild ansökan om sterilisering om medicinalstyrelsen enligt lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap meddelat tillstånd till abort under villkor att sterilisering också företogs.

Enligt 2 § i kungörelsen var en läkare som hade rätt att göra ansökan om sterilisering också skyldig att verkställa undersökning och ansöka om sterilisering på framställning av statlig eller kommunal myndighet eller om han i sin verksamhet erhöll kännedom om fall där sterilisering syntes påkallad från allmän synpunkt.

Ansökan om sterilisering skulle vara egenhändigt undertecknad av sökanden och om ansökan avsåg annan än sökanden skulle ett skriftlig samtycke bifogas av den som skulle steriliseras, där det kunde ske. Dessutom skulle, på samma sätt som i 1934 års lag, vissa personer yttra sig över ansökan om det kunde ske nämligen i förekommande fall vårdnadshavare, förmyndare, make och anstaltsläkare och föreståndare på allmän anstalt. I 4 § underströks vikten av samtycke av den åtgärden avsåg och yttrande från vissa närstående. Om ansökan inte innehöll dessa uppgifter skulle medicinalstyrelsen inhämta dem.

Liksom tidigare gällde tillståndet till sterilisering under ett år. Den läkare som verkställt ingreppet var också skyldig att inom en månad insända en berättelse därom till medicinalstyrelsen och om det gällde en sterilisering efter tvåläkarintyg eller i samband med abort enligt 5 § i lagen (nödfallssterilisering) även samtliga handlingar i ärendet.

1941 års lag och kungörelsen kompletterades också av anvisningar från Medicinalstyrelsen (Meddelanden från Medicinalstyrelsen 1942 nr 88 och 1947 nr 93). Dessa omfattade liksom de till 1934 års lag både steriliseringslagen och abortlagen. De var dock utförligare och mer detaljerade än tidigare. Utredningen återkommer som tidigare nämnts i slutbetänkandet till dessa anvisningar. De bifogas som bilaga 7 och 8 till detta betänkande.

2.4 1975 års steriliseringslag

1941 års steriliseringslagstiftning diskuterades vid flera tillfällen i riksdagen under 1960-talet och i början av 1970-talet. En närmare redovisning av den diskussionen kommer utredningen att göra i slutbetänkandet. Här bör dock nämnas att riksdagen år 1970 i en skrivelse till regeringen anhöll om en översyn av lagstiftningen. Regeringen tillsatte år 1972 en sådan utredning som i betänkandet *Fri sterilisering* (SOU 1975:25) föreslog att lagstiftningen ändrades. Utredningens förslag lades till grund för den nu gällande steriliseringslagen som trädde i kraft den 1 januari 1976.

Den nuvarande lagstiftningen bygger helt på frivillighet och något tillstånd från någon myndighet krävs som huvudregel inte. En förutsättning

för att få bli steriliserad är att man är över 25 år. Om man är mellan 18 och 25 år krävs däremot socialstyrelsens tillstånd. Sådant tillstånd kan lämnas (1) om det föreligger avsevärd risk för att arvsanlag som kan medföra allvarlig psykisk störning, svårartad kroppslig sjukdom eller svårt lyte av annat slag överförs till avkomma (genetisk indikation), (2) i fråga om kvinna om havandeskap till följd av sjukdom, kroppsfel eller svaghet skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa (medicinsk indikation) eller (3) i samband med fastställelse enligt 1 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, om förutsättningar i övrigt föreligger för sådan fastställelse.

En förutsättning för rätt till sterilisering är vidare att den som begär det noggrant har informerats om ingreppets innebörd och följder samt, i förekommande fall, om andra möjligheter att förebygga havandeskap.

2.5 Lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap

Enligt 1864 års strafflag 14 kap 26-28 §§ var det straffbart med fosterfördrivning. Bestämmelserna ändrades och straffskalorna lindrades vid flera tillfällen men straffbarheten för såväl kvinnan som "abortören" bibehölls och överfördes i brottsbalken när den trädde i kraft år 1965. Straffbestämmelserna enligt brottsbalken upphörde först i anslutning till att den nu gällande abortlagen trädde i kraft år 1975.

Legal fosterfördrivning eller abort reglerades först genom 1938 års lag om avbrytande av havandeskap. Genom lagens 1 § legaliserades avbrytande av havandeskapet i tre fall; (1) när på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa (medicinsk abortindikation); (2) när kvinnan under vissa omständigheter enligt strafflagen utsatts för brott vilket resulterat i ett havandeskap (humanitär abortindikation) samt (3) när med skäl kunde antas att kvinnan eller det väntade barnets fader genom arvsanlag skulle komma att på avkomlingar överföra sinnessjukdom, sinnesslöhet eller svår kroppslig sjukdom (eugenisk abortindikation). Havandeskapet fick dock inte avbrytas efter tjugonde veckan utom vid fall av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan.

Genom en särskild bestämmelse i 2 § sista stycket kopplades lagen ihop med steriliseringslagstiftningen. I bestämmelsen angavs att havandeskap enligt 1 § (3) - den eugeniska abortindikationen - inte fick avbrytas med mindre jämväl sterilisering företogs på kvinnan. Undantag härifrån gällde om kvinnan saknade förmåga lämna giltigt samtycke eller åtgärden av

särskilda skäl befanns olämplig. Undantaget slopades år 1941 i samband med att 1941 års steriliseringslag infördes.

Genom ändring år 1946 infördes även begreppet "svårt lyte" som skäl för avbrytande av havandeskapet enligt denna punkt (3) som då också ändrats till punkt 4. En ny punkt 2 infördes i vilken avbrytande av havandeskapet också kunde ske när med hänsyn till kvinnans levnadsförhållanden och omständigheterna i övrigt det kunde antas, att hennes kroppsliga eller själsliga krafter allvarligt nedsattes genom barnets tillkomst och vården om barnet (socialmedicinsk abortindikation).

Denna reglering var sedan i princip oförändrad fram till den nu gällande abortlagen tillkom år 1975.

Utredningen återkommer i slutsatserna angående ersättningsfrågan senare i detta betänkande till frågor med anknytning till kopplingen mellan steriliserings- och abortlagstiftningen.

Utredningen kommer också i sitt slutbetänkande mer utförligt att resonera kring kopplingen mellan steriliserings- och abortlagstiftningen samt i samband därmed redovisa statistiskt material från utredningens kartläggning med anknytning till abortlagstiftningen.

2.6 Äktenskapsförbudet för personer med ärftliga sjukdomar m.m.

Förbud mot att ingå äktenskap om man led av vissa sjukdomar har funnits i svensk lagstiftning sedan århundraden. Redan i 1686 års kyrkolag angavs att trolovning skulle upphävas om ena parten var behäftad med smittosamma och obotliga sjukdomar t.ex. fallandesot, vettlösa och raseri. Genom kungligt brev av den 25 november 1757 angavs att äktenskap inte skulle tillåtas om ena parten led av sådan fallandesot (epilepsi) som fanns i släkten, däremot inte vid fallandesot som uppstått av andra skäl. Bestämmelsen stod alltså i analogi med senare tiders rashygieniska synsätt. Denna bestämmelse kvarstod i princip till år 1917 då genom 1915 års lag om äktenskaps ingående och upplösning angavs att den som var sinnessjuk eller sinnesslö eller led av fallandesot vilken härrörde av övervägande inre orsaker inte fick ingå äktenskap. Bestämmelsen överfördes år 1920 till giftermålsbalken. Kungen kunde meddela dispens från äktenskapsförbudet vid fallandesot. Härutöver var även den som led av psykisk sjukdom som berövade honom eller henne den rättsliga handlingsförmågan också förhindrad ingå äktenskap.

Dispensmöjligheten utvidgades år 1945 till att omfatta även lindrigt utvecklingsstörda och psykiskt sjuka, en dispens som ofta kopplades till sterilisering.

Regleringen med äktenskapsförbud för olika sjukdomar diskuterades vid flera tillfällen under 1950- och 1960-talen. Bestämmelserna om äktenskapsförbudet överfördes till 1920 års giftermålsbalk och upphörde för epileptiker år 1969 samt för sinnesslöa och psykiskt sjuka år 1973.

Utredningen diskuterar i avsnitt 8.2.3 bl.a. frågan om sterilisering som villkor för dispens från äktenskapsförbudet.

2.7 Lagen (1944:133) om kastrering

Skälet för införandet av en särskild lag om kastrering var i första hand kriminalpolitiskt, för att åtgärda kroniska sedlighetsförbrytare och samhällsfarliga yttringar, såsom den som homosexualiteten då ansågs medföra. Lagen avser främst att hindra återfall i sexualbrott och är alltså i kraft.

I lagens 1 § första stycket anges att om någon med skäl kan antas komma att på grund av sin könsdrift begå brott som medför allvarlig fara eller skada för annan, får han kastreras enligt lagen, såvitt han samtycker därtill (den kriminalpolitiska indikationen). Detsamma gäller enligt andra stycket om någon på grund av könsdriftens abnorma riktning eller styrka åsamkas svårt själsligt lidande eller annan allvarlig olägenhet (den humanitära indikationen).

En förutsättning för kastrering är vidare att den det gäller har fyllt 23 år. Om synnerliga skäl föreligger kan kastrering ske tidigare. Kastrering kräver som huvudregel tillstånd av socialstyrelsen. Sådant tillstånd behövs inte för den som är över 23 år om kastreringen grundas på 1 § andra stycket (den humanitära indikationen) och två läkare skriftligen med angivande av grunden på heder och samvete har förklarat att förutsättningarna för åtgärden föreligger. Detta gäller dock inte den som är intagen på kriminalvårdsanstalt, häkte eller hem som avses i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall eller som är intagna på vårdinrättningar med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Med andra ord krävs alltid socialstyrelsens tillstånd för sterilisering av personer intagna på dessa institutioner eller enligt dessa lagar.

Enligt 2 § kan kastrering ske även utan den enskildes samtycke om denne på grund av rubbad självverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke.

Enligt socialstyrelsens statistik över inkomna rapporter om utförda kastreringar kastrerades under åren 1944-1970 knappt 400 personer i landet, nästan uteslutande män (6 kvinnor). Därefter har lagen använts för könsbyte.

Frågan om lagens upphävande har tagits upp av socialstyrelsen i en promemoria år 1989, främst på den grund att lagen ansågs obsolet dvs. föråldrad. Förslaget behandlades i propositionen 1992/93:197 där också flera remissinstansers yttrande återfinns. Regeringen angav att man delade den allmänna uppfattningen att lagen tedde sig föråldrad. Flera remissinstanser ansåg dock att konsekvenserna av ett upphävande måste utredas närmare. Regeringen avsåg därför att återkomma i bl.a. denna fråga.

Det har kommit till utredningens kännedom att det inom socialdepartementet under år 1996 har utarbetats ett förslag till upphävande av kasteringslagen främst på den grund att lagen är föråldrad och inte längre fyller någon funktion. Något sådant lagförslag har dock ännu inte lagts fram.

Samtidigt kan nämnas att lagen så sent som fr.o.m. den 1 december 1997 ändrats genom SFS 1996:1625 på så sätt att en ny 9 § tillkom varigenom att ett offentlig biträde skall förordnas om det i mål eller ärende om kastrering saknas giltigt samtycke till åtgärden. Regeln infördes i samband med att liknande bestämmelser infördes i flera lagar då den nya rättshjälpslagen trädde i kraft (se prop. 1996/97:9). Utredningen återkommer i avsnitt 8.4 till kasteringslagen.

3 Allmänna rättsliga principer för ersättning vid skada

3.1 Inledning

Utredningen har enligt direktiven bl.a. i uppgift att föreslå en ekonomisk ersättning till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ trots att det inte finns någon formell skyldighet för staten att betala ersättning. I direktiven har regeringen kortfattat redovisat de nuvarande principerna för ersättning för skada. Där konstateras att de personer som steriliserades med stöd av 1934 och 1941 års steriliseringslagar inte kan erhålla ersättning med tillämpning av nuvarande skadeståndslag (1972:207) om de steriliserades innan den lagen trädde i kraft den 1 juli 1972. I direktiven anges vidare att äldre lag inte torde ha gett någon rätt till ersättning och under alla förhållanden är en sådan rätt utesluten med hänsyn till allmänna preskriptionsbestämmelser. I direktiven konstateras också att för personer som steriliserats efter juni 1972 skall skadeståndslagen tillämpas på eventuella ersättningskrav, att en rätt till ersättning förutsätter fel eller försummelse samt att en eventuell ersättning även för dessa fall i regel är preskriberad.

Enligt utredningens mening är det lämpligt att något mer ingående än vad som anges i direktiven redovisa hur lagstiftning och rättspraxis avseende skadestånd var utformad under den tid som 1934 och 1941 års steriliseringslagar var i kraft dvs. fram till och med år 1975. Det gäller särskilt rättstillämpningen avseende det allmännas skadeståndsansvar vid myndighetsutövning. Avsikten med denna redovisning är således att något närmare undersöka vilka legala möjligheter till ersättning de som drabbats av steriliseringslagarna eventuellt hade under den tid lagarna var i kraft och om direktivens slutsatser kan anses korrekta. Redovisningen är också avsedd att vara en bakgrund till den diskussion som förs i avsnitt 8 om utformningen och storleken av den ekonomiska gottgörelse som utredningen skall föreslå till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ enligt 1934 eller 1941 års steriliseringslagar.

I de följande avsnitten redovisar utredningen först innehållet i nuvarande skadeståndslag i aktuellt avseende och därefter något om de rättsregler och den praxis som gällde före 1 juli 1972.

Förarbetena till 1972 års skadeståndslag redovisas i proposition 1972:5. Till grund för propositionen låg vad gäller det allmännas skadeståndsansvar främst betänkandet Skadestånd i offentlig verksamhet (SOU 1958:43) av Kommittén angående det allmännas skadeståndsansvar. Det betänkandet innehåller en redovisning av såväl den begränsade lagstiftning som fanns före 1972 som en utförlig genomgång av rättspraxis utförd av kommitténs sekreterare, sedermera justitierådet Erland Conradi. Frågan om det allmännas skadeståndsansvar har i doktrinen utförligt behandlats av Bertil Bengtsson i Skadestånd vid myndighetsutövning I (1976) och II (1978) samt i Det allmännas ansvar enligt skadeståndslagen (2:a uppl. 1996). Frågan har också behandlats av bland andra Jan Hellner i Skadeståndsrätt (5:e uppl. 1995).

1972 års skadeståndslag har efter 1975 genomgått förändringar vid flera tillfällen. Äldre lagstiftning och praxis har även redovisats i de förarbetena. År 1989 genomfördes således vissa lagändringar som gällde det allmännas skadeståndsansvar. De byggde på departementspromemorian Det allmännas ansvar enligt skadeståndslagen (Ds 1989:12) vars förslag sedan kom till uttryck i propositionen 1989/90:42. Därefter har frågan om det allmännas skadeståndsansvar ånyo varit föremål för utredning, nu senast i betänkandet Det allmännas skadeståndsansvar (SOU 1993:55). Vissa av betänkandets förslag låg till grund för nya regler om ersättning vid frihetsberövande, se prop. 1997/98:105. Frågan har även behandlats ur ett EU-rättsligt perspektiv i betänkandet (SOU 1997:194) av Utredningen om det allmännas skadeståndsansvar vid överträdelse av EG-rätten.

Hänvisning till litteratur angående skadeståndsansättningens omfattning och storlek finns även i betänkandena HIV-smittade Ersättning för ideell skada (SOU 1991:3-4), Ersättning för kränkning genom brott (SOU 1992:84), Ersättning för ideell skada vid personskada (SOU 1995:33), samtliga av Kommittén om ideell skada.

Den följande redovisningen bygger främst på en genomgång av nu angiven litteratur. Den som är intresserad av mer fördjupade studier i ämnet hänvisas till nämnda verk med där gjorda hänvisningar till övrig litteratur, se särskilt Bengtsson 1976 s. 8-16.

3.2 1972 års skadeståndslag

3.2.1 Culparegeln

Utgångspunkten i 1972 års skadeståndslag är enligt 2 kap. 1 § att var och en som uppsåtligen (dvs. med avsikt) eller av oaktsamhet vållar person- eller sakskada skall ersätta skadan. Denna regel benämns ofta culparegeln. Som gemensamt begrepp används i skadeståndslagen ordet vållande. Vad gäller ren förmögenhetsskada, dvs. en ekonomisk skada som uppkommit utan samband med att någon lider person- eller sakskada, är utgångspunkten enligt skadeståndslagen 2 kap. 4 § att sådan skada ersätts endast om den vållats genom brott.

Enligt 5 kap. 1 § omfattar skadeståndet till den som tillfogas personskada förutom ersättning för sjukvårdskostnader och andra kostnader, inkomstförluster, ersättning för sveda och värk samt lyte och men. Begreppet personskada omfattar enligt 1 kap. 3 § även det lidande som någon tillfogas genom vissa brott. Brottsoffermyndigheten (tidigare Brottskadenämnden) har benämnt denna ersättning för lidande *kränkingsersättning* för att skilja den från det psykiska lidande som ersätts inom ramen för ersättning för lyte och men i 5 kap 1 §. Utredningen kommer i ett senare avsnitt att närmare redogöra för utformningen av olika ersättningskategorier och särskilt skadeståndets storlek som det utvecklats i praxis.

3.2.2 Strikt ansvar

I vissa situationer finns i särskild lagstiftning och har utvecklats i praxis ett s.k. strikt ansvar för vissa skador. Ibland används också begreppet objektivt ansvar. Det innebär att någon ansvarar för skadan även om den inte orsakats avsiktligt eller genom fel eller försummelse. Det gäller framför allt skador i samband med vissa särskilt riskfyllda verksamheter. Exempel på detta är lagstiftning rörande kommunikation såsom järnvägstrafik och luftfart samt avseende andra särskilt farliga verksamheter som elanläggningar, oljetransporter till sjöss och kärnkraftsanläggningar. Dessutom gäller ett strikt ansvar bl.a. enligt datalagen (1973:289) och lagen (1974:515) om ersättning för frihetsinskränkningar.

3.2.3 Principalansvar

Om en arbetstagare vållar en skada i tjänsten genom fel eller försummelse är han eller hon enligt 4 kap 1 § ansvarig för den endast i den mån synnerliga skäl föreligger med hänsyn till omständigheterna. Istället är huvudregeln att arbetsgivaren ansvarar för skador vållade av arbetstagaren (det s.k. principalansvaret).

Arbetsgivarens ansvar för skador vållade av arbetstagaren i tjänsten regleras i 3 kap. skadeståndslagen. Arbetsgivaren är som huvudregel skyldig att ersätta sak- och personskador som en anställd vållar genom fel eller försummelse i tjänsten samt förmögenhetsskador som en anställd i tjänsten vållar genom brott.

Såväl bestämmelsen i 4 kap 1 § som principalansvaret infördes i lagstiftning genom 1972 års skadeståndslag.

Vad gäller det allmänna skadeståndsansvar vid myndighetsutövning regleras det i 3 kap. 2 §. Där anges att stat och kommun är skyldiga ersätta personskada, sakskada eller ren förmögenhetsskada som vållas genom fel eller försummelse vid myndighetsutövning i verksamhet för vars fullgörande stat eller kommun svarar. Denna bestämmelse är således en komplettering till det mer allmänna principalansvaret enligt 3 kap 1 § och är på så sätt mer omfattande att det gäller rena förmögenhetsskador även om skadan inte orsakats genom ett brott. Enligt förarbetena till skadeståndslagen (prop. 1972:5 s. 325, 497) gäller stats och kommuns ersättningsskyldighet också oberoende av om det går att utreda vilken enskild tjänsteman som svarar för felet; vad som behöver utredas är att det förekommit ett fel eller en försummelse som vållat skada.

I detta sammanhang kan det vara lämpligt att nämna att skadeståndsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården bygger på i princip samma regler. Sjukvårdshuvudmän och vårdgivare svarar således genom principalansvaret för en personskada som en anställd åsamkar en patient. Skadan måste dock i enlighet med culparegeln ha uppkommit genom uppsåtligt eller oaktsamt handlande från den anställde. Något strikt eller objektivet ansvar har inte införts i lag eller utvecklats i praxis på hälso- och sjukvårdsområdet, ej heller andra särskilda regler om t.ex. omvänd bevisbörda. Istället infördes från år 1975 en särskild patientförsäkring vilken i praktiken trätt i skadeståndslagstiftningens ställe. Den byggde på ett till viss del objektiviserat ansvar. För att försäkringen skulle gälla fanns krav på att skadan skulle anmälas inom viss tid, i princip inom tio år från det att den skadeorsakande åtgärden vidtogs. Med hänsyn härtill och till att försäkringen trädde i kraft endast ett år innan 1941 års steriliseringslag upphörde att gälla torde den ha mycket ringa intresse i ersättningssammanhang för de steriliseringar som genomfördes sedan försäkringen trätt i

kraft. Väntade och åsyftade skador av denna typ faller dessutom utanför patientförsäkringen. Patientförsäkringens ersättningsregler har i huvudsak införts i en särskild patientskadslag (1996:799) som trädde i kraft den 1 januari 1997.

3.2.4 Förbud att föra skadeståndstalan mot de högsta statsorganen

Enligt 3 kap 7 § skadeståndslagen får talan om skadeståndsansättning enligt 3 kap. 2 § inte föras i anledning av beslut av bl.a. riksdagen eller regeringen om inte beslutet upphävts eller ändrats. Detta förbud innebär enligt regeringens uttalanden i utredningens direktiv att talan inte får föras på grund av innehållet i en lag. Så torde också ha varit fallet före år 1972.

De riksdags- och regeringsbeslut som utredningen behandlar meddelades betydligt tidigare; det gäller främst författningsregleringarna kring 1934 och 1941 års steriliseringslagar. Det kan dock ha sitt intresse att redovisa hur dessa frågor skulle kunna bedömas idag. I det följande finns därför en något utförligare beskrivning av dessa bestämmelser.

Bestämmelsen i 3 kap 7 § skadeståndslagen är lagtekniskt en processuell regel vilket innebär att domstol skall avvisa (och således inte i sak pröva) en skadeståndstalan mot riksdag eller regering eller dess enskilda ledamöter som grundar sig på att de skulle vara skadeståndsansvariga för beslut om lag eller förordning som inneburit skada för den enskilde (angående förarbeten se SOU 1958:43 s. 44f, prop 1972:5 s. 336ff och 541 ff).

Bakgrunden till bestämmelsen är att det ansågs konstitutionellt olämpligt att kunna väcka skadeståndstalan mot de högsta statsorganen och att det var naturligt att möjligheterna för domstol att pröva riktigheten av ett riksdagsbeslut skall vara i hög grad inskränkt. I förarbetena till 3 kap 7 § skadeståndslagen ansåg man istället att det konstitutionella ansvaret för eventuellt felaktiga beslut i huvudsak borde utdömas politiskt. Det ansågs också kunna rubba statsmakternas auktoritet om en sådan skadeståndstalan kunde föras mot dem.

Bestämmelsen i 3 kap. 7 § skadeståndslagen har mycket sällan tillämpats och under det senaste decenniet har flera regleringar tillkommit som påverkar bestämmelsen.

En väg varigenom en lagstiftnings grundlagsenlighet i viss utsträckning kan prövas är regeln i 11 kap 14 § regeringsformen om domstolarnas lagprövningsrätt, dvs. domstolarnas skyldighet att inte tillämpa en föreskrift om den i något väsentligt avseende står i strid

med en bestämmelse i grundlag eller annan överordnad författning. Denna skyldighet är betydligt begränsad vad gäller föreskrifter beslutade av riksdag eller regering genom det s.k. uppenbarhetsrekvisitet. Det innebär att domstolen vad gäller dessa statsorgans beslut får underlåta att tillämpa föreskriften endast om felet är uppenbart. Lagprövningsrätten författningsreglerades år 1979 (ang förarbeten se SOU 1978:34 s.103ff, prop 1978/79:-195 s 39ff) men fanns dessförinnan som en oskriven konstitutionell rättsgrundsats, i litteraturen rikligt diskuterad och politiskt kontroversiell, jfr Karnov s. 20 not 302.

Vad gäller av regeringen fattade förvaltningsbeslut dvs. beslut i förvaltningsärenden, har bestämmelsen i 3 kap 7 § minskat i betydelse genom lagen (1988:205) om rättsprövning av vissa förvaltningsbeslut. Genom den lagen kan den enskilde få till stånd en domstolsprövning i regeringsrätten av sådana regeringsbesluts laglighet. Ett upphävande och ändring av regeringsbeslutet torde medföra en rätt till att föra en skadeståndstalan.

Inkorporeringen av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna i svensk rätt genom lag (1994:12-19) kan också komma att innebära att domstolarnas lagprövning får större betydelse. Det är nämligen inte uteslutet att en skadeståndstalan om att en lag eller förordning strider mot svenska konventionsåtaganden och därigenom medfört skada för den enskilde i större utsträckning kommer att upptas till sakprövning av domstolar och inte avvisas av de formella skälen i 3 kap 7 §. Visserligen gäller uppenbarhetsrekvisitet i 11 kap 14 § regeringsformen alltså vid sådan prövning, Konventionen är inte heller genom inkorporeringen att jämföras med en grundlag. Men enligt förarbetena skall vanliga lagtolkningsprinciper tillämpas (se prop. 1993/94:117 s. 36ff). Härutöver har Högsta domstolen i sitt remissyttrande över lagförslaget (se Ds 1993:90 s. 204) framhållit att en konvention om mänskliga rättigheter, även om den i den inhemska laghierarkin inte har högre rang än vanlig lag, ändå bör på grund av sin speciella karaktär ges en särskild vikt i fall av konflikt med inhemska lagbestämmelser (jfr även 2 kap 23 § regeringsformen vari anges att en lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtagande enligt konventionen och se SOU 1993:40 och prop. 1993/94:1-17 s. 53f).

Vad slutligen gäller regleringen inom EU föreligger en skyldighet för de enskilda medlemsstaterna att följa EG-rätten t.ex. genom att införa vissa regler eller utforma dem på visst sätt. En underlåtenhet att lagstifta eller en felaktig utformning av de nationella reglerna kan innebära att skada uppkommer för den enskilde. Enligt EG-rätten finns

en rätt att föra skadeståndstalan i sådana fall; en talan som kan riktas direkt mot staten som nationell lagstiftare. En sådan skadeståndstalan och -rätt grundar sig på gemenskapsrätten och inte på den svenska skadeståndslagens regler. Därigenom blir - formellt sett - inte heller bestämmelsen i 3 kap 7 § tillämplig i detta fall och en svensk domstol skall vid en prövning av talan således bortse från bestämmelsen.

De nu angivna omständigheterna är bl.a. skäl till att förslag nu lagts fram om bestämmelsens upphävande (se SOU 1997:194 s. 130 och 145ff).

3.2.5 Preskription

Vad angår preskription av talan om ersättning enligt skadeståndslagen gäller i princip de vanliga preskriptionsreglerna i preskriptionslagen (1981:130). Enligt huvudregeln i 2 § 1 st. preskriptionslagen preskriberas en fordran tio år efter dess tillkomst om inte preskriptionen avbrutits dessförinnan. Vid utomobligatoriska skadeståndsanspråk, dvs. anspråk på skadestånd som inte grundar sig på ett avtal - alltså bl.a. på grund av myndighetsutövning - räknas tiden från den skadegörande handlingen.

Enligt 3 § preskriptionslagen preskriberas en fordran på grund av brott inte före utgången av tiden för åtalpreskription om inte frågan om ansvar för brottet avgjorts tidigare. För att en skadeståndsfordran på grund av brott skall preskriberas senare än den allmänna preskriptionen på tio år krävs att svåraste straffet är över åtta års fängelse. Det gäller t.ex. grov misshandel där högsta straffet är tio års fängelse och åtalpreskriptionen femton år. (Misshandel som inte är grov kan ge högst två års fängelse och åtalpreskriptionen är fem år.)

Preskriptionsavbrott kan enligt 5 § preskriptionslagen ske på i huvudsak tre sätt; genom att gäldenären utfäster eller erlägger betalning eller erkänner fordringen; genom att gäldenären får ett skriftligt krav eller erinran från borgenären eller genom att borgenären väcker talan mot gäldenären. I sådana fall gäller som huvudregel att ny preskriptionstid löper från dagen för avbrottet. Preskriptionslagen tillkom 1 juli 1981. Enligt övergångsbestämmelserna gäller de nya preskriptionsreglerna även fordringar som kommit till före ikraftträdandet. Äldre regler om preskriptionsavbrott gäller dock alltjämt men den nuvarande lagens preskriptionstider skall gälla även på äldre preskriptionsavbrott. En förutsättning för tillämpning av dessa preskriptionsregler är dock att part i en rättegång gör invändning om preskription. Görs inte detta skall domstol pröva en talan i sak. Utredningen diskuterar denna fråga närmare i avsnitt 8.3.2.

3.2.6 Slutsatser

Av vad nu sagts kan till att börja med konstateras att 1972 års skadeståndslag i princip är tillämplig på alla steriliseringar som genomförts från och med den 1 juli 1972 (om förutsättningarna för skadeståndsansättning i övrigt är uppfyllda). Det innebär att en skadeståndsansättning skulle kunna utgå om en skada uppkommit genom brott eller genom fel eller försummelse vid behandlingen av en steriliseringsansökan såväl vid olika myndigheter som vid det operativa ingreppet. Något strikt ansvar för skador som uppkommer vid en sådan åtgärd förelåg dock inte vid den tiden inom hälso- och sjukvården. Om handhavandet av själva ansökan gjorts i enlighet med steriliseringslagens och förordningens bestämmelser och de anvisningar som gällde samt operationen gjorts på ett riktigt sätt torde däremot inte finnas någon laglig rätt till skadeståndsansättning för åtgärden som sådan eller för skador i anledning av den.

Om fel eller försummelse begåtts i samband med en steriliseringsåtgärd skall enligt huvudregeln ett krav på skadeståndsansättning väckas inom tio år från det att den skadegörande handlingen vidtogs. Som utredningen konstaterat ovan torde en sådan ersättning vara preskriberad i dag. I något enstaka undantagsfall kan preskriptionsavbrott ha skett (i ett fall har det framförts ett påstående till utredningen om att preskriptionsavbrott har skett) men även i ett sådant fall torde preskription ånyo inträtt.

Sammanfattningsvis är det utredningens uppfattning att en rätt till ersättning idag enligt 1972 års skadeståndslag torde saknas för dem som steriliserades enligt 1941 års steriliseringslag under åren 1972 till och med 1975.

3.3 Skadeståndsansvaret före 1972 års skadeståndslag

Före tillkomst av 1972 års skadeståndslag var allmänna lagregler angående skadeståndsansvar fåtaliga. I rättstillämpningen användes från mitten av 1800-talet framför allt den tidigare nämnda culpaprincipen. Denna princip fastställdes först i lag vad gällde brottsliga gärningar genom 1864 års strafflag. Under början av 1900-talet utvecklades och preciserades culpa-regeln främst genom domstolspraxis och tillämpades analogt även när det inte var fråga om brottsliga handlingar. Det skadeståndsrättsliga ansvaret vidgades också genom införande av det tidigare nämnda principansvaret. Denna utveckling omfattade i första hand utomobligatoriska förhållanden dvs. där skadeståndsansvaret inte grundar sig på ett avtalsförhållande.

Vad gällde det allmännas skadeståndsansvar saknades före skadeståndslagen generell lagstiftning. Det fanns dock fram till år 1972 några lagar som reglerade speciella fall. Exempel härpå är 1899 års lag om ersättning i vissa fall för skada som förorsakats av ämbets- och tjänstemän m.fl. och 1945 års lag om ersättning i vissa fall åt oskyldigt häktade eller dömda.

I inomobligatoriska förhållanden, dvs. avtalsförhållanden, svarade det allmänna på samma villkor som privata rättssubjekt.

Det allmänna svarade också på samma sätt som privata rättssubjekt inom områden där statlig eller kommunal verksamhet kunde jämföras med privat verksamhet dvs. där det inte var fråga om någon myndighetsutövning. Som huvudregel ansvarade man för vållande av anställd, i vart fall i arbetsledande ställning, i utomobligatoriska förhållanden (en form av principalansvar). Det gällde näringsdrivande verksamheter och vid fastighetsägande.

Motsvarande principer gällde där verksamheten hade privaträttsliga inslag, men där verksamheten ändå främst drevs i offentlig regi t.ex. hälso- och sjukvård, våghållning och inom hamnväsendet. I allmänhet medförde det avtalsliknande förhållandet ett ansvar för anställdas vållande (jfr NJA 1925 s.103 och 1932 s. 572).

Även inom militärväsendet tillämpades samma principalansvar men även ett strikt ansvar för vissa verksamheter (farliga militärövningar).

Härutöver svarade staten liksom privata rättssubjekt enligt en rad speciallagar inom verksamheter som likaväl kunde drivas i privat regi t.ex. rörande järnvägstrafik, biltrafik och sjöfart. I dessa fall innebar lagregleringen ofta ett strikt ansvar (eller ett culpaansvar med omvänd bevisbörda).

Ett område där det ansågs helt klart att det allmänna *inte hade* något skadeståndsansvar var för rena förmögenhetsskador orsakade av myndighetsutövning. Den skadelidande fick istället vända sig mot den skadevållande befattningshavaren själv. (Rena förmögenhetsskador torde dock inte vara aktuella i steriliseringssammanhang.)

Mellan dessa ytterpunkter - person- och sakskada utan samband med myndighetsutövning respektive ren förmögenhetsskada vållad vid myndighetsutövning - fanns situationer där ansvarsprinciperna var omstridda.

En sådan situation var när person- eller sakskada uppkommit vid myndighetsutövning, antingen genom sådant faktiskt handlande eller genom ett myndighetsbeslut. Tydliga domstolsavgöranden från högsta instans där en talan angående person- eller sakskada genom faktiskt handlande ogillats saknades även om man ofta i litteraturen ville sträcka det allmännas *ansvarsfrihet* ända hit trots att fysisk skada hade inträffat. Däremot fanns en rad fall där skadeståndstalan bifallits när en skada haft nära samband med

myndighetsutövning (se närmare härom bl.a. Bengtsson 1976 s. 13). Rättsläget har således inte varit så klart som ibland påstås.

I 1958 års förslag angående det allmännas skadeståndsansvar (SOU 1958:43) utgick utredarna från att stat och kommun enligt gällande rätt inte var ansvariga för någon typ av skada vållad i offentlig verksamhet, om inte verksamheten var att jämföras med enskild. Även i ett par allmänt hållna uttalanden av JO och dåvarande MO framträdde denna uppfattning. I diskussionen i samband med förslaget hävdades dock att ansvaret gick längre.

I propositionen till 1972 års skadeståndslag uttryckte sig departementschefen visserligen försiktigt men ansåg sig ändå med fog kunna fråga sig om inte de allmänna utomobligatoriska skadeståndsreglerna hade en vidsträcktare tillämpning inom den offentliga verksamheten än som följde av tesen om "jämförbarhet" med enskild verksamhet. Han anförde vidare att det veterligen inte fanns några vägledande domstolsavgöranden som kunde tas till intäkt för att de allmänna skadeståndsreglerna på intergitterskränkningarnas område inte var tillämpliga också inom delar av den offentliga verksamheten där offentlig makt eller myndighet utövades. Det låg enligt departementschefen närmare till hands att se en tendens att behandla de offentlighetsrättsliga subjekten på samma sätt som de privaträttsliga i fråga om skadeståndsansvaret på integritetskränkningarnas område åtminstone såvitt gällde person- och sakskada som vållats genom ingripande med fysiska medel mot person eller egendom (prop. 1972:5 s. 308f).

I rättsfallen NJA 1971 s. 560 synes dock Högsta domstolens majoritet ha utgått från en annan huvudregel. (Vid tiden för Högsta domstolens avgörande var lagförslaget till 1972 års skadeståndslag tillgängligt för domstolen.) Justitierådet Conradi (som tillhörde majoriteten och svarat för rättsfallsöversikten i 1958 års utredning) yttrade bl.a. att den principiella utgångspunkten var ansvarsfrihet för det allmänna men att man genom analogier från privaträtten i särskilda fall kunde åläggas skadeståndsskyldighet också i närmast offentlighetsrättsliga förhållanden; i det aktuella fallet var det inte möjligt men där förelåg ändå skäl att utvidga det allmännas ansvar till just det fallet av offentlighetsrättslig myndighetsutövning (fråga om statens ansvar för polismans opåkallade misshandel av enskild vid tjänsteutövning). Justitierådet Höglund anknöt däremot i sin, vad gäller motiveringen, skiljaktiga mening mer till den uppfattning om ett längre gående ansvar för person- och sakskador som sedan kom till uttryck i departementschefens uttalanden i propositionen till 1972 års skadeståndslag och i litteraturen.

Slutsatser

Utredningen slutsats är att det inte kan uteslutas att det - såvitt avser steriliseringsärendena - funnits utrymme för ett skadeståndsansvar för det allmänna avseende personskador i anledning av felaktiga myndighetsbeslut eller genom faktiskt handlande föranlett av sådana beslut även före tillkomsten av 1972 års skadeståndslag.

En steriliseringsåtgärd bör enligt dåvarande lagstiftning ha kunnat betraktas som en kombination av myndighetsutövning och faktiskt handlande. Själva övertalningen till samtycke, ansökan om sterilisering (om den gjordes av någon myndighetsperson) och tillståndsbeslutet torde kunna ha betraktats som myndighetsutövning. Vad gäller den faktiskt genomförda steriliseringsåtgärden är det mer tveksamt men eftersom den genomfördes som en direkt följd av ett myndighetsbeslut bör den kunna anses som företagen i varje fall vid myndighetsutövning enligt 3 kap skadeståndslagen. En sådan åtgärd skulle eventuellt också kunna grunda ett skadeståndsansvar trots sambandet med myndighetsutövning redan före år 1972. Rättstillämpningen tyder på det. Man kan här jämföra med åtgärder vid beslut om sluten psykiatrisk vård (se Bengtsson, 1976, s. 159ö) och andra tvångsintagningar eller frågan om abort (se a.a. s. 161y, resonemanget där utgår dock från 1974 års abortlag). Av samma skäl som angetts tidigare angående lagstiftningen efter år 1972 - och i än högre grad - torde dock en eventuell skadeståndsrätt enligt äldre rätt vara preskriberad i dag.

4 Ekonomisk ersättning vid skada

I förra avsnittet redovisade utredningen vilka rättsliga principer för skadestånd som gällde under den tid 1934 och 1941 års steriliseringslagar var i kraft. Som där angavs tillkom nu gällande skadeståndslag år 1972. Enligt den omfattar skadestånd vid personskada förutom sjukvårdskostnader och andra kostnader, inkomstförluster, ersättning för sveda och värk samt lyte och men. Härtill kommer vid vissa allvarliga brott även en särskild ersättning för de lidande någon tillfogas genom brottet - vanligen benämnd kränkningsersättning.

Ersättning för sjukvårdskostnader och andra kostnader samt inkomstförlust utgår med de faktiska, styrkta kostnaderna avseende förfluten tid medan framtida kostnader uppskattas skönsmässigt. Ersättning för sådana kostnader som täcks av den allmänna försäkringen ersätts inte. Ersättningen avser med andra ord merkostnader. Vad däremot gäller ersättning för sveda och värk samt lyte och men bygger ersättningen i huvudsak på schabloner och tabellverk, främst Trafikskadenämndens s.k. hjälptabeller och försäkringsbranschens tabellverk. I ersättningen för lyte och men ingår ersättning för invaliditet. Dessa bestäms efter medicinska invaliditetstabeller. Tabellverket "Grunder för gradering av kvarstående men efter skador (medicinsk invaliditet)" är gemensam för försäkringsbranschen och fastställdes av Försäkringsbolagens Personskadekommitté år 1981 och har sedan justeras regelbundet.

Denna praxis med ersättningstabeller är således av stor betydelse för skadeståndsersättningens storlek i de flesta fall. Tabellerna används ofta som en "riksnorm" vid domstolsprövning av skadestånd för personskada. Högsta domstolen har i flera avgöranden godtagit dessa standardiserade normer som utgångspunkt för uppskattningen av framtida skadeföljder av ideell natur (se bl.a. NJA 1969 s.469, 1972 s. 81, 1979 s. 129, 1982 s. 793 och 1992 s. 642). Tabeller liknande eller överensstämmande med Trafikskadenämndens har senare fastställts för de kollektiva försäkringssystem på arbetslivets samt hälso- och sjukvårdens område som bygger på skadeståndsrättslig grund dvs. trygghetsförsäkringen vid arbetsskada, patientförsäkringen och läkemedelsförsäkringen.

Enligt dessa tabeller betraktas fullständig sterilitet motsvara 30 procent invaliditet. Det gäller kvinnor och män intill 50 år. Kvinnor som blir sterila när de är 50 år eller däröver erhåller ingen ersättning. Vad gäller män i

åldern 50-65 år anges invaliditetsgraden till 15 procent (vid 50 år 34.500 kr och vid 65 år 22.400 kr) och i högre ålder till 5 procent (7.000 kr). Här-till kan komma viss olägenhetsersättning. Beloppet som sådant sänks dessutom som synes något med stigande ålder inom angivna åldersramar. Som exempel på ersättningens storlek kan nämnas att enligt de senaste tabellerna (1997) ersätts 30 procentig invaliditet hos en 16 - 25 åring med 110.000 kr. För personer under 16 år är beloppet höjt med tio procent. Ersättningen minskar sedan något med stigande ålder, vid 30 år 105.000 kr, vid 35 år 100.000 kr och vid 40 år 94.000 kr. För en 49-åring är ersättningen 84.100 kr, oberoende av kön.

Sedan den 1 januari 1997 gäller en särskild patientskadelag (1996:799). Dessförinnan gällde från 1975 en frivillig patientskadeförsäkring som hanterades av ett konsortium av några försäkringsbolag. Ersättningens storlek bedömdes i huvudsak enligt trafikskadenämndens praxis med vissa undantag under de förutsättningar som försäkringen i övrigt ställde upp för ersättningsgill skada. Patientskadelagen bygger vad gäller ersättningsnivå-erna som huvudregel på de skadeståndsrättsliga reglerna som såvitt avser t.ex. lyte och men och däribland medicinsk invaliditet i sin tur när det gäller ersättningsbeloppens storlek bygger på de tidigare nämnda schablo-nerna och tabellverken. Sedan 1997 handhas patientskadeersättningen avseende landstingen av företaget PSR AB (PSR Personskadereglering AB - ett av landstingsförbundet helägt försäkringsbolag, Skandia och Folksam delägt bolag).

Ersättning vid personskada enligt 5 kap 1 § skadeståndslagen omfattar som nu redovisats förutom sjukvårdskostnader och andra utgifter samt inkomstförlust till följd av skadan även det som allmänt benämns ideell skada dvs. svedda och värk, lyte och men samt olägenheter i övrigt.

Utanför begreppet personskada faller den s.k. kränkningserättningen enligt 1 kap 3 § skadeståndslagen som kan utges då det är fråga om ett lidande som någon tillfogar annan genom vissa uppräknade brott. Kränk-ningserättning omfattas inte av trafikskadenämndens praxis. Istället ut-formas denna ersättningspraxis av domstolarna i brottmål samt av Brottsoffermyndigheten.

Brottskadeersättning bestäms enligt skadeståndsrättsliga principer ofta genom domstolsavgörande. Brottsoffermyndigheten är inte bunden av ett domstolsavgörande men bestämmer i flertalet fall ersättning till samma belopp som domstolen. Samtidigt avgör brottsoffermyndigheten ett för-hållandevis stort antal fall och högsta domstolen har också i något fall hänvisat till myndighetens praxis vad gäller ersättningsnivån för kränkning (se NJA 1997 s. 315 - kränkningserättning vid mordförsök 100.000 kr).

I personskadefall använder Brottsoffermyndigheten, liksom domstolarna, Trafikskadenämndens hjälptabeller vid bestämmande av ersättning för sveda och värk, lyte och men och olägenheter i övrigt.

Vad gäller kränkingsersättningen har Brottsoffermyndigheten fastställt belopp för olika brottstyper. De högsta beloppen utgår av naturliga skäl vid särskilt allvarlig brottslighet. Således är normal ersättning vid våldtäkt 50.000 kr. För grova sexuella övergrepp mot barn utgår normalt 100.000 kr. Här har Högsta domstolens avgörande NJA 1992 s. 446 och 1997 s. 514 tjänat som vägledning. Det högsta belopp som getts ut för ett sexualbrott mot barn är 200.000 kr. Även vid andra allvarliga brott har betydande belopp utgått. Även här är högsta beloppet hittills 200.000 kr. Högsta domstolen har i ett fall (NJA 1995 s. 119) slagit fast att uppsåtligen överföra HIV:smitta till annan genom oskyddat samlag är grov misshandel. Brottsoffermyndigheten har i två sådana fall tillerkänt kvinnor ersättning med 150.000 kr vilket överensstämde med vad hovrätten utdömde i båda fallen.

5 Ersättning från staten av humanitära skäl

5.1 Steriliserade

Som framgår av direktiven s. 4 har regeringen sedan 1983 fram till 1996 gett ersättning av humanitära skäl (även benämnt av billighetsskäl, av nåd eller ex gratia) i några fall (17, inte 16 som anges i direktiven). Ersättningen har uppgått till mellan 40.000 kr och 60.000 kr. Med undantag av beloppet 60.000 kr motsvarar utbetalda belopp 50.000 kr i dagens penningvärde. Regeringens praxis har varit att ersättning getts ut i de fall där formella fel har kunnat konstaterats i handläggningen enligt då gällande lagstiftning. Av det skälet har regeringen under perioden 1983 till 1997 samtidigt avslagit begäran om ersättning i 21 fall. Utredningen har erhållit kopior av samtliga regeringsbeslut samt de remissyttranden från Socialstyrelsen som regeringen inhämtade under beredningen av ärendena. Utredningen tar i avsnitt 8.2.6 upp frågan om hur samtliga dessa fall skall hanteras i fortsättningen.

5.2 HIV-smittade

Ett annat exempel på sådan ersättning från statens sida är ersättningen till dem som smittats med HIV genom att de i samband med vård inom den allmänna hälso- och sjukvården erhållit blod eller andra former av blodprodukter som varit HIV-kontaminerad.

Cirka 200 personer smittades direkt eller indirekt på detta sätt. Dessa HIV-smittade, idag ett 70-tal, har vid flera tillfällen erhållit ersättning med för svenska förhållanden höga belopp, sammantaget över 750.000 kr var med vissa individuella variationer. Härtill kommer livräntor. Ersättning har utgått ur såväl patient- som läkemedelsförsäkringarna.

Också staten har vid ett par tillfällen av nåd betalat ut ersättning till samtliga drabbade, sammanlagt 260.000 kr. De beloppen ingår i det nyss angivna totalbeloppet.

I april 1997 träffades dessutom en överenskommelse mellan staten, Landstingsförbundet och Personskadereglering AB (PSR) om utbetalning av ersättning till nära anhöriga till dem som smittats av HIV genom åtgärder inom hälso- och sjukvården. För detta ändamål ställdes 20 miljoner kr till förfogande av vilket högst 100 000 kr skulle utbetalas till nära anhöriga till varje enskild HIV-smittad. Utbetalning skedde efter en ansökning till PSR som också fick i uppdrag att informera om möjligheten att ansöka om ersättning, utreda om de som ansöker om ersättning har rätt till sådan samt betala ut ersättningen. En särskild nämnd tillsattes till vilken enskilda kunde begära omprövning om de inte ville godta PSR:s beslut i ersättnings ärendena.

Arbetet med information och utbetalning av ersättning är nu avslutad. Enligt PSR:s slutrapport i juni 1998 betalades sammanlagt ut drygt 14,5 miljoner kr till 224 anhöriga. I nio fall ha man meddelat avslag. Nämnden har behandlat två ärenden och kan komma att få hantera ytterligare några fall. Resterande medel har betalats tillbaka till Socialdepartementet och Landstingsförbundet.

6 Några internationella jämförelser

6.1 Inledning

I detta avsnitt redovisar utredningen hur några länder hanterat frågan om ersättning till personer som steriliserats mot sin vilja. Det gäller såväl när steriliseringarna skett med särskilt lagstöd som i andra sammanhang. Här redovisar utredningen också några exempel på hur ersättning diskuterats i närliggande situationer. Det gäller *Norge*, *Danmark* och *Kanada*.

Utredningen kan i detta sammanhang också nämna att utredningen utöver redovisningen om förhållandena i nyss nämnda länder tagit del av en undersökning om steriliseringar i *Frankrike*, daterad i mars 1998 som utförts av den franska motsvarigheten till svenska Socialstyrelsen (Inspection Générale des Affaires Sociales, IGAS).

Utredningen har också tagit del av visst material angående steriliseringspolitiken i *Japan*.

Slutligen har utredningen nyligen erhållit material bl.a. från tyska finansministeriet angående steriliseringspolitik och ersättning till steriliserade i *Tyskland*. Utredningen har av tidsskäl inte haft möjlighet att i detalj redovisa det tyska materialet i detta betänkande. Helt kort kan dock nämnas att i Tyskland, ersättning vid flera tillfällen under 1980- och 1990-talen har betalats ut till personer som steriliserats i tvångsliknande situationer under åren 1933-1945. Ersättning har under åren 1980 till 1993 utgått som engångsbelopp (5.000 DM) i 12.833 fall och även som månatliga belopp (100-120 DM per månad) i 8.628 fall.

När det gäller senast nämnda länder (Frankrike, Japan och Tyskland) samt frågan om internationella jämförelser med särskild inriktning på steriliseringslagstiftningen i ett historiskt perspektiv återkommer utredningen till detta i slutbetänkandet.

6.2 Norge

6.2.1 Steriliserade

Det norska Sosial- og helsedepartementet tog hösten 1994 initiativ till ett forskningsprojekt om sterilisering av s.k. tattare under perioden 1934-1977. Projektet skall redovisa de faktiska förhållandena angående sterilisering av tattare men kommer också att ge information om tvångssterilisering av andra vilket ger underlag för om det finns behov av att närmare utreda situationen för andra grupper.

I detta sammanhang kan nämnas att när det gäller svenska förhållanden har tatarfrågan diskuterats bl.a. i Broberg/Tydéns bok *Oönskade i folkhemmet* s. 144-160. Utredningen kommer att belysa frågan ytterligare i slutbetänkandet. (Det gäller också frågan om eventuella steriliseringar av andra befolkningsgrupper som zigenare och samer.)

Enligt uppgift från det norska sosial- og helsedepartementet är det osäkert hur många tattare som blev steriliserade mot sin egen vilja, under hur lång tid en sådan praxis pågick och på vilken grund de blev steriliserade. För det första skall projektet ta upp motiven bakom 1920- och 30-talets krav om sterilisering av tattare, hur motiven tog form och hur länge de upprätthölls. Därefter skall man undersöka hur de omsattes i praktiken. Målet skall vara att fastslå hur många tattare som blev steriliserade efter lagens olika paragrafer och hur man motiverade steriliseringarna under skilda tider. Vidare skall projektet diskutera i vilken utsträckning tattare blev utsatta för en annan praxis än andra personer.

Projektet skall vara färdigt i december 1998. Norska Sosial- og helsedepartementet skall återkomma till saken när rapporten från forskningsprojektet föreligger och kommer i det sammanhanget också att bedöma frågan om eventuell ersättning till de personer som orättfärdigt blivit steriliserade.

6.2.2 Lobotomerade

År 1991 tillsattes i Norge en särskild utredning under ledning av höjsterettsdommer Ketil Lund för att kartlägga och värdera bruket av lobotomi i Norge med särskild vikt lagt på praxisen på Gaustad Sjukhus. Utredningen skulle kartlägga de faktiska förhållandena och omfattningen av bruket av lobotomi i Norge under perioden 1941-1990 såsom antalet utförda lobotomier och dödstalen. Utredningen skulle också värdera materialet och

bedöma huruvida det utifrån såväl den tiden som vår tid var fråga om god medicinsk praxis. Detta skulle även göras ur ett hälsorättsligt perspektiv. Internationella jämförelser skulle göras. Utredningen skulle inte bedöma om det begåtts straffbara handlingar av enskilda personer.

Utredningen lämnade sitt betänkande i juni 1992 (NOU 1992:25). Slutsatserna var kortfattat följande (s. 9-10).

Utredningen kritiserade främst det förhållandet att utvecklingen med lobotomioperationer fortsatte och omfånget steg utan att det togs tillräcklig hänsyn till den dödsrisk som patienterna utsattes för. Man ställde sig också undrande till att hälsomyndigheterna inte reagerade på den höga dödligheten. Man konstaterade att de starka reaktionerna idag mot lobotomi först och främst beror på att tvångsvården reser filosofiska, sociala och moraliska frågor av en annan kontroversiell karaktär än den somatiska vården. Dessa frågor ställs enligt utredningen på sin spets när det gäller psykiatri. Utredningen konstaterade även att antalet opererade patienter i Norge var högt i förhållande till folkmängden och långt högre än i England och i USA och åtskilligt högre än i Sverige. Tillsammans med Danmark syntes Norge ha intagit en särställning när det gällde bruket av lobotomi som behandlingsmetod.

Flera omständigheter gör enligt utredningen att det idag inte är lätt att förstå att lobotomi blev utvecklat till en standardbehandling som blev utövad under tvång och efterhand fick en betydande omfattning. Förklaringen kan bara sökas i att situationen då var annorlunda. De psykiatriska patienternas situation var präglad av en desperat brist på effektiva behandlingsmetoder vilket medförde att metoder som blev lanserade och som verkade verkningsfulla hade goda utsikter att få stor anslutning och okritiskt brukas. Utredningen hänvisade också till att patienterna som var sammanförda i överfyllda avdelningar syntes sakna utsikt till bättring samt att tidens hållning var auktoritär. Utredningen konstaterade att bruket av lobotomi varierade från land till land och från sjukhus till sjukhus. Tongivande personer hade stort inflytande särskilt i små homogena samhällen som det norska. Utredningen avslutade med att peka på att den viktigaste garantin mot en utveckling till olycklig praxis som i lobotomifallet är att systemet tillförs tillräckliga resurser och står under ständig övervakning genom samhällskritik och ett regelverk som säkrar rättssäkerheten. Samtidigt är det viktigt att systemet tillåter egenkontroll i form av intern kritik.

Utredningen föreslog inte att någon ekonomisk ersättning skulle ges till drabbade. Utredningen konstaterade endast att billighetsersättning hade getts ut i tre fall då behandlingen enligt en helhetsbedömning medfört att patienten kommit särdeles olyckligt ut från behandlingssituationen. En minoritet i utredningen ville föreslå ersättning under hänvisning till att lobotomi efteråt har blivit värderad som ett tragiskt felgrepp.

På grundval av utredningens förslag tillsattes en arbetsgrupp som föreslog riktlinjer för behandling av billighetsersättning för lobotomerade. Kriterierna för ersättning varierade efter under vilken av tre tidsperioder ingreppet hade företagits. I alla tre tidsperioderna föreslogs tre alternativa kriterier: Ovanliga diagnoser eller indikationer, kort behandlingstid eller bristande behandlingsförsök samt ung ålder.

Sedan såväl det norska justisdepartementet som det norska stortinget ansett att lobotomi var en så speciell behandlingsmetod att en generell ersättning borde erbjudas, tillsattes en interdepartemental arbetsgrupp för att utreda en sådan generell ersättning till lobotomerade.

Det norska stortinget beslutade därefter i juni 1996 att de som efter andra världskriget utsattes för lobotomi skulle få en engångsersättning på 100.000 NOK som skulle vara skattefri. Cirka 500 personer var då fortfarande i livet. Då lobotomi förr ansågs vara ett medicinskt försvarbart ingrepp ansågs den norska staten inte ha något juridiskt ansvar. Stortinget upprepade dock att lobotomiingreppet var en så speciell behandlingsmetod att ersättning på generella grunder borde erbjudas alla. Lobotomi ansågs föra till irreversibla behandlingsresultat och utfördes på personer under tvångsvård och med stor risk för följdskador och många döda.

6.2.3 Utredning om ersättning till strålskadade vid det norska Radiumhospitalet

Den norska helse- og sosialdepartementet tillsatte i juni 1997 en utredning angående strålskadade vid Radiumhospitalet. Utredningen skulle på grundval av allmänna ersättningsregler inklusive ansvarsgrunder och orsakssamband, värdera om staten är ersättningsskyldig för förluster som den enskilde patienten har haft som en följd av biverkningar efter strålskadbehandling mot bröstcancer med ett nytt behandlingsmönster av visst innehåll vid Radiumhospitalet under perioden 1975-1986 (behandlingsmönster 4.3 Gy x 10, Gy = Gray, målenhet för stråldoser, vilket innebar att man gav 10 stråldoser var och en på 4.3 Gy eller tillsammans 43 Gy). 1.496 personer behandlades med detta behandlingsmönster under åren 1975-1986.

Utredningen skulle vidare undersöka i vilken utsträckning enskilda patienter har krav på ersättning och beräkna den ekonomiska förlusten och eventuell menersättning. Om det under utredningens arbete uppkom fråga om en ersättning från statskassan av billighetsskäl skulle utredningen uttala sig om detta samt värdera eventuell standardiserad billighetsersättning.

Utredningen avslutade sitt arbete i april 1998 och överlämnade då ett förslag angående ersättningsfrågan, orsakssammanhang, preskription samt om billighetsersättning.

Utredningen konstaterade att det utifrån den tidens medicinska kunskap inte var oförsvarligt av Radiumhospitalet att börja behandlingen år 1975. Med hänsyn till bl.a. kunskaper som efterhand framkom i internationell medicinsk litteratur, avvecklingen av behandlingen vid andra sjukhus i Norden ansåg utredningen att behandlingen skulle varit avvecklad vid Radiumhospitalet senast 1983. Utredningen konstaterade att det var oäktsamt av sjukhuset på ett sådant sätt att det grundar rätt till ersättning under perioden 1983-1986. Utredningen föreslog med hänsyn till nödvändiga säkerhetsmarginaler att ersättning enligt den norska skadeståndslagens regler skall erbjudas till alla som blev behandlade från och med 1982 och att någon invändning om preskription inte skall göras från statens sida. Ersättningen skall omfatta ekonomisk förlust inklusive framtida förluster samt ersättning för men.

Någon grund för ett objektivet (strikt) ersättningsansvar för staten fann inte utredningen men föreslog en ersättning av billighetsskäl även för patienter under perioden 1975-1981. Vid fastställande av den ersättningen föreslog utredningen att man skall utgå från ersättningen för men enligt skadeståndslagens regler. Utredningen föreslog att billighetsersättningen beräknas på samma skadeståndsrättsliga grunder som för dem som skulle ges ersättning under perioden 1982-1986. Ersättningen skulle, beroende av ålder och skadeomfattning, ge mellan 50.000 och 250.000 NOK. Det avsåg de kvinnor som hade registrerade biverkningar med en medicinsk invaliditet på mellan 15 och 54 procent. Utredningen diskuterade även en ersättning lika för alla men stannade för en individuell ersättning utifrån främst medicinsk invaliditet i det enskilda fallet eftersom skadorna varierade så mycket.

Utredningens förslag behandlas alltså inom det norska regeringskansliet.

6.3 Danmark

6.3.1 Inledning

Såvitt utredningen känner till har frågan om ersättning till tvångssteriliserade inte varit föremål för någon offentlig utredning i Danmark. Däremot förekommer forskning på området. Utredningen återkommer i slutbetänkandet till redovisning av sådan forskning.

6.3.2 Danska Højesterets dom 20 september 1989

Danska Højesteret (motsvarar Högsta domstolen i Sverige) har i ett fall år 1989 behandlat frågan om ersättning till en person som steriliserats inom hälso- och sjukvården i Danmark.

Saken gällde en då 21-årig kvinna som år 1977 genomgick en kejsarsnittsoperation. Under operationen uppstod blödningskomplikationer, varför överläkaren genomförde ett steriliseringsingrepp genom att skära av patientens äggledare då han ansåg att patienten inte borde bli gravid under några år. Steriliseringsingreppet företogs utan patientens samtycke och kunde utan risk ha undvarits. Överläkaren befanns ha handlat rättsstridigt genom att genomföra steriliseringen. Patienten ansågs ha varit utsatt för en sådan kränkning att hon var berättigad till ersättning. Överläkaren och amtskommunen (landstinget) förklarades skyldiga att solidariskt betala patienten en gottgörelse med 100.000 DKR.

6.4 Kanada - provinsen Alberta

6.4.1 Inledning

Utredningen har kunnat konstatera att under åren 1928 till 1972 det i provinsen Alberta i Kanada existerade en steriliseringslagstiftning som på flera punkter motsvarade den svenska. Enligt vad utredningen känner till reglerade lagstiftningen (The Sexual Sterilization Act) sterilisering av personer som skrevs ut från sinnessjukhus och byggde på eugenisk grund (se Caulfield, T. och Robertson G., *Eugenic Policies in Alberta:- From the systematic to the systemic?*, Alberta Law Review 1996 Vol XXXV, No 1

s. 59-79). Samtycke krävdes som huvudregel, antingen av den som skulle bli steriliserad eller av anhöriga, förmyndare etc., om den enskilde saknade rättskapacitet eller förmåga att lämna ett giltigt samtycke. Det krävdes dock inte något samtycke av mentalt störda personer (mentally defective persons). En särskild nämnd beslutade om tillstånd till sterilisering ("The Eugenetic Board"). Nämnden handlade under de år lagen var i kraft 4.725 ärenden om sterilisering varav 2.822 genomfördes. Många av dessa fall var barn som inte nått puberteten. Lagstiftningen var påverkad av den eugeniska rörelsen och lagstiftningen i USA.

Utredningen har tagit del av ett rättsfall från en domstol i provinsen Alberta vilket kortfattat redovisas i följande avsnitt. Med anledning av avgörandet lade Albertas provinsregering under år 1998 fram ett lagförslag argående ekonomisk ersättning till steriliserade i provinsen som dock efter kraftiga protester återtogs. Efter det rättsliga avgörandet har Albertas provinsregering träffat ekonomisk överenskommelse med 540 steriliserade. Lagförslaget och något om dessa överenskommelser redovisas också kortfattat i följande avsnitt.

6.4.2 Rättsfallet Muir v. Alberta (1996)

Fallet avser en kvinna född år 1944 som blev steriliserad år 1959. Hon sattes år 1955 i en särskild skola för mentalt efterblivna (the Provincial Training School for Mental Defectives at Red Deer) vilken hon lämnade först vid 21 års ålder år 1965. Hon blev, enligt domstolen, felaktigt diagnosticerad som debil (moron) med höggradig mental defekt, varför intagningen på skolan enligt domstolen var felaktig. Grunden för sterilisering var fara för att hon skulle föra den mentala störningen vidare samt oförmåga till intelligent föräldraskap. Även grunden för steriliseringen var enligt domstolen felaktig.

Domstolen förklarade i sammanfattning av domen bl.a. följande i fri översättning.

- (1) År 1959 steriliserade provinsen felaktigt fröken Muir genom kirurgiskt ingrepp och erkänner nu sin skyldighet att betala ersättning till henne. Emellertid har provinsen överlämnat till domstolen att bestämma hur mycket provinsen skall betala. Steriliseringen var irreversibel; fröken Muir uppgifter stöds av oberoende bevis och leder till slutsatsen att de fysiska och psykiska skadorna var katastrofala för fröken Muir. Dessa skador har förföljt fröken Muir sedan hon blev medveten om vad som hade hänt med henne, ända fram till dess hon till fullo förstod konsekvenserna av ingreppet. Hennes lidande kvar-

står även idag och kommer att så göra långt in i framtiden. Domstolen förpliktar provinsen att betala maximal ersättning enligt lagen för sveda och värk (pain and suffering) på grund av steriliseringen; 250.280 CAD från september 1985 då talan väcktes i målet.

(2) Skadorna orsakade av steriliseringen försvåras av den närliggande och felaktiga stigmatiseringen av fröken Muir som debil, en högradigt mental defekt. Detta stigmata har hela tiden förödmjukat/förnedrat fröken Muir, i hennes relation till familj och vänner och till arbetsgivare och har märkt henne ända sedan hon togs in på skolan (nämnd ovan) den 12 juli 1955 vid tio års ålder. På grund av denna förödmjukande kategorisering och behandling skall provinsen betala henne 125.000 CAD i skadestånd med försvårande omständigheter (aggravated damages).

(3) Omständigheterna kring fröken Muirs sterilisering var så godtyckliga/egenmäktiga och gjordes i en atmosfär som så lite respekterade fröken Muirs mänskliga värdighet att samhällets och domstolens anständighetskänsla är kränkt. Om det inte fanns några andra omständigheter skulle domstolen ha förpliktat provinsen att betala full ersättning i straffskadestånd (punitive damages) till fröken Muir; inte för att kompensera henne för de skador som hon åsamkats, men mer som ett straff mot provinsen med 250.000 CAD. Emellertid finns det i detta fall två skäl varför sådan ersättning inte krävs. För det första har ett stort belopp utdömts i skadestånd för försvårande omständigheter. För det andra har provinsen frivilligt avstått från vad som skulle ha varit ett fullständigt svaromål mot fröken Muirs stämning: Fröken Muir påbörjade inte sin process tidigt nog. Hade provinsen använt denna invändning - som kallas talepreskription (limitations of action defence) - hade det satt stopp för fröken Muirs talan. Effekten av detta val att avstå från detta försvar är mer än att jämställa med en ursäkt - det innebär ett verkligt försök att ställa saker tillrätta. Som en ledande princip; myndighetsursäkter och initiativ av detta slag för att gottgöra historiska felaktigheter skall uppmuntras: att straffa regeringar för deras historiska uppförande skulle ha den motsatta effekten.

(4) Fröken Muir intogs på skolan den 12 juli 1955 vid tio års ålder. Hon lämnade skolan, utan att ha blivit utskriven/frigiven, och mot skoladministrationens råd, när hon var närmare 21 år gammal, i mars 1965. Domstolen finner att fröken Muir var oriktigt instängd under detta årtionde. Denna typ av inspärning som fröken Muir blev ett offer för resulterade i flera förödmjukelser (travesties) på hennes unga person: frihetsberövande, förlorat gott rykte, avsaknad av livsnöjen, avsaknad av normala utvecklingserfarenheter, brist på civila rättigheter, förödmjukelse och skam/vanära; sveda och värk; avsaknad av

kontakter med familj och vänner, offer för institutionsdisciplin. Domstolen tillerkänner henne 250.000 CAD för de skador som är förbundna med inspärningen,

(5) Fröken Muirs talan innefattar även krav på skadestånd för försvårande omständigheter (aggravated damages) med 125.000 CAD i anslutning till inspärningen(---) Dessa försvårande omständigheter har redan tagits med i beräkningen när skadestånd för försvårande omständigheter i samband med steriliseringen döms ut. Inget skadestånd för försvårande omständigheter vid inspärningen bifalls eftersom det skulle innebära en dubblering av den tidigare bifallna ersättning.

(6) Fröken Muir krävde också ersättning för att regeringen, under den tid hon var intagen på skolan, misslyckades att ge henne den utbildning och träning som hon i annat fall skulle ha fått. Eftersom hon hade möjlighet att erhålla viss utbildning (mer än "grade 5 education") har hon enligt domstolen inte lyckats att visa att hon har fått eller kommer att få, sämre förutsättningar till arbete som ett resultat av provinsens åtgärder mot henne, än hon skulle haft om hon hade förblivit utanför institutionen. Av den anledningen kan inte denna punkt bifallas.

I anledning av bl.a. ovan refererade rättsfall utarbetade Albertas provinsregering ett förslag till särskild lagstiftning om ersättning vid steriliseringar och interneringar genom offentliga institutioner. (Institutional Confinement and Sexual Sterilization Compensation Act). Förslaget innebar bl.a. en begränsning av ersättningsanspråket till 150.000 CAD för steriliseringar som genomförts med stöd av vissa äldre lagar, däribland The Sexual Sterilization Act. Enligt uppgift har förslaget dragits tillbaka då det mötte alltför stort folkligt motstånd.

Närmare 800 steriliserade har väckt talan eller avser att väcka talan mot provinsregeringen för att de blivit steriliserade mot sin vilja. Av dessa har Albertas provinsregering under år 1998 hittills träffat överenskommelse med 540 steriliserade om en ekonomisk ersättning. Den innebär att var och en erhåller 75.000 CAD i ersättning och ytterligare 25.000 CAD efter tre år om de då inte längre bor på sjukhus eller någon institution. Större delen av dem som begärt ersättning steriliserades på den institution som fröken Muir levde på, numera benämnd the Red Deer's Michener Centre. Cirka 250 fall återstår alltså att reglera.

6.5 Vissa internationella konventioner m.m.

6.5.1 Inledning

Under den tid 1934 och 1941 års steriliseringslagar var tillämpliga, dvs. fram till och med 1975, anslöt sig Sverige till flera internationella instrument som tillkommit för att skydda mänskliga rättigheter. Det gäller t.ex. FN:s universella deklaration om de mänskliga rättigheterna 1948 (FN-deklarationen) med därtill knutna konventioner och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna 1950 (Europakonventionen). Utredningen anser det lämpligt att här kortfattat redovisa dessa och andra konventioner som kan ha varit tillämpliga på den svenska steriliseringslagstiftningen under den angivna tiden.

Den följande redovisningen av FN-deklarationen och FN-konventioner samt Europakonventionen har främst hämtats från Hans Danelius, *Mänskliga rättigheter*, Nordstedts Juridik, 1993. En särskild genomgång av artiklarna i främst FN-deklarationen och Europakonventionen med särskild inriktning på sterilisering har på utredningens uppdrag gjorts av adjungerade professorn Gudmundur Alfredsson (Raoul Wallenberg Institute of Human Rights and Humanitarian Law i Lund). Redovisningen i avsnitt 6.5.4 bygger delvis på den genomgången.

6.5.2 FN:s universella deklaration om de mänskliga rättigheterna

Deklarationen antogs den 10 december 1948 och innehåller 30 artiklar. I dessa räknas de grundläggande fri- och rättigheter upp. Tanken var att deklarationen skulle följas av en bindande konvention om dessa rättigheter samt särskilda verkställighetsbestämmelser. Själva deklarationen är nämligen inte juridiskt bindande för staterna. Under 1950-talet arbetade FN:s kommission för de mänskliga rättigheterna med två sådana konventioner, en om medborgerliga och politiska rättigheter och en om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Båda antogs den 16 december 1966 och trädde i kraft 1976. Europakonventionen var en förebild vid utarbetandet av FN-konventionen om de medborgerliga och politiska rättigheterna.

En förutsättning för att FN-konventionerna skall vara effektiva är att staternas efterlevnad av dem kan kontrolleras. För konventionen om de medborgerliga och politiska rättigheterna har ett särskilt organ upprättats,

kommittén för de mänskliga rättigheterna (*Human Rights Committee*). Kommittén började sin verksamhet 1977.

Konventionen innehåller inte några bestämmelser om den enskilda klagorätten. Istället har ett fakultativt protokoll utarbetats med sådana bestämmelser. Genom att tillträda protokollet medger en stat att enskilda personers klagomål över att denna stat kränkt deras genom konventionen garanterade fri- och rättigheter prövas av kommittén. Sverige tillträdde protokollet 1976. Behörig att väcka talan hos kommittén är enligt huvudregeln den som påstår sig själv ha blivit utsatt för en kränkning av någon av de i konventionen garanterade rättigheterna. En kränkning som ägt rum innan konventionen trädde i kraft för en stat kan inte prövas om kränkningen inte alltjämt pågick därefter. Alla tillgängliga nationella rättsmedel måste vara uttömda innan talan får väckas.

En fråga som är under prövning av annat mellanstatligt organ t.ex. Europakommissionen för de mänskliga rättigheterna får inte tas upp. Flertalet Europarådsstater, däribland Sverige, har dessutom i samband med ratificeringen av det fakultativa protokollet reserverat sig på så sätt att de inte godtar kommitténs behörighet att pröva klagomål som *tidigare* varit föremål för prövning av annat mellanstatligt organ t.ex. Europakommissionen och Europadomstolen.

Kommitténs prövning utmynnar visserligen inte i något bindande beslut utan i synpunkter (views) men har dock stor tyngd som moraliskt förpliktande. I dessa kan kommittén för konstaterade kränkningar föreslå åtgärder såsom särskild lagstiftning men även förslag om att betala skadestånd.

Utöver nämnda bestämmelser finns andra FN-deklarationer eller konventioner av intresse i sammanhanget.

År 1971 tillkom FN:s deklaration om rättigheter för mentalt handikappade/psykiskt utvecklingsstörda och år 1975 FN:s deklaration om rättigheter för handikappade. Ett annat exempel är FN:s generalförsamlings resolution den 17 december 1991 (46/119) om "Principles for protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care". I principle 11 p. 12 anges "Sterilization shall never be carried out as a treatment for mental illness".

En FN-deklaration om avskaffande av diskriminering av kvinnor kom till stånd år 1967. Ovannämnda deklarationer är inte juridiskt bindande för staterna.

Det finns en FN-konvention om avskaffande av alla former av rasdiskriminering från 1965 och en FN-konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor från 1979. I detta sammanhang skall också nämnas FN:s deklaration om tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning som åtföljts av en FN-konvention i samma ämne vilken trädde i kraft 1987. En särskild deklaration om barnets

rättigheter antogs 1959 och följdes 1989 av en konvention som för Sveriges del började gälla i september 1990 (Barnkonventionen). I den konventionen finns förpliktelser för staterna att ge barnet erforderligt skydd.

De nämnda konventionerna tillkom som synes efter år 1975 då 1941 års steriliseringslag upphävdes.

6.5.3 Den europeiska konventionen angående de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna

Europakonventionen utarbetades inom Europarådet och undertecknades den 4 november 1950. Av de rättigheter som omfattas av FN-deklarationen återfinns i Europakonventionen de medborgerliga och politiska rättigheterna, däremot inte de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. Konventionen har kompletterats med elva tilläggsprotokoll varav fyra innehåller nya materiella rättigheter. Europakonventionen ratificerades av Sverige den 4 februari 1952 och trädde i kraft den 3 september 1953.

Konventionens efterlevnad har genom åren kontrollerats av två organ, den europeiska kommissionen för de mänskliga rättigheterna (Europakommissionen) och den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen). Från och med november 1998 ersattes Europakommissionen och Europadomstolen med ett gemensamt organ - en ny Europadomstol. Den skall på heltid avgöra mål enligt Europakonventionen. Reglerna om den nya Europadomstolen finns i ett nytt tilläggsprotokoll till Europakonventionen (nr 11). Protokollet har införlivats med svensk rätt från samma tidpunkt.

Europakonventionen är sedan den 1 januari 1995 genom en särskild lag (1994:1219) inkorporerad i svensk rätt. Dessförinnan var den inte direkt tillämplig svensk lag även om Högsta domstolen och Regeringsrätten genom åren i allt högre utsträckning tagit hänsyn till Europakonventionens krav och Europadomstolens avgöranden.

Inför Europakommissionen anhängiggjordes två typer av mål, mellanstatliga och enskilda. I denna text berörs endast de enskilda målen. Endast de stater som genom särskild förklaring godkänt Europakommissionens behörighet att ta emot enskildas klagomål är bundna av reglerna, däribland Sverige. Samma gäller nu för den nya Europadomstolens behörighet. En förutsättning för prövning är att de inhemska rättsmedlen uttömts. Dessutom skall ett mål anhängiggöras inom sex månader efter att slutligt beslut meddelats i det nationella rättssystemet. Ett ärende som gäller förhållanden som inträffat före det Europakonventionen blivit förpliktande för en stat kan inte prövas.

Europadomstolen har möjlighet att utdöma skadestånd (skälig gottgörelse, art 50) till förfördelad part. Det förutsätter att ett beslut eller åtgärd av en rättslig myndighet eller annan myndighet helt eller delvis står i strid mot konventionens förpliktelser och den inhemska rätten medger att gottgörelse inte alls eller endast till viss del lämnas för beslutets eller åtgärdens verkningar. Ersättningen kan innefatta gottgörelse för såväl ekonomisk som ideell skada som för rättegångskostnader. Ersättning för ideell skada kan jämfört med vad som gäller enligt svensk skadeståndsrätt utdömas med mycket höga belopp (jfr Karnov 1998/99 s 67 not 79 med hänvisningar till rättsfall).

I litteraturen finns mer generella redovisningar och diskussioner om ersättning, se bl.a. hos Theo van Boven, *Study on the Right to Restitution, Compensation and Rehabilitation for Victims of Gross Violations of Human Rights* (UN document E/CN.4/-sub.2/1993/8, jfr FN-kommissionen om mänskliga rättigheter dokument E/CN.4/19-97/-104 samt P. van Dijk och G.J.H van Hoof *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*, Deventer; Kluwer, tredje uppl, 1998).

6.5.4 Mänskliga rättigheter och sterilisering

I detta avsnitt har utredningen gjort en provisorisk lista på regler om mänskliga rättigheter på det internationella planet som skulle kunna vara tillämpliga på den tidigare steriliseringslagstiftningen i Sverige och den administrativa praxis som utvecklades kring steriliseringarna. Genomgången är översiktlig och närmast avsedd att identifiera vilka regler som kan vara relevanta. I det följande har ämnesområdena tagits upp alfabetiskt. För varje ämne bör läsaren ha i åtanke tidsaspekten dvs. när internationella bestämmelser ratificerades och när de trädde i kraft som internationell förpliktelse i allmänhet och för Sverige i synnerhet. Reglerna kan ha existerat redan tidigare som internationell sedvänja eller allmänna principer.

Det är också viktigt att påpeka att innebörden i och tolkningen av Europakonventionens artiklar, vilka är de bestämmelser som torde ha störst betydelse i detta sammanhang, sker genom Europadomstolens praxis. Med andra ord kan man inte med säkerhet säga att en nationell lagreglering eller praxis strider mot eller har stridit mot Europakonventionen innan Europadomstolen konstaterat detta. Litteraturen kring Europakonventionen och Europadomstolens domar har med åren också blivit riklig, se bl.a. Hans Danelius, *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis - En kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*, Norstedts Juridik, 1997.

En tolkning utan uttryckligt stöd i en dom från Europadomstolen kan bli särskilt svår att göra när det gäller lagstiftning eller administrativ praxis som ligger långt tillbaks i tiden och speciellt när det gäller regleringar som existerade såväl före som efter konventionens tillkomst.

I detta sammanhang bör också upprepas att ett anhängiggörande av ett mål till Europakommissionen skulle ha skett inom sex månader från att de nationella rättsmedlen uttömts dvs. sedan ett slutligt beslut meddelats enligt nationell rätt. Det talar mot att ett påstående idag om att det under åren 1953 - 1975 förekommit brott mot Europakonventionen vid beslut eller åtgärder med tillämpning av 1941 års steriliseringslag nu skulle kunna tas upp till prövning. Ett alternativ skulle vara att åtgärden eller beslutet skulle betraktas som en bestående eller fortlöpande kränkning mot den enskilde vilket i så fall skulle kunna innebära att talerätten inte var förlo-rad. Huruvida genomförande av en steriliseringsåtgärd med stöd av dåva-rande steriliseringslagstiftning av Europadomstolen skulle betraktas som en sådan bestående eller fortlöpande kränkning i Europakonventionens mening är oklart.

6.5.5 Exempel på regler om mänskliga rättigheter som kan ha haft betydelse vid sterilisering med stöd av 1934 och 1941 års steriliserings-lagar

Barnets rättigheter:

Om en steriliserad faller under åldersgränsen (18 år) för FN:s deklaration 1959 om barns rättigheter och 1989 års barnkonvention kan barnets rätt såsom respekten för barnets bästa och välbefinnande ha blivit åsidosatt.

Effektiva rättsmedel:

Regleras bl.a. i artikel 2 i FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och i art 13 i Europakonventionen. Enligt dessa har envar rätt till verksam hjälp från landets myndigheter mot handlingar som kränker de grundläggande rättigheter som tillkommer honom eller henne enligt lag och författning.

Erkännande som person i lagens mening:

Denna fråga regleras i artikel 6 i FN-deklarationen och artikel 16 i FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter. Enligt dessa har envar rätt att överallt erkännas som en person i lagens mening. Det inkluderar rätten till lagskydd i olika bemärkelser.

Familj, privatliv och rykte:

Frågor rörande familjen regleras i flera bestämmelser såsom artikel 12 och 16 i FN-deklarationen, artikel 10 i FN-konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, artikel 17 och 23 i FN-konventionen om civila och politiska rättigheter och artikel 8 och 12 i Europakonventionen. Godtyckliga och utomrättsliga inblandningar eller intrång i dessa rättigheter är konventionsstridiga. För intrång i rättigheterna krävs lagstöd. Rätten att bilda familj skall vara lika för alla. Om någon av dessa rättigheter begränsas eller förnekas måste ett eller flera verkningsfulla rättsmedel finnas och respekteras.

Folkmord:

1948 års konvention om förebyggande och bestraffning av brottet folkmord (artikel II d.) kan vara relevant om steriliseringslagstiftningen avsågs att användas för att utrota etniska och rasgrupper som helhet eller delar av. Det gäller t.ex. om lagstiftningen användes i detta syfte mot romer (zigenare) eller samer. Man kan här angående tidigare regleringar göra jämförelser med Nürnberg- och Tokyorättegångarna.

Frihet och säkerhet till person:

Dessa regler finns i bl.a i artikel 3 i FN-deklarationen, artikel 9 och 10 i FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och artikel 5 i Europakonventionen. Den fysiska säkerheten och integriteten för personer och grupper är ett exempel; dessutom, om sterilisering av person skedde för att han eller hon skulle bli frigiven, är inte endast dessa regler inblandade utan kan också reglerna om förbudet mot godtycklighet och förbudet mot grym, omänsklig och förnedrande behandling bli tillämpliga, jfr t.ex. artikel 3 i Europakonventionen.

Förföljelse:

Artikel 14 i FN-deklarationen reglerar rätten att söka och erhålla skydd från förföljelse (numer ofta angående flyktingar). Idag skulle man kunna argumentera för att en officiell steriliseringspolitik som används mot olika sociala, etniska eller kulturella grupper i samhället skulle kunna jämföras med sådan förföljelse. Paralleller skulle kunna dras med den nuvarande debatten om kvinnlig omskärelse.

Handikappades/Utvecklingsstördas rättigheter:

Det är ingen tvekan om att utvecklingsstörda omfattas av samma rättigheter och icke-diskriminerande bestämmelser i huvuddelen av de internationella reglerna, inklusive alla mänskliga rättigheter, även när de inte uttryckligen nämner utvecklingsstörning som en grund när diskriminering är förbjuden. Härutöver finns några bestämmelser som uttryckligen tar upp utvecklingsstördas rättigheter, och som täcker både fysiska och mentala handikapp. Det gäller 1971 års FN-deklaration om rättigheter för mentalt handikappade/psykiskt utvecklingsstörda personer (Declaration of the Rights of Mentally Retarded Persons) och 1975 års FN-deklaration om rättigheter för handikappade personer (Declaration of the Rights of Disabled Persons). Ett annat exempel är den tidigare nämnda resolutionen av FN:s generalförsamling den 17 december 1991 (46/119) om "Principles for protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care". I princip 11 p. 12 anges "Sterilization shall never be carried out as a treatment for mental illness".

Angående litteratur se Leandro Despouy, Argentina, Special Rapporteur of Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, *Study on Human Rights and Disabled Persons*, UN Human Rights Study Series No 6, New York 1993 (E.92.-XIV.4).

Ickediskriminering:

Förbudet mot diskriminering är en grundläggande regel bland de mänskliga rättigheterna, se t.ex. 1 och 55 artikeln i FN-stadgan, artikel 2 och 7 i FN-deklarationen, artikel 2 i FN-konventionen om mänskliga rättigheter, artikel 14 i Europakonventionen. Det gäller även konventionerna om rasdiskriminering och diskriminering av kvinnor. Enligt dessa är diskriminering förbjuden p.g.a. ras, hudfärg, kön, etniskt ursprung, födelse, religion eller sociala skäl. Steriliseringslagstiftningen kan ha använts på ett sätt som brutit mot någon av dessa icke-diskriminerande regler.

Kvinnors rättigheter:

FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor är från 1979. Om steriliseringslagstiftningen mer frekvent användes på kvinnor än på män kan även de tidigare nämnda reglerna om mänskliga rättigheter rörande likabehandling, ickediskriminering (antingen som en individuell rättighet eller som en diskriminering av rätten att erhålla vissa rättigheter) och lika skydd under lagen ha blivit åsidosatt.

Lika rättigheter:

Enligt artikel 1 i FN-deklarationen om de mänskliga rättigheterna från 1948 är vi alla födda fria och lika i värde och rättigheter. Genom andra artiklar t.ex. artikel 7 i FN-deklarationen och artikel 26 i FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (och motsvarande regler i Europakonventionen) gäller likhet inför lagen och samma skydd av lagen. Dessa bestämmelser har betydelse också för frågan om sterilisering (jfr även handikappades/utvecklingsstördas rättigheter, kvinnors rättigheter och minoritetsrättigheter).

Medicinetik:

1982 års FN principer för medicinsk etik för hälso- och sjukvårdspersonal etc. kan nämnas i detta sammanhang. En sammanställning av etiska regler för läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal kommer att publiceras av Raoul Wallenberginstitutet under hösten 1999.

Minoritetsrättigheter:

Om steriliseringslagstiftningen frekvent eller oproportionerligt användes mot minoritetsgrupper kan olika regler om mänskliga rättigheter ha åsidosatts t.ex. rörande folkmord, värde och likhet, lika behandling under lagarna, icke-diskriminerande både vad gäller individer och grupper.

Omänsklig eller förnedrande behandling:

Flera regler pekar ut omänsklig eller förnedrande behandling. Det gäller artikel 5 i FN-deklarationen, artikel 7 i FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och artikel 3 i Europakonventionen. Till vissa

delar definieras begreppen i 1975 års FN-deklaration och 1984 års konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. De nämnda bestämmelserna gäller personer under frihetsberövande, på sjukhus eller någon annanstans, även om denna vistelse skett under en mycket kort period, men skyddet kan utsträckas utanför frihetsberövandet. Enligt rättsfall får ingen utan sin fria vilja utsättas för medicinsk eller vetenskapliga experiment. Europadomstolen har angett att grova förödmjukelser och angrepp på den mänskliga värdigheten kan medföra förnedrande behandling. Begreppen har använts extensivt i internationella sammanhang.

7 Närmare om utredningens kartläggning

7.1 Inledning

Enligt direktiven skall utredningen förutom att göra en historisk belysning och lämna ett förslag till ekonomisk ersättning också göra en kartläggning av hur omfattande steriliseringsverksamheten var och på vilka indikationer steriliseringarna utfördes.

I direktiven har kartläggningsuppdraget uttryckts på följande sätt.

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

Enligt utredningens mening är det angeläget att även jämföra resultaten av en sådan kartläggning med hur det var i andra länder. Utredningen avser därför att om möjligt återkomma med sådana jämförelser i slutbetänkandet.

Som utredningen angett i avsnitt 2 omfattade 1934 års steriliseringslag enbart personer som bedömdes sakna förmåga att lämna samtycke till sterilisering - de rättsinkapabla. Lagen gav med andra ord förutsättningarna för att kunna sterilisera personer som saknade insikt i eller inte förstod steriliseringsbegreppets innebörd. Lagen reglerade inte frågan om sterilisering på den enskildes egen begäran eller efter dennes samtycke, vare sig när det gällde sterilisering av friska individer eller av sinnesslöa eller andra sjuka som förstod ingreppets innebörd.

Genom 1941 års steriliseringslag reglerades i princip alla steriliseringar som inte var medicinska dvs. även de som genomfördes efter den enskildes egen begäran eller samtycke. I 1941 års lag angavs de tre grunder eller indi-

kationer som skulle gälla för lagens tillämpning (eugenisk, social och medicinsk). Tillstånd för sterilisering krävdes som huvudregel av medicinalstyrelsen. I bilagor till detta betänkande finns 1934 och 1941 års steriliseringslagar (bilaga 2 och 3), kungörelser till lagarna (bilaga 4 och 5) samt medicinalstyrelsens råd och anvisningar rörande tillämpningen av steriliseringslagarna och 1938 års abortlag (bilaga 6 till 8).

7.2 Några metodologiska överväganden

För att kunna besvara direktivens frågeställningar vad gäller kartläggningen har utredningen valt följande tillvägagångssätt.

- 1 En aktgenomgång av steriliseringsansökningar, protokoll, steriliseringsbe rättelser etc. arkiverade på Riksarkivet och Socialstyrelsen
- 2 En genomgång av relevant medicinsk litteratur från 1930-talet fram till 1970-talet, särskilt vetenskapliga avhandlingar i rasbiologi, psykiatri/barnpsykiatri, neurologi, socialmedicin etc. för att bedöma hur dessa avhandlingar stödjer/tar avstånd från den ursprungliga rasbiologiska inställningen till sterilisering.
- 3 Studier av tillgängligt forskningsmaterial avseende samma eller liknande material samt kontakter med forskare på området.
- 4 Studier av de brev som kommit utredningen tillhanda från personer som steriliserats och nu begär ersättning samt intervjuer med några av dessa personer.
- 5 Intervjuer med personer verksamma under den berörda tiden (läkare, institutionspersonal, kuratorer och andra aktörer).

Utredningens slutsatser på grundval av nämnda undersökningar kommer att redovisas i utredningens slutbetänkande till sommaren 1999. Utredningen vill dock redan nu helt kort redovisa hur aktgenomgången genomförs och hur den statistiska bearbetningen av olika akter är upplagd.

Själva aktgenomgången är kvantitativ till sin karaktär, vilket innebär en begränsning i förståelse av tillämpningsprocessen. Aktmaterialet avspeglar dessutom i huvudsak intygsgivarens perspektiv i mötet med den "sökande". Hänsyn kommer att tas till detta i tolkningen av det kvantitativa resultatet. (Med sökande menar utredningen den som skall steriliseras. Utredningen har här satt sökande inom citationstecken för att markera att det inte alltid är den som steriliseringen avser som är den som är aktiv angående sterilisering.)

7.3 Urvalsförfarande m.m.

Utredningen har valt att göra ett samplingsförfarande (stickprovsundersökning) av ansökningsakter från perioden 1935-1975.

På Riksarkivet och Socialstyrelsen finns cirka 70.000 ansökningsakter från tiden 1935 till 1975 bevarade ("Ansökan om sterilisering"). Av dessa innehåller cirka 7.000 avslagsbeslut. Omkring 63.000 steriliseringar genomfördes enligt en eller flera av de tidigare nämnda indikationerna. Utredningens urval består av 2.200 akter omfattande samtliga 15:e födda. Valet av 15:e födda beror på att det är möjligt att statistiskt jämföra dessa personer med data för hela svenska befolkningen, insamlade av Statistiska Centralbyrån.

Det är i detta sammanhang viktigt att påpeka att utredningen i maj 1998 fått Datainspektionens tillstånd att föra ett s.k. personregister i syfte att sammanställa uppgifter för att kartlägga tillämpningen av svensk steriliseringspolitik under åren 1935-1975. För att utredningen skall få tillgång till relevant material har dessutom Regeringen i beslut i januari 1998 med stöd av 14 kap 8 § sekretesslagen förordnat att sekretess till skydd för enskilds personliga förhållanden *inte* skall gälla gentemot utredningen i samband med insamlande av uppgifter i bl.a. ansökningshandlingar hos dåvarande medicinalstyrelsen. För att sekretesskydda de uppgifter utredningen samlar in på detta sätt har Regeringen också genom ändring i 3 § sekretessförordningen från den 1 mars 1998 förordnat att angående de undersökningar som nu nämnts, sekretess skall gälla hos utredningen för de uppgifter som avser enskilds personliga förhållanden och som kan hänföras till den enskilde.

Pilotstudie

För att bedöma akternas innehåll och möjlighet att få fram relevanta data har utredningen gjort en pilotundersökning. Från de 15:e föddas akter valdes slumpmässigt ut 97 stycken. Med utgångspunkt från formuläret "Ansökan om sterilisering" arbetades fram ett protokoll som testades på pilotmaterialet. De 97 akterna granskades avseende "den sökandes" kön, ålder, vistelse på institution (tidigare och vid tiden för ansökan), egna barn, civilstånd, graviditet och eventuell abortansökan, ärftlighet avseende somatisk eller psykisk sjukdom, asocialitet, begåvning mätt med intelligenstest, socialgruppstillhörighet, "sökandens" egen psykiska/somatiska hälsa samt förekomsten av eventuell egen underskrift på ansökan. Det visade sig möjligt att använda dessa variabler, även om ansökningsakternas kvalitet i fråga om uppgiftsmängden varierar starkt. Med hjälp av resultat från pilotundersökningen

kalibrerades ett inmatningsformulär, möjligt att använda för statistisk bearbetning.

Aktinnehållet

Ansökningsakterna består av standardiserade formulär, ett för 1934 års lag, ett för 1941 års lag samt en reviderad version av sistnämnda från 1960. Samtliga ansökningsakter innehåller två till tre bilagor: intyg I och II under 1934 års lag samt bilaga I, II och III under 1941 års lag. Bilaga I omfattar själva ansökan. Bilaga II utgjordes främst av uppgifter lämnade av anförvanter eller andra. Bilaga III utgjordes av ett läkarintyg. Bilagor rörande social utredning och läkarintyg förnyades i samband med 1960 års revision.

I lagstiftningen angavs vilka som fick utfärda bilagor/intyg i steriliseringsansökningarna. Läkarintyg (bilaga III) fanns alltid med. Intyg i bilaga II utfärdades ofta av myndighetsrepresentanter som barnavårdsman eller representant för fattigvården, senare socialvården. Ibland utfärdades det av make eller föräldrar.

Initiativet till steriliseringsansökan kunde tas på ett lokalt myndighetsplan såsom av barnavårdsnämndens eller fattigvårdsnämndens ordförande, folkskolans rektor, provinsialläkare eller föreståndare på institutioner. Utredningen har i avsnitt 2 redovisat vilka som utöver den enskilde själv kunde ansöka om sterilisering. Under senare decennier kunde initiativet till ansökan tas av den enskilde själv i samråd med t.ex. kurator vid sexualrådgivningsbyrå eller annan öppenvårdsmottagning.

Beslut om sterilisering togs av medicinalstyrelsen, från och med 1968 av socialstyrelsen. Beslutet verkställdes genom en operation på ett centrallasarett och utfördes av läkare (kirurg eller gynekolog). Dessa läkare hade ofta inte deltagit i ansöknings- eller beslutsprocessen. Operatören var dock ålagd att redovisa ingeppet på ett standardiserat formulär "Steriliseringsberättelse" till medicinalstyrelsen/Socialstyrelsen.

Akterna ger inblick i "de sökandes" verklighet. Deras tidigare liv sammanfattas avseende sociala förhållanden, sjukhistoria, mental utveckling, sjukdomar i släkten, gynekologisk och eventuellt obstetrisk anamnes. I somliga akter finns omfattande och detaljrik information, medan andra akter är kortfattade.

Akterna fokuserar på personernas aktuella psykiska status vid tiden för ansökan. Här tas bl.a. ställning till intellektuella egenskaper, inklusive om dömesförmågan, uttryckt bl.a. genom sexuell hållning, förmåga att sköta hem och barn samt eventuellt arbete eller annan form av social anpassning. Ofta bifogas ett protokoll från intelligensmätningstest.

Akternas karaktär ändras under de fyra decennier 1934 och 1941 års steriliseringslagar var i kraft. Det gäller språkbruk, omdöme om människor, hur man argumenterar för sterilisering, vad man angav för indikationer. Det finns också klara skillnader i vilka personer det var som "sökte" sterilisering och vilka som utfärdade formulären i början och mot slutet av tillämpningstiden.

1934 och 1941 års steriliseringslagar tillämpades under 40 år, 1935-1975. 1934 års lag tillämpades under åren 1935 till 1941 och 1941 års lag 1942 till 1975. Intyg som skrevs och på vilka steriliseringsbesluten grundades ändrades vid tre tillfällen och gällde under åren 1935-1941, 1942-1959 respektive 1960-1975. Tillämpningen tycks också ha förändrats över tid, vilket också bl.a. kan avspegla förändringar i t.ex. abortlagstiftningen och dess tillämpning. Med denna utgångspunkt har utredningen funnit det rimligt att analysera materialet i tre perioder. Enligt resultaten från pilotstudien tycks det ha varit en viss överlappning i bedömningarna efter ändringar i lagstiftningen och i intygens formuleringar. Intygen tycks dock vara principiellt likartade under hela perioden. Utredningen har valt att undersöka materialet i tre lika långa perioder omfattande 13 år och 4 månader avseende tiden januari 1935 - april 1948 (period 1), maj 1948 - augusti 1961 (period 2, och september 1961 - december 1975 (period 3).

Ansökningshandlingarna för perioden 1935-1946 finns arkiverade på Riksarkivet, rättspsykiatriska nämndens arkiv. För perioden 1947 - 1975 är akterna arkiverade på Socialstyrelsens arkiv, socialpsykiatriska nämndens arkiv.

Några preliminära resultat

Efter att gått igenom en fjärdedel av det statistiska urvalet av ansökningsakter (årgångarna 1947, 1949, 1950, 1951, 1953, 1960, 1967, 1973 och 1975) kan konstateras att nära 95 procent (94,4) av steriliseringsansökningarna är undertecknade av den steriliseringen avsåg. Majoriteten av "sökandena" var kvinnor (89,3 procent). Cirka 12 procent bodde på institution när ansökan gjordes (4,5 procent på sinnesslöanstalt, 3,6 procent på sinnessjukhus/psykiatrisk klinik, 1,6 procent på skyddshem/fängelse, 0,2 procent på epileptikeranstalt).

I 97 procent av fallen har den undersökande läkaren tillstyrkt ansökan. Ansökan tillstyrktes ofta med angivande av flera indikationer, exempelvis eugenisk+social, social+medicinsk, eugenisk+medicinsk, men även alla tre indikationerna. I 55,2 procent av fallen har ansökan tillstyrkts på enbart medicinsk indikation, i 2 procent på enbart social indikation. och 2,8 procent av fallen har ansökan tillstyrkts på enbart eugenisk indikation. Den medicinska

dikationen är från 1950-talet och framåt helt dominerande. Den förekommer på något sätt i 76 procent av de hittills genomgångna akterna medan den sociala förekommer i 30 procent och den eugeniska i 26 procent.

I det hittills genomgångna materialet saknas ännu de tidiga årgångarna, 1935-1946, varför även de här mycket preliminära och begränsade undersökningsresultaten bör betraktas med försiktighet. Arbetet med akterna pågår och beräknas vara klart under våren 1999. Då kommer förhoppningsvis ytterligare viktiga frågor att kunna besvaras t.ex. hur många som är i livet av de steriliserade, hur många som steriliserades medan de var omyndiga eller underåriga, hur många som steriliserats efter att ha diagnostiserats som sinnessjuka, sinnesslöa eller epileptiker, antalet personer som steriliserades i samband med abort och i hur många fall som sterilisering inte verkställdes. Sådana resultat samt tolkningar av resultaten kommer utredningen att presentera i slutbetänkandet.

Utredningen överväger att komplettera det statistiska materialet med ett liknande urval av abortansökningar. Orsaken till detta är bl.a. att ett inte obetydligt antal steriliseringar genomfördes i samband med abort vilket fått till följd att mer utförligt bakgrundsmaterial angående den enskilde istället finns i abortakten.

II

Utredningens överväganden och förslag

8 Principer för ersättning

8.1 Inledning

Enligt direktiven till utredningen skall de som mot sin vilja eller på någon annans initiativ blivit steriliserade få en gottgörelse i form av ekonomisk ersättning. Denna ekonomiska ersättning vill vara det konkreta synliga beviset på en personlig upprättelse i vidare mening. Många av de drabbade har upplevt det som hände som en djup kränkning av sin personliga integritet. Upprättelse omfattar också mer än den ekonomiska ersättningen. Den ger också uttryck åt ett avståndstagande och ett beklagande. I direktiven har detta bl.a. kommit till uttryck i formuleringen att det synsätt som steriliseringslagstiftningen präglades av är något som det svenska samhället sedan länge starkt tar avstånd från. Genom ett sådant erkännande och genom ett beslut att lämna ekonomisk gottgörelse kommer regering och riksdag klart ge uttryck för viljan att söka ge upprättelse åt de drabbade.

Som utredningen konstaterat i avsnitt 3 torde de som drabbats av steriliseringarna sakna laglig rätt till skadeståndersättning från statens sida i dag även om ett ingripande eller en åtgärd genomfördes i strid med den tidigare steriliseringslagstiftningen. Grunden för detta är som utredningen angav i avsnitt 3 sammanfattningsvis följande.

Om steriliseringen utförts i enlighet med lagstiftningen saknas med all sannolikhet rättslig grund för ett ersättningsanspråk.

Om steriliseringen utfördes i strid med steriliseringslagstiftningen t.ex. genom att samtycke inte inhämtats där så krävdes (personen i fråga led inte av rubbad själsverksamhet i lagens mening) är det inte helt uteslutet att ersättningsrätt funnits i något fall enligt då gällande skadeståndsrätt. En eventuell rätt till skadestånd på dessa grunder är emellertid med all sannolikhet preskriberad idag; allt under förutsättning att staten i en eventuell skadeståndsprocess gör preskriptionsinvändning. Utredningen återkommer i avsnitt 8.2.5 bl.a. till denna fråga.

Den ersättning som utredningen nu har i uppdrag att föreslå är således inte beroende av något rättsligt regelverk i och för sig. När det gäller frågan om vilka principer som skall gälla för ersättning har utredningen dock valt

att göra vissa jämförelser med hur liknande ersättningsfrågor behandlats i andra sammanhang som underlag till utredningens förslag.

Det är i detta syfte som utredningen i tidigare avsnitt redovisat olika ersättningsprinciper t.ex. ersättning som tidigare getts ut av svenska staten till steriliserade av humanitära skäl (ibland benämnt billighetsskäl, av nåd eller ex gratia) men även till andra grupper. Det är också syftet med jämförelserna med ersättningar utgivna i några andra länder i sådana fall eller liknande situationer samt de ersättningsbelopp som kan komma ifråga då någon erhållit försäkringsersättning/skadestånd pga personskada som medfört sterilitet. Även jämförelserna med vad som kan utgå i s.k. kränkningsersättning i vårt land vid vissa brottsliga handlingar har haft betydelse i detta sammanhang.

Innan frågan om ersättningens storlek diskuteras vill utredningen dock först ta upp frågan om vilka som bör få ersättning och hur bevisfrågor i anslutning därtill bör lösas.

För att undvika missförstånd använder utredningen de termer och begrepp som förekommer i de samtida texterna. Det gäller t.ex. ett begrepp som "sinnesslö" som idag saknar vetenskaplig mening och har en starkt nedsättande klang.

8.2 Vilka bör få ersättning?

8.2.1 Allmänna överväganden

En utgångspunkt för diskussionen om vilka som bör komma ifråga för ersättning är självfallet utredningens direktiv där det anges att utredningen skall föreslå en ersättning till dem som *steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ*.

Utredningen har tagit del av brev från drygt 150 personer som skrivit och begärt ersättning i anledning av att de steriliserats. I breven har dessa i huvuddelen av fallen angett att de steriliserats mot sin vilja trots att de skriftligen själva ansökte om eller samtyckte till steriliseringsåtgärden.

En viktig fråga som utredningen därför har haft att besvara är i vilken utsträckning det är möjligt att ur tillgängligt material avgöra om en sterilisering genomförts med någon form av tvång och således mot den enskildes vilja trots att han eller hon själv gjort ansökan eller samtyckt till steriliseringsåtgärden.

I detta syfte har utredningen hos Riksarkivet och i Socialstyrelsens arkiv tagit fram och gått igenom flertalet ansökningshandlingar angående sterilisering avseende de personer som i brev hittills begärt ersättning. Utredningen

har försökt skapa sig en bild av hur ansökningarna var utformade och om det ur dem går att utläsa något om den enskildes inställning till sterilisering och i vilken mån olika former av övertalning eller påtryckningar förekommit.

Härutöver har utredningen för statistisk bearbetning plockat ut 2.200 ansökningshandlingar från perioden 1935-1975. Utredningen har tidigare i avsnitt 7 redovisat vissa resultat från denna kartläggning. En fullständig redovisning av den statistiska bearbetningen kommer att ske i utredningens slutbetänkande. Som utredningen konstaterat i avsnitt 7 har över 90 procent av ansökningarna undertecknats av den enskilde själv eller har han eller hon skriftligen samtyckt till sterilisering.

Det kan i detta sammanhang vara lämpligt att upprepa att det totala antalet ansökningar om sterilisering under nämnda period var cirka 70.000 och att av dessa inrapporterades 62.888 steriliseringar som genomförda. Det bör understrykas att siffran 62.888 även innefattar många steriliseringar som måste betraktas som frivilliga dvs. där den enskilde själv tagit initiativ till ansökan utan några otillbörliga påtryckningar från myndigheter eller myndighetspersoner. Hur många dessa kan ha varit återkommer utredningen också till i slutbetänkandet.

Efter att den nuvarande steriliseringslagen trätt i kraft år 1976 ökade enligt Socialstyrelsens statistik antalet årliga steriliseringar mycket kraftigt, från drygt 2.000 under åren 1947-1952 och 1.500-1.800 under åren 1953-1975 (1941 års lagstiftning) till drygt 7.700 per år under åren 1976-1985. Även därefter har i genomsnitt uppemot 8.000 personer om året låtit sterilisera sig. Från och med år 1976 till och med 1996 har totalt 166.000 personer steriliserat sig varav 40.000 är män.

Att ett så stort antal steriliseringar genomförts efter år 1975 är en orsak till att utredningen anser att det även före denna tidpunkt förekom ett förhållandevis stort antal frivilliga steriliseringar och redan så tidigt som i slutet av 1950-talet och början av 1960-talet.

Den sistnämnda slutsatsen stöds av de s.k. efterundersökningar som docenten i psykiatri Martin Ekblad genomförde vid denna tid (*The Prognosis after Sterilization on Social Psychiatric Grounds*, 1961, och *Social Psychiatric Prognosis after Sterilization of Women without Children*, 1963). Ekblads första undersökning gällde samtliga de 273 kvinnor som under 1951 gjorde ansökan om tillstånd till sterilisering och som var bosatta i Stockholm. Av dessa uteslöts 25 kvinnor därför att de inte utnyttjade tillståndet till sterilisering och 21 som hade flyttat från Stockholm samt en då hon var psykiskt sjuk och en som vägrade låta intervjuas sig. Övriga 225 intervjuades personligen av Ekblad. Denna efterundersökning skedde 5 till 6 år efter operationen. I den andra undersökningen tog Ekblad fram samtliga kvinnor utan barn som steriliserats under åren 1950-1955 och var bosatta i Stockholm. Dessa var 60 stycken och de intervjuades personligen av Ekblad 5 till 11 år efter operationen.

Liknande undersökning genomfördes av docent Lennart Kaij och Ann Malmqvist (*Prognosis after Sterilization in combination with Parturition, A followup Studie of 179 Women*, Acta Psychiat. scand. 1965).

Dessa undersökningar utgör viktiga vetenskapliga arbeten vad gäller frågan om steriliseringsingreppets betydelse från psykologisk och psykiatrisk synpunkt. Enligt dem var närmare 80 procent av patienterna fullt tillfredsställda med steriliseringen. De negativa reaktionerna gällde främst kvinnor som i samband med ingreppet varit föremål för tvång eller mycket stark påverkan eller som tidigare inte hade några barn (se även bl.a. Läkartidningen 57:13 (1960) och 60:21 (1963) samt SOU 1974:25 s. 66f).

Det är för närvarande utredningens uppfattning att ytterst få steriliseringar genomfördes utanför lagstiftningens regelsystem under åren 1941 till 1975. Denna slutsats grundar utredningen dels på att ingreppet var förhållandevis komplicerat, särskilt på kvinnor, dels på att det var straffbart för läkare att utan tillstånd sterilisera någon men framför allt på det allmänna förhållandet att det inte ha synes funnits något starkt behov av att sterilisera någon utanför lagarnas ramar eftersom ansökningarna beviljades i så stor utsträckning. Man bör dock uppmärksamma att det i olika sammanhang framfördes kritik mot att den medicinska indikationen som den kom att tillämpas (sociala omständigheter) också borde vara tillämplig på män; således ett "behov" som inte täcktes av lagstiftningen. Utredningen har dock inte funnit något som talar för att denna kritik föranledde steriliseringar utanför lagens ramar.

När det gäller steriliseringar under åren 1935 till 1941 förhåller det sig annorlunda. Som redovisats i avsnitt 2.2.2 gällde 1934 års steriliseringslag endast steriliseringar av en begränsad grupp; de som led av rubbad själsverksamhet och för framtiden var ur stånd att handha vårdnaden om sina barn eller kunde genom arvsanlag till avkomlingar överföra sinnessjukdomar eller sinnesslöhet samtidigt som de på grund av rubbad själsverksamhet varaktigt var ur stånd att lämna samtycke till steriliseringsåtgärden. De som steriliserades enligt denna lagstiftning under åren 1935 till 1941 uppgår till 1.338 varav 744 steriliserades utan medicinalstyrelsens tillstånd men efter samråd av två läkare och sedan de rubricerats som sinnesslöa (3 § i 1934 års lag).

Under denna tid - och även före år 1935 - förekom steriliseringar utanför lagens ram och utan något uttryckligt lagstöd. Av tillgänglig statistik från dåvarande Medicinalstyrelsen framgår att 1.615 personer steriliserades utan tillämpning av 1934 års lag under åren 1935 till 1941. Vid den tiden förelåg inget uttryckligt lagförbud mot att sterilisera någon även om det som framgår av utredningens redovisning i avsnitt 2.2.2 fanns delade meningar om steriliseringar utan lagstöd var tillåten eller ej. Det förekom således under 1920- och det tidiga 1930-talet att psykiskt sjuka, utvecklingsstörda, epileptiker och sedlighetsförbrytare steriliserades. Huruvida detta i realiteten var frivilliga steriliseringar återkommer utredningen till i avsnitt 8.2.7. Den for-

mella utgångspunkten för genomförande av dessa steriliseringar var dock att det skedde på egen begäran eller efter att samtycke inhämtades från den enskilde. Problematiken kring huruvida allvarligt psykiskt sjuka hade insikt om innebörden av sterilisering och ett avgivet samtycke utgjorde *ett* skäl till att man år 1927 tillsatte en utredning för en eventuell lagreglering av dessa fall och sedan tillkomsten av 1934 års lag.

Lagstiftarens ståndpunkt vid denna tid var att sterilisering av rättskapabla individer på deras egen begäran eller med deras samtycke var tillåten utan särskilt lagstöd. Det gäller till att börja med sterilisering av medicinskt-terapeutiska skäl som ansågs tillåten i samma utsträckning som andra medicinska ingrepp. I övrigt ansågs sterilisering tillåten om den företogs med samtycke av den som steriliseras samt om det förelåg bärande skäl av - med samtidens uttryck - eugenisk (även benämnd rashygienisk), social, humanitär eller kriminalpolitisk natur.

Utredningen har hittills inte funnit belägg för att steriliseringar mer än möjligen i något enstaka fall skulle ha genomförts sedan en ansökan avslagits. Det förekom istället att den enskilde själv eller någon annan återkom med en förnyad ansökan. Frågor i anslutning till dessa problem kommer dock att behandlas utförligare i utredningens slutbetänkande när den historiska belysningen och kartläggningen redovisas.

8.2.2 Steriliseringar utan egen ansökan eller skriftligt samtycke

Enligt såväl 1934 som 1941 års steriliseringslag var som nyss nämnts utrymmet för att bevilja en sterilisering utan att den enskilde själv ansökte om den eller samtyckte till åtgärden begränsat. Det var begränsat till den situation att den enskilde saknade rättskapacitet; han eller hon hade inte förmåga att förstå vad samtycke eller åtgärden innebar och kunde således inte samtycka till den. Då kunde sterilisering ändå genomföras om lagens kriterier i övrigt var uppfyllda. Samtidigt bör poängteras att begrepp som "sinnesslö" och "rubbad själsverksamhet" var vaga och kunde tolkas extensivt. Det gällde även det sociala begreppet "ur stånd att handha vårdnaden om barn".

Utredningen kan konstatera att de fall där en sterilisering genomförts utan att någon form av skriftligt godkännande av den enskilde funnits, dvs. egen underskrift eller samtycke, är jämförelsevis få. Vad gäller steriliseringar enligt 1934 års lag (åren 1935-1941) förutsattes som nyss nämnts för lagens tillämpning att den enskilde saknade rättskapacitet och inte kunde ge samtycke. Samtliga steriliseringar enligt den lagen gjordes därför definitionsmässigt utan samtycke. Steriliseringar utan egen ansökan eller samtycke efter år 1941 är däremot mer sällsynta; enligt den statistik utredningen tagit fram mindre än 10 procent av samtliga ansökningar.

Utifrån direktivens uttalanden om att ersättning skall ges till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ utgör steriliseringar utan skriftligt samtycke från ersättningssynpunkt enligt utredningens sätt att se det inget problem. Alla steriliseringar som genomförts utan att de grundar sig på en ansökan undertecknad av den enskilde själv eller med ett samtycke från den enskilde bör enligt utredningens mening medföra rätt till ersättning. Sådana steriliseringar får anses vara genomförda mot den enskildes vilja, även i de fall den enskilde enligt den tidens uppfattning saknade förmåga att lämna samtycke (och staten istället genom lagstiftning reglerat och angett kraven för att bedöma lämpligheten av en sterilisering). De ansökningar som inte är undertecknade av den enskilde torde dessutom ha skett på initiativ av någon annan vilket också redan enligt utredningens direktiv bör vara ersättningsgrundande. Med hänsyn härtill är samtliga som steriliserats enligt 1934 års lag ersättningsberättigade samt de som steriliserades med stöd av 2 § i 1941 års lag (se 2 § 1 p i utredningens lagförslag).

En annan sak är om en person begär ersättning under påståendet om att han eller hon inte skrivit på ansökan om sterilisering och denna trots efterforskningar inte går att återfinna. Ett sådant fall får behandlas enligt utredningens lagförslag 2 § p 6. Vad generellt gäller frågan om brister i underlagsmaterialet diskuterar utredningen detta senare.

8.2.3 Övriga ersättningssituationer

Inledning

I huvuddelen av de fall utredningen studerat har den enskilde själv ansökt eller samtyckt till åtgärden. Det är som tidigare betonats utredningens uppfattning att bland dessa ansökningar finns många som trots detta steriliserats mot sin vilja. Det är således inte möjligt att avgöra om rätt till ersättning föreligger endast utifrån den omständigheten att ansökan inte på något sätt är godkänd av den enskilde själv.

Frågan är då hur man skall kunna avgöra om en sterilisering som ytligt sett är gjord efter den enskildes ansökan eller samtycke ändå är genomförd mot dennes vilja. Denna fråga är intimt sammankopplad med frågan om vilka beviskrav som skall ställas för att ersättning skall kunna utgå och frågan hur mycket underlagsmaterial som finns bevarat och hur det är utformat.

Till att börja med är det utredningens uppfattning att den enskilde måste visa att han eller hon blivit steriliserad. Det kan i första hand ske genom operationsberättelserna som förvaras i medicinalstyrelsens arkiv, men om sådana saknas t.ex. genom läkarintyg. Detta torde i de flesta fall vara förhållandevis enkelt för den enskilde. För den händelse den enskilde själv har svårt att göra sådana efterforskningar föreslår utredningen i avsnitt 9.2.6 att

den nämnd som skall handlägga ersättningsfrågan skall hjälpa enskilda med att få fram sådant material.

Vad sedan gäller frågan om vilka krav som skall ställas på den enskilde för att styrka att han eller hon blivit steriliserad mot sin vilja eller på initiativ av någon annan kan följande sägas.

Sterilisering fick som huvudregel utföras först efter tillstånd av dåvarande medicinalstyrelsen. I vissa fall behövdes inte sådant tillstånd. Det gällde vissa s.k. nödfallssteriliseringar i samband med abort enligt 5 § i 1941 års lag samt med stöd av s.k. tvåläkarintyg enligt 3 § 2 stycket samma lag. I de fallen skulle opererande läkare i efterhand anmäla till medicinalstyrelsen att operationen utförts samt bifoga samtliga handlingar i ärendet. Till dessa fall återkommer vi.

När enligt huvudregeln ansökan om sterilisering gjordes till medicinalstyrelsen skulle på ett fastställt formulär bifogas dels uppgifter om släktförhållanden, levnadsförhållanden, sjukdomar etc. dels ett läkarintyg där läkaren angav om den enskilde led av eventuella sjukdomar m.m samt resultatet av genomförd kroppslig och psykisk undersökning. Därtill skulle läkaren ange om ansökan kunde tillstyrkas och i så fall grunderna härför med någon eller några av de indikationer som lagen ställde upp - eugenisk, social eller medicinsk.

Dessa ansökningshandlingar med intyg är av mycket olika omfattning. I många fall är de knapphändiga och innehåller begränsat med information. Det gäller framför allt från mitten av 1950-talet. Det kan därför ibland vara svårt för den enskilde att få fram uppgifter som stöder hans eller hennes påstående att steriliseringen skett med tvång trots egen ansökan eller samtycke.

Typsituationer

Utredningen har med hänsyn vad som nu angetts diskuterat om det är möjligt att ta fram ett antal typsituationer där det måste anses som mycket sannolikt att sterilisering skett mot den enskildes vilja eller där den enskilde inte haft möjlighet att påverka ett beslut om sterilisering trots egen ansökan eller samtycke; typsituationer vars existens oftast framgår av underlagsmaterialet.

Professor Gunnar Broberg och fil.kand. Mattias Tydén har år 1991 i boken *Oönskade i folkhemmet* (s. 141-143) angett några sådana situationer i anslutning till att de gjorde gällande att olika former av direkt eller indirekt tvång användes mot såväl rättskapabla som rättsinkapabla i samband med steriliseringarna.

De anger således att sterilisering ställdes som villkor för utskrivning från olika anstalter och institutioner t.ex. sinnesslöanstalter och särskolor, att kvinnor tvingades acceptera sterilisering för att få abort på eugenisk indika-

tion och att epileptiker, psykiskt sjuka och lättare utvecklingsstörda tvingades acceptera sterilisering för att få rätt att ingå äktenskap.

Vad gäller flera av dessa situationer konstaterar också fil.dr. Maija Runcis i sin avhandling *Steriliseringar i folkhemmet*, 1998 (s. 285) att de individer som själva ansökte om ingrepp vanligtvis utsattes för olika påtryckningar i samband med utskrivning från uppfostringsanstalter och sjukhus. Även kvinnor som undertecknade ansökan utsattes för det mesta för olika former av social utpressning i fråga om omhändertagande av barn eller genom förlust av ekonomiska bidrag om de inte skrev på ansökan.

Utredningen kan genom sina undersökningar bekräfta att det i många fall förekommit att den enskilde ställts inför sådana tvångsliknande val såväl vid utskrivningar från anstalter etc. som i samband med förlossningar, vid aborter och vid ansökan om tillstånd att ingå äktenskap. Utredningen har även funnit exempel på andra tvångsliknande situationer. Enligt pågående forskningsarbete som utredningen tagit del av tycks sterilisering ingått som ett mer eller mindre "normalt" inslag och del av behandlingen på vissa uppfostringsanstalter och att sterilisering dessutom ställdes som villkor inte enbart i samband med utskrivning utan även för att erhålla vissa förmåner inom anstalten såsom frigång, arbete utanför anstalten m.m.

Utredningen har genom egna undersökningar kunnat konstatera att det i vart fall fram till början av 1950-talet förekom att sterilisering i vissa fall ställdes som krav för att erhålla s.k. mödrahjälp; ett behovsprövat bidrag som gavs till kvinnor med barn från år 1938 fram till år 1963. Bidraget administrerades av särskilda mödrahjälpsnämnder. I tidiga instruktioner för dessa nämnder angavs dessutom att sterilisering kunde ställas som ett krav för att erhålla bidraget.

Det kan heller inte uteslutas att en sterilisering sattes som villkor även för andra statliga eller kommunala bidrag.

Det har härutöver gjorts gällande i brev som utredningen tagit del av att steriliseringar genomfördes i samband med förlossningar med kejsarsnitt där kvinnan fick ta ställning till åtgärden just i anslutning till operationen.

Utredningen har vidare i många fall kunnat konstatera att steriliseringarna beslutades och genomfördes på såväl omyndiga som personer som var underåriga, dvs. fram till år 1969 under 21 år, och i en del fall på så unga personer som 13-14 åringar. I dessa fall har ansökan i det flesta fall undertecknats av förmyndare eller vårdnadshavare. Det förekommer fall där undertecknande eller samtycke från vårdnadshavare eller förmyndare saknas och där deras yttrande inte inhämtats (vilket var ett krav enligt lagstiftningen). De fall som regeringen tidigare av nåd gett ersättning är bl.a. sådana där inte ens de formella kraven enligt då gällande lagstiftning var uppfyllda.

Utredningen slutsats utifrån såväl dessa egna undersökningar som tidigare och pågående forskning är således att många av de människor som formellt

sett själva ansökt om sterilisering eller samtyckt till den i realiteten steriliserades mot sin vilja.

Utredningen har redan i föregående avsnitt konstaterat att de som steriliserats utan att de undertecknat ansökan om sterilisering eller skriftligen samtyckt till den bör vara berättigade till ersättning. Det gäller samtliga som steriliserades med tillämpning av 1934 års steriliseringslag och de som steriliserades med tillämpning av 2 § i 1941 års steriliseringslag.

Vad gäller dem som steriliserats efter egen ansökan eller skriftligt samtycke föreslår utredningen med utgångspunkt från vad som nu sagts och de bevisvärigheter som generellt föreligger för den enskilde att de personer som kan visa att de steriliserats i anslutning till vissa typsituationer är berättigade till ersättning. Situationerna är sådana där det direkt eller indirekt framgår att myndigheter har påverkat den enskilde att själv ansöka om eller samtycka till sterilisering på ett sätt som i en del fall inte ens varit i överensstämmelse med dåtidens lagstiftning och i vart fall i våra ögon inte varit försvärligt. Man kan misstänka att det varit olika former av tvång bestående i övertalningar, påtryckningar eller missledande information som lett till att den enskilde gått med på åtgärden. Det kan också vara situationer där den enskilde på grund av bristande mognad eller intellektuell kapacitet eller genom fysisk inlåsning eller kombinationer av dessa förhållanden haft små möjligheter att påverka sin situation och där myndigheter inte tagit (tillräcklig) hänsyn till dessa förhållanden.

De typsituationer utredningen nu diskuterar är följande.

- Omyndiga och underåriga
- Intagna på anstalter, sinnesslöhem, skolhem och andra institutioner
- Rubricerad som sinnesslö, sinnessjuk eller epileptiker
- Sterilisering som uttryckligt villkor för annat myndighetsbeslut

Tanken med dessa typsituationer är att om den enskilde kan visa att någon av dem var förhånden när ansökan om sterilisering skedde är det tillräckligt för att ersättning skall kunna utgå. Härigenom undviker man i så stor utsträckning som möjligt att den myndighet som skall handlägga ersättningsfrågorna måste göra subjektiva bedömningar angående karaktären och omfattningen av eventuella tvång, övertalningar eller oacceptabla påverkningar från företrädare för myndigheter (jfr 2 § p 2 till 5 i utredningens lagförslag)..

Det kan i enstaka fall ha förekommit att personer, som nu kommer att begära ersättning, i realiteten steriliserat sig frivilligt eller av starka medicinska skäl enligt någon av dessa punkter. Utredningen har därför övervägt att införa ett undantag för den situationen att det klart framgår av underlagsmaterialet att steriliseringen är frivillig eller att det förelegat starka medicinska skäl för en sterilisering. Eftersom syftet med dessa punkter är att undvika skälighetsbedömningar har utredningen dock avstått från någon

sådan undantagsregel i dessa fall. Utredningen är medveten om att ersättning i något enstaka fall enligt de punkterna kan komma att ges till en person som frivilligt låtit sterilisera sig eller där det förelegat sådana starka medicinska skäl. Utredningen anser att det är en liten kostnad för att bespara huvuddelen av dem som steriliserats mot sin vilja obehaget att åter tvingas argumentera för sin sak.

Som tidigare nämnts behövdes inte en ansökan om sterilisering i vissa fall. Det gällde nödfallssteriliseringar i samband med abort och steriliseringar med stöd av tvåläkarintyg. Om sterilisering genomförts med stöd av de bestämmelserna och den enskilde kan visa att detta skett i anslutning till typsituationerna 1-2 ovan (2 § 2 och 3 punkten i utredningens lagförslag) bör ersättning också utgå.

Sterilisering efter otillbörlig påverkan eller försumlighet av myndighet

Det går enligt utredningens mening inte helt att undvika bedömningar och avvägningar i situationer som inte faller in under de nyss nämnda rubrikerna men där det ändå förekommit övertalning som inte är försvarlig. Dessa situationer har utredningen valt att sätta upp under en särskild punkt (jfr 2 § 6 punkten i utredningens lagförslag).

Under den punkten faller också den situationen att en person begär ersättning på någon av de tidigare nämnda grunderna men där han eller hon inte lyckats visa att förutsättningarna för någon av dem är uppfyllda. I sådana fall kan det ändå av materialet framgå att det skett otillbörliga påtryckningar från myndigheter eller att dessa på annat sätt varit försumliga.

Steriliseringar genomförda på initiativ av någon annan

Utöver de fall där sterilisering genomförts mot någons vilja skall ersättning enligt direktiven också ges när sterilisering genomförts på initiativ av någon annan. Det kan vara vara vårdnadshavare eller förmyndare, läkare eller anstalts- och institutionsföreståndare. Dessutom hade olika nämnder som barnvårdsnämnder och fattigvårdsstyrelser också initiativrätt till att ansöka. Det är utredningens uppfattning att dessa fall kommer att omfattas av de rubriker utredningen angett ovan. Eftersom det inte kan uteslutas att även genuint frivilliga steriliseringar kan ha skett efter ansökan av t.ex. läkare eller kurator kan dessa fall inte få en enhetlig behandling under särskild rubrik.

Underåriga och omyndiga (2 § 2 p)

Enligt lagstiftningen krävdes som huvudregel egen ansökan eller samtycke till sterilisering från den enskilde. Det gällde även underåriga och omyndiga. I förarbetena till 1941 års lag (prop. 1941:13 s. 24n) angavs "Att såsom i vissa yttranden föreslagits fastställa en åldersgräns, under vilken sterilisering ej må ske eller samtycke till sterilisering i allt fall ej anses giltigt, torde icke vara behövt. Det kan tagas för givet, att prövande myndighet även utan sådan föreskrift tager nödig hänsyn till den ifrågavarande personens ålder. En garanti för missbruk ligger för övrigt däri, att underårig i regel ej må steriliseras med mindre den som har vårdnaden om honom beretts tillfälle yttra sig."

Vad gäller myndighetsåldern var den 21 år fram till år 1969. Under åren 1969 till 1973 var den 20 år. Sedan år 1974 är myndighetsåldern 18 år.

Vad gäller underåriga och omyndiga inhämtades oftast men inte alltid föräldrars eller förmyndares samtycke. I 3 § 1941 års steriliseringslag angavs vilka krav som ställdes för ett tillstånd till sterilisering i dessa fall på följande sätt. "Sådant tillstånd må icke lämnas för någon, med mindre tillfälle att yttra sig, där så kan ske, beretts, om han är underårig den som har vårdnaden om honom, om han är omyndigförklarad hans förmyndare, om han är gift hans make samt om han är intagen å allmän anstalt dennas läkare och föreståndare."

Av lagtexten framgår att samtycke av vårdnadshavare i och för sig inte var en absolut nödvändighet för bifall till en ansökan. Däremot skulle vårdnadshavaren alltid beredas tillfälle att yttra sig.

Enligt medicinalstyrelsens anvisningar från 1947 (nr 93) angavs samtidigt att det inte var nödvändigt med ett medgivande från vårdnadshavaren. I anvisningarna angavs följande (se bilaga 8 s. 279). "Medicinalstyrelsen är därför vid sin prövning inte bunden av en eventuell avstyrkan (från en anhörig, utr.anm). Initiativet till sterilisering behöver sålunda icke stoppas, därför att en make eller en fader vägrat sitt samtycke till åtgärden hos hustru respektive underårigt barn."

Det förekom att den underårige eller omyndige själv skrev på ansökan eller samtyckte till sterilisering. Enligt medicinalstyrelsens anvisningar var den som avses med ansökan *alltid* behörig att själv göra ansökan oberoende av såväl ålder som rättskapacitet varför detta förfarande också av såväl praktiska som psykologiska skäl i första hand borde komma i fråga. Det skulle därigenom aldrig kunna uppstå tvekan om behörigheten (se bilaga 8 s. 276).

I detta sammanhang kan det vara lämpligt att jämföra med den i dag gällande steriliseringslagen från år 1975 där sterilisering som huvudregel endast kan beviljas den som är över 25 år trots att myndighetsåldern sedan år 1974 är 18 år. Om man är mellan 18 och 25 år krävs Socialstyrelsens tillstånd.

Sådant tillstånd beviljas endast i vissa speciella undantagsfall, se avsnitt 2.4. Som skäl för att införa åldersgränsen 25 år angavs i förarbetena att ett ställningstagande från den enskilde till en sterilisering förutsätter inte bara intellektuell utan även emotionell och sexuell mognad. Sådan mognad utvecklas först i 20-25 års åldern och i vissa fall ännu senare (prop 1975:18 s. 57f).

Med dessa uttalanden som bakgrund är det enligt utredningens uppfattning naturligt att vid en diskussion om huruvida en sterilisering skett frivilligt eller genom tvång eller tvångsliknande påverkan från myndigheter, sätta *en* gräns vid myndighetsåldern. Om en person steriliserats före uppnådd myndighetsålder har han eller hon haft begränsade möjligheter att inse alla konsekvenser av åtgärden. Personen har under alla förhållanden generellt sett haft sämre möjligheter att påverka sin situation än en myndig person. Detsamma gäller dem som var omyndigförklarade.

I en del fall av detta slag har initiativet till åtgärden kommit från föräldrar eller andra vårdnadshavare eller i vart fall har dessa aktivt understött att en sterilisering skulle ske. Myndigheternas roll i sammanhanget behöver då inte ha varit lika framträdande. Emellertid är det i regel svårt att så långt efteråt klargöra vad som egentligen förekommit inom den steriliserades familj i sammanhanget, och enligt utredningens mening kan man utgå från att i de allra flesta fall av denna kategori myndigheterna varit så pass aktiva att det med dagens synsätt motiverar ersättning. Eftersom en sterilisering krävde tillstånd av myndighet var det ändå tillståndsgivande myndighets uppgift och ansvar att avgöra om sterilisering skulle få utföras. Myndigheten kan också ha varit försumlig genom att underlåta att undersöka de enskilda förhållandena.

Utredningen föreslår därför att alla personer som steriliserats med stöd av 1941 års steriliseringslag och där ansökan om sterilisering gjorts medan de var omyndiga eller underåriga är berättigade till ersättning.

Som nyss nämnts kan det inte uteslutas att vissa omyndiga eller underåriga steriliserades med tillämpning av någon av de två undantagsbestämmelser som fanns i lagstiftningen där medicinalstyrelsens tillstånd inte behövdes. Utredningen tänker då på sterilisering med tillämpning av 1938 års abortlags s.k. nödfallsparagraf samt steriliseringar med stöd av s.k. tvåläkarintyg. Om dessa bestämmelser tillämpats för att sterilisera en omyndig eller underårig bör likväl dessa personer vara berättigade till ersättning på samma skäl som nyss angetts. En sådan ersättningsregel är enkel att administrera. Härigenom kommer också huvuddelen av de personer som steriliserats på någon annans initiativ att fångas upp. En stor andel av dem som steriliserats medan de varit intagna på anstalter och institutioner var dessutom underåriga varför de kommer att omfattas redan av denna ersättningsregel. För dem som var äldre kan istället nästa punkt komma i fråga.

Intagna på institutioner och anstalter som steriliserats under vistelsen där eller i samband med utskrivning från anstalten (2 § 3 p)

Som utredningen tidigare konstaterat uppsatte myndigheter under 1940-talet och i början av 1950-talet sterilisering som villkor för såväl utskrivning från anstalter som för att erhålla olika förmåner under anstaltsvistelsen. De institutioner det gäller är i första hand statliga, landstingsägda, kommunala och privata s.k. sinnesslöanstalter (arbetshem, vårdhem, skolhem, särskolor, externatskolor, specialistsjukhus m. fl.) men också ungdomsvårdsskolor, alkoholistanstalter, anstalter för epileptiker samt mentalsjukhus och fängelser.

Redan år 1947 påpekade JO (se JO:s ämbetsberättelse 1947 s. 189-214) att myndigheterna i stor utsträckning satte upp sterilisering som villkor för utskrivning eller permission från olika anstalter och institutioner. Det var enligt JO tveksamt om förfarandet kunde anses stå i överensstämmelse med steriliseringslagens grundsatser om frivillighet i samtycket och enligt JO:s mening stred det mot den strävan efter hänsynsfullhet och försiktighet, med vilken rätten till sterilisering bör vara förbunden. JO konstaterade också att denna praxis inte hade stöd i lagtexten och inte syntes ha haft stöd ens i lagstiftningens förarbeten. De av JO undersökta ärendena föranledde honom att efterlysa en utredning och förtydliganden av lagens verkliga mening men även en utredning av förutsättningarna för tvångsintagning och utskrivning från anstalt. JO:s uttalanden ledde inte till någon lagändring, möjligen till en restriktivare praxis även om utredningen hittills inte funnit några direkta belägg för detta.

Möjligen har en cirkulärskrivelse från medicinalstyrelsen år 1948 samband med JO:s uttalanden. Skrivelsen vänder sig till föreståndare och läkare vid vårdanstalter för bildbara sinnesslöa. Där anger medicinalstyrelsen bl.a. följande. "Medicinalstyrelsen får härmed på förekommen anledning erinra om vikten av ett omsorgsfullt ställningstagande till förekommande steriliseringsärenden och möjligast grannlaga upplysningar i dessa ting till föräldrar och anhöriga. (---) Det skall erinras om att många fall av sinnesslöhet icke är ärftliga. (---) Det har enligt erfarenheter i medicinalstyrelsen icke sällan förekommit, att i unga år såsom sinnesslöa steriliserade personer efter några år uppnått en avsevärt högre eller normal intelligensålder, och ådagalagt en god social anpassning. Möjligheten av eftermognad måste därför i många fall, och detta gäller även när viss men ej helt avgörande eugenisk indikation föreligger, allvarligt övervägas. (---) Vad som här sagts (---) får icke fattas så att en minskning av antalet steriliseringar av faktiskt sinnesslöa är önskvärd. (---) Det skall i detta sammanhang även erinras om betydelsen av att vid utskrivning eller försöksutskrivning från anstalt av sinnesslö, oavsett om steriliseringsfrågan är aktuell eller ej, såväl vederbörande själv som hans anhöriga eller de, som eljest är hans närmaste, upplysas om de rättsliga kon-

sekvenserna särskilt beträffande äktenskapslagstiftningen, som det psykiska defekttillståndet i det enskilda fallet kan medföra."

Medicinalstyrelsen uttalade dessutom redan 1946 i ett yttrande till Kungl. Skolöverstyrelsen när det gällde sterilisering som villkor för utskrivning från skolhem av en person som var över 21 år att man inte kunde vägra en utskrivning från skolhemmet enbart på den grunden att personen vägrade undergå sterilisering.

Med hänsyn till vad som nu sagts är det enligt utredningen naturligt att föreslå att en person är berättigad till ersättning om det kan visas att ansökan om sterilisering gjorts i samband med utskrivning från institutionen även om han eller hon själv skrivit på ansökan eller samtyckt till åtgärden.

Utredningen anser dock att kretsen av personer som bör ha rätt till ersättning skall göras vidare än så. Den bör omfatta även dem som steriliserats under den tid han eller hon var inskriven på anstalten dvs. även om steriliseringen inte skedde i samband med utskrivning. Enligt utredningens mening torde det kunna uteslutas eller i vart fall tillhöra de yttersta undantagsfallen att någon genuint frivilligt ansökte om sterilisering under en anstaltsvistelse. Detta stöder utredningen på såväl egna undersökningar som andra forskares arbeten. Det mesta talar således för att en sådan ansökan har varit påverkad av förhoppningar eller löften om förmåner som permission, frigång, arbete utanför anstalten eller utskrivning eller av hot om att utskrivning skulle skjutas upp; med andra ord har den egna ansökan gjorts eller samtycket skett i en tvångsliknande situation. Av den anledningen anser utredningen att ersättning skall utgå redan om det framgår att den enskilde skrivit på en ansökan om sterilisering eller samtyckt till åtgärden under anstaltsvistelsen. Avgörande för ersättning enligt denna punkt är när ansökan undertecknades. Att steriliseringsoperationen eventuellt vidtogs senare skall sakna betydelse. Om den enskilde skrivits ut och var frigiven innan ansökan skrevs på kan någon ersättning inte erhållas enligt denna punkt. I de fall ansökan inte var nödvändig är det i överensstämmelse med vad som sades under förra punkten tillräckligt att den enskilde visar att sterilisering genomfördes under anstaltsvistelsen.

Även denna ersättningsregel bör bli förhållandevis enkel att administrera. Det torde inte heller uppstå några stora problem för den enskilde att visa att en sterilisering eller ansökan därom skett under anstaltsvistelsen.

Sterilisering av personer sedan de rubricerats som sinnessjuka, sinnesslöa eller epileptiker utan att vara intagna på anstalt (2 § 4 p)

En viktig och förhållandevis vanlig grund för sterilisering i vart fall fram till 1950-talet var att en person av läkare rubricerades som sinnesslö. Om så var fallet kunde sterilisering göras på såväl eugenisk som social indikation om förutsättningarna i övrigt var uppfyllda. I det läkarintyg som skulle bifogas ansökan skulle läkaren ange grunderna för varför ansökan skulle tillstyrkas, se bilaga 7.

Skälen till att ersättning bör utgå till dessa personer är delvis samma som angetts under första rubriken. De personer det är fråga om är i första hand de som i läkarundersökningar angavs vara sinnesslöa. I denna grupp ingick bl.a. de som idag skulle kallas utvecklingsstörda, men av allt att döma även många som enligt vår tids kriterier inte skulle definieras som utvecklingsstörda.

För vår tid ter sig denna grund för sterilisering paradoxal. På grund av främst sinnesslöheten skulle den enskilde inte få möjlighet att skaffa barn. Samtidigt ansågs personen trots "sinnesslöheten" vara fullt kapabel att inse konsekvenserna av en sterilisering och han eller hon skulle själv ansöka eller samtycka till den.

Frågan om den enskilde rent intellektuellt kunde anses förstå vad sterilisering innebar var en central fråga i den tidens diskussion om lagstiftningens utformning. Det gällde såväl i bedömningen av sinnesslöa, psykiskt sjuka som barn och ungdomar. Eftersom lagstiftningen som huvudregel byggde på principen om frivillighet och samtycke var det avgörande att den enskilde förstod vad steriliseringen innebar och därför kunde lämna ett juridiskt bindande samtycke. I utredningar och förarbeten diskuterades utförligt vid vilken intelligensålder samtycket kunde anses giltigt. 12 år ansågs vara gränsen. Genom mer eller mindre utförliga intelligenstester avgjordes sedan om sinnesslöa och psykiskt sjuka översteg denna ålder intellektuellt. Var så fallet kunde de lämna ett giltigt samtycke och steriliseringen kunde genomföras "frivilligt".

Enligt utredningens uppfattning har många av de människor det nu gäller haft begränsade möjligheter att till fullo inse konsekvenserna av steriliseringsåtgärden. Mycket talar också för att steriliseringen i många fall ställdes som ett alternativ till olika former av omhändertagande t.ex. risk för intagning på en anstalt eller omhändertagande av barn. Den enskildes möjligheter att påverka steriliseringsbeslutet har varit mycket små.

Dessutom var sinnesslöbegreppet ett diffust begrepp som användes också för att fånga in andra problem av social karaktär och som ofta tycks ha använts på ett slentrianmässigt sätt och ibland på mycket begränsat och tveksamt underlag. Fil.dr. Maija Runcis har i sin avhandling *Steriliseringar i*

Folkhemmet, 1998, diskuterat sinnesslöbegreppets innebörd (se bl.a. s. 133-136 och 232-238).

Utredningen föreslår sammanfattningsvis att om det av handlingarna framgår att ansökan tillstyrkts bl.a. av det skälet att personen angetts vara sinnesslö det är tillräckligt för att ersättning skall beviljas. Många av dem som steriliserats på denna grund torde dessutom ha blivit det innan de fyllt 21 år. De kommer då att vara berättigade till ersättning redan enligt utredningens förslag ovan (2 § 2 p).

Även denna ersättningsregel är enkel att administrera. Att en person föreslogs bli steriliserad bl.a. på grund av att han eller hon angavs vara sinnesslö framgår av ansökningshandlingarna; särskilt det obligatoriska läkarintyget.

I detta sammanhang vill utredningen även ta upp frågan om sterilisering av sinnessjuka. Såvitt utredningen känner till skedde sterilisering av sinnessjuka i de flesta fall på anstalter eller sinnessjukhus där dessa personer var intagna. De kommer då att omfattas av utredningens lagförslag ovan (2 § 3 p). För den händelse någon steriliserats på den grund att han eller hon diagnostiserats som sinnessjuk utan att samtidigt ha varit intagen på anstalt eller sjukhus föreslår utredningen att även en sådan person skall omfattas av ersättning enligt denna punkt. Motsvarande bör gälla epileptiker.

Sterilisering som uttryckligt villkor för annat myndighetsbeslut (2§ 5 p)

Sterilisering som villkor för giftermål

Enligt giftermålsbalken utgjorde sinnesslöhet, sinnessjukdom och ärftlig epilepsi skäl för äktenskapshinder. Epileptiker kunde ansöka om dispens från äktenskapshindret ända sedan 1920-talet. Från år 1945 ändrades giftermålsbalken så att även sinnesslöa och psykiskt sjuka kunde få dispens. Som regel uppställdes som villkor för dispens att sterilisering genomfördes. Tillämpningen av lagstiftningen förändrades dock under början av 1950-talet då epileptiker i allt större utsträckning fick dispens utan krav på sterilisering. Äktenskapsförbudet för epileptiker upphörde formellt år 1968 och för sinnesslöa och psykiskt sjuka år 1973.

Ett *uttryckligt* myndighetskrav på sterilisering för att få ingå äktenskap är en sådan tvångsliknande situation som enligt utredningens mening bör föranleda rätt till ersättning. Regeln torde vara möjlig att administrera och det bör heller inte vara alltför stora problem för den enskilde att visa att ett sådant villkor uppställts. Det kan framgå av ansökningshandlingarna men fr.a. av Kunglig Maj:ts eller Medicinalstyrelsens tillståndsbevis för äktenskap (dispensbeslut).

Sterilisering som villkor för mödrahjälp eller annat statligt eller kommunalt bidrag

Som tidigare nämnts förekom det i vart fall fram till början av 1950-talet att sterilisering ställdes som krav för att erhålla s.k. mödrahjälp: ett behovsprövat bidrag från år 1938 fram till år 1963 som gavs till kvinnor med barn. Bidraget administrerades av särskilda mödrahjälpnämnder. I tidiga instruktioner för dessa nämnder angavs att sterilisering kunde ställas som ett krav för att erhålla bidraget.

Utredningen har funnit ärenden där sterilisering *uttryckligen* ställdes som villkor för mödrahjälp. Sådana ärenden har överklagats av den enskilde ända till Kungl. Maj:t utan framgång.

Även dessa fall är exempel på en situation där den enskilde ställts inför ett tvångsliknande val varför ersättning bör utgå.

Administrativt kan dessa fall utgöra ett problem. Nämndernas material är utspritt länsvis och har i vissa fall också gallrats. (I Stockholm sparades vart femte år 1940, -45, -50 osv.) Utredningen återkommer senare till frågan om brister i underlagsmaterialet.

Sterilisering som villkor för abort

Utredningen har kunnat konstatera att *sterilisering sattes som villkor för abort* enligt 1938 års abortlag om eugenisk indikation förelåg. Det var dessutom inte ovanligt att sterilisering genomfördes i samband med abort utan att denna indikation förelåg. Enligt forskares genomgång av statistiken steriliserades under åren 1951-1955 var fjärde kvinna i samband med abort. Under åren 1941 till 1964 steriliserades enligt medicinalstyrelsens egna uppgifter cirka 4.000 kvinnor i enlighet med abortlagens villkorsparagraf. Bestämmelsen upphävdes år 1974.

Om det av ansökningshandlingar avseende sterilisering eller abort eller på annat sätt framgår att sterilisering *uttryckligen* uppsatts som ett villkor för abort (dvs. aborten omfattades av villkorsparagrafen) är detta enligt utredningens mening tillräckligt för att ersättning skall utgå till den som steriliserats. Vad därefter gäller det förhållandevis stora antal ärenden där sterilisering genomfördes i anslutning till abort utan att detta ställdes som något uttryckligt krav tar utredningen upp dessa under nästa rubrik.

Man skulle kunna invända mot den här föreslagna lösningen, att t.ex. mycket starka medicinska skäl för sterilisering kan ha förelegat i de nu diskuterade typfallen där enligt utredningens mening ersättning skall utgå utan någon prövning av myndighetens handlande i samband med ingreppet. Man kan t.ex. tänka sig att en sterilisering framstått som nödvändig av hänsyn till kvinnans liv och hälsa i samband med abort som företagits på en omyndig,

en sinnesslö eller en intagen på anstalt. Många gånger måste det dock bli besvärligt att i efterhand konstatera om verkligen det förelegat en så trängande medicinsk nödvändighet som kan anses motivera ingrepp på en kvinna i denna situation. Även om i något fall ersättning skulle utgå trots att i själva verket steriliseringen varit motiverad även med nuvarande värderingar, får detta anses som en mindre olägenhet än att komplicera bedömningen på detta vis. Som utredningen angett är det avgörande syftet med typsituationerna att undvika skälighetsbedömningar i det enskilda fallet och att de som omfattas av dessa typiskt sett befunnit sig i en utsatt position där sådana bedömningar kan undvikas. Följden blir också att ersättning snabbare kan betalas ut.

Sterilisering efter otillbörlig påverkan eller försumlighet av myndighet (2 § 6 p)

Även om en mycket stor del av dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ kommer att kunna få ersättning enligt de nu beskrivna punkterna är en kompensation motiverad också i flera andra fall där den enskilde kan ha påverkats av myndigheter att ansöka om sterilisering på ett sätt som med dagens synsätt får anses otillbörligt. Myndigheten kan också ha varit försumlig på ett i våra ögon klandervärt sätt exempelvis genom att underlåta att ge den enskilde det stöd i en sådan situation som idag skulle anses naturligt.

Sterilisering på grund av asocialt levnadssätt

En grund för sterilisering var att den enskilde för framtiden var uppenbart olämplig att handhava vårdnaden om barn på grund av asocialt levnadssätt. Det är utredningens uppfattning att i många fall där sterilisering skett på denna grund och där ansökan är gjord av den enskilde själv eller den enskilde samtyckt till steriliseringen i realiteten varit steriliseringar där den enskilde ställts inför någon form av tvångsval. Det kan gälla fall där myndigheter ställt sterilisering mot ett tvångsomhändertagande av den enskilde själv eller hans eller hennes barn. Det kan också vara fråga om erhållande av eller indragning av ett ekonomiskt bistånd av något slag från statens eller kommunens sida. Utredningen anser det angeläget och rimligt att ersättning skall kunna ges också i sådana fall.

Sterilisering i samband med abort

Det har förekommit att kvinnor övertalades att sterilisera sig i samband med abort utan att eugenisk indikation förelåg. De efterundersökningar som gjordes i slutet på 1950-talet och början av 1960-talet visar visserligen att många steriliserade kvinnor var nöjda med resultatet men att det fanns de som upplevde steriliseringen som en kränkning. Det gällde främst kvinnor som i samband med ingreppet varit föremål för tvång eller mycket stark påverkan eller som tidigare inte hade några barn. Utredningen anser det också angeläget att de kvinnor som på detta sätt i samband med abort av olika skäl känt sig utsatta och påtvingade en sterilisering också får möjlighet till ersättning. Samtidigt är det enligt utredningens uppfattning inte möjligt att ge ersättning till alla som steriliserades i samband med abort då det utan tvivel i det sammanhanget förekommit många fall av frivilliga steriliseringar. Under åren 1944 till 1964 steriliserades närmare 4.000 kvinnor i enlighet med abortlagens villkorsparagraf.

Sterilisering i samband med förlossning m.m.

Det har framförts uppgifter till utredningen att det förekom fall där läkare i samband med förlossningar genom kejsarsnitt steriliserat kvinnor utan att i förväg ha diskuterat frågan eller tagit upp den omedelbart i anslutning till förlossningen utan att medicinalstyrelsens tillstånd var inhämtat. En sådan sterilisering kan ha varit genomförd med stöd av s.k. tvåläkarintyg enligt 3 § andra stycket i lagen. Enligt den bestämmelsen gavs möjlighet att sterilisera en kvinna efter samtycke om det förelåg medicinsk indikation för sterilisering på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel genom att två läkare, varav den ene den som företog ingreppet, intygade att förutsättningarna var uppfyllda. I de fallen har medicinalstyrelsens tillstånd inte behövt inhämtas.

Villkor för ersättning i dessa fall

De övertalningar som kan ha skett från myndighetspersoners eller andras sida kan ha varit av olika karaktär. Frågan om sterilisering kan ha kommit upp i en allmän diskussion mellan kuratorer, läkare och den enskilde som ett alternativ för att lösa ett i första hand socialt problem. Även om det inte är självklart att sådana diskussioner med förslag och rekommendation om sterilisering från myndighetspersoner eller andras sida utan vidare kan betraktas som en otillbörlig övertalning eller påverkan ter sig en sådan diskussion ofta främmande för oss.

Utredningen föreslår därför att den enskilde i situationer som de nu nämnda - sterilisering på grund av asocialt levnadssätt, i samband med abort

eller förlösning - bör lägga fram någon omständighet som tyder på att han eller hon utsatts för påverkan av myndigheter att gå med på sterilisering - eller med juridiskt uttryckssätt - *göra antagligt* att han eller hon samtyckt till sterilisering under otillbörlig påverkan av en myndighet trots att han eller hon inte önskat det. Juridiskt sett är detta ett mycket svagt beviskrav. Påverkan från myndigheten bör ha inneburit någon form av otillbörlighet t.ex. påtryckning eller missledande information. Om den enskilde kan göra detta antagligt skall huvudregeln vara att hon är berättigad till ersättning. Det finns även andra fall där sådan påverkan kan ha förekommit.

I flera fall har sterilisering genomförts i samband med abort utan att medicinalstyrelsens tillstånd inhämtats. Som nämnts tidigare fanns enligt 5 § i 1941 års steriliseringslag lagligt utrymme för sterilisering utan medicinalstyrelsens tillstånd om läkaren vid en abort på medicinsk indikation konstaterade att sjukdom eller kroppsfel vid nytt havandeskap skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv och hälsa. Även i dessa situationer kan den enskilde ha utsatts för sådana påtryckningar att steriliseringen inte varit frivillig.

Utredningen har kunnat konstatera att särskilt abortutredningarna generellt sett är något utförligare och redovisar diskussioner mellan personal och den enskilde. Även om utredningen således i dessa fall förespråkar att ett visst beviskrav läggs på den enskilde torde det vara möjligt för den enskilde att lägga fram så mycket material i ärendet att hon kan göra antagligt att hon utsatts för påverkan av myndigheten på ett sådant sätt att ersättning kan utgå. Utredningen återkommer strax till betydelsen av brister i underlagsmaterialet.

Utredningen föreslår också att ersättning skall kunna utgå inte endast då myndigheten utövat otillbörlig påtryckning på den enskilde utan också när myndigheten varit försumlig. Det kan vara fall där den enskilde påverkats inte direkt av en myndighet men av andra personer, såsom anhöriga t.ex. föräldrar eller make/maka, men även hälso- och sjukvårdspersonal och andra myndighetsliknande personer. Om det framgår av underlagsmaterialet att sådan påverkan förekommit och den beslutande myndigheten känt till detta men myndigheten underlåtit att självständigt bedöma att ansökan var frivillig trots påverkan, bör ersättning kunna betalas ut.

Det kan ha förekommit fall där sterilisering även enligt våra värderingar varit försvarlig men där den enskilde uppfattat situationen som att han eller hon utsatts för en otillbörlig påverkan från myndighet eller t.ex. sjukvårdspersonal. Det kan ha förelegat mycket starka medicinska skäl för en sterilisering som den enskilde inte uppfattat eller förstått. I sådana situationer kan det ha varit försvarligt att genomföra steriliseringen. Eftersom det för att ersättning skall kunna ges skall vara fråga om någon form av otillbörlig påverkan eller försumlighet från myndighets sida kan det här bli fråga om en känslig bedömning och avvägning mellan vad den enskilde uppger i dag och

vad som finns antecknat i ansöknings- och journalhandlingar eller annat tillgängligt material.

Utredningen vill därför understryka att en bedömning idag i mycket stor utsträckning måste utgå från den enskildes egna uppgifter och upplevelser av t.ex. bemötande från myndighetspersoners sida. Att finna klara belägg för omotiverade påtryckningar i myndigheters material torde många gånger ställa sig svårt. Den steriliserades egna upplevelser måste med andra ord ges ett betydande tolkningsföreträde. Dessutom är kravet på bevisning angående påtryckningar eller försumlighet satt mycket lågt. Den myndighet som skall handlägga ersättningsfrågan bör således i tveksamma fall där underlagsmaterialet är sparsamt och/eller svårtolkat hellre ge ersättning än avslå en begäran. Den handläggande myndigheten bör heller inte på eget initiativ genomföra mer betydande forskning efter journalmaterial som särskilt kan ge stöd för att steriliseringen genomförts på grund av t.ex. mycket starka medicinska skäl. Den bör istället kunna nöja sig med ett underlag för bedömningen som innefattar sådant journalmaterial som normalt förekommer.

Utredningen vill här också upprepa att huvuddelen av dem som steriliserats mot sin vilja kommer att falla in under de tidigare diskuterade typsituationerna där någon värdering av steriliseringssituationen inte behöver göras.

8.2.4 Brister i underlagsmaterialet m.m.

Efter de genomgångar utredningen gjort av ansökningshandlingar om sterilisering och annat material hos Riksarkivet och i Socialstyrelsens arkiv är det som nyss angetts utredningens bedömning att ett mycket stort antal av de ansökningar om ersättning som utredningen hittills erhållit kommer att omfattas av ersättningspunkterna 1 till 5 i utredningens lagförslag (2 § pp 1-5). I de flesta fall är det förhållandevis lätt att konstatera om angivna krav för att ersättning skall erhållas är uppfyllda. Någon skälighetsbedömning blir heller inte nödvändig i de fallen.

Cirka tio procent av de hittills inkomna ersättningsansökningarna avser sterilisering i samband med abort. Även vad gäller abortfallen är det utredningens uppfattning att det i de flesta fall är möjligt att genom ansökningshandlingar om sterilisering och abort samt journaler få tillräckligt underlag för att kunna bevilja ersättning dvs. att den enskilde kan göra antagligt att egen ansökan eller samtycke tillkommit på grund av myndighetspåverkan eller försumlighet.

Utredningen kan dock konstatera att arkivmaterialet inte alltid är fullständigt. En del ansökningshandlingar har inte gått att återfinna och i andra fall är underlagsmaterialet mycket bristfälligt. Detta är också ett skäl till att beviskraven på den enskilde inte skall sättas högt.

Om den enskilde kan visa att han eller hon blivit steriliserad och gör gällande att det skett enligt någon av de grunder utredningen angett ovan men där ansökningshandlingar och annat material inte går att återfinna är det utredningens uppfattning att en sådan begäran om ersättning ändå bör kunna bifallas trots att det finns mycket begränsat med information. Det kan inte läggas den enskilde till last att myndigheterna har brister i arkivhantering eller redan gallrat ut väsentliga handlingar. Den enskildes egna berättelse och upplevelser av steriliseringen har därför stor betydelse. I det sammanhanget kan det inte uteslutas att även andra uppgifter t.ex. om den enskildes allmänna situation från myndigheter eller personer kan komma att få betydelse som stöd för den enskildes påståenden, genom skriftliga handlingar, intyg eller muntliga uppgifter.

En annan situation som kan uppkomma är att en person begär ersättning enligt en av de punkter vi angett ovan men det visar sig att underlagsmaterialet inte ger stöd för hans eller hennes påstående men däremot för någon av de andra punkterna. I ett sådant fall skall det vara möjligt för den handläggande nämnden att istället, eventuellt efter skriftväxling med den enskilde, lägga dessa uppgifter till stöd för ett positivt ersättningsbeslut.

8.2.5 Alternativ till utredningens ersättningsförslag

Utredningen har under sitt arbete även diskuterat andra alternativ till hur ersättning till de steriliserade skall kunna regleras utöver det förslag som nu presenterats. I detta avsnitt kommenterar utredningen några sådana alternativ.

Skadeståndstalan

I utredningens direktiv anges att skadeståndersättning på grund av fel eller försummelser med anledning av tillämpningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar är utesluten med hänsyn till allmänna preskriptionsregler.

Som utredningen bl.a. konstaterat i avsnitt 3.2.5 torde det i och för sig vara riktigt att eventuella ersättningskrav från personer som steriliserats enligt dessa lagar omfattas av angivna preskriptionsregler, normalt tioårig preskription. Det bör dock noteras att en förutsättning för att domstol skall pröva frågan om preskription i en eventuell tvistemålsrättegång om ersättning på grund av fel eller försummelser från myndigheters eller myndighetspersoners sida är att staten gör invändning om att preskription föreligger. Görs inte en sådan invändning kan frågan om skadeståndersättning prövas materiellt.

Som framgår av utredningens redovisning i avsnitt 6.4.2 konstaterade den kanadensiska domstol som utdömde skadestånd till en steriliserad kvinna att vissa krav på "allmänt skadestånd" inte skulle bifallas med hänsyn till att provinsregeringen i Alberta hade avstått från att göra preskriptionsinvändning; en invändning som skulle fått till följd att frågan om ersättning överhuvudtaget inte skulle kunnat prövas. Vidare har utredningen i avsnitt 6.2.3 redovisat hur den norska utredningen om ersättning till vissa strålskadade föreslagit att statens skall betala ersättning enligt allmänna skadeståndsrättsliga principer även i de fall kraven är preskriberade och att den norska staten således inte gör gällande någon preskriptionsinvändning.

I utredningens fall har regeringen redan i direktiven angett att utredningen skall lägga fram ett förslag om ersättning till de drabbade även om preskription för skadeståndskrav föreligger. Denna inställning ligger principiellt nära det nyss nämnda norska förslaget.

Ett alternativ till att tillsätta en utredning som denna med uppdrag att föreslå en ersättning hade kunnat vara att från statens sida vid eventuella rättsliga skadeståndskrav avstå från preskriptionsinvändning och låta saken prövas i domstol. Härigenom skulle varje person kunna föra en individuell talan med krav på ersättning för de skador han eller hon ansett sig ha lidit. Det kan inte uteslutas att ersättningen då i några fall skulle kunna bli större än vad utredningen föreslår.

Nackdelarna med ett sådant förfarande är emellertid betydande och som utredningen ser det uppenbara. Till att börja med finns en stor osäkerhet om det föreligger någon skadeståndskyldighet överhuvudtaget för staten i många fall. Svårigheterna för enskilda personer att uppfylla skadeståndslagens beviskrav är dessutom stora. Det skulle förmodligen kräva kostsam juridisk hjälp som den enskilde riskerade att få betala själv vid en rättslig förlust. En process skulle dessutom kunna bli långdragen, även om den stannade i en instans. Dessa omständigheter gör att den lösning som nu erbjuds genom utredningens ersättningsförslag ter sig både snabbare och säkrare än domstolsprocesser med oförutsägbar utgång.

Ersättning till alla steriliserade

Det skulle vidare kunna ifrågasättas om det är lämpligt eller möjligt att göra en materiell prövning av en begäran om ersättning även utifrån de förslag utredningen tidigare lämnat. Man skulle kunna påstå att risken är stor att många personer som blivit steriliserade mot sin vilja inte kommer att kunna få ersättning på grund av brister i underlagsmaterialet. Det skulle gälla såväl i de typsituationer utredningen tidigare diskuterat - där den enskilde skall visa att sterilisering skett och att en typsituation föreligger - som i de fall där den enskilde skall visa att sterilisering skett och sedan göra an-

tagligt att han eller hon samtyckt till sterilisering under otillbörlig påverkan eller efter försumlighet av myndighet.

Som framgått av det tidigare resonemanget är det utredningens uppfattning att underlagsmaterialet inte har så stora brister att de beviskrav som utredningen nu föreslagit skall läggas på den enskilde, i realiteten blir omöjliga att uppfylla.

Man skulle också kunna göra gällande, förutom att bristerna i underlagsmaterialet skulle vara alltför stora, att de steriliserade redan lidit så mycket, att varje ytterligare prövning av deras påståenden och trovärdighet skulle vara kränkande. Ett sådant resonemang skulle, som utredningen ser det, kunna leda till att det skulle vara nödvändigt att låta *alla* som påstår att de steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ erhålla ersättning.

Det tillgängliga materialet tyder samtidigt på att särskilt under de sista decennierna som 1941 års lag gällde ett stort antal, kanske de flesta av de som ansökte om eller samtyckte till sterilisering gjort detta helt frivilligt (se bl.a. undersökningar redovisade i avsnitt 8.2.1). Först med den kartläggning som utredningen låter genomföra kan man dock med större säkerhet ange detta.

Slutsatsen av ett sådant resonemang skulle emellertid kunna vara att ett inte obetydligt antal personer som i realiteten *inte* steriliserats eller gjort det av rent medicinska skäl eller genuint frivilligt också skulle kunna ansöka om och få ersättning under förutsättning att det inte skulle ske någon prövning av deras uppgifter.

Om ersättningen skulle ges på ett sådant urskillningslöst sätt, förlorar ersättningen karaktären av en upprättelse till enskilda personer som utsatts för en kränkning från myndigheters sida.

Om man anser att en sådan konsekvens inte är acceptabel skulle ett alternativ vara att göra undantag från rätten till ersättning i vissa fall. Ett alternativ som kan tänkas är att den enskilde skulle visa att han eller hon blivit steriliserad men därefter endast behöva intyga att det skett mot hans eller hennes vilja. Om sådana beviskrav och intyg skulle ha någon reell innebörd skulle det ändå krävas en prövning i det enskilda fallet vilket skulle innebära svåra skälighets- eller trovärdighetsbedömningar från den handläggande myndighetens sida vilket inte gör handläggningen enklare. Även det skulle kunna innebära ett ifrågasättande av den enskildes uppgifter.

Utredningens förslag skall samtidigt ses i ljuset av andra ersättningar från statens sida till enskilda personer. Det gäller t.ex. ersättning enligt brottsskadlagen - en ersättning som staten tagit på sig att betala till personer som utsatts för brott, där andra möjligheter till ersättning saknas t.ex. på grund av att gärningsmannen inte kan betala skadestånd. Ofta är det här fråga om brott där offret utsatts för mycket allvarliga kränkningar och lidande. För att ersättning skall betalas enligt brottsskadlagen skall det i princip vara *styrkt* att ett brott är begånget. Om gärningsmannen är okänd skall det vara övervä-

garde: sannolikt att skadorna orsakats genom brott. För att ersättning skall utgå för personskador skall brottsoffret också styrka omfattningen av skadorna. Om man ser utredningens föreslagna ersättningsregler till de steriliserade i det perspektivet är beviskraven för de steriliserade betydligt mildare. Vad som skall styrkas är främst vissa *objektiva* förhållanden, att sterilisering skett och att vissa yttre, iakttagbara typsituationer förelegat. Dessutom skall ersättning kunna ges även om dessa typsituationer inte föreligger men där den enskilde kan *göra antagligt* att steriliseringen skett efter otillbörlig påverkan eller försumlighet av myndighet - ett mycket lågt beviskrav.

Härtill skall läggas att många av dem som hittills skrivit till utredningen själva noga beskrivit på vilket sätt de kränkts samt bifogat kopior av ansökningshandlingar eller beslut om sterilisering. En del har också bifogat journalutdrag eller lämnat uppgifter om att deras påståenden kan intygas av andra, namngivna personer. Med andra ord är det för många av de steriliserade både angeläget och naturligt, inte kränkande, att lägga fram uppgifter som visar på att de utsatts för ett övergrepp.

Utredningen anser därför sammanfattningsvis att det får anses både rimligt och skäligt att vissa beviskrav ställs på den som skall få ersättning för en sterilisering gjord mot den enskildes vilja. De av utredningen föreslagna kraven - att visa att sterilisering skett, att visa att en av de av utredningen angivna typsituationerna förelegat alternativt att göra antagligt att man utsatts för otillbörlig påverkan eller försumlighet av en myndighet - är dessutom enligt utredningens mening inte svåra att uppfylla med de anvisningar som utredningen gett för hur bedömningen skall ske.

8.2.6 Tidigare av regeringen handlagda ersättningskrav

Regeringen har tidigare under åren 1983 till 1996 i 17 fall av billighetsskäl beviljat ersättning till steriliserade. Beloppen varierar i huvudsak mellan 40.000 kr (år 1983) och 50.000 kr. De utbetalda ersättningarna motsvarar 50.000 kr i dagens penningvärde. I ett fall har 60.000 kr (år 1992) betalats ut på grund av särskilda omständigheter. Personen steriliserades vid 15 års ålder.

I dessa fall har regeringen konstaterat att formella fel begåtts i handläggning. Den ersättning som då beviljades var lägre än den utredningen nu förslår. Enligt utredningens uppfattning bör de som tidigare erhållit ersättning inte undantas från det nu föreslagna ersättningsbeloppet. Vad som tidigare betalats ut bör dock avräknas från ersättningen. Härigenom undviker man att de skadelidande som varit mindre aktiva tidigare för att få ersättning missgynnas. Utredningen anser inte att det finns tillräckliga skäl att omräkna de belopp som skall avräknas till dagens penningvärde.

Regeringen har som tidigare angetts avslagit begäran om ersättning i 21 fall. Det är enligt utredningen självklart att dessa bör prövas på nytt av den myndighet utredningen föreslår skall handlägga ersättningsärendena.

8.2.7 Steriliseringar utan tillämpning av 1934 års lag eller genomförda före år 1935

Utredningen har tagit del av enstaka brev från enskilda som gör gällande att de steriliserats mot sin vilja före år 1935 trots att de formellt samtyckt till åtgärden. Det förekommer också fall där personer påstår sig ha steriliserats mot sin vilja under åren 1935 till 1941 utan att 1934 års steriliseringslag tillämpats.

Som utredningen redovisat i avsnitt 2.2 förekom steriliseringar såväl före år 1935 som under åren 1935 till 1941 utanför lagens tillämpningsområde. Som utredningen tidigare också angett har dessa ingrepps laglighet diskuterats. Några rättsliga ingripanden mot läkare som steriliserade personer på deras begäran eller med deras samtycke gjordes dock inte. Det förekommer också före år 1935 steriliseringar på psykiskt sjuka som var intagna på anstalt dokumenterade såväl i artiklar i *Läkartidningen* som tidigare utredningar och forskarrapporter.

Av den diskussion som föregick 1934 års lag framgår att man i stort sett var ense om att det inte var tillåtet att sterilisera en rättskapabel person mot hans eller hennes vilja. Det rådde däremot delade meningar om det var tillåtet att sterilisera någon på egen begäran eller med samtycke utan uttryckligt lagstöd. Stor tveksamhet rådde dessutom om det var tillåtet att utan sådant lagstöd sterilisera personer som på grund av sinnessjukdom saknade förmåga lämna samtycke. Det sistnämnda var också ett skäl till att 1934 års lag tillskapades.

Enligt utredningens mening, och i den delen har utredningen stöd av tidigare forskning (se bl.a. Broberg/Tydén i *Oönskade i folkhemmet*, 1991, s. 69 med fotnoter) har det även före år 1935 förekommit steriliseringar där den enskilde gått med på dessa efter att ha ställts i tvångsliknande situationer eller utsatts för otillbörliga påtryckningar. Några av de ansökningar om ersättning utredningen tagit del av tyder också på detta. Likaså torde det ha genomförts steriliseringar av sinnessjuka på anstalter och sjukhus trots att något samtycke inte kunde inhämtas.

Även om utredningens uppdrag enligt direktiven formellt sett gäller tillämpningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar och ersättningsfrågan gäller personer steriliserade enligt dessa lagar är det enligt utredningens uppfattning inte rimligt att de som steriliserades mot sin vilja eller på annans initiativ före år 1935 eller utanför tillämpningsområdet för 1934 års lag skulle förvägras ersättning av detta formella skäl. Redan det förhållandet att

man vid den tiden ansåg sådana steriliseringar otillåtna eller tveksamma, att lagreglering diskuterades och genomfördes, talar för att ersättning bör beviljas även i de fallen.

Utredningen anser således att ersättningsförslaget - med de förutsättning som utredningen tidigare angett - även skall gälla personer steriliserade före 1935 eller som steriliserats under åren 1935 till 1941 utan tillämpning av 1934 års lag. Det innebär med andra ord att om någon steriliserats enligt någon av de typsituationer som anges i 2 § p 1-5 har han eller hon rätt till ersättning, likaså om kraven enligt p 6 är uppfyllda. Det är med all sannolikhet ytterst få fall som blir aktuella.

8.3 Ersättningens storlek

8.3.1 Inledning

Utredningen har inte diskuterat frågan om vilka som skall omfattas av ersättning i skadeståndsrättsliga termer eftersom det är tveksamt om det vid den tiden fanns och i vart fall i dag inte torde finnas någon skadeståndsrättslig *skyldighet* för det allmänna att betala ersättning i dessa fall ens när man kan konstatera fel eller försummelse från myndigheters sida. Utredningen har trots det valt att i den följande diskussionen om ersättningens storlek bl.a. göra jämförelser med dagens skadeståndsrättsliga ersättningsbelopp.

Som nyss nämnts kan utredningen till att börja med konstatera att staten under åren 1983 till 1996 i 17 fall gett *ersättning av billighetsskäl till personer som blivit steriliserade* med stöd av de aktuella steriliseringslagarna. Regeringen har i 21 fall avslagit begäran om ersättning. I de fall ersättning har getts har regeringen, efter att ha inhämtat yttrande från Socialstyrelsen, korstaterat att steriliseringsoperationerna på ett eller annat sätt skett i strid mot den då gällande lagstiftningen t.ex. att samtycke inte inhämtats eller vårdnadshavare inte beretts tillfälle yttra sig. Ersättningen har i huvuddelen av fallen bestämts till 50.000 kr i dagens penningvärde. I ett fall har ersättningen uppgått till 60.000 kr, bl.a. beroende på att den personen steriliserades vid mycket unga år (15 år).

Vad gäller *ersättning som staten av billighetsskäl gett ut till dem som smittats av HIV-kontaminerade blodprodukter* har denna, som framgår av avsnitt 5.2, uppgått till 100.000 kr år 1991 och 160.000 kr år 1995. År 1997 träffades härutöver en överenskommelse mellan regeringen och landstingsförbundet som innebar att nära anhöriga till en HIV-smittad kunde erhålla ersättning med ett belopp begränsat till 100.000 kr per smittad.

I *Norge* har den norska regeringen i juni 1996 som ett engångsbelopp gett 100.000 norska kronor till var och en av de personer som lobotomerats mellan åren 1941 och 1974. Det gäller cirka 500 personer som fortfarande är i livet.

Det norska helse- og sosialdepartementet tillsatte i juni 1997 en utredning angående strålskadade vid Radiumhospitalet under perioden 1975-1986. Utredningen avslutade sitt arbete i april 1998 och överlämnade då ett förslag angående ersättningsfrågan, orsaksammanhang, preskription samt om billighetsersättning. Någon grund för ett objektivt (strikt) ersättningsansvar för staten fann inte utredningen men föreslog en ersättning av billighetsskäl till patienterna. Ersättningen skulle, beroende av ålder och skadeomfattning, ge mellan 50.000 och 250.000 norska kronor. Det avsåg de kvinnor som hade registrerade biverkningar med en medicinsk invaliditet på mellan 15 och 54 procent. Utredningen diskuterade även en ersättning lika för alla men stannade för en individuell ersättning utifrån främst medicinsk invaliditet i det enskilda fallet eftersom skadorna varierade så mycket. Den norska utredningens förslag behandlas alltjämt inom det norska regeringskansliet.

I *Danmark* har danska Højesteret i en dom i september 1989 tillerkänt en 21-årig kvinna ersättning med 100.000 danska kronor för att hon år 1977 blivit steriliserad utan att ha lämnat samtycke till det i samband med en operation med kejsarsnitt.

Utredningen kan vidare vid en internationell utblick konstatera att i *Kanada*, har regeringen i provinsen Alberta i en rättegång i januari 1996 förpliktats utge ersättning med sammanlagt cirka 750.000 kanadensiska dollar till en person som blivit steriliserad på felaktiga grunder. I det utdömda beloppet ingick även ersättning för felaktig behandling och intagning på institution. Skadeståndsersättningen för själva steriliseringen uppgick till 375.000 kanadensiska dollar. I provinsen Alberta har därefter under år 1998 träffats överenskommelse mellan provinsregeringen och 540 personer som steriliserats under liknande förhållanden om ekonomisk ersättning. De har var och en erhållit 75.000 kanadensiska dollar och får ytterligare 25.000 kanadensiska dollar om de om tre år inte längre bor på institution eller sjukhus. Härutöver väntar alltjämt cirka 250 fall på prövning.

En något mer fyllig redovisning av dessa internationella utblickar finns i avsnitt 6.

Utredningen har vidare studerat *praxis i Sverige angående skadeståndsrättslig ersättning vid personskada*. Av särskilt intresse är den ersättning som betalas vid fullständig sterilitet. Som redovisats i avsnitt 3 och 4 bygger de skadeståndsrättsliga ersättningsprinciperna på trafikskadenämndens praxis. Enligt den motsvarar fullständig sterilitet 30 procent invaliditet vilket enligt nämndens tabellverk år 1997 gav en ekonomisk ersättning med cirka 110.000 kr för en 16 - 25 åring i invaliditetsersättning inom ramen för ersättningen för lyte och men. För den som är 15 år eller yngre är beloppet

förhöjt med tio procent. Ersättningen minskar sedan något med stigande ålder, vid 30 år 105.000 kr, vid 35 år 100.000 kr och vid 40 år 94.000 kr. För kvinnor över 50 år utgår ingen ersättning medan ersättningen för män i åldern 50-65 uppgår till drygt 34.000 kr motsvarande 15 procent invaliditet för att därefter minska till drygt 7.000 kr motsvarande 5 procent invaliditet över 65 år.

Utredningen har också undersökt *ersättning till brottsoffer för s.k. kränkning enligt 1 kap. 3 § skadeståndslagen*. Som framgått av avsnitt 4 ges kränkningarersättning vid vissa grova brott. De högsta belopp som tillerkänns någon ligger på cirka 200.000 kr. Vid våldtäkt ges i "normalfallet" en ersättning på cirka 50.000 kr.

8.3.2 Schablonersättning eller individuellt prövad ersättning

En ersättning till steriliserade kan beräknas individuellt eller utgöra ett schablonbelopp lika för alla.

För individuella belopp talar att det lidande enskilda personer genomgått på grund av sterilisering kan ha varit mycket olika. Som ett fiktivt exempel (men med inslag från studerade fall) kan nämnas en kvinna i 18-20 års ålder utan barn som 1950 blev gravid och begärde att få abort. Som förutsättning för abort har myndigheter och läkare uttryckligen angett att hon måste samtycka till sterilisering på eugeniska skäl för att få abort. Hon samtycker under något som hon uppfattar som tvångsliknande former. Mot detta fall kan ställas en kvinna i 35-års åldern med tre egna barn som likaledes på 1950-talet begärde abort p.g.a. sociala problem - hennes make var gravt alkoholiserad och hon hade mycket begränsade inkomster. Efter övertalning och påtryckningar från olika myndighetspersoner vilka är dokumenterade samtycker hon till sterilisering utan att det i och för sig ställs upp som ett formellt krav. Hon upplevde påtryckningarna som ett tvång och ångrade sig och säger i efterhand att hon önskade fler barn.

För en utomstående betraktare kan de två kvinnornas lidande synas skilja sig åt betydligt. Den första kvinnan berövas genom ingreppet möjlighet att överhuvudtaget få barn. Hon har tvingats ta ett beslut om sterilisering trots att hon ännu inte var myndig. Mycket talar för att hon på grund av sin ringa ålder påverkas psykiskt av steriliseringen under lång tid av sitt liv. Kränkningen mot hennes integritet och liv kan därför synas mer djupgående och allvarlig än för den andra kvinnan. Hon har redan flera barn och befann sig i en socialt svår situation där en sterilisering vid en första anblick kan ha framstått som den minst dåliga lösningen. Kränkningen av hennes integritet kan synas mindre allvarlig.

Det är svårt att sätta sig in i och bedöma dessa enskilda människors lidande och gradera detta lidande beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Av nödvändighet blir en sådan bedömning mycket subjektiv. Visserligen görs sådana bedömningar då och då av domstolar och myndigheter i olika ersättningsfall. Men samtidigt gäller det nu händelser som inträffade för kanske över femtio år sedan. Bedömningen blir då mycket beroende av den enskildes förmåga att i dag uttrycka sina känslor och upplevelser och vad som antecknats i ansökningshandlingar och journaler. Det finns därför en stor risk för att de som steriliserats kommer känna sig orättvist behandlade om en myndighet i dag skall göra en individuell bedömning av deras lidande. Detta talar, enligt utredningens uppfattning, med styrka mot en individualiserad ersättning och för en schablonersättning.

Enligt utredningens mening bör det således vara lättare för den enskilde att acceptera ett schabloniserat belopp. Man kan heller inte bortse från att ett sådant förslag betydligt skulle underlätta handläggningen av ersättningsfrågorna så att ersättning kan betalas ut snabbare.

Som nämnts tidigare är storleken av dagens invaliditetsersättning för sterilitet i någon mån beroende av vid vilken ålder den enskilde steriliserades. Det finns också skillnader i belopp mellan män och kvinnor. Invaliditeten i procent är kopplad till fertiliteten genom att beloppsstorleken är kopplad till ålder; ersättningen är som högst vid unga år och minskar därefter något med stigande ålder. Kvinnor över 50 år erhåller ingen ersättning och mäns möjlighet till ersättning halveras efter 50 år och begränsas ytterligare efter 65 år.

Utredningen har övervägt att på samma sätt som gäller den skadeståndsrättsliga invaliditetsersättningen koppla storleken av ersättningen till åldern vid ingreppet. Det skulle medföra en viss åldersdifferentiering av ersättningen. Men även med en sådan differentiering med hänsyn till ålder vid steriliseringen kan det uppkomma gränsfall då det kan uppfattas som orättvist att lägre ersättning utgår. Härtill skall läggas att de som steriliserades mot sin vilja generellt sett var unga (i åldern 15-25 år) när åtgärden vidtogs. Huvuddelen av dem som steriliserades skulle således i alla fall, även med en individuell ersättning med hänsyn till ålder, erhålla i stort sett samma belopp. Utredningen har därför inte funnit anledning att differentiera ersättning beroende på ålder. Det saknas också skäl att differentiera ersättningen med hänsyn till kön.

Sammanfattningsvis anser utredningen således att det belopp, som skall utgå bör vara ett schablonbelopp, lika för alla.

8.3.3 Ersättnings storlek

Som redovisats inledningsvis i avsnitt 8.3.1 har ersättning i liknande sammanhang betalats ut med olika belopp. När det gäller frågan om ersättning-

ens storlek till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ fram till 1975 gör utredningen följande bedömning.

Redan det förhållandet att staten erkänner att utformningen av 1934 och 1941 års steriliseringslagar och deras tillämpning i praktiken präglades av ett synsätt som vi idag tar starkt avstånd från är givetvis ägnat att ge en upprättelse till dem som drabbades av lagstiftningen. Detta förhållande kan dock endast till viss del lindra det lidande som många människor utsatts för. Det är därför naturligt att de som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ också får en ekonomisk gottgörelse även om en sådan ersättning aldrig till fullo kan ersätta den enskildes lidande. Ersättningen får därför framför allt en symbolisk funktion.

Samtidigt har utredningen funnit det naturligt att knyta en sådan ersättning till de ersättningssystem som i dag tillämpas i vårt land avseende försäkringsersättningar och skadestånd. En ersättning byggd på dessa utgångspunkter och i den storleksordningen överensstämmer också med den praxis som finns i andra nordiska länder.

Att betala ersättningar i den storleksordning som förekommer i nordamerikanska skadeståndsmål är däremot främmande för skandinavisk rättstradition. De skadeståndsbeloppen grundar sig på andra rättsliga principer och helt andra ekonomiska utgångspunkter.

Utredningens slutsats är att den ersättning som de tvångssteriliserade bör erhålla i vart fall skall motsvara vad en person som i dag drabbas av sterilitet genom brott eller olyckshändelse erhåller i invaliditetsersättning inom ramen för den skadeståndsrättsliga ersättningen för lyte och men. Som tidigare angetts uppgår denna ersättning idag till cirka 110.000 kr.

I skadeståndsrättslig praxis tillkommer ofta, utöver invaliditetsersättning, ersättning för främst förlorad arbetsinkomst. I de fall det nu är fråga om har det inte varit möjligt att så här långt efteråt närmare uppskatta om och i så fall i vilken mån en sterilisering påverkat den drabbades möjligheter i arbetslivet. Det är dock utredningens uppfattning att en sterilisering - generellt sett - inte på något väsentligt sätt påverkat enskildas möjligheter i arbetslivet. Med hänsyn härtill och till utredningens ställningstagande om ett schablonbelopp lika för alla anser utredningen att något ytterligare belopp som skulle kunna anses motsvara förlust av arbetsinkomster inte skall utgå.

Utredningen har däremot kunnat konstatera att tillämpningen av lagstiftningen i flera fall gått utöver gränsen för vad som rymdes inom lagarnas ramar. Som tidigare redovisats har JO anmärkt på förfarandet vad gäller sterilisering som villkor för utskrivning från anstalter m.m. så tidigt som 1947. JO konstaterade då att praxisen inte hade stöd i lagtexten och inte syntes ha haft stöd ens i lagstiftningens förarbeten.

Även om det inte exakt går att avgöra hur många steriliseringar som skett i direkt strid med lagstiftningen kan utredningen i vart fall konstatera att tillämpningen i flera fall stått i strid med såväl lagtext som förarbeten. Myn-

digheter och enskilda myndighetspersoner har också genom bl.a. påtryckning, övertalning och andra former av indirekt tvång fått den enskilde att skriva på en ansökan eller ett samtycke till sterilisering. I sådana ärenden synes förfarandet även om det inte stred mot lagstiftningen och synes haft visst stöd i medicinalstyrelsens anvisningar, i vart fall ha brustit i den hänsyn och försiktighet som borde ha präglat det, såsom JO då uttryckte det.

Även om hanteringen av steriliseringsärenden inte stod i direkt strid med lagstiftningen har många av steriliseringsbesluten fattats på grunder som klart strider mot den rättsuppfattning angående individens rättigheter som vi har idag. I detta sammanhang kan nämnas att regeringen redan i direktiven till den utredning som år 1972 fick i uppgift att se över 1941 års steriliseringslag angav att den gällande lagen var baserad på andra värderingar och förhållanden än dem som rådde år 1972. Regeringen angav då också att tillämpningen förändrats vilket bl.a. innebar att de eugeniska och sociala indikationerna fortlöpande avtagit och att deras praktiska betydelse numer (år 1972, utr. anm.) måste betecknas som tämligen marginell. Regeringen tillade att 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.

Utredningen anser att vad som nu sagts utgör tillräckliga skäl för att staten utöver en invaliditetsersättning även bör utge ett belopp som kan sägas motsvara en ersättning för det lidande eller kränkning som den enskilde utsatts för. Det beloppet bör till sin storlek i vart fall jämföras med en "normal" kränkningsersättning i brottmål för våldtäkt dvs. 50.000 kr men bör sättas något högre. Utredningen vill i detta sammanhang dock understryka att det av allt att döma inte finns laglig grund för att i dag utkräva något rättsligt ansvar av någon enskild person eller staten som skulle ge rätt till sådan ersättning.

Sammantaget föreslår utredningen att en ersättning till var och en som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ skall utgå med 175.000 kr. I detta sammanhang bör också nämnas att beloppet enligt allmänna principer är skattefritt.

Många av dem som skrivit till regeringen eller utredningen i anledning av debatten och steriliseringarna har i sina brev inte uttryckligen angett något ersättningsbelopp. Av dem som gjort detta uppgår beloppet i huvudsak till mellan 50.000 kr och 200.000 kr. Några enstaka personer har begärt högre ersättning, i något fall upp till ett par miljoner kr.

Utredningen är medveten om att inte ens en ersättning i den storleksordning som utredningen nu föreslår av alla kommer att uppfattas som en rimlig kompensation för den kränkning och det lidande som många utsatts för. Men vid en avvägning mellan det enskilda lidandet och de ersättningsprinciper

som tillämpas i bl.a. skadeståndsfall i såväl Sverige som andra nordiska länder hoppas och tror utredningen att det föreslagna ersättningsbeloppet - generellt sett - ter sig acceptabelt.

Det är samtidigt viktigt att nämna att i många av de brev som kommit utredningen till del, brevskrivarna framför allt uttrycker en önskan om upprättelse och krav på en ursäkt från statens sida. Enligt utredningens uppfattning är det nu föreslagna beloppet så högt att det visar på viljan att gottgöra dem som drabbats.

Många har genom det ingrepp de blev utsatta för också upplevt sig som åsidosatta och förlorat mycket mänsklig gemenskap. Deras människovärde har kränkts. De har berövats både rätten att bestämma över och besluta om sitt eget liv och rätten till ett skyddat område kring den egna personen. I en del fall har detta lett till ett socialt främlingsskap. Det är därför angeläget att det kommer att finnas möjlighet för de drabbade att få personlig hjälp. De som kommer att arbeta med ersättningsfrågorna måste ha beredskap för insatser av detta slag men det måste också finnas tillgång till erfarna kuratorer eller andra verksamma inom vården. Sådana insatser kan också ge uttryck åt den empati som behövs för att hjälpa till att bygga upp en förnyad mänsklig och social gemenskap.

I detta syfte kan det också vara lämpligt att uppmuntra dem som har begärt ersättning att skriva och utförligt berätta om sina liv, sina erfarenheter och sina känslor kring steriliseringarna. Detta kan vara ett sätt att bearbeta de svåra upplevelserna i det förflutna som genom de nu aktualiserade ersättningsfrågorna åter gör sig påmind. Detta kan även vara ett led i upplysningsarbetet och en diskussion kring frågor om människovärdet.

8.4 Särskilt om kastreringslagen (1944:133)

Som utredningen redovisat i avsnitt 2.7 har sedan kastreringslagen började tillämpas år 1944 under åren 1944 till 1975 cirka 400 personer kastrerats, så gott som uteslutande män. Sedan cirka 20 år tillämpas lagen på personer som önskar byta kön.

Utredningen vill i detta sammanhang framföra att utredningen delar tidigare framförda uppfattningar att kastreringslagen inte längre fyller någon funktion utan bör upphävas.

Utredningen kan i det sammanhanget inte undvika att peka på att det i kastreringslagens 2 § alljämt finns en bestämmelse om möjlighet att kastre-
ra en person *utan samtycke* om denne på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna samtycke, dvs. samma typ av "tvångs"-bestämmelse som fanns i 1934 och 1941 års steriliseringslagar.

Vad gäller dem som kastrerades under de år lagen tillämpades i sin ursprungliga lydelse (dvs. innan frågan om könsbyte var aktuell) är det utred-

ningens erfarenhet att endast ytterst få om ens några är i livet idag. Det beror främst på de medicinska problem som under många år var en oundviklig följd av kastreringen och som ledde till en tidig död hos de kastrerade.

Utredningen vill ändå uppmärksamma regeringen på att arkivmaterial utredningen studerat tyder på att kastreringar ibland genomförts som ett alternativ till sterilisering på nästan uteslutande män som varit tvångsintagna på vissa anstalter. Kastrering har ställts som villkor för att de skulle få bli utskrivna från anstalten.

1944 års ännu gällande kastreringslag företer således flera likheter med den sedan 1976 avskaffade steriliseringslagen. Påtryckningar och indirekt tvång tycks ha förekommit som liknar tillämpningen i vissa fall av steriliseringslagen. Detta motiverar att överväganden görs om kastrerade skulle kunna komma ifråga för någon form av ekonomisk ersättning motsvarande den som utredningen nu föreslår för de steriliserade.

9 Organisationsfrågor

9.1 Utgångspunkter

Utredningen har i uppdrag att lägga fram förslag om hur handläggningen och beslut i ersättningsärendena skall organiseras. Ett avgörande underlag för bedömningen av organisations- och handläggningsfrågorna är en uppskattning av hur många ärenden om ersättning som kommer att bli föremål för prövning.

Det har för närvarande till utredningen kommit in cirka 150 ansökningar om ersättning, varav fyra tidigare erhållit ersättning av regeringen och en avslag på ersättningskrav. Härutöver har regeringen tidigare ersatt ytterligare 13 personer samt avslagit begäran om ersättning från 20 personer. Härtill har utredningen haft telefonkontakt med ett 20-tal personer som inte vill skriva till utredningen på grund av rädsla att deras situation blir offentlig. De skall återkomma när handläggningen av ersättningsfrågan omfattas av en betryggande sekretess. Totalt föreligger således i dagsläget uppemot 200 ärenden som med all säkerhet skall bedömas.

Utredningen har i avsnitt 7 redovisat hur kartläggningen är upplagd. Där finns också några preliminära resultat. Utredningen har ännu inte bearbetat det statistiska materialet i den utsträckning att det med någon större säkerhet går att ange t.ex. hur många av de steriliserade som alltför är i livet eller hur många som steriliserats enligt bl.a. de typsituationer utredningen satt upp som villkor för ersättning.

Hur många som kommer att begära ersättning av dem som enligt utredningens kriterier har steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ är därför mycket svårt - för att inte säga nästintill omöjligt - att uppskatta nu.

Den aktuella debatten om steriliseringarna startade i slutet av augusti 1997. Under de första månaderna därefter kom in cirka 70 brev till regeringskansliet och under våren 1998 ett trettiofem brev. Sedan utredningens arbete uppmärksammats särskilt i media i augusti 1998 erhöll regeringskansliet ytterligare ett 30-tal brev. Utredningen har sedan arbetet påbörjades i slutet av oktober 1997 fått cirka 40 brev.

En indikation på hur många ytterligare som kommer att begära ersättning får utredningen när detta betänkande presenteras. Utredningen räknar

med att i slutbetänkandet som beräknas komma under sommaren 1999 kunna lämna mer exakta uppgifter om detta och om utfallet av bearbetningen av det statistiska materialet. Dessa uppgifter har stor betydelse för hur stora de totala kostnaderna blir för ersättningarna, se närmare härom avsnitt 10.

9.2 Handläggande organisation

9.2.1 Inledning

Utredningens ledstjärna har varit att de som drabbats av steriliseringar skall kunna få ersättning snarast möjligt och på ett rättssäkert sätt utifrån de kriterier som utredningen angett som grund för ersättning.

Att ersättning kan beslutas snabbt är särskilt angeläget eftersom en mycket stor del av dem som kan vara berättigade till ersättning har hög ålder. Generellt sett lever flertalet också under knappa ekonomiska förhållanden. Om de skall få möjlighet att kunna tillgodogöra sig det ekonomiska bidrag som ersättningen kan innebära bör den också betalas ut snarast.

Redan när regeringen beslutade om att tillsätta en utredning och förutskickade ersättning väcktes förhoppningar hos många. Presentationen av utredningens förslag kommer att medföra att förhoppningarna ökar och att det väcks berättigade krav på snabb handläggning. Såväl regeringen som utredningen har till alla dem som skrivit brev redovisat tidsplanen för utredningsarbetet. Förhoppningar och krav måste mötas med ett enkelt och tydligt regelsystem och en väl förberedd och effektiv organisation.

Som utredningen tidigare angett är storleken av den ersättning som skall betalas ut och grunderna för när den skall beviljas inte beroende av något existerande regelsystem i och för sig. Enligt utredningens direktiv är en förutsättning för ersättning dock att någon steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ dvs i princip tvångsvis. Utredningen har samtidigt kunnat konstatera att det inte utan vidare går att ur ansökningshandlingarna om sterilisering utläsa om steriliseringen skett frivilligt eller med tvång.

Med den utgångspunkten behövs tydliga regler för vad som menas med "tvång" och vad som skall krävas av den enskilde i bevishänseende för att ersättning skall beviljas. Utredningens förhoppning är att de kriterier eller typsituationer som finns i lagförslaget är tillräckligt enkla och tydliga för att fånga upp huvuddelen av ersättningsfallen och därigenom göra handläggningen enkel och snabb med ett positivt resultat för den enskilde. Eftersom det gäller ingrepp som skedde för många år sedan kommer det som tidigare nämnts inte att kunna undvikas att enskilda personer som påstår att de steri-

liserats tvångsvis kommer att ha svårt att visa detta på grund av brister i det skriftliga materialet. Utredningen har därför ansett det nödvändigt att begränsa beviskravet och även införa regler som ger utrymme för skälighetsbedömningar. Dessa bedömningar rymmer såväl juridiska som medicinska övertväganden.

9.2.2 Vilken organisation?

För att handläggningen av ärendena skall bli såväl snabb och effektiv som rättssäker krävs en organisation med erfarenhet av och kunskap om såväl juridiska som medicinska frågor. Organisationen måste därför ha personal med kompetens i dessa frågor. Den måste ha erfarenhet av att göra medicinska bedömningar ur äldre, ofta handskrivet journalmaterial. Den bör även ha kunskap om ersättningsfrågor. Inom organisationen måste också finnas erfarenhet av rättssäkerhetsfrågor och förvaltningsrättsliga frågor samt sekretessfrågor.

Enligt utredningens uppfattning är det inte meningsfullt att bygga upp en ny, särskild organisation med eget kansli för den begränsade tid ersättningsfrågan skall hanteras och med det - med all reservation - förhållandevis begränsade antal prövningar som förmodligen kommer att ske. Organisationsfrågorna bör istället lösas inom ramen för en existerande verksamhet.

När enskilda personer riktar krav på ersättning mot staten handläggs sådana ärenden vanligtvis av Justitiekanslern. Som utredningen tidigare redovisat har frågan om ersättning till steriliserade av billighetsskäl också handlagts direkt av regeringskansliet på socialdepartementet. I de fallen har beslut om ersättning tagits efter att regeringen remitterat ärendena till Socialstyrelsen för yttrande.

Att i de nu aktuella fallen låta regeringen direkt besluta om ersättning efter utredning inom regeringskansliet eller efter inhämtande av yttranden från andra myndigheter är en lösning som utredningen anser inte vara lämplig. Redan antalet ärenden, f.n. närmare 200 stycken, talar mot detta. Härtill kommer att utredningens lagförslag leder till att någon form av domstolsprövning kommer att vara nödvändig. En sådan prövning kan inte ske inom regeringskansliet. Av samma skäl är inte heller Justitiekanslern en lämplig lösning. Utredningen anser därför att en mer fristående organisation bör ta hand om handläggningen av ersättningsfrågorna.

Vad gäller patientskador finns sedan många år en organisation för handläggning av ersättningsfrågor. Som utredningen kortfattat redovisat i avsnitt 3 ersattes dessa skador fram till år 1997 genom en särskild frivillig patientförsäkring som administrerades av ett konsortium av försäkringsbolag. Genom införandet av patientskadlagen lagreglerades rätten till och omfattningen av patientskadeersättningen. I lagen anges också att en vårdgivare är

skyldig att ha en försäkring som uppfyller de krav som lagen anger. Hur ersättningsfrågorna rent praktiskt skall hanteras är däremot upp till respektive vårdgivare och dess försäkringsbolag. Landstingen och de landstingsfria kommunerna bildade år 1995 ett eget försäkringsbolag som tillsammans med några andra försäkringsbolag skapade PSR Personskadereglering AB som numer handlägger deras ersättningsärenden enligt patientskadelagen. Antalet ärenden där uppgår årligen till närmare 7.000. PSR har efterträtt den organisation som det tidigare nämnda försäkringskonsortiet hade under de drygt 20 år som den frivilliga patientförsäkringen gällde.

I patientskadelagen anges att de försäkringsbolag som erbjuder en patientskadeförsäkring tillsammans skall ingå i en patientförsäkringsförening vars uppgift bl.a. är att upprätthålla och bekosta en patientskadenämnd. Nämndens uppgift är att yttra sig i ersättningsfall. En sådan patientskadenämnd fanns även under den tid enbart den frivilliga patientförsäkringen gällde. Nämnden består idag av sju ledamöter som handlägger cirka 700 ärenden om året.

Flera skäl talar för att låta PSR handlägga ersättningsfrågor rörande sterilisering. Bolaget har en erfaren kontorsorganisation och vana att handlägga ersättningsärenden av denna typ. Omfattningen av ersättning för patientskador regleras dessutom genom lagstiftning. Inom organisationen finns såväl juridisk som medicinsk expertis. Det finns även en nämnd med sådan kunskap som står under offentlig insyn genom att regeringen utser nämndens ledamöter och skall godkänna nämndens arbetsordning. Beslut om ersättning i dessa fall fattas dock av PSR med rätt för den enskilde att inhämta nämndens yttrande. Någon särskild rätt att överklaga ett ersättningsbeslut utöver att begära yttrande av nämnden saknas. Däremot kan en drabbad patient stämma vårdgivare vid domstol och kräva ersättning enligt patientskadelagen.

PSR har enligt uppgifter från Socialdepartementet med framgång handlagt regeringens och landstingsförbundets uppdrag att fördela 20 miljoner kronor till anhöriga till HIV-smittade (se även avsnitt 5.2). I anledning av det uppdraget inrättades också en särskild nämnd hos vilken anhöriga kunde begära omprövning av PSR:s ersättningsbeslut.

Ett alternativ till PSR är att låta ersättningen till de steriliserade hanteras i en särskild organisation med viss anknytning till Socialstyrelsens verksamhet. Det torde således vara möjligt att upprätta en sådan organisation som beslutar om ersättningen med ett fristående kansli, knutet till Socialstyrelsen. Fördelen med en sådan lösning är att verksamheten blir offentlighetsrättslig inom ramen för en befintlig statlig myndighet vilket inte utan vidare blir fallet om PSR sköter handläggningen. Frågor om offentlighet och sekretess är lättare att lösa. Inom Socialstyrelsen finns kunskap och vana att ta fram och hantera sådana handlingar som behövs som underlag för bestämmande av ersättning t.ex. journaler hos sjukhus, anstalter och andra institutioner. En

del av detta material bl.a. ansökningshandlingar rörande sterilisering och abort finns dessutom redan hos Socialstyrelsen. Övrigt material finns i huvudsak arkiverat hos olika sjukvårdshuvudmän/landsting.

En viktig och kanske avgörande invändning mot att låta Socialstyrelsen hantera ersättningsfrågorna är att denna myndighet i princip är densamma som en gång beslutade om de steriliseringar som nu är föremål för utredning och ersättning. Många av dem som skrivit till regeringen och utredningen har uttryckt stor misstänksamhet mot de myndigheter och myndighetspersoner som en gång beslutade om sterilisering. För dessa människor skulle det kunna framstå som stötande om det var "samma" myndighet som idag skulle besluta om ersättning och i vissa fall - om än i begränsad omfattning - göra skälighets- och trovärdighetsbedömning av deras påståenden om sterilisering.

Med hänsyn till dessa omständigheter anser utredningen att den lämpligaste lösningen är att en mer fristående, erfaren, organisation tar hand om den praktiska hanteringen av ersättningsfrågan. PSR uppfyller mer än väl dessa krav.

Utredningen har haft underhandskontakter med PSR. Bolaget har förklarat sig villigt att ta på sig uppdraget att praktiskt handlägga ersättningsfrågan. Av allt att döma blir det samma personer som nyligen med framgång hanterat ersättningen till HIV-smittades anhöriga som tar hand om ersättningarna till de steriliserade.

Självfallet måste staten träffa en ekonomisk uppgörelse med organisationen för att denna skall kunna fullgöra uppdraget att handlägga ersättningsfrågorna till de steriliserade. Det kan dessutom bli nödvändigt att anställa eller anlita särskild arkivpersonal för att hantera sökandet efter ansökningshandlingar om sterilisering och abort eller andra handlingar. Det är utredningens erfarenhet att sådana handlingar emellanåt varit svåra att återfinna såväl i Riksarkivet som i Socialstyrelsens arkiv och det är inte säkert att man inom dessa myndigheter har personella resurser att snabbt hantera efterfrågan på ett större antal handlingar. Det kan också komma att krävas särskilda eftersökningar i andra arkiv för att finna sådana handlingar som kan ge stöd åt den enskildes ersättningskrav.

I detta sammanhang bör uppmärksammas att Socialstyrelsen flyttar till nya lokaler under år 1999. Även styrelsens omfattande arkivmaterial omfattas på sikt av denna flyttning. Det gäller alla abort- och steriliseringshandlingar samt handlingar rörande dåvarande medicinalstyrelsens verksamhet. Även om detta arkivmaterial inte flyttas redan nu kan det finnas anledning att kontakta Socialstyrelsen och uppmärksamma styrelsen på att det är angeläget att nämnda arkivmaterial är lättillgängligt redan före sommaren år 1999 då ersättningsfrågorna troligen rent praktiskt kan börja hanteras. Även frågan om tillgång till arkivpersonal bör tas upp i det sammanhanget. Den organisation som skall ta hand om handläggningen av er-

sättningsärendena bör snarast få möjlighet att sätta sig in i arkivmaterialet så att den praktiska hanteringen kan påbörjas snabbt.

9.2.3 Vem skall besluta om ersättning?

När det gäller beslut om ersättning gör utredningen följande bedömning.

Om, som utredningen föreslår, en särskild lag skall reglera ersättningen till steriliserade, kommer hanteringen och besluten om ersättning att bli en fråga om s.k. civila rättigheter enligt Europakonventionen artikel 6. Enligt denna artikel skall var och en vid prövning av hans civila rättigheter vara berättigad till en rättvis och offentlig förhandling inom skälig tid och inför en oavhängig och opartisk domstol som upprättas enligt lag.

Det blir med andra ord nödvändigt att besluten om ersättning fattas på sådant sätt och av en sådan myndighet att konventionens krav tillgodoses. När det gäller begreppet domstol omfattar det även nämnder som uppfyller kraven på oavhängighet och opartiskhet samt är upprättade enligt lag. Så har t.ex. i Sverige den tidigare brottsskadenämnden accepterats som en sådan domstol (se målet *Gustafson v. Sweden* 113/1995/619/709 Europadomstolens dom 1 juli 1997).

Som nyss angetts förespråkar utredningen att den praktiska handläggningen av ersättningsfrågorna skall skötas av PSR. För att kraven på domstolsprövning skall vara uppfyllt är det nödvändigt att *beslut* om ersättning fattas av ett offentligt domstolsliknande organ. Utredningen föreslår att en särskild nämnd med domstolsliknande sammansättning skapas med uppgift att besluta i ersättningsärendena. PSR:s uppdrag blir att rent praktiskt ta emot och förbereda ärendena samt föredra dessa inför nämnden. Det torde bli nödvändigt att låta PSR:s tjänstemän förordnas som föredragande i nämnden för att uppfylla kraven på domstolsorganisation. Hanteringen av ärenden sker då genom ett offentlighetsrättsligt organ även om det är lokaliserat i anslutning till PSR:s kontor.

Med hänsyn härtill bör nämnden vara stationerad i Stockholm, med samma adress som PSR.

Utredningens förslag är så utformade att utrymmet för skälighetsbedömningar skall vara så begränsat som möjligt. Sådana bedömningar skall endast behöva göras i de ärenden som kommer att omfattas av 2 § p 6 i utredningens lagförslag. Den enskilde skall i de fallen göra antagligt att steriliseringen gjorts mot hans eller hennes vilja. Bedömningen av om detta krav är uppfyllt utförs av nämnden. Här måste som tidigare angetts krävas särskild juridisk och medicinsk expertis. Genom att utredningen föreslår att ersättningen utformas som ett schablonbelopp lika för alla undviker man däremot att behöva göra individuella prövningar och värderingar av skadornas omfattning i det enskilda fallet.

För att handläggningen skall ske på ett rättssäkert sätt bör nämnden därför ha såväl juridisk som medicinsk expertis. Ordföranden och vice ordföranden bör vara eller ha varit ordinarie domare för den juridiska sakkunskapens skull och för att nämnden skall uppfylla Europakonventionens kraven på domstolsorganisation. De bör även ha erfarenhet av hantering av ersättningsfrågor grundade på skadestånd, försäkring och/eller patientskador.

Härutöver bör finnas en ledamot med medicinsk erfarenhet och en med social-psykiatrisk kompetens. Dessa bör också ha kunskap och vana att bedöma utlåtanden i äldre journaler och liknande material samt bedömningar av ersättningskrav i sådana sammanhang.

Utredningen föreslår i nästa avsnitt att hanteringen av ersättningsärendena skall vara sekretessbelagd med hänsyn till de sökandes privatliv och personliga integritet. För att upprätthålla en offentlig insyn i verksamheten bör även en representant för det allmänna delta i avgörandena. Utredningen föreslår därför att en parlamentariker skall delta i nämndens beslut.

Samtliga ledamöter bör ha personliga ersättare och nämnden bör vara beslutför med fyra ledamöter.

Utredningen har övervägt att låta ordföranden och vice ordföranden ensam efter delegation från regeringen avgöra ärenden av enklare slag som inte är av principiell karaktär. Det gäller främst de ärenden som skall avgöras med tillämpning av 2 § punkterna 1 till 5 i utredningens lagförslag dvs. ärenden där avgörandet endast är beroende på yttre, någorlunda lätt iakttagbara omständigheter. Det skulle däremot inte i något fall gälla ärenden som skall avgöras med stöd av 2 § punkt 6 då dessa rymmer skälighetsbedömningar. Sådana bör nämnden i sin helhet besluta om.

Eftersom utredningen nedan föreslår att nämnden skall vara enda instans som beslutar om ersättning är det dock tveksamt om några ärenden skall avgöras av endast ordförande eller vice ordförande. Om antalet ärenden blir mycket stort skulle det från snabbhets- och effektivitetssynpunkt kunna vara en fördel med en sådan delegationsmöjlighet. I så fall bör denna dock börja utnyttjas först efter att man konstaterat att arbetsbördan för nämnden blivit stor och sedan nämnden i sin helhet avgjort ett större antal ärenden med tillämpning även av 2 § punkterna 1 till 5.

Utredningen avstår dock från att föreslå en sådan delegationsmöjlighet. Istället bör nämnden vara särskilt uppmärksam på eventuella fördröjningar i hanteringen av ersättningsärendena. Om sådana inträffar bör nämnden snarast underrätta regeringen härom. Regeringen bör då ge nödvändig resursförstärkning.

Om ett ärende är av särskilt komplicerad natur bör det vara möjligt för nämnden att inhämta yttrande från utomstående expertis. Sådana yttranden skall givetvis kommuniceras med den sökande.

Det material som den sökande vill lämna in kan vara av mycket olika karaktär och bör även kunna omfatta muntliga uppgifter. Det bör därför finnas

möjlighet för sökanden att företräda för nämnden och lägga fram sådana uppgifter samt låta andra muntligen lämna uppgifter. En rätt att företräda för nämnden och lämna muntliga uppgifter torde dessutom vara nödvändig för att uppfylla nämndens funktion som domstol.

9.2.4 Möjlighet att överklaga?

Med den utformning nämnden nu föreslås få med särskild sakkunskap, offentlig insyn genom en parlamentarisk ledamot och rätt till att företräda inför nämnden och muntligen lämna uppgifter minskar behovet av att nämndens avgöranden även skall kunna överklagas. Mot sådan överklaganderätt talar också effektivitets- och kostnadsskäl. Dessutom utgör ett avslag från nämndens sida inget hinder för den enskilde att ånyo ansöka om ersättning och i samband därmed ange nya omständigheter för sina krav. En sådan framställning skall således prövas av nämnden på nytt. Det bör också vara möjligt för nämnden att själv ompröva ett ärende om man konstaterar att man tidigare felaktigt avslagit ett ersättningskrav eller upptäcker andra uppenbara felaktigheter.

Man kan i detta sammanhang inte heller bortse från att grunden för den nu föreslagna regleringen av ersättning till vissa steriliserade utgörs av ett frivilligt åtagande från statens sida. Utan detta åtagande skulle med all säkerhet få, om ens några, enskilda krav på ersättning kunnat bifallas, särskilt med hänsyn till de skadeståndsrättsliga beviskraven och preskriptionsreglerna. Ur det perspektivet kan det inte anses oskäligt att begränsa prövningen av ersättning till en instans. Ett avslag från nämndens sida hindrar inte heller den enskilde från att väcka talan vid domstol och kräva ersättning på skadeståndsrättslig grund även om en sådan talan, enligt utredningens mening, är mycket svår att vinna.

9.2.5 Offentlighet och sekretess

De ärenden som den nu föreslagna nämnden skall hantera är i flertalet fall av känslig personlig karaktär. Det rör enskilda människors personliga förhållanden angivna i journaler och andra liknande handlingar, ofta upprättade under deras vistelser på anstalter eller institutioner, där deras psykiska, sexuella och sociala situation beskrivs på ett utlämnande och ofta nedsättande sätt.

Många av dem som varit i kontakt med såväl regeringskansliet som utredningen har klart deklarerat att en förutsättning för att de skall skriva och ansöka om ersättning är att varken deras namn eller vad de utsatts för kom-

mer till någon utomstående kännedom. De vill med andra ord inte att det skall bli känt att de steriliserats.

Dessa vädjanden föranleder utredningen att föreslå att hanteringen av ersättningsfrågorna genomförs med största möjliga sekretess till skydd för de ersättningssökandes personliga förhållanden.

Till att börja med bör handläggningen i den tidigare föreslagna nämnden sekretessbeläggas genom att en ny paragraf införs i 7 kapitlet sekretesslagen (1980:100). Enligt den paragrafen skall, som framgår av utredningens lagförslag i den delen, sekretess råda i verksamhet enligt lag (1999:x) om ersättning till steriliserade i vissa fall för uppgift om enskildas personliga förhållanden. Sekretess bör vara huvudregel. Med andra ord bör sekretessbestämmelsen ha ett s.k. omvänt skaderekvisit, vilket innebär att uppgiften som huvudregel är sekretessbelagd om det inte står klart att den kan röjas.

Denna form av sekretess är den gängse när det gäller sekretess för uppgifter om enskildas personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Utredningen ser det som naturligt att samma sekretesskrav skall gälla vid handläggningen om ersättning på grund av sterilisering. En sådan sekretessbestämmelse kommer även att omfatta nämndens sammanträden och eventuella muntliga uppgifter som lämnas där.

Vidare föreslår utredningen av samma skäl att sekretessen vad gäller allmänna handlingar skall gälla i sjuttio år. Även detta överensstämmer med sekretessen inom nyss angivna områden.

Förslaget innebär dessutom att beslut om ersättning skall vara sekretessbelagda på motsvarande sätt dvs. att även för nämndens beslut, såväl avslags- som bifallsbeslut, skall gälla ett omvänt skaderekvisit samt sjuttioårig handlingssekretess. Skälet för detta är som utredningen inledningsvis angav att flera av de steriliserade inte vill att deras namn skall bli känt för utomstående. Om inte beslutet om ersättning sekretessbeläggs kommer sökandens namn att bli offentliga. Ett beslut med bifall till en begäran om ersättning kommer således utan en sådan sekretessbestämmelse att avslöja att den enskilde är steriliserad mot sin vilja eller på någon annans initiativ. Vid en avvägning mellan behovet av offentlighet och insyn i handläggning och ersättningsbeslut och kravet på skydd för den enskildes integritet är det enligt utredningens mening uppenbart att den enskildes krav i dessa fall väger tyngre. Dessutom utgör utredningens förslag om sammansättning av nämnden med parlamentariskt inslag ett sätt att tillgodose behovet av insyn från det allmännas sida.

En bestämmelse med det innehåll som nu angetts bör införas som en ny 39 § i 7 kapitlet sekretesslagen.

Inom offentlig verksamhet gäller i stor utsträckning s.k. meddelarfrihet som även omfattar sekretessbelagda uppgifter. Meddelarfriheten innebär att en offentlig tjänsteman som i och för sig har tystnadsplikt angående frågor som omfattas av sekretessen ändå straffritt kan lämna ut sådana sekretess-

belagda uppgifter för publicering eller framställning i tryckta skrifter eller andra i grundlag skyddade medier. Bestämmelser om detta finns i Tryckfrihetsförordningen (TF) och i Yttrandefrihetsgrundlagen (YGL). I vissa fall finns det begränsningar i denna meddelarfrihet som innebär att sådant utlämnande av uppgifter ändå utgör ett brott mot tystnadsplikten om det sker uppsåtligt. De fall det gäller finns bl.a. uppräknade i 16 kapitlet 1 § sekretesslagen. Det gäller bl.a. inom hälso- och sjukvård uppgift om enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet om t.ex. abort, sterilisering och kastrering. Det gäller även inom socialtjänsten och omfattar beslut om t.ex. ekonomiskt bistånd av olika slag (jfr 7 kap 1 och 4 §§ sekretesslagen jämfört med 16 kap 1 § samma lag samt 7 kap. 3 § 1 st. 3 TF och 5 kap. 3 § 1 st. 3 YGL).

Frågor om ersättning till steriliserade berör som utredningen tidigare angett den enskildes personliga förhållanden på ett sätt som är fullt jämförbart med frågor inom såväl hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samma regler om brytande av meddelarfriheten bör därför gälla för handläggningen och beslut om ersättning till steriliserade som inom dessa områden.

En bestämmelse som begränsar meddelarfriheten på nu angivet sätt bör därför införas genom att den föreslagna paragrafen i 7 kapitlet 39 § räknas upp i listan i 16 kap 1 § sekretesslagen över bestämmelser där TF:s och YGL:s regler om meddelarfrihet inte gäller.

9.2.6 Övriga handläggningsfrågor

Vem skall initiera frågan om ersättning?

Utredningen har diskuterat om en begäran om ersättning förutsätter en ansökan från en enskild eller om den nämnd som skall handlägga ersättningsärendena själv kan initiera en utredning om ersättning.

Enligt utredningens mening bör initiativet till en begäran om ersättning komma från den enskilde själv. Det bör inte vara den handläggande organisationens eller statens uppgift att söka upp eventuellt drabbade. Det kan nämligen inte uteslutas att en del av de människor som steriliserats inte vill beröra detta idag eller till och med förträngt händelsen. Det kan också vara så att enskilda inte har berättat om steriliseringen för anhöriga eller andra i sin närmaste omgivning. Ett initiativ från statens sida t.ex. genom brev från en myndighet skulle därför kunna kränka den enskildes integritet.

Regeringen har tidigare behandlat 38 ärenden där personer begärt ersättning av regeringen för att de steriliserats. Av dessa har regeringen, som angavs ovan, gett ersättning i 17 fall och avslagit begäran i 21 fall. De som tidigare erhållit ersättning bör kunna komma ifråga för sådan på grundval av utredningens förslag. Det gäller givetvis även dem vars ansökningar tidigare

avslagits av regeringen. De bör om möjligt underrättas av den handläggande organisationen om att den kommer att pröva deras begäran ånyo utifrån de kriterier som nu föreslås. De bör i samband därmed också beredas tillfälle komplettera sina tidigare ansökningar.

Informationsfrågor

Självfallet måste utredningens förslag och regeringens eller riksdagens beslut i frågan få så omfattande publicitet att det når ut till dem som drabbats. Ett särskilt ansökningsformulär bör också utformas där relevanta och viktiga uppgifter kan fyllas i så att den handläggande organisationen har möjlighet att få fram nödvändigt underlagsmaterial.

Vad gäller de personer som redan skrivit till regeringen eller socialministern och vars brev överlämnats till utredningen har regeringen förutsatt att dessa brev automatiskt lämnas vidare av utredningen till handläggande myndighet och att de berörda inte själva aktivt behöver ansöka ånyo. Så kommer också att bli fallet. Utredningen kommer dessutom att skriftligen underrätta dem som skrivit till regeringen eller utredningen och begärt ersättning om utredningens förslag i detta betänkande. Utredningen kommer också att vidarebefordra alla brev till den organisation som skall handlägga ersättningsfrågan.

Utredningen utgår från att förslagen kommer att få stort genomslag i media när de presenteras. Det är också utredningens avsikt att uppmärksamma olika media på förslagen för att nå ut till så många som möjligt. Det gäller särskilt landsortspressen och tidningar eller tidskrifter som särskilt vänder sig till särskilda grupper t.ex. utvecklingsstörda.

Det kan dock komma att bli nödvändigt att när riksdagen slutligen tagit ställning till utredningens förslag göra ytterligare informationsinsatser. Den organisation som får i uppdrag att hantera ersättningsfrågorna bör också få i uppdrag att genomföra nödvändiga informationskampanjer. Sådana kan riktas till exempelvis personal inom äldreården, till patientombudsman och förtroendenämnderna inom hälso- och sjukården. Olika former av annonsering i press - eller kanske än effektivare - på apotek kan också vara en väg att nå de personer, nästan uteslutande äldre, som kan komma ifråga för ersättning. Alla sådan informationsinsatser bör dock, med hänsyn till risken för integritetskränkningar, vara generellt inriktade.

Skall ansökan vara personlig?

Utredningen har övervägt om någon annan, såsom nära anhörig, skall kunna ansöka på den drabbades vägnar. Utredningen har haft kontakt med anhöriga

som diskuterat ersättningsfrågan utan att det stått helt klart om den enskilde själv vill driva frågan. Även i de ärenden som regeringen överlämnat till utredningen förekommer fall där personer skrivit och begär ersättning för nära anhöriga som steriliserats. Utredningen har också kontaktats av hälso- och sjukvårdspersonal till vilka patienter i förtroende vänt sig och berättat om steriliseringar.

Enligt utredningens uppfattning skall ansökan vara personlig. Givetvis kan någon företräda den enskilde som ombud med fullmakt. Om den enskilde av hälsoskäl inte själv är kapabel skriva under en ansökan eller fullmakt bör till en ansökan som undertecknats av annan fogas en utredning t.ex. läkarintyg om den drabbades hälsotillstånd och orsaken till att han eller hon inte själv kan föra sin talan. En ansökan kan då t.ex. ske genom god man eller förvaltare. Det måste i sådana fall dock stå klart att den enskilde verkligen önskar att frågan om ersättning prövas.

När skall ansökan senast ske?

När staten och Landstingsförbundet i april 1997 träffade överenskommelse om att ge anhöriga till HIV-smittade särskild ersättning med högst 100.000 kr beslutades att en ansökan om sådan ersättning skulle ges in till PSR Personskadereglering AB senast den 31 december 1997.

En sådan "preskriptionstid" för ersättning har utredningen också övervägt. Det finns skäl som talar för en sådan lösning. Eftersom utredningen tidigare föreslagit att en särskild nämnd skapas för att handlägga ersättningsärendena är det lämpligt att man har överblick över under hur lång tid den skall verka och hur stora de administrativa kostnaderna blir.

Samtidigt bör en eventuell preskriptionstid inte sättas så kort att det finns risk för att någon inte hinner söka ersättning. Utredningen föreslår därför att lagen skall tillämpas på ansökningar om ersättning som kommit nämnden till del inom två år från det att lagstiftningen kan träda i kraft, förhoppningsvis den 1 juli 1999. Ersättning skulle då begäras senast den siste juni 2001.

Skulle det visa sig att mot slutet av tidsperioden alltjämt kommer in flera nya ansökningar är det som ett alternativ istället möjligt att förlänga lagens tillämpningstid.

Även sedan lagen upphävts har regeringen givetvis möjlighet att efter utredning bevilja ersättning av humanitära skäl även till den som begär ersättning senare enligt de grunder och med det belopp som kommer att fastställas utifrån utredningens förslag.

Vad skall en ansökan innehålla?

Utredningen föreslår att ett särskilt ansökningsformulär upprättas som de som begär ersättning kan beställa. I formuläret skall föras in sådana uppgifter som är nödvändiga för att handläggande organisation skall kunna efterforska och finna relevanta handlingar i olika myndighetsarkiv. Det gäller naturligtvis personuppgifter som namn, adress och personnummer m.m. Särskilt viktigt att ange är sökandens efternamn vid den tidpunkt ansökan om sterilisering skedde, likaså en så noggrann tidsangivelse som möjligt när ansökan om sterilisering gjordes och när operationen genomfördes. Registren avseende ansökan om sterilisering fördes nämligen årsvis på efternamn och inte på födelsedatum. Härutöver fördes registren också utifrån vem som ansökte om åtgärden. Det var t.ex. vanligt att läkaren på en anstalt eller klinik stod för ansökan medan den enskilde skriftligen samtyckte till den. Det är därför väsentligt att sådana uppgifter i förekommande fall om möjligt finns med.

De kriterier eller typsituationer som utredningen bl.a. satt upp som förutsättning för att ersättning skall beviljas gör att fylliga redovisningar av den sökandes livssituation vid tiden för steriliseringen betydligt kan underlätta handläggningen. Utredningen är samtidigt väl medveten om att många personer idag har svårt att minnas exakt vilket år steriliseringen skedde och i vilken situation. Det medför samtidigt att det i vissa fall kommer att krävas efterforskningar även i arkiven för olika anstalter, sjukhus och institutioner.

En del av de personer som hittills sökt ersättning har själva hämtat in sådana handlingar. Självklart underlättar och förkortar detta hanteringen och kan snabba på beslut i det enskilda fallet. Många av de sökande saknar emellertid av olika skäl möjlighet och kunskap att själva göra sådana efterforskningar.

Utredningen föreslår därför att den handläggande myndigheten skall vara behjälplig med att begära in sådana handlingar från myndigheter och arkiv. För detta krävs att den enskilde i ansökan ger tillstånd till myndigheten att hämta in materialet. Även detta tillstånd bör finnas med på ansökningsblanketten.

Överhuvudtaget bör den handläggande organisationen ha en långtgående service- och undersökningsskyldighet i syfte att hjälpa enskilda sökande.

Skall ersättningen vara personlig?

Man kan inte utesluta att en del av dem som steriliserats och som lever i dag kommer att ha avlidit när riksdag eller regering tar det slutliga beslutet på grundval av utredningens förslag. Eftersom ersättningen skall utgöra ett försök till *personlig* upprättelse från samhällets sida mot den enskilde bör, en-

ligt utredningens mening, ersättning endast utgå till dem som ännu är i livet och själv kan begära ersättning.

Kommittén om ideell skada diskuterade frågor med nära anknytning här till i sitt slutbetänkande (SOU 1995:33). Det gällde frågan om rätten till ersättning för ideell skada vid personskada och för kränkning genom brott. Kommittén hade principiellt samma uppfattning som utredningen nyss angett och motiverade detta med att en ersättningsregel som låter rätten till ersättning gå över till arvingarna även om den skadelidande inte ens framställt något krav på ersättning innan han eller hon avled skulle utgöra ett alltför stort avsteg från de principer som tillämpas för närvarande i vårt land (a.a. s. 377).

Ett gränsfall som utredningen i anslutning härtill vill uppmärksamma är när en person begär ersättning till handläggande myndighet men avlider innan ersättningen utbetalats. Frågan är då om ersättning bör utgå med hänsyn till ersättningens karaktär av personlig upprättelse. Kommittén om ideell skada har även tagit upp denna fråga och föreslog (a.a. s. 376f) att rätten till skadestånd för ideell skada vid personskada och för kränkning genom brott vid den avlidnes död skall gå över till arvingarna om krav på sådan ersättning framställts dessförinnan. Kommittén hade flera skäl för detta ställningstagande.

För utredningens del kan å ena sidan konstateras att det kan te sig stötande om den som söker ersättning hinner avlida på grund av att behandlingen av ärendet av skäl som inte beror på den enskilde drar ut på tiden. Å andra sidan är det förmodligen mindre vanligt att arvingarna är barn till den avlidne. Det blir med all sannolikhet mer avlägsna släktingar som kommer att erhålla ersättningen i dessa fall. Det är ett skäl för att inte anknyta utredningens förslag till det förslag som Kommittén om ideell skada lagt fram.

Frågan har också betydelse för de ärenden som regeringen överlämnat till utredningen och där regeringen förutsatt att dessa direkt kommer att lämnas vidare till den myndighet som skall pröva ersättningsfrågorna. Skall ersättning kunna utgå även i den situationen att en av dessa personer avlider innan utredningen är avslutad eller innan dess ärendet behandlats?

Enligt utredningens uppfattning bör ersättningens karaktär av personlig upprättelse väga tyngst i dessa sammanhang. För att ersättning skall kunna utgå bör den drabbade därför vara i livet när beslut om ersättning meddelas. Avlider han eller hon dessförinnan skall utredningen om ersättning läggas ned. Avlider personen efter att ersättningsbeslutet meddelats men innan den betalats ut skall ersättningen betalas ut till dödsboet.

10 Kostnadsberäkning

I utredningens direktiv anges att det förslag som läggs fram skall vara kostnadsberäknat.

Utredningen kan konstatera att kostnaderna för den ersättning som skall betalas till dem som steriliserats kan delas in i två delar; dels kostnaderna för administrationen och dels det totala belopp som kan komma att betalas ut till de steriliserade.

Sammanlagd ersättning som kan komma att utbetalas

Vad gäller det totala ersättningsbeloppet är det beroende av två faktorer; det belopp som skall betalas ut och det antal individer som skall erhålla detta belopp.

Vad gäller antalet individer har utredningen diskuterat detta i avsnitt 9.1. Som utredningen angett där kommer i vart fall ansökningar från cirka 200 personer att bedömas. Utredningens nuvarande uppfattning är att det stora flertalet av dessa kommer att vara berättigade till ersättning. Med utredningens förslag till ersättningsbelopp skulle det medföra att kostnaderna i denna del i vart fall skulle uppgå till 35 miljoner kronor.

Att därefter uppskatta hur många ytterligare som kommer att begära ersättning är som utredningen konstaterade i avsnitt 9.1 mycket vanskligt. Det är utredningens förhoppning att man under våren 1999 efter att detta betänkande presenterats på ett säkrare sätt kan uppskatta hur många som totalt kommer att begära ersättning och därigenom bättre kan beräkna totalkostnaden för själva ersättningen. Utredningen föreslår därför att det i tilläggsbudgeten våren 1999 avsätts tillräckliga medel för att med marginal täcka ersättningen till dem som redan nu ansökt men att man sedan avvaktar utvecklingen under våren och sommaren innan ytterligare medel avsätts.

Administrativa kostnader

Dessa kostnader omfattar kostnaderna för den särskilda nämnden som skall besluta i ersättningsärendena inklusive kostnaderna för den handläggande personalen inom PSR.

Med utgångspunkt från de siffror utredningen presenterat ovan angående antalet personer som kan komma att begära ersättning har PSR uppskattat sina kostnader för den handläggande personalen samt för de informationsåtgärder som kan bli nödvändiga. Mycket talar för att den handläggande personalen får förordnas som föredragande i nämnden och avlönas via denna. Kostnaderna för PSR blir då främst för ersättningspersonal samt övriga administrativa kostnader för den praktiska hanteringen av inkommande ärenden. PSR har gjort en mycket preliminär bedömning av vad deras kostnader kan bli för att handlägga ersättningsfrågorna. Deras kostnader bör kunna stanna på under en miljon kronor.

Hur ersättningen till PSR rent praktiskt skall lösas får överlämnas till regeringen att avgöra. Likaså hur PSR skall ersättas för eventuellt arbete innan lagstiftningen trätt i kraft, dvs sådant förberedande arbete under våren 1999 som utredningen anser angeläget.

Till dessa kostnader kommer arvodena till nämndens ledamöter.

I andra nämnder liknande den som utredningen nu föreslår regleras ersättningen till ledamöterna i en särskild förordning - förordningen (1992:1299) om ersättning för uppdrag i statliga styrelser, nämnder och råd m.m. I den delas styrelser och nämnder in i olika kategorier och placeringen är avgörande för ersättningen till ledamöterna. Utredningen föreslår att nämnden för ersättning till vissa steriliserade placeras i kategori B. Där är sedan tidigare t.ex. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och Socialstyrelsen placerad.

Ersättning till ordförande och vice ordförande beslutas direkt av regeringen. Angående arvodering till dessa kan man jämföra med arvoderingen inom Trafikskadenämnden och Patientskadenämnden.

Utredningen har tidigare föreslagit att den nämnd som skall handlägga ersättning till de steriliserade skall ha en ordförande, en vice ordförande, en parlamentarisk ledamot samt två experter varav en medicinsk och en social-psykiatrisk expert. Den parlamentariska ledamoten och den medicinska och social-psykiatriska expertisen bör ha ersättare.

Bedömningarna i de enskilda ärendena kommer främst att gälla två situationer; för det första om en person är steriliserad och för det andra om de av utredningen angivna typsituationerna förelegat alternativt huruvida det utifrån en persons uppgifter är antagligt att han eller hon steriliserats mot sin vilja t.ex. på grund av asocialt levnadssätt, i samband med abort eller förlossning. Generellt kan man säga att de medicinska bedömningarna kommer att vara något enklare att göra än vid patientskadeärenden och ha en annan inriktning - tolkning av äldre, ibland ofullständigt journalmaterial. Några individuella bedömningar av enskilda personers lidande blir inte nödvändiga med hänsyn till utredningens förslag om ett schablonbelopp. De juridiska bedömningarna utifrån utredningens lagförslag kommer dock att i vissa fall innehålla en del känsliga avvägningar - trovärdigheten hos enskildas uppgifter mot journalmaterialets uppgifter.

Till skillnad från andra jämförbara nämnder är avsikten att denna nämnd skall verka under begränsad tid, förhoppningsvis endast två år. Nämnden kommer från början att ha cirka 200 ärenden för avgörande i vilka beslut skall kunna fattas senast under hösten 1999. Utredningen uppskattar att nämnden kommer att ha i vart fall tio sammanträden. Vid varje sammanträde kan i genomsnitt mellan 20 och 30 ärenden avgöras.

Det skulle innebära att om nämnden har 5 sammanträden under år 1999 skulle kostnaderna för arvoderingen under det budgetåret uppgå till mellan 300.000 och 400.000 kr.

Om lagförslaget genomförs och lagen börjar gälla från den 1 juli 1999 är det angeläget att budgetmedel snarast sätts av för de administrativa kostnaderna och utbetalningar av ersättning.

Utredningen föreslår vidare att tjänstemän på PSR redan under våren 1999 under riksdagsbehandlingen av lagförslaget sätter sig in i de ärenden som utredningen redan har och, i den mån utredningen inte redan gjort det, hämtar in kompletterande handlingar från Riksarkivet och Socialstyrelsens arkiv. För att detta skall vara möjligt måste tillstånd inhämtas från berörda personer. Man bör därför förbereda ansökningsformulär och kontakta dem som hittills begärt ersättning för att få sådant tillstånd samt eventuella kompletterande uppgifter.

Med en sådan framförhållning bör det vara möjligt att avgöra ett stort antal av de ansökningar som redan nu har lämnats till utredningen omedelbart efter sommaren 1999.

Med hänsyn till att många av dem som kan vara berättigade till ersättning har hög ålder är det särskilt angeläget att hanteringen av ersättningsfrågan sker snabbt. Nämnden bör därför vara särskilt uppmärksam på eventuella fördröjningar i hantering på grund av oväntade svårigheter t.ex. fler ärenden än beräknat. Om förseningar uppkommer bör nämnden snarast underrätta regeringen och begära extra ekonomiska resurser för att trygga en snabb handläggning.

11 Ikraftträdande m.m.

Flertalet av dem som kan komma ifråga för ersättning har som tidigare angetts hög ålder. Det är därför angeläget att den av utredningen föreslagna lagen träder i kraft snarast. Även om regeringskansliet skulle besluta om att utredningens förslag skall remissbehandlas och föreläggas lagrådet för yttrande bör ett riksdagsbeslut i ärendet kunna fattas under våren 1999. Med hänsyn till beslutsprocessen i riksdagen torde dock en lag om ersättning till steriliserade inte kunna träda i kraft tidigare än den 1 juli 1999.

Redan dessförinnan bör, som utredningen angav i föregående avsnitt, den organisation som skall handlägga ersättningsfrågorna kunna förbereda ärendena så att nämndens praktiska arbete kan påbörja omedelbart då lagen träder i kraft. De ansökningar som utredningen erhållit direkt eller som regeringen överlämnat till utredningen kommer, som regeringen och utredningen lovat till dem som skrivit, av utredningen att lånas ut till PSR för vidare handläggning. Utredningens tanke är således att dessa ärenden, om möjligt, skall förberedas redan innan lagen träder i kraft.

Som utredningen tidigare föreslagit skall ersättning sökas inom två år från det lagen träder i kraft. Detta har utredningen i lagförslaget låtit komma till uttryck genom att i ikraftträdandebestämmelsen ange att lagen skall tillämpas på ansökningar om ersättning som kommit in till nämnden senast vid utgången av juni månad 2001. Härigenom får man en bättre överblick av de totala kostnaderna för handläggningen av ersättningsfrågorna.

Om det visar sig att det alltså under första halvåret 2001 kommer in ett större antal ersättningsanspråk gör denna lagkonstruktion det möjligt att på ett enkelt sätt förlänga lagens tillämpningstid ytterligare.

Nämndens arbete avslutas givetvis först när beslut fattats i samtliga ärenden som kommit in före detta datum.

12 Generella kommittédirektiv

12.1 Inledning

Enligt utredningens direktiv gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare om prövning av offentliga åtaganden (dir 1994:23), angående jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir 1994:124), regionalpolitiska konsekvenser (dir 1992:50) samt konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir 1996:49).

I detta avsnitt redovisar utredningen sina ställningstaganden till de angivna direktiven.

12.2 De olika direktiven

Prövningen av offentliga åtaganden (dir 1994:23)

Utredningen skall enligt detta direktiv förutsättningslöst pröva om det offentliga åtagande som utredningen är satta att utreda bör vara en offentlig angelägenhet och i så fall vilka styrmedel som skall tillämpas för att uppnå målen för detta åtagande. Vad gäller genuint kollektiva nyttheter kan prövningen av det offentliga åtagandet göras översiktligt eller slopas helt.

Vad gäller frågan om ekonomisk ersättning till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ före år 1976 har utredningen konstaterat att det inte föreligger någon skadeståndsrättslig eller annan lagreglerad *skyldighet* för staten att erlagga ersättning. Utredningens uppdrag och förslag bygger istället på regeringens uttalanden att utredningen *skall* föreslå en gottgörelse, en ersättning, till de steriliserade, trots att sådan lagreglerad skyldighet idag saknas.

Ett huvudsyfte med den dåvarande steriliseringslagstiftning var att uppnå vissa samhälleliga mål. En förutsättning för att steriliseringarna kunde genomföras var bl.a. att dåvarande medicinalstyrelsen gav tillstånd till dem utifrån de kriterier lagarna angav. Enligt 1941 års lag var huvudregeln att en sterilisering inte fick genomföras utan sådant tillstånd. Lagstiftningen byggde dessutom på en människosyn som är oss främmande idag. Detta har ut-

gjort främsta skälet till att utredningen skall föreslå en gottgörelse till dem som steriliserats. En sådan ersättning får därför betraktas som en offentlig angelägenhet som staten knappast kan hänvisa till någon annan att betala.

Om privata organisationer eller grupper i samhället vill ta på sig någon form av ansvar, i detta sammanhang ekonomiskt, för sitt eget agerande kring den förda steriliseringspolitiken är det något som ligger utanför utredningens ramar att avgöra. Det får ankomma på varje grupp eller organisation. Utredningen kommer däremot i slutbetänkandet att belysa olika aktörers agerande och uttalanden med anknytning till steriliseringspolitiken.

Enligt direktivet om prövning av offentliga åtaganden skall varje kommitté också visa hur förslag som innebär utgiftsökningar skall finansieras. I regeringens direktiv till oss anges särskilt att utredningen skall kostnadsberäkna förslaget.

Som framgår av utredningens slutsatser i avsnitt 10 beräknar utredningen att de administrativa kostnaderna skall uppgå till omkring 1,5 miljoner kronor. Det totala ersättningsbeloppet tror utredningen kommer att hamna på i vart fall 35 miljoner kronor.

Om utredningen skulle följa det generella direktivet skulle utredningen här lämna konkreta förslag till effektiviseringar, omprioriteringar eller besparingar inom samma politikerområde motsvarande de kostnader som ersättningen till de steriliserade skulle innebära, dvs. inom socialdepartementets område och då främst inom hälso- och sjukvården och det medicinska området.

Enligt utredningens uppfattning är det varken rimligt att utredningen nu eller regering och riksdag senare när det slutliga beslutet tas föreslår besparingar inom t.ex. hälso- och sjukvården för att finansiera en gottgörelse till dem som steriliserats mot sin vilja. Det skulle vara stötande att på sådant sätt ställa de steriliserade mot andra utsatta grupper eller verksamheter.

Den kostnad som ersättningarna innebär för staten, även om den stannar på 35 miljoner kronor jämte administrativa kostnader, bör istället beslutas utan någon preciserad besparing från annat håll. Kostnaden får istället tas från ett generellt ekonomiskt utrymme eller om sådant saknas får eventuella besparingar läggas ut generellt. I sammanhanget kan man inte bortse från att den totala kostnaden med all sannolikhet kommer att vara mycket ringa ur ett nationellt budgetperspektiv.

Regionalpolitiska konsekvenser (dir 1992:50)

Detta direktiv innebär att utredningen skall belysa regionalpolitiska konsekvenser av utredningens förslag. Utredningen skall särskilt beakta hur förslagen påverkar sysselsättningen och den offentliga servicen i olika delar av landet samt hur planerade förändringar av taxor, avgifter, skatter och bidrag

påverkar de ekonomiska förutsättningarna för kommuner, näringsliv och privatpersoner i olika delar av landet. Vid förslag till större omorganiseringar eller bildande av nya myndigheter eller motsvarande skall redovisas överväganden om decentralisering och lokalisering utanför Stockholm.

Utredningens förslag till lagreglering av en ekonomisk ersättning till dem som steriliserats mot sin vilja eller på någon annans initiativ kommer inte att påverka de ekonomiska förutsättningarna för kommuner eller näringsliv. Även om ersättning kan komma att bli ett betydelsefullt ekonomiskt bidrag för den enskilde finns inget som talar för att ersättningen skulle ha någon regionalpolitisk betydelse. Utredningens förslag torde således i ersättningsdelen vara regionalpolitiskt neutrala och inte heller av den omfattningen att de på något sätt påverkar de ekonomiska förutsättningarna i olika delar av landet.

Vad gäller utredningens förslag om att skapa en särskild nämnd har utredningen utgått från att den skall ha sitt säte i Stockholm. Anledningen till detta är att utredningen föreslår att nämndens praktiska handläggning skall ske genom Personskadereglering AB (PSR) som driver sin verksamhet i lokaler vid Skanstull i Stockholm. Skälen till varför PSR skall ta hand om den praktiska hanteringen har utredningen främst redovisat i avsnitt 9.2.2. Utredningens förhoppning är att genom PSR:s medverkan kan behovet av handläggande personal för hanteringen av ersättningsärendena begränsas avsevärt. Till detta kommer att i nämnden skall ingå en parlamentarisk ledamot. Denna är stationerad i Stockholm. Att de arkiv som förvarar ansökningshandlingarna om sterilisering och abort även finns i Stockholm (Riksarkivet och Socialstyrelsens arkiv) har viss betydelse i sammanhanget. En placering av nämnden till någon ort utanför Stockholm skulle på ett icke försvarbart sätt fördyra verksamheten. Det skulle dessutom endast tillfälligt skapa ett fåtal nya arbetstillfällen.

Jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir 1994:124)

Enligt detta direktiv skall förslag som utredningen lägger fram föregås av en analys och innehålla en redovisning av hur förslagen kan förväntas påverka, direkt eller indirekt, kvinnors respektive mäns villkor och därmed förutsättningarna för jämställdhet mellan könen. Om kommittén eller utredaren bedömer att en sådan analys och redovisning inte kan göras på ett meningsfullt sätt till följd av utredningsuppdragets eller ämnets karaktär, skall detta anges och särskilt motiveras.

Det är tydligt att steriliseringsfrågan som sådan är en i stora delar könsrelaterad fråga. Över 90 procent av de steriliserade var kvinnor. Vad gäller jämställdhetspolitiska konsekvenser innebär utredningens ersättningsförslag att samma belopp ges till alla, oberoende av kön. Utredningen kommer i den

historiska analysen bl.a. ta upp de könsrelaterade aspekterna på steriliseringspolitiken. Detta kommer att ske i utredningens slutbetänkande vid halvårsskiftet 1999.

Det brottsförebyggande arbetet (1996:49)

Detta direktiv anger att alla förslag som läggs fram av kommittéer eller utredare skall föregås av en analys och innehålla en redovisning av effekterna för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet. Om kommittén eller utredaren bedömer att en sådan analys och redovisning inte kan göras på ett meningsfullt sätt till följd av utredningsuppdragets eller ämnets karaktär, skall detta anges och särskilt motiveras.

Huvuddelen av dem som utredningen föreslår skall kunna få ersättning steriliserades med uttryckligt lagstöd, i enlighet med lagstiftningen och dess intentioner. Enligt utredningens mening kan därför förslagen i detta betänkande om ersättning till steriliserade inte anses ha några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

Utredningens uppdrag i sin helhet kan emellertid, genom en analys av hur steriliseringspolitiken beslutades och utformades under åren 1935 till 1975, ge ett underlag för en diskussion om liknande frågor i vår egen tid. Många av de åtgärder som vidtogs mot enskilda personer i samband med steriliseringarna skulle således idag vara olagliga. Det gäller alltifrån sterilisering som uttalat villkor för utskrivning från anstalter till sterilisering efter mer diffusa påtryckningar och övertalningar. Ur ett sådant perspektiv kan utredningens slutsatser i slutbetänkandet till sommaren måhända ha en brottsförebyggande effekt.

13 Författningskommentarer

13.1 Förslag till Lag om ersättning till steriliserade i vissa fall

Genom denna lag ges rätt för vissa personer som steriliserats att begära och erhålla ekonomisk ersättning av staten. I lagen regleras under vilken tidsperiod en sterilisering skall ha skett för att vara ersättningsgrundande (1 §), under vilka förutsättning steriliseringen i övrigt skall ha skett för att ersättning skall beviljas (2 §), hur stort ersättningsbeloppet är (3 §), vem som skall göra ansökan (4 §), vem som skall handlägga ersättningsfrågorna (5 §), möjligheter att lämna muntliga uppgifter (6 §) samt fråga om överklagande (7 §).

1 §

I denna paragraf anges vad lagen reglerar dvs. rätten till ersättning för vissa personer som steriliserats med tillämpning av 1934 och 1941 års steriliseringslagar. Utöver dem som steriliserats enligt dessa lagar anges i paragrafen att även vissa andra personer som steriliserats har rätt till ersättning under de förutsättningar som lagen i övrigt ställer upp. Det gäller personer som steriliserades före 1935 dvs. innan 1934 års steriliseringslag trädde i kraft samt personer som steriliserades under åren 1935-1941 utanför tillämpningen av 1934 års lag. Utredningen har i avsnitt 8.2.7 närmare redovisat skälen för varför även dessa personer skall ha rätt till ersättning. Vad gäller dem som steriliserats enligt 1934 och 1941 års lagar medverkade myndighet definitionsmässigt alltid. För att sterilisering skulle kunna genomföras med tillämpning av lagarna krävdes således som huvudregel dåvarande medicinalstyrelsens eller nuvarande socialstyrelsens tillstånd. I vissa undantagsfall kunde sterilisering genomföras ändå, vid s.k. nödfallssteriliseringar i samband med abort (7 § abortlagen (1938:318) jämfört med 5 § 1941 års steriliseringslag) samt genom s.k. tvåläkarintyg (3 § andra stycket 1941 års steriliseringslag). I de fallen får beslutande läkare betraktas som myndighetsperson.

Lagtexten nämner inte personer som steriliserats under den tid som 1941 års lag gällde utan att denna lag tillämpades. Man får anse, att så snart myndigheter medverkat till en sterilisering under denna tid den fallit in under lagens bestämmelser, även om inte bestämmelserna följts. Om inte steriliseringen alls skett under sådan medverkan, uppkommer inte ersättningsskyldighet för staten enligt den föreslagna lagen.

Vad angår personer som steriliserats efter 1975, är det tänkbart att något fel begåtts av en medverkande myndighet, trots att nuvarande lagstiftning i alla fall förutsätter egen begäran om åtgärden (se 2 § steriliseringslag, 1975:580), t.ex. när inte vederbörlig information skett om ingreppets innebörd och följder (jfr 5 § samma lag). Om den steriliserade kräver ersättning/skadestånd i sådana fall, bli inte den nu föreslagna lagstiftningen utan skadeståndslagen tillämplig.

2 §

I paragrafen anges punktvis villkoren för att ersättning skall beviljas. Utredningen har i avsnitt 8.2 redovisat skälen för de respektive punkterna.

Som huvudregel skall ersättning beviljas om vissa yttre omständigheter eller kriterier är uppfyllda. Det gäller om den sökande steriliserats utan att själv undertecknat eller skriftligen samtyckt till steriliseringen (p 1), om han eller hon var omyndig eller underårig när ansökan lämnades till medicinalstyrelsen eller när steriliseringen genomfördes (p 2), om han eller hon var intagen på någon anstalt eller institution när ansökan lämnades till medicinalstyrelsen/socialstyrelsen eller steriliseringen genomfördes (p 3), om en person steriliserats på grund av att han eller hon rubricerades som sinnessjuk, sinnesslö eller epileptiker (p 4) eller om sterilisering ställts som ett uttryckligt myndighetskrav för att erhålla annan förmån eller tillstånd (p 5).

Ansökan om sterilisering skulle fram till 1967 göras hos medicinalstyrelsen, därefter hos socialstyrelsen.

Punkt 1 omfattar samtliga som steriliserats enligt 1934 års lag samt de som steriliserats med stöd av 2 § i 1941 års lag.

Exempel på uttryckligt myndighetskrav enligt p 5 är när sterilisering ställdes som villkor för s.k. statlig mödrahjälp, ett behovsprövat bidrag från år 1938 fram till 1963 som gavs till kvinnor med barn.

I bestämmelsen finns även en punkt (p 6) enligt vilken den som steriliserats efter en otillbörlig påverkan eller försumlighet från myndighets sida också har rätt till ersättning. Som framhållits i allmänmotiveringen (avsnitt 8.2.3) kan frågan om myndighets påverkan framför allt antas bli aktuell vid steriliseringar där grunden var asocialt levnadssätt, steriliseringar i samband med abort där sterilisering inte ställdes som uttryckligt myndighetskrav och steriliseringar i samband med förlossningar. Om exempelvis en sterilisering framstått som medicinskt nödvändig inför en förlossning behöver det inte

alltid ha varit otillbörligt att läkaren velat få kvinnans samtycke till ingreppet, även om man också i en sådan situation måste väga in kvinnans utsatta läge, särskilt om man ser situationen ur dagens perspektiv med våra krav på informerat samtycke. I de flesta fall måste påtryckningar från myndighetens sida anses oacceptabla med dagens synsätt, även när det gällt vuxna och intellektuellt kapabla personer.

Också i andra fall är det tänkbart att övertalningar förekommit. Ibland kan dessa övertalningar eller påtryckningar ha kommit från enskilda personer som anhöriga, föräldrar till myndiga barn t.ex. förståndshandikappade eller från make, från hälso- och sjukvårdspersonal eller personal inom socialvården eller andra myndighetsliknande personer. Om tillståndsgivande myndighet eller intygsskrivande läkare kan antas ha haft kännedom om sådana påtryckningar mot den enskilde men varit passiv och inte tagit reda på den enskildes egen uppfattning kan det komma att betraktas som en sådan försumlighet att ersättning skall kunna betalas ut.

För att ersättning skall beviljas räcker det att krav enligt en av de angivna punkterna är uppfyllt.

3 §

I denna bestämmelsen anges att den som uppfyller kraven enligt 1 och 2 §§ är berättigad till ersättning av staten med 175.000 kr. Denna ersättning är enligt allmänna skatterättsliga principer skattefri. Ersättningen skall utbetalas snarast efter att beslut om ersättning fattats. Den är personlig och kan inte överlåtas.

4 §

Här anges som huvudregel att en ansökan skall göras av den steriliserade personligen men att det är möjligt att ansöka genom ombud eller ställföreträdare om den enskilde på grund av sjukdom eller svaghet är förhindrad att själv skriva på ansökan.

5 §

I paragrafen anges att en särskild nämnd skall handlägga och besluta i ersättningsfrågorna efter att ansökan skett till nämnden. Utredningen har i avsnitt 9.2.3 redovisat hur nämnden skall vara sammansatt och i avsnitt 9.2 hur administrativa frågor i övrigt bör handläggas.

6 §

Enligt bestämmelsen har den som söker ersättning rätt att företräda inför nämnden och lämna muntliga uppgifter.

7 §

Enligt denna bestämmelse får nämndens beslut inte överklagas. Utredningen har i avsnitt 9.2.4 närmare redovisat skälen för detta.

Övergångsbestämmelser m.m.

Lagen skall träda i kraft 1 juli 1999.

Några övergångsbestämmelser för ikraftträdandet är inte nödvändiga, se avsnitt 11.

Lagen skall endast tillämpas på ansökningar som kommer in från och med den 1 juli 1999 till och med den siste juni 2001. Nämndens arbete avslutas först sedan beslut fattats i samtliga ärenden som kommit in under denna tidsperiod.

13.2 Förslag till ändringar i Sekretesslagen (1980:100)

7 kap 39 §

Denna bestämmelse är ny. Utredningen har i avsnitt 9.2.5 närmare angett skälen för dess införande.

16 kap 1 § 3

I bestämmelsen har angetts att även 7 kap 39 § omfattas av undantaget från meddelarfriheten. Utredningen har i nyss nämnda avsnitt också angett skälen för den ändringen.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av sakkunnige Bertil Bengtsson

Jag ansluter mig till utredningens förslag men vill gärna tillägga följande.

Förslaget går mycket långt till förmån för vissa steriliserade personer. Det är inget att säga om att ersättning utgår också vid steriliseringar som varit korrekta enligt då gällande lag och ofta lär ha beslutats av myndigheter i bästa välmening; det är en naturlig konsekvens av att utredningen tar avstånd från då rådande värderingar. Mera tveksamt ur ett juridiskt perspektiv är att ersättning kommer att utgå även vid steriliseringar som varit medicinskt motiverade och ibland också nödvändiga t.o.m. med dagens synsätt, t.ex. nödfallsingrepp i samband med abort eller förlossningar (se 2 § 1-4 p. lagförslaget; jfr 6 p., som däremot medger undantag vid sådana ingrepp). Det är svårt att se att sådan operation, som avsett att hjälpa kvinnan i en kanske livshotande situation, skulle utgöra en kränkning som motiverade upprättelse och gottgörelse från statens sida. På liknande sätt kan man från skadeståndsrättslig synpunkt sätta i fråga, om samma ersättning bör utgå oavsett den steriliserades ålder; framstår det som rimligt för den som tvångssteriliserats som 18-åring att hon inte får mer ersättning än kvinnor som efter ett antal barnafödslar övertalats att steriliseras i 40-årsåldern (jfr 8.3.3 i betänkandet)? Också det mycket lindriga beviskrav som rekommenderas i betänkandet (8.2.3) innebär ett avsteg från vad som är vanligt i juridiska sammanhang.

Jag kan emellertid hålla med om att det nu gäller en speciell undantags-situation, där man kan ha anledning att bortse från juridiska brister och inkonsekvenser; deras praktiska betydelse blir nog inte så stor. Starka humanitära skäl talar för att de drabbade - många vid hög ålder - skall kunna få ersättning snabbt och med så få juridiska komplikationer som möjligt. Vad jag vill betona är bara att utredningens resonemang inte gärna kan åberopas om statsmakterna skulle överväga ersättning till andra kategorier som på ena eller andra sättet blivit illa behandlade av myndigheterna i det förflutna. Då krävs både större konsekvens i lagstiftningen och bättre garantier för att ersättning utgår till personer som verkligen lidit skada genom myndigheternas handlande.

Särskilt yttrande av experten Mattias Tydén

Det är angeläget att de som steriliserats mot sin vilja snarast ges upprättelse och att frågan om ersättning inte fördröjs. Jag vill av den anledningen inte motsätta mig utredningens förslag som har förutsättning att i praktiken fungera som en snabb lösning av ersättningsfrågan. Med kännedom om aktmaterialet, i detta fall främst de steriliseringsansökningar som förvaras i medicinalstyrelsens arkiv, vill jag ändå peka på vissa problem som gäller själva den konstruktion som valts.

Jag befarar, för det första, att det kan uppstå gränsfall där frågan om tvång eller frivillighet förelegat blir svår att besvara utifrån de bevarade ansökningshandlingarna som ofta är svårtolkade. Det kan också finnas fall, särskilt bland efterkrigstidens medicinska steriliseringar, där handlingarna ger sken av fullständig frivillighet, men där den steriliserade själv upplevt att ingreppet utförts efter påtryckningar - aktmaterialet är skrivet av läkare och andra myndighetspersoner och speglar *deras* uppfattning, inte patientens. I några fall kommer ansökningshandlingarna över huvud taget inte att återfinnas och den steriliserade måste söka styrka sina uppgifter med anstalts- eller sjukhushandlingar.

Detta kommer sannolikt att ha liten betydelse beträffande tvångssteriliseringar utförda under 1930- 1940- och 1950-talen vilka ofta skett i någon av de typsituationer utredningen identifierar. Jag delar därför utredningens uppfattning att många av de ersättningsfall som skulle komma ifråga blir okomplicerade. Det bevarade aktmaterialet kommer då att visa, att den steriliserade har rätt till ersättning enligt de kriterier utredningen har ställt upp. Men sedan mitten av 1950-talet har typsituationerna mera sällan varit för handen, t.ex. beträffande de kvinnor som steriliserades på medicinsk indikation. Dessa kvinnor kommer därför att vara hänvisade till lagförslaget 2 § 6 p. enligt vilken de själva skall göra antagligt att de steriliserats mot sin vilja. Även om utredningen betonar att den som söker ersättning skall ges ett betydande tolkningsföretråde, och att beviskravet juridiskt sett är mycket svagt, återstår det principiella problemet hur handläggande myndighet skall hantera svårtolkade gränsfall.

Så länge inte *alla* som säger sig ha steriliserats mot sin vilja ges rätt till ersättning - en modell som utredningen av olika skäl avvisar (kap. 8.2.5.) - måste det rimligen finnas en tydlig gräns bortom vilken den enskildes tolkningsföretråde inte gäller och där något slags bevis för att steriliseringen skett utan samtycke i stället måste framläggas. Någon sådan gräns, en precisering av beviskraven, har inte uppställts. Jag menar också att en sådan gräns är mycket svår, för att inte säga omöjlig, att fastställa. Det finns en glidande skala från tvång till frivillighet, och i gränslandet kan endast den enskildes subjektiva upplevelse av tvång avgöra frågan.

Ett grundläggande problem är att steriliseringslagstiftningen som sådan, dess förarbeten och dess tillämpningsföreskrifter, avsiktligt skapade gråzoner där tvång och frivillighet glidit in i varandra, bl.a. på så sätt att övertalning gjordes till en etablerad princip. Inte minst mot denna bakgrund kan det vara svårt att i enskilda fall rekonstruera omständigheterna kring steriliseringar som skett så länge 1934 och 1941 års steriliseringslagar var i kraft. Enligt min mening borde man i högre grad beakta de praktiska svårigheter som kan uppstå om ersättningsfrågan knyts till vad som eventuellt går att utläsa om tvång och frivillighet i de bevarade handlingarna.

Dessa praktiska svårigheter har, för det andra, också en etisk dimension. Jag ställer mig tvekande till det beviskrav som åläggs dem som söker ersättning, särskilt i de fall vid sidan av typsituationerna som omfattas av lagförslagets 2 § 6 p. Förvisso har många självmant hört av sig till utredningen för att beskriva omständigheterna kring deras sterilisering. Utredningen påpekar att det finns ett egenvärde, för den enskilde liksom för vår historiska förståelse av steriliseringspolitiken, i att dessa röster kommer till tals. Det är viktigt att de som tvångssteriliserats får vittna om de övergrepp de utsatts för. Vidare kan de typfall utredningen beskriver betraktas som ett officiellt erkännande av att det förekommit tvångssteriliseringar i Sverige och en precisering av hur dessa övergrepp gick till och vilka som drabbades av dem. Jag delar denna uppfattning. Alla steriliseringar som utfördes före 1976 var dessutom inte tvångssteriliseringar; även detta bör betonas för att inte relativisera det lidande som de tvångssteriliserade har utsatts för.

Men ett erkännande av denna *historiska* förståelse av steriliseringsfrågan behöver inte innebära att *dagens* fråga om ekonomisk ersättning kopplas till typfallen eller till de steriliserades egna berättelser. Det kan alltså diskuteras i vilken utsträckning det skall *fordras* av dem som nu söker ersättning att de skall belägga och i viss mening vittna om vad de en gång har utsatts för. En sådan ordning kan uppfattas som en upprepad kränkning, särskilt om de steriliserade nu konfronteras med ett för dem nedsättande aktmaterial. (Ur denna aspekt hade det varit en fördel om beviskravet kunnat begränsas till att gälla den steriliserande operationen som sådan.)

Av angivna skäl - praktiska och etiska - finner jag det alltså problematiskt att frågan om ersättning kopplas till vad som idag går att utläsa ur aktmaterialet om tvång och frivillighet. I olyckliga fall riskerar ord att stå mot ord. Utredningen har sökt lösa detta problem med ett regelverk som, med juridiska mått mätt, konstruerats generöst för dem som söker ersättning. Som jag ser det kvarstår emellertid en spänning mellan *å ena sidan* utredningens ambition att ge den sökande tolkningsföreträde, att vid tvekan hellre bifalla än avslå en ansökan, och *å andra sidan* de beviskrav som trots allt ställs på den enskilde.

Kommittédirektiv

Steriliseringar

Dir. 1997:100

Beslut vid regeringssammanträde: 1997-09-04

Sammanfattning av uppdraget

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

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

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

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

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

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

Den särskilde utredaren skall överväga principerna för en sådan gottgörelse.

Ett förslag till ersättning skall läggas fram och kostnadsberäknas.

Förslaget till ersättning och hithörande frågor skall redovisas med för-
tur.

Uppdraget i sin helhet skall vara slutfört senast den 1 juli 1999.

Bakgrund

1. 1934, 1941 och 1975 års steriliseringslagar

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

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

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

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

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

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

Tillståndet varade ett år och ingreppet skulle rapporteras till Medicinalstyrelsen.

De tre indikationer som nämndes i lagen var

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

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

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

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

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

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

2. Principer för ersättning vid skada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Regeringens praxis

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

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

Uppdraget

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

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

Historisk belysning

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

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

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

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

Kartläggning.

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

Ersättning till dem som drabbats

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

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

Former för utredningens bedrivande

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

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

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

För utredaren gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare om prövning av offentliga åtaganden (dir 1994:23). Utredaren skall också redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124) regionpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt konsekvenser för brottligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49).

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

Utredningen skall vara avslutad senast den 1 juli 1999.

Nr 171.

Lag

om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida
av rubbad själsverksamhet;

given Stockholms slott den 18 maj 1934.

Vi GUSTAF, med Guds nåde. Sveriges, Götes och Vendes
Konung, göra, veterligt: att Vi, med riksdagen¹, funnit gott förordna
som följer:

1 §

Kan med skäl antagas att någon som lider av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten är på den grund för framtiden ur stånd att handhava vårdnaden om sina barn eller kommer att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet, må utan hans samtycke sterilisering enligt denna lag å honom företagas, där han på grund av sin rubbade själsverksamhet varaktigt saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden.

Å sterilisering på grund av medicinska skäl äger lagen icke tillämpning.

2 §

Sterilisering må, med undantag för det i 3 § avsedda fall, företagas allenast efter tillstånd av medicinalstyrelsen.

Sådant tillstånd må ej lämnas utan att, om den som avses skola steriliseras är gift hans make, om han är underårig den som har vårdnaden om honom, om han är omyndigförklarad förmyndaren, samt om han är intagen å allmän anstalt dennas läkare. och föreståndare, där så kan ske, erhållit tillfälle att yttra sig.

3 §

Hava beträffande sinnesslö två legitimerade läkare efter samråd funnit skäl till sterilisering jämlikt 1 § föreligga, må utan tillstånd av medicinalstyrelsen sterilisering verkställas, där skriftligt samtycke föreligga från den eller dem som enligt 2 § andra stycket skola erhålla tillfälle att yttra sig.

¹ Riksdagens skrivelse 1934:228.

4§

Sterilisering skall verkställas av legitimerad läkare och må endast ske genom ingrepp av sådant slag att i allmänhet skada till hälsan ej är därmed förenad.

Sterilisering å sinnesslö, som företagas utan att därtill inhämtats tillstånd av medicinalstyrelsen, skall verkställas å lasarett eller sjukstuga eller ock å annan anstalt, beträffande vilken medicinalstyrelsen medgivit att sterilisering må där företagas.

5§

Läkare eller annan, som å tjänstens vägnar eller eljest, tagit befattning med sterilisering eller med ärende angående sådan åtgärd, må ej i oträngt mål yppa något av vad därvid förekommit.

6§

Över medicinalstyrelsens beslut i ärende angående sterilisering må besvär anföras hos Konungen före klockan tolv å tjugonde dagen från den då beslutet meddelades.

7

Överträder eller åsidosätter någon vad i denna lag stadgas och är ej förseelsen eljest med straff belagd, dömes till dagsböter.

8 §

Förseelse mot vad i 5 § stadgas må ej åtalas av allmän åklagare, där den ej av målsägande angives till åtal.

Böter som ådömas enligt denna lag tillfalla kronan. Saknas tillgång till böternas gäldande, skola de förvandlas enligt allmän strafflag.

9§

Konungen äger meddela erforderliga bestämmelser angående tillämpningen av denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1935.

Det alla som vederbör hava sig hörsamligen att efterrätta. Till yttermera visso hava Vi detta med egen hand underskrivit och med Vårt kungl. sigill bekräfta låtit.

Stockholms slott den 18 maj 1934.

GUSTAF

(L.S.)

(Justitiedepartementet.)

K. SCHLYTER.

Nr 168-171, 3/4 ark. Stockholm. 1934.. Kungl. Boktryckeriet, P. A. Norstedt & Söner.

SVENSK FÖRFATTNINGSSAMLING.

1941
Nr 282 och 283.

Utkom från trycket
den 28 maj 1941

Nr 282.

Lag

om sterilisering;

given Stockholms slott den 23 maj 1941.

Vi GUSTAF, med Guds nåde, Sveriges, Götes och Vendes Konung, göra veterligt: att Vi, med riksdagen², funnit gott förordna som följer:

1§

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 provas 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 kvinna påkallat att hon steriliseras för att förebygga havandeskap som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, må, ock med hennes samtycke sterilisering enligt denna lag företagas å henne.

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.

2 §.

Saknar någon, som enligt denna lag må steriliseras, på, grund, av rubbad själsverksamhet förmåga att lämna giltigt samtycke till sådan åtgärd, må han steriliseras ändå att han ej samtyckt därtill.

² Riksdagens skrivelse 1941:180

3 §.

Sterilisering må, där ej nedan annorlunda stadgas, företagas allenast efter tillstånd av medicinalstyrelsen. Sådant tillstånd må icke lämnas för någon, med mindre tillfälle att yttra sig, där så kan ske, beretts, om han är underårig den som har vårdnaden om honom, om han är omyndigförklarad hans förmyndare, om han är gift hans make samt om han är intagen å allmän anstalt dennas läkare och föreståndare.

Å den som är i stånd att lämna giltigt samtycke må dock, utan hinder av vad i första stycket sägs, på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel sterilisering enligt 1 § tredje stycket företagas, därest den läkare som utför ingreppet samt annan läkare i den tjänsteställning Konungen föreskriver, i skriftligt utlåtande, med angivande av grunden för åtgärden förklarat förutsättningarna för densamma, vara för handen.

4 §.

Sterilisering, av kvinna, skall utföras å lasarett därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga, av där anställd läkare. Utan hinder härav må, medicinalstyrelsen, där styrelsen så prövar erforderligt, medgiva viss läkare att utföra sådan åtgärd å, anstalt som nyss är sagt eller å annan anstalt.

Sterilisering av man skall utföras av legitimerad läkare.

5 §.

Finnes vid avbrytande av havandeskap enligt 7 § lagen den 17 juni 1938 om sådant ingrepp grundad anledning till antagande, att sjukdom eller kroppsfel som föranleder ingreppet kommer att vid nytt havandeskap medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa, må den läkare, som utför ingreppet, samtidigt, å kvinnan företaga sterilisering utan hinder av vad ovan i 3 och 4 §§ sägs. Saknar kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet förmåga att lämna giltigt samtycke, skall läkaren, om så kan ske utan menligt dröjsmål, inhämta samtycke av anhörig till henne.

6 §

Läkare eller annan, som å tjänstens vägnar eller eljest tagit befattning med sterilisering eller med ärende angående sådan åtgärd, må ej i oträngt mål yppa något av vad därvid förekommit.

7 §

Över medicinalstyrelsens beslut, varigenom tillstånd till sterilisering vägrats, må besvär anföras hos Konungen före klockan tolv å tjugonde dagen från den då beslutet meddelades.

I övrigt må, medicinalstyrelsens beslut enligt denna lag ej överklagas.

8 §.

Den som verkställer sterilisering i strid med denna, lag eller mot bättre vetande till myndighet eller läkare avgiver falsk utsaga i ärende angående sterilisering eller överträder vad i 6 § stadgas, dömes där ej förseelsen eljest är belagd med strängare straff, till dagsböter eller fängelse i högst ett år.

9

Förseelse mot vad i 6 § stadgas må ej åtalas av allmän åklagare, där den ej av målsägande anges till åtal.

Böter som ådömas enligt denna lag tillfalla kronan.

10§

Konungen äger meddela erforderliga, bestämmelser angående tillämpningen av denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1941, då lagen den 18 maj 1934 om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra, som lida av rubbad själsverksamhet upphör att gälla.

Det alla som vederbör hava, sig hörsamligen, att efterrätta.. Till yttermera visso hava. Vi detta med egen hand underskrivit och med Vårt kungl. sigill bekräfta låtit.

Stockholms slott den 23 maj 1941.

GUSTAF.

(L.S.)

(Justitiedepartementet.)

K. G. WESTMAN.

SVENSK FÖRFATTNINGSSAMLING.

1934
nr 521-524.

Utkom från trycket
den 9 november 1934

Nr 521.

KUNGL. MAJ:TS KUNGÖRELSE

med tillämpningsföreskrifter till lagen den 18 maj 1934 (nr 171) om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet;

given Stockholms slott den 2 november 1934.

Kungl. Maj:t har, med stöd av 9 § lagen den 18 maj 1934 om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet, nedan kallad steriliseringslagen, funnit gott förordna som följer:

1§

Ansökning hos medicinalstyrelsen om tillstånd till sterilisering enligt steriliseringslagen må göras:

1. av den som avses med ansökningen;
2. för underårig av den som har vårdnaden om honom;
3. för omyndigförklarad av förmyndaren;
4. för den som är intagen å allmän anstalt, av anstaltens läkare eller föreståndare;
5. för den som åtnjuter fattigvård och den vars make eller minderåriga barn åtnjuter sådan vård, av fattigvårdsstyrelsen;
6. för den som är föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen och den vars minderåriga barn är föremål för sådan åtgärd, av barnavårdsnämnden.

Ansökningen skall göras skriftligen enligt fastställt formulär och vara av sökanden egenhändigt undertecknad.

2§

Vid ansökning enligt 1 § skola fogas åldersbetyg för den som avses med ansökningen samt intyg av hans anförvanter, make eller andra rörande de omständigheter som äro av betydelse för sakens bedömande ävensom intyg av legitimerad läkare angående verkställd undersökning.

Intygen skola vara avfattade enligt fastställda formulär.

3§

Har ansökning om tillstånd till sterilisering rätteligen skett, skall medicinalstyrelsen så snart ske kan pröva, om sterilisering må äga rum.

Föreligger icke från dem, som enligt 2 § andra stycket steriliseringslagen böra erhålla tillfälle att yttra sig, skriftligt uttalande i ärendet, skall medicinalstyrelsen, där så kan ske, lämna dem tillfälle att avgiva yttrande över ansökningen.

Erfordras eljest för prövningen ytterligare upplysningar och kan det felande ej lämpligen genom medicinalstyrelsens försorg anskaffas, skall styrelsen förelägga sökanden viss tid att därmed inkomma.

4§

Vid meddelande av tillstånd till sterilisering äger medicinalstyrelsen lämna särskilda föreskrifter angående ingreppets verkställande.

5§.

Tillstånd till sterilisering vare förfallet, där åtgärden ej verkställts inom ett år från det beslutet vunnit laga kraft. §.

6§

Beträffande framställning hos legitimerad läkare om prövning som avses i 3 § steriliseringslagen skall vad ovan i 1 § stadgas äga motsvarande tillämpning.

Vid framställningen skall fogas åldersbetyg rörande den som avses med framställningen.

7§

Innan sterilisering företagas efter prövning jämlikt 3 § steriliseringslagen, skola de läkare som verkställt prövningen utfärda förklaring enligt fastställt formulär, att de på grunder som angivas i förklaringen funnit skäl till sterilisering jämlikt 1 § steriliseringslagen föreligga.

Sterilisering må ej med stöd av sådan förklaring verkställas sedan ett år förflutit från den dag då handlingen är dagtecknad.

8 §.

Sedan sterilisering verkställts, skall läkaren inom en månad insända berättelse därom till medicinalstyrelsen enligt fastställt formulär. Har sterilisering företagits utan att därtill inhämtats tillstånd av Medicinalstyrelsen, skola tillika insändas samtliga handlingar i ärendet.

9 §.

I denna kungörelse omförmälda formulär fastställas av medicinalstyrelsen.

10 §.

Har den som verkställt sterilisering överträtt eller åsidosatt bestämmelse i denna kungörelse eller med stöd därav meddelad föreskrift, och är ej förseelsen eljest med straff belagd, dömes till dagsböter.

Böter som ådömas enligt denna kungörelse tillfalla kronan. Saknas tillgång till böternas gäldande, skola de förvandlas enligt allmän strafflag.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1935.

Det alla som vederbör hava sig hörsamligen att efterrätta. Till yttermera visso hava Vi detta med egen hand underskrivit och med Vårt kungl. sigill bekräfta låtit.

Stockholms slott den 2 november 1934.

GUSTAF.

(L. S.)

(Justitiedepartementet.)

K. SCHLYTER

SVENSK FÖRFATTNINGSSAMLING,

1941
Nr 387-389.

Utkom från trycket
den 16 juni 1941.

Nr 387.

KUNGL. MAJ:TS Kungörelse,
med tillämpningsföreskrifter till lagen den 23 maj 1941 (nr 282) om
sterilisering;

given Stockholms slott den 13 juni 1941.

Kungl. Maj:t har med stöd av 10 § lagen den 23 maj 1941 om sterilisering, funnit gott förordna' som följer:

1§

Ansökan hos medicinalstyrelsen om tillstånd till sterilisering må göras

1. av den som avses med ansökningen;
2. för underårig av den som har vårdnaden om honom;
3. för omyndigförklarad av förmyndaren;
4. för den som åtnjuter fattigvård eller vars make eller minderåriga barn åtnjuter sådan vård, av fattigvårdsstyrelsen;
5. för den som är föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen eller vars barn är föremål för sådan åtgärd, av barnavårdsnämnden.
6. för den som behandlas vid en av det allmänna anordnad öppen läkar mottagning, av den för behandlingen ansvarige läkaren;
7. för den som är intagen å lasarett eller därmed jämförliga sjukhus, å sjukstuga eller å sinnessjukhus, av lasarettsläkaren, sjukstuguläkaren, sjukvårdsläkaren eller motsvarande läkare; samt
8. för den som intagen å annan allmän anstalt än som under 7. avses, av anstaltens läkare eller föreståndare.

Ansökan må ock göras av förste provinsialläkare, provinsialläkare, extra provinsialläkare, stadsläkare, stadsdistriktsläkare, köpingsläkare, municipalläkare samt hjälpverksamhetsläkare vid sinnessjukhus ävensom av läkare, som innehar tjänsteställning jämförlig med de nu nämndas.

Särskild ansökan om sterilisering erfordras icke, då medicinalstyrelsen jämlikt 2 § tredje stycket lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havan-

deskap meddelat tillstånd till sådan åtgärd under villkor att å kvinnan jämväl företages sterilisering.

2§

Läkare, som enligt i 1 § äger göra ansökan om sterilisering, är pliktig att på framställning av statlig eller kommunal myndighet, så ock eljest då han i sin verksamhet erhåller kännedom om fall i vilket sterilisering synes påkallad från allmän synpunkt, verkställa eller genom underordnad läkare låta verkställa erforderlig undersökning samt, därest omständigheterna därtill föranleda, sörja för att ansökan om sterilisering göres hos medicinalstyrelsen.

3§

Ansökan hos medicinalstyrelsen om sterilisering skall göras skriftligen och vara egenhändigt undertecknad av sökanden.

Avser ansökningen annan än sökanden, bör, där det kan ske, bifogas skriftligt samtycke av honom till sterilisering.

Vid ansökan om sterilisering skall, om så kan ske, fogas yttrande rörande ansökningen, därest den som avses därmed är underårig av den som har vårdnaden om honom, om han är omyndigförklarad av hans förmyndare, om han är gift av hans make samt om han är intagen å allmän anstalt av dennas läkare och föreståndare.

Vid ansökan skola vidare fogas åldersbetyg för den som avses med ansökningen samt intyg av hans anförvanter, make eller andra rörande de omständigheter som äro av betydelse för sakens bedömande ävensom intyg av legitimerad läkare angående verkställd undersökning.

Handlingar enligt denna paragraf böra vara avfattade enligt fastställda formulär.

4§

Har ansökan om tillstånd till sterilisering rätteligen skett, skall medicinalstyrelsen så snart ske kan pröva, om sterilisering må äga rum.

Avser ansökningen annan än sökanden och föreligger icke samtycke av honom, skall medicinalstyrelsen, om sterilisering ej må äga rum utan hans samtycke, bereda honom tillfälle att meddela, huruvida han samtycker till åtgärden.

Föreligger icke från dem, som enligt 3 § första stycket lagen om sterilisering böra erhålla tillfälle att yttra sig, skriftligt uttalande i ärendet, skall medicinalstyrelsen, där så kan ske, lämna dem tillfälle att avgiva yttrande över ansökningen.

Erfordras eljest för prövningen ytterligare upplysningar och kan det felande ej lämpligen anskaffas genom medicinalstyrelsens försorg, skall styrelsen förelägga sökanden viss tid att inkomma därmed.

5 §.

Vid meddelande av tillstånd till sterilisering äger medicinalstyrelsen lämna särskilda föreskrifter angående ingreppets verkställande.

Tillstånd till sterilisering vare förfallet, där åtgärden ej verkställts inom ett år från det beslutet meddelats.

6 §

Behörighet att avgiva sådant utlåtande angående sterilisering på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel, varom förmåles i 3 § andra stycket lagen om sterilisering, tillkommer, förutom såsom i nämnda lagrum stadgas den läkare som utför ingreppet, förste provinsialläkare, provinsialläkare, extra provinsialläkare, stadsläkare, stadsdistriktsläkare, köpingsläkare, municipalläkare, lasarets- och sjukstuguläkare, sjukvårdsläkare och hjälpverksamhetsläkare vid sinnessjukhus samt läkare som innehar tjänsteställning jämförlig med de nämndas.

Utlåtandet skall vara avfattat enligt fastställt formulär. Sterilisering må ej med stöd av sådant utlåtande verkställas, sedan ett år förflutit från den dag då handlingen är dagtecknad.

7 §.

Sedan sterilisering med stöd av lagen om sterilisering verkställts, skall den läkare som utfört ingreppet inom en månad insända berättelse därom till medicinalstyrelsen enligt fastställt formulär. Har sterilisering företagits jämlikt 3 § andra stycket eller 5 § lagen om sterilisering, skola tillika samtliga handlingar i ärendet insändas.

8 §

I denna kungörelse omförmälda formulär fastställas av medicinalstyrelsen.

9 §

Har läkare brutit mot föreskrift som meddelats med stöd av 5 § eller åsidosatt vad i 7 § stadgas, dömes till dagsböter, vilka tillfalla kronan.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1941.

Genom kungörelse upphävas kungörelsen den 2 november 1934 (nr 521) med tillämpningsföreskrifter till lagen den 18 maj 1934 (nr 171) om sterilisering av vissa sinnessjuka sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet samt kungörelsen den 2 november 1934 (nr 522) angående berättelse i vissa fall om verkställd sterilisering, dock att beträffande sterilisering som ägt rum före den 1 juli 1941 alltjämt skall gälla vad i

nämnda kungörelsen finnes stadgat om skyldighet att till medicinalstyrelsen insända berättelse och handlingar rörande steriliseringen ävensom om ansvar för åsidosättande av sådan skyldighet och för överträdelse av föreskrift som medicinalstyrelsen lämnat angående steriliseringens verkställande.

Det alla som vederbör hava sig hörsamligen att eftersätta. Till yttermera visso hava Vi detta med egen hand underskrivit och med Vårt kungl. sigill bekräfta låtit.

Stockholms slott den 13 juni 1941.

GUSTAF.

(L.S.)

(Justitiedepartementet.)

K.G. WESTMAN.

MEDDELANDEN FRÅN KUNGL. MEDICINALSTYRELSEN

Nr 84 [1939]

Råd och anvisningar
rörande tillämpning av steriliserings-
och abortlagarna.

A. B. NORDISKA BOKHANDELN
I DISTRIBUTION

Råd och anvisningar rörande tillämpning av steriliseringslagen.

(Lagen den 18 maj 1934 om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet.)

Ehuru en ny steriliseringslag är att emotse under de närmaste åren, har medicinalstyrelsen likväl i avvaktan härpå funnit skäl meddela vissa råd och upplysningar rörande tillämpningen av nu gällande steriliseringslag.

Med sterilisering förstår man ett sådant medicinskt ingrepp, varigenom en person berövas förmågan att fortplanta sig. Detta ingrepp kan utföras på principiellt två olika sätt, antingen som kastrering eller som sterilisering i inskränkt bemärkelse. Kastrering innebär antingen ett operativa avlägsnande av könskörtlarna eller också förstöring av den könszellproducerande vävnaden genom röntgen- eller radiumbestrålning. Sterilisering i inskränkt bemärkelse innebär endast att ett stycke av de könscellförande kanalerna operativa avlägsnas, varigenom könscellerna förhindras att nå sin bestämmelseort. Kastrering medför utom upphävd fortplantningsförmåga även en del andra rubbningar i organismen, vilka sammanhånga med bortfallet av könskörtlarnas insöndringsfunktioner. Sterilisering i inskränkt bemärkelse medför däremot inga andra direkta bortfallssymtom än att fortplantningsförmågan upphäves. Såväl könsdriften som potensen (i vad den avser driftens tillfredsställelse) bli sålunda bibehållna.

Sterilisering i inskränkt bemärkelse, vilket man i allmänhet avser, då det är fråga om sterilisering, är hos mannen ett mycket litet operativa ingrepp och i allmänhet fullständigt riskfri. Hos kvinnan är den på grund av äggledarnas läge inuti bukhålan ett större ingrepp och därför förenad med en viss, om än jämförelsevis ringa risk.

Gällande steriliseringslag antogs av riksdagen den 8 maj 1934 och trädde i kraft den 1 januari 1935.

Dess första paragraf, som anger de betingelser under vilka sterilisering må äga rum, lyder:

»Kan med skäl antagas, att någon som lider av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten är på den grund för framtiden ur stånd att handhava vårdnaden om sina barn eller

kommer att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet, må utan hans samtycke sterilisering enligt denna lag å honom företagas, där han på grund av sin rubbade själsverksamhet varaktigt saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden.

Å sterilisering på grund av medicinska skäl äger lagen icke tillämpning.»

Som synes avser lagen endast sådana personer, som på grund av sin rubbade själsverksamhet varaktigt sakna förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden, eller med andra ord de varaktigt rättsinkapabla. En person som lider av en övergående eller periodiskt förlöpande psykisk sjukdom är alltså icke rättsinkapabel i steriliseringslagens mening. Detta i motsats till vad fallet är i abortlagen.

Denna sistnämnda lag, vilken omfattar såväl rättskapabla som rättsinkapabla, gör i detta avseende ingen skillnad mellan varaktig och övergående rättsinkapacitet.

Av steriliseringslagen framgår icke, när en person på grund av de nämnda psykiska rubbningarna skall anses vara rättsinkapabel. I motiven anges, att förutsättningarna härför skola bedömas enligt de i allmänhet gällande rättsgrundsatserna. Den viktigaste av dessa rättsgrundsatser är givetvis den, att den rubbade själsverksamheten måste antagas öva inflytande på den givna rättshandlingen (= samtycke till steriliseringsåtgärden), för att rättsinkapacitet skall anses föreligga. Detta innebär med andra ord, att en sinnessjuk person under vissa omständigheter kan lämna giltigt samtycke, d. v. s. är rättskapabel, på samma sätt som en sinnessjuk person under vissa omständigheter, kan vara i stånd att upprätta ett giltigt testamente. Prövas en person vara i steriliseringslagens mening rättskapabel, är han alltså, trots eventuell förhandenvaro av rubbad själsverksamhet, utesluten från lagens tillämpningsområde.

Lagen lämnar sålunda frågan om sterilisering av rättskapabla oreglerad. Emellertid anses det enligt gällande rätt tillåtet att verkställa sterilisering av rättskapabel person under förutsättning, dels att han samtyckt därtill dels att bärande skäl av medicinsk, kriminalpolitisk, humanitär, social eller eugenisk natur tala för åtgärdens vidtagande.

Frågan om rättsinkapaciteten bör bedömas enligt följande överväganden.

Gäller det en sinnessjuk eller en som lider av annan rubbning av själsverksamheten, varmed i allmänhet avses psykisk abnormitet (psykopati), är första frågan man har att göra sig den: Har vederbörande rent förståndsmässigt en klar insikt om vad saken gäller? Har han icke denna insikt eller kan han icke bibringas densamma, är inkapaciteten uppenbar. Förefinnes å andra sidan en sådan insikt, kan man emellertid icke utan vidare draga den slutsatsen, att vederbörande är rättskapabel. Nästa fråga blir då: Förefinnes i den sjukes vilje- eller

känsloliv sådana rubbningar, att de kunna antagas inverka på hans avgörande i den ifrågavarande angelägenheten? Vad beträffar rubbningar i viljelivet så kunna dessa hos vissa former av sinnessjukdom vara så uttalade, att de uppenbarligen medföra rättsinkapacitet. Äro viljerubbningarna mindre uttalade, såsom hos en del viljesvaga och lättleda psykiskt abnorma, kan avgörandet, huruvida de skola anses hava något inflytande på rättskapaciteten, vara vanskligt nog. Beträffande rubbningar i känslolivet så ha dessa minst lika stort inflytande på rättskapaciteten som rubbningarna i viljelivet om inte rent av större. Sålunda finnes det en hel grupp av psykiska sjukdomstillstånd, som utgöras av primära rubbningar i känslolivet, nämligen de manico-depressiva psykoserna. Det är alldeles uppenbart, att en av melankoli lidande person i känslan av sin mindervärdighet även om han rent förståndsmässigt fattar sakens innebörd - kan intaga en helt annan ståndpunkt än vad han skulle ha gjort i friskt tillstånd. I anslutning till det valda exemplet må emellertid erinras om att här det förhållandet kan inträffa, att vederbörande visserligen enligt ordets egentliga mening är rättsinkapabel men icke är det i steriliseringslagens mening, eftersom melankoli är en övergående psykisk rubbning och lagen förutsätter varaktig inkapacitet. I ett sådant fall måste avgörandet uppskjutas till dess personen tillfrisknat eller till dess han kan anses ha återvunnit sin rättskapacitet.

Bedömandet av rättsinkapaciteten hos sinnesslöa sker givetvis efter samma principer som beträffande sinnessjuka och psykiskt abnorma, ehuru avgörandet i de flesta fall är mindre svårt än i fråga om dessa. Är den psykiska efterblivenheten så höggradig att utvecklingen stannat vid 12-års ålderns eller därunder, utgår man i allmänhet ifrån att vederbörande är rättsinkapabel. Intill denna utvecklingsålder är förmågan att rent förståndsmässigt fatta vad saken verkligen gäller mycket begränsad. Här må för övrigt anmärkas, att en verklig insikt om steriliseringskonsekvenser för individ och samhälle innebär vida mer än det enkla fattandet, att ingreppet medför oförmåga att avla barn. Ånyo må emellertid framhållas, att med rättsinkapacitet i steriliseringslagens mening avses en varaktig sådan. Då det är fråga om underåriga har man att räkna med möjligheten av en eftermognad och taga hänsyn härtill vid bedömandet av inkapaciteten. Beträffande de fall vars intellektuella utveckling ligger över 12-års ålderns är bedömningen svårare. Det räcker då icke att enbart eller huvudsakligen taga hänsyn till den intellektuella nivån utan även till eventuella rubbningar inom känslö- och viljelivet. Bedömningen måste med andra ord ske enligt samma överväganden som beträffande de sinnessjuka och psykiskt abnorma.

Har man vid handläggning av ett steriliseringsärende kommit till det resultatet, att vederbörande är rättsinkapabel, blir nästa uppgift att pröva, huruvida endera av de förutsättningar, som föreskrivas för att till-

stånd till ingreppet må lämnas, förefinnes, eller med andra ord prövning av *steriliseringsindikationerna*. I lagtexten anges som första steriliseringsgrund den omständigheten, då det med skäl kan antagas, att personen i fråga på grund av sin rubbade själsverksamhet är för framtiden oförmögen att handhava vårdnaden om sina barn, d. v. s. den sociala indikationen. Den andra steriliseringsindikationen är den eugeniska, eller med lagtextens ord: sterilisering må företagas, då det med skäl kan antagas, att personen i fråga kommer att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet.

Några andra indikationer än sociala och eugeniska innefattas, som synes, icke i lagen. En tredje grupp indikationer, nämligen de medicinska beröres emellertid i första paragrafens sista stycke, där det heter: »Å sterilisering på grund av medicinska skäl äger lagen icke tillämpning.» Angående skälen till att denna steriliseringsgrund icke blivit i lag reglerad lämnas följande förklaring i motiven till lagen: »Frågan om den utsträckning i vilken sterilisering av medicinska skäl av en person, som är inkapabel att lämna giltigt samtycke är tillätlig utgör ett specialfall av den mera omfattande frågan i vad mån en kirurgisk operation i terapeutiskt syfte å en inkapabel person är rättsenlig. Då det senare spørsmålet - liksom överhuvud taget frågan om samtyckets betydelse för tillåtligheten av ett kirurgiskt ingrepp i gällande lag lämnats oreglerat, utan att någon olägenhet därav försports, synes någon reglering av det nu ifrågavarande spørsmålet ej heller erforderligt

En viktig fråga varom lagen icke lämnar något direkt besked är den, huruvida en person, beträffande vilken tillstånd till ingreppet författningenslignat inhämtats, är skyldig att underkasta sig detsamma. Vid lagens tillblivelse framhölls emellertid uttryckligen, att även den i lag reglerade steriliseringen i princip är frivillig och att ett eventuellt motstånd endast får övervinnas genom övertalning och dylik påverkan. Detta bekräftas för övrigt i ett Regeringsrättens utslag år 1936, vari en barnavårdsnämnds besvär över länsstyrelsens beslut att vägra handräddning lämnats utan avseende.

Lagens 2:a och 3:e paragrafer innehålla stadganden angående vilka som äga meddela tillstånd till ingreppet. Denna befogenhet tillkommer i första hand medicinalstyrelsen, vilken äger rätt meddela sådant tillstånd beträffande samtliga ifrågavarande kategorier, d. v. s. såväl sinnessjuka som sinnesslöa och dem som lida av annan rubbning av själsverksamheten. Beträffande sinnesslöa får sterilisering utföras även utan medicinalstyrelsens tillstånd, därest två legitimerade läkare efter samråd funnit skäl därtill föreligga. Förutsättningen för att ingreppet må utföras efter samråd av tvenne läkare är emellertid, att de personer, som skola haft tillfälle att yttra sig, innan medicinalstyrelsen avgör ett steriliseringsärende, hava lämnat skriftligt samtycke. Dessa personer äro

enligt stadgandet i lagens 2:a paragraf: 1) beträffande gift person andra maken, 2) beträffande underårig den, som har vårdnaden om honom, 3) beträffande omyndig förmyndaren och 4) beträffande den, som är intagen å allmän anstalt, dennas läkare och föreståndare.

Beträffande ansökningsförfarandet stadgas i en särskild kungörelse (vilken jämte lagen i transumerade delar är intagen i de fastställda ansökningsblanketterna) innehåller föreskrifter angående vilka personer, som äro behöriga att göra ansökan om tillstånd till sterilisering, vilka handlingar, som skola bifogas ansökan m. m. Behöriga att göra ansökan äro:

- 1) den som avses med ansökningen,
- 2) beträffande underårig den, som har vårdnaden om honom,
- 3) beträffande omyndigförklarad förmyndaren,
- 4) beträffande den, som är intagen å allmän anstalt, dennas läkare eller föreståndare,
- 5) beträffande den, som åtnjuter fattigvård eller vars make eller minderåriga barn åtnjuta sådan vård, fattigvårdsstyrelsen och
- 6) beträffande den, som är föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen, och den, vars minderåriga barn äro föremål för sådan åtgärd, barnavårdsnämnden.

Det kan måhända förefalla anmärkningsvärt, att en rättsinkapabel person medgives rätt att själv göra ansökan. Som synes är det likväl tillåtet, och därtill är detta alternativ upptaget i första rummet bland de olika behörighetskategorierna. Det har nämligen en icke ringa psykologisk betydelse, att personen i fråga själv får underteckna ansökan. Detta förfaringssätt bör i första hand komma till användning även av den anledningen, att det aldrig kan uppstå någon tvekan om behörigheten. Anmärkas må i detta sammanhang, att make icke i egenskap av sådan är behörig att göra ansökan om sterilisering av andra maken, såvitt han icke är lagligen förordnad förmyndare. Ej heller är någondera av föräldrarna till ett barn, som uppnått myndig ålder, behörig att göra ansökan, såvitt vederbörande icke är laglig förmyndare.

I detta sammanhang må framhållas önskvärdheten av att yttranden från de personer, som skola beredas tillfälle att yttra sig innan medicinalstyrelsen avgör ett steriliseringsärende, insändas samtidigt med de föreskrivna ansökningshandlingarna. Detta till undvikande av onödigt dröjsmål med ärendets avgörande. Mest praktiskt är, att de personer, som här kunna komma ifråga, avgiva intyg I eller göra ansökan, för det fall att de härtill äro behöriga. Hava vederbörande sålunda avgivit intyg I eller gjort ansökan, anses de därmed också hava författningsenligt yttrat sig i ärendet. Väljes icke detta förfaringssätt, bör yttrandet eller yttrandena ingivas som särskild bilaga.

Beträffande verkställigheten av operationen stadgas följande i lagens 4:e paragraf:

»Sterilisering skall verkställas av legitimerad läkare och må endast ske genom ingrepp av sådant slag att i allmänhet skada till hälsan ej är därmed förenad. Sterilisering å sinnesslö, som företagas utan att därtill inhämtats tillstånd av medicinalstyrelsen, skall verkställas å lasarett eller sjukstuga eller ock å annan anstalt, beträffande vilken medicinalstyrelsen medgivit att sterilisering må där företagas.»

Bestämmelsen att sterilisering endast må ske genom ingrepp av sådant slag, att i allmänhet skada till hälsan ej är därmed förenad, innebär framför allt att kastrering är utesluten som steriliseringsoperation.

En viktig bestämmelse, som återfinnes i den ovannämnda kungörelsen, är den, att tillstånd till sterilisering är förfallet, där åtgärden ej verkställts inom ett år efter det beslutet vunnit laga kraft. Enahanda är stadgat beträffande sterilisering, som får verkställas efter samråd av tvenne läkare. I senare fallet räknas förfallotiden från den dag, då de båda läkarnas lagenliga förklaring i ärendet dagtecknats.

På grund av misstag, som förelupit, må erinras om att berättelse om verkställd sterilisering av person, som därtill lämnat giltigt samtycke, avser rättskapabel. Därjämte må också erinras om att, då berättelse om verkställd sterilisering enligt lag ingives, samtliga handlingar i ärendet skola bifogas, då steriliseringen företagits utan medicinalstyrelsens tillstånd.

Råd och anvisningar rörande tillämpning av abortlagen.

(Lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap.)

Den väsentligaste anledningen till att avbrytande av havandeskap (abortframkallning) ansetts böra bli föremål för särskild lagstiftning synes ha varit den under de senare decennierna allt kraftigare stegringen av de kriminella aborterna. Man utgick därvid uppenbarligen ifrån det antagandet, att den åsyftade minskningen åtminstone delvis skulle kunna uppnås, om läkare medgäves rätt att i större omfattning än tidigare avbryta havandeskap. - Det har emellertid framhållits såsom en ofrånkomlig nödvändighet, att vid lagstiftning på detta ömtåliga område gränsen mellan det tillåtna och det otillåtna droges så fast och tydlig, att den vid den praktiska tillämpningen icke till oberäknelig skada helt eller delvis utplånades under inverkan av de krafter, som här vore verksamma för en allt större obundenhet.

Den 1934 tillsatta abortkommitténs förslag, som innebar ganska vittgående medgivanden i fråga om rätten att avbryta havandeskap, blev under den fortsatta utredningen och bearbetningen rätt avsevärt beskuret just i detta hänseende. Det sålunda bearbetade förslaget framlades sedan i proposition till 1938 års riksdag, som med vissa ändringar antog detsamma. Lagen trädde i kraft den 1 januari 1939.

I dess första § angivas de särskilda förutsättningar, under vilka avbrytande av havandeskap är lagligen tillåtet. Dessa förutsättningar (indikationer) äro av principiellt tre olika slag, nämligen: *medicinska*, *humanitära* (eller *etiska*) och *eugeniska* (rasförbättrande).

Om de medicinska indikationerna heter det i lagen, att havandeskap må avbrytas, *när på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa*. Som synes omfattar bestämmelsen icke blott rent medicinska indikationer (sjukdom och kroppsfel) utan även blandat medicinskt-sociala (svaghet hos kvinnan), varmed avses »utsläpade mödrar» och liknande fall. Vid lagförslagets framläggande har uttryckligen framhållits, att *rent sociala indikationer* (ekonomisk nöd, »social vanära» och dylikt) däremot icke utgöra lagliga skäl till abortframkallning.

Humanitära indikationer föreligga, *när kvinnan hävdats under förhållande varom förmäles i 15 kap. 12, 13, 15 eller 15 a § eller 18 kap. 1, 2, 3, 7, 8, 8 a eller 9 §, så ock då hävdandet ägt rum under omständigheter som omförmälas i 18 kap. 6 § strafflagen samt inneburit ett grovt åsidosättande av kvinnans handlingsfrihet*. De här avsedda brottsliga handlingarna äro dels våldtäkt eller annat rättsstridigt tvång dels vissa slag av sedlig-

hetsbrott. Härvid är emellertid att märka, att enligt 2 § första stycket vissa av de angivna brotten skola, där så kunnat ske, hava åtalats eller angivits till åtal för att kunna utgöra grund till avbrytande av havandeskap. Hit höra sålunda brott mot samtliga de ur 15 kap. strafflagen anförda §§ samt brott mot §§ 6 och 8 a i 18 kap. strafflagen. Därjämte stadgas i 2 § andra stycket, att avbrytande av havandeskap på grund av att kvinna vid hävdandet ej fyllt 15 år, må, där den som har vårdnaden om henne ej samtyckt till åtgärden, icke äga rum utan att särskilda omständigheter tala därför.

Eugeniska indikationer för avbrytande av havandeskap föreligga, *när med skäl kan antagas att kvinnan eller det väntade barnets fader genom arvsanlag kommer alt på avkomlingar överföra sinnessjukdom, sinnesslöhet eller svår kroppslig sjukdom*. Till denna bestämmelse har emellertid i 2 § tredje stycket fogats det viktiga villkoret, att havandeskap ej må avbrytas på grund av nyssnämnda *arvsanlag hos kvinnan* med mindre jämväl sterilisering å henne företagas, utan så är" att sådan åtgärd till följd av att kvinnan saknar förmåga att därtill lämna giltigt samtycke ej kan äga rum eller den av särskilda skäl finnes olämplig. Innebörden av denna bestämmelse är icke utan vidare klar. Enligt ordalagen, bokstavligt tolkade, skulle sterilisering sålunda icke kunna föreskrivas som villkor för abortframkallning hos någon rättsinkapabel kvinna (d. v. s. kvinna som saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden). Detta är emellertid icke meningen vilket tydligt framgår av motiven till lagen, där det heter, att sterilisering uppställts som villkor under förutsättning att den Lagligen kan äga rum. Är det sålunda fråga om varaktigt rättsinkapabel kvinna, kan sterilisering uppställas som villkor. Tillståndet till detta ingrepp måste emellertid meddelas under de former, som steriliseringslagen föreskriver. Är det fråga om sinnessjuk eller av annan rubbning av själsverksamheten lidande kvinna, skall tillståndet meddelas av medicinalstyrelsen (§ 2 steriliseringslagen). Är det däremot fråga om sinnesslö kvinna, kan tillståndet meddelas antingen av medicinalstyrelsen eller, efter samråd, av två legitimerade läkare (§ 3 steriliseringslagen). Föreligger sålunda beträffande varaktigt rättsinkapabel kvinna anledning antaga, att sterilisering skall föreskrivas som villkor för abortframkallningen, är det lämpligast för undvikande av onödig omgång att till medicinalstyrelsen (se nedan!) samtidigt insända vederbörliga ansökningshandlingar om tillstånd till sterilisering. De som undantagas från regeln om sterilisering som villkor för abortframkallning - det gäller alltså abortframkallning på grund av arvsanlag hos kvinnan - äro sålunda dels de fall, där kvinnan allenast är tillfälligt rättsinkapabel, dels de fall, där kvinnans hälsotillstånd är sådant att skäl tala mot abortoperationens utökning med en sterilisering, dels ock de fall, där en sterilisering är onödig (t.ex. därför att kvinnan befinner sig nära klimakteriet eller därför att hon kommer att interneras.). Har tillstånd meddelats till abortframkallning hos rättskapabel kvinna under villkor av sterilisering,

har hon att välja mellan antingen abortframkallning jämte sterilisering eller att avstå från aborten, såvitt sterilisering av skäl som nyss sagts icke finnes olämplig.

Första paragrafen sista stycket innehåller den viktiga bestämmelsen, att *avbrytande av havandeskap på annan grund än sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan ej må företagas efter havandeskapets tjugonde vecka*. Detta gäller alltså såväl vid de blandat medicinskt-sociala (svaghet hos kvinnan) som vid de humanitära och eugeniska indikationerna. Det är därför av vikt att i de ifrågakommande fallen tillstånd till ingreppet inhämtas i så god tid, att operationen hinner utföras inom den i lagen föreskrivna tiden. Då det icke låter sig göra att exakt bestämma dagen för befruktningens inträde, räknar man i praktiken med att ett normalt havandeskap varar 280 dagar (= 40 veckor) räknat från den sista regleringens första dag. För beräkning av den tid, inom vilken abortframkallning i nu avsedda fall får äga rum, utgår man alltså på samma sätt från sista regleringens första dag och räknar 140 dagar (= 20 veckor) framåt. Av lätt insedda skäl är det emellertid ofta icke möjligt att erhålla en exakt utgångspunkt för denna beräkning. Det blir då i tveksamma fall operatören, som på grund av sin undersökning av kvinnan har att avgöra, huruvida ingreppet kan äga rum inom den i lag föreskrivna tiden. Med hänsyn till det allmännas intresse av att särskilt sinnesslöa kvinnor icke få tillfälle att fortplanta sig synes det lämpligt, att de på ålderdomshem och andra inrättningar, där de på grund av blandning av könen och relativt stor rörelsefrihet riskera att bli i rådda med barn, bleve föremål för särskild tillsyn i detta avseende. Lämpligen kunde detta ske genom förandet av särskilda menstruationslistor. Härigenom skulle man kunna förebygga, att ett hos en sinnesslös kvinna inträtt havandeskap kunna komma att överskrida den för abortframkallning lagstadgade gränsen.

Enligt 3 § *må utan kvinnans begäran havandeskapet avbrytas allenast där kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden*. Detta innebär enligt vad som uttryckligen stadgas i 1 § tillämpningskungörelsen den 9 september 1938 att i fråga om *rättskapabel* kvinna *endast kvinnan själv* är behörig att göra framställning hos läkare samt ansökan hos Medicinalstyrelsen om tillstånd till avbrytande av havandeskapet. I fråga om *rättsinkapabel* kvinna stadgas i 2 § av nämnda tillämpningskungörelse, att utom *kvinnan själv* även vissa andra personer under särskilda förhållanden äro behöriga att göra ansökan om tillstånd till ingreppet. Dessa personer äro: för underårig kvinna den som har vårdnaden om henne, för omyndigförklarad kvinna förmyndaren och för kvinna, som är intagen å allmän anstalt, anstaltens läkare eller föreståndare. Att märka är sålunda, att kvinnan själv, vare sig hon är rättskapabel eller rättsinkapabel, alltid är behörig att göra ansökan. Att märka är också, att varken barnavårdsnämnd eller fattigvårdsstyrelse äga befogen-

het att göra ansökan om avbrytande av havandeskap hos rättsinkapabel kvinna. Detta i motsats till vad som är förhållandet i fråga om ansökan om tillstånd till sterilisering.

Beträffande rätten att meddela tillstånd till avbrytande av havandeskap stadgas i 4 §, att sådan rätt tillkommer dels den läkare som utför ingreppet jämte annan läkare i den tjänsteställning Konungen föreskrivet dels medicinalstyrelsen. Under de nämnda läkarnas prövning falla såväl de medicinska som de humanitära indikationerna, såvitt det är fråga om rättskapabel kvinna. Till medicinalstyrelsens prövning skola, bortsett från vilken indikation det är fråga om, hänskjutas alla de fall, där kvinnan är rättsinkapabel, samt alla fall av eugenisk indikation. I fråga om rättsinkapaciteten må framhållas, att abortlagen icke (såsom steriliseringslagen) avser allenast de varaktigt rättsinkapabla utan även de tillfälligt rättsinkapabla.

Beträffande rättsinkapaciteten äga naturligtvis i huvudsak samma resonemang tillämpning här som i fråga om steriliseringslagen. Det må, emellertid även här framhållas, att det vid bedömningen är fråga om att taxera den mentala rubbningens eventuella inflytande på den givna rättshandlingen, d. v. s. samtycke till den ifrågasatta åtgärden. Utan ett närmare ingående på detaljer för övrigt må här framhållas betydelsen av den psykiska depressionens inflytande på mänskligt handlande och tänkande. Det är sålunda uppenbart, att en kvinna i ett uttalat depressionstillstånd som regel är benägen att felbedöma sin situation och att hon av denna anledning icke kan anses rättskapabel. Frågan om abortframkallning hos en kvinna, som lider av ett uttalat psykiskt depressionstillstånd, skall alltså enligt lagen hänskjutas till medicinalstyrelsen.

I 5 § första stycket föreskrives, att *innan prövning sker, huruvida havandeskap må avbrytas, tillfälle till yttrande, när skäl därtill äro, bör beredas det väntade barnets fader samt, om kvinnan är under tjugooett år, den som har vårdnaden om henne, om hon är omyndigförklarad, förmyndaren, om hon är gift hennes man, och om hon är intagen å allmän anstalt dennas läkare och föreståndare*. Huruvida de nämnda personerna skola höras, är sålunda en omdömesfråga. I praktiken synes denna bestämmelse tillämpas så, att då intet av betydelse för frågans avgörande kan vara att vinna genom vederbörandes hörande detta underlåtes. I den sistnämnda paragrafens andra stycke stadgas därjämte, att i övrigt, där fråga är om kvinna, som kan lämna giltigt samtycke till avbrytande av havandeskapet, yttrande ej må inhämtas utan kvinnans medgivande. Denna bestämmelse har särskild betydelse vid utfärdandet av intyg enligt de av medicinalstyrelsen fastställda formulären A och B. Äro intygsgivarna andra personer än de som avses i 5 § första stycket, måste vederbörande förvissa sig om kvinnans samtycke, om de icke skola göra sig skyldiga till brott mot den sekretess, som lagen förutsätter.

Enligt bestämmelserna i 6 § skall avbrytande av havandeskap utföras å lasarett, därmed jämförlig anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Medicinalstyrelsen kan dock, där så provas erforderligt, medgiva viss läkare att utföra ingreppet å sådan eller annan anstalt.

Från bestämmelserna i 4 och 6 §§ göres i 7 § ett viktigt undantag. Det heter där:

»Kan, då fråga är om avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan, prövning av förutsättningarna för ingreppets företagande i den ordning 4 § angiver, eller utförande av ingreppet å anstalt varom i 6 § sägs, icke utan våda äga rum med hänsyn till dröjsmål eller annan olägenhet som därigenom skulle uppstå, må havandeskapet av legitimerad läkare avbrytas utan iakttagande av nämnda stadganden.» En legitimerad läkare är alltså berättigad att i nödfall, vare sig det gäller rättsskapabel eller rättsinkapabel kvinna, på rent medicinsk indikation verkställa avbrytande av havandeskap utan det prövningsförfarande, som stadgas i 4 §, eller iakttagande av bestämmelserna i 6 §. Det lär emellertid vara uppenbart, att undantagsbestämmelsen icke får utgöra ett kryphål, genom vilket man anser sig kunna slingra sig ifrån det mera omständliga prövningsförfarandet. De självklara fallen behöva här icke diskuteras. Gränsfallen bli alltid en omdömesfråga. Ett uppenbart åsidosättande av stadgandets innebörd synes däremot medföra straffansvar enligt 12 § andra stycket.

Det kan icke förnekas, att abortlagen ställer ganska stora krav på den enskilde läkarens kunnighet, omdöme och lojalitet. På förutsättningen att läkarkåren fyller dessa krav är lagen emellertid först och främst baserad.

Självfallet är, att, då det är fråga om så intima angelägenheter som havandeskap och abortframkallning, sekretessen bör vara särskilt tillgodosedd. Härtill tar lagen också vederbörlig hänsyn. Utöver det ovannämnda stadgandet i 5 § finnes ett särskilt stadgande i 8 §, där det heter: »Ej må den som prövat förutsättningarna för avbrytande av havandeskap eller verkställt sådan åtgärd, eller den som biträtt vid utredningen eller verkställandet i oträngt mål yppa något av vad därvid förekommit.» Därjämte äro myndighets beslut i ärenden rörande tillämpning av abortlagen tillförsäkrade sekretess i enlighet med lagen om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar.

Frågan huruvida rättsinkapabel kvinna, hos vilken medicinalstyrelsen medgivit avbrytande av havandeskap, är skyldig att underkasta sig ingreppet avhandlas icke i lagen. Det framgår emellertid av motiven, att även här samma rättsregler anses böra gälla som i fråga om sterilisering, d. v. s. att ingreppet i princip är frivilligt. Eventuellt motstånd får alltså övervinnas endast genom övertalning och dylik påverkan. Abortkommittén har därjämte anfört: »Bedömandet av huru bör förfaras då den inkapabla kvinnan

motsätter sig operationens utförande måste uppenbarligen ankomma på den verkställande läkaren.»

Med anledning av misstag som förelupit må slutligen erinras om att det av medicinalstyrelsen den 28 juni 1935 fastställda formuläret till berättelse om verkställt avbrytande av havandeskap upphörde att gälla den 1 januari 1939 och att nu gällande formulär fastställdes den 9 november 1938.

Upplyningsvis kan nämnas, att tryckta blanketter till de av medicinalstyrelsen fastställda formulären kunna erhållas genom allmänna bok- och pappershandeln.

Utdrag ur

MEDDELANDEN FRÅN KUNGL. MEDICINALSTYRELSEN

Nr 88 [1943]

Råd och anvisningar
rörande
tillämpning av 1941 års steriliseringslag
och abortlagen.

A. B. NORDISKA BOKHANDELN
I DISTRIBUTION

Råd och anvisningar rörande tillämpning av 1941 års steriliseringslag.

(Lagen den 23 maj 1941 om sterilisering.)

Sedan lagen den 23 maj 1941 om sterilisering den 1 juli samma år trädde i kraft, äro de råd och anvisningar rörande tillämpning av 1934 års steriliseringslag, medicinalstyrelsen 1939 utgav, i stor utsträckning icke längre giltiga. Efter det en tids erfarenhet av tillämpningen av 1941 års lag nu vunnits, har styrelsen ansett sig böra lämna råd och anvisningar rörande denna tillämpning.

Steriliseringens innebörd.

Med sterilisering i vidsträcktaste mening förstås varje medicinskt ingrepp, varigenom en person berövas förmågan att fortplanta sig. Detta kan som bekant ske genom *kastrering*, som innebär antingen ett operativt avlägsnande av könskörtlarna eller också förstöring av den könscellproducerande vävnaden genom röntgen eller radiumbestrålning och som utom upphävd fortplantningsförmåga medför även fysiska och psykiska rubbningar i organismen, vilka sammanhånga med bortfallet av könskörtlarnas utsöndringsfunktioner. Med *sterilisering* menas emellertid numera allmänt icke kastrering utan ett annat ingrepp, som endast hindrar könscellerna att nå sin bestämmelseort (sterilisering i inskränkt bemärkelse). I den svenska steriliseringslagen förklaras uttryckligen, att »med sterilisering förstås i denna lag icke kastrering». Ingreppet utföres vanligen genom att ett stycke av de könscellförande kanalerna operativa avlägsnas, varigenom könscellerna förhindras att nå sin bestämmelseort (Ej operativa metoder användas i Sverige ej för sterilisering i steriliseringslagens mening.) Sterilisering i denna inskränkta bemärkelse medför i motsats till kastrering inga andra direkta bortfallssymtom än att fortplantningsförmågan upphäves. Såväl könsdriften som potensen och alla fysiska och psykiska förnimmelser i samband därmed bli sålunda bibehållna.

Sterilisering är hos mannen ett mycket lindrigt operativa ingrepp och praktiskt taget fullständigt riskfri. Hos kvinnan är operationen på grund av äggledarnas läge uti bukhålan ett större ingrepp och därför förenad med en viss, om än i allmänhet (såvida ej kroppslig sjukdom eller svaghet gör varje operation riskabel) obetydlig risk.

Nu gällande steriliseringslag antogs av riksdagen den 26 april 1941, utfärdades en 23 maj och trädde i kraft den 1 juli samma år.

Rättsinkapacitet.

I olikhet med 1934 års steriliseringslag, som omfattade endast varaktigt rättsinkapabla, omfattar 1941 års steriliseringslag såväl rättskapabla som rättsinkapabla. beträffande rättskapabel person kan sterilisering icke äga rum utan vederbörandes samtycke. Rättsinkapabel person må steriliseras, även om han icke samtyckt därtill. Någon skillnad mellan varaktig och tillfällig rättsinkapacitet göres icke i lagen, detta av den anledningen. att det kan vara ytterst vanskligt att bestämt förutsäga, huruvida förefintlig rättsinkapacitet är varaktig eller icke. Vid propositionens framläggande utgick departementschefen emellertid ifrån att Medicinalstyrelsen, på vilken prövningen huruvida sterilisering må äga rum eller icke i flertalet fall ankommer (se härom mera nedan!), icke komme att giva tillstånd till sterilisering av någon, som ej själv kunde bedöma innebörden av ingreppet, om gott hopp funnes, att han skulle tillfriskna. Detta gäller givetvis i främsta rummet om sådana fall då en person icke själv önskar sterilisering eller då hans önskan därom kan antagas var påverkad av en möjligen övergående själslig rubbning. En stor lättnad är det numera, att det i de många fall, då en person själv ansökt om sterilisering eller lämnat medgivande därtill, i allmänhet icke behöver avgöras, om han är rättsinkapabel eller ej. Frågan om rättskapacitet vid sterilisering, som förut ofta beredde svårigheter för medicinalstyrelsens prövning och var en stötesten för läkares prövning av sterilisering i annan ordning, har även i annat avseende nu kommit i ett betydligt bättre läge, enär flertalet av fallen bli underkastade enhetlig och sakkunnig prövning.

Ehuru frågan om rättsinkapacitet sålunda icke har samma avgörande betydelse som vid tillämpningen av 1934 års steriliseringslag, har den likväl alltså stor betydelse dels i sådana fall, där sterilisering av en person sökes utan hans samtycke, dels i vissa fall som få avgöras av tvenne läkare. Det synes därför erforderligt att ingå på denna fråga. Av lagen framgår icke, när en person i lagens mening skall anses vara rättsinkapabel, d. v. s. på grund av rubbad själsverksamhet sakna förmåga att lämna giltigt samtycke till sterilisering. I motiven till 1934 års steriliseringslag anges, att förutsättningarna härför skola bedömas enligt de i allmänhet gällande rättsgrundsatserna. Den viktigaste av dessa rättsgrundsatser är givetvis den, att den rubbade själsverksamheten måste antagas öva inflytande på den givna rättshandlingen (=samtycke till steriliseringsåtgärden), för att rättsinkapacitet skall anses föreligga. Detta innebär med andra ord, att en sinnessjuk person under vissa omständigheter kan lämna giltigt samtycke, på samma sätt som en sinnessjuk person under vissa omständigheter kan vara i stånd att upprätta ett giltigt testamente.

Fråga om rättsinkapaciteten bör bedömas enligt följande överväganden.

Gäller det en sinnessjuk eller en person, som lider av annan rubbning av själsverksamheten, varmed merendels avses psykopati, är första frågan man har att göra sig denna: Har vederbörande rent förståndsmässigt en klar insikt om vad saken gäller? Sådan insikt förefinnas icke enbart därigenom att han förstår, att han efter sterilisering ej kan få barn; det måste även krävas, att han har en viss uppfattning både om åtgärdens betydelse för honom själv och samhället och om motiven för densamma. Har han icke denna insikt eller kan han icke bibringas densamma, är inkapaciteten uppenbar. Förefinnes å andra sidan en sådan insikt, kan man emellertid icke utan vidare draga den slutsatsen, att vederbörande är rättskapabel. Nästa fråga blir då: Förefinnes i den sjukes vilje- eller känsloliv sådana rubbningar, att de kunna antagas inverka på hans avgörande i den ifrågavarande angelägenheten? Vad beträffar rubbningar i viljelivet, så kunna dessa hos vissa former av sinnessjukdom vara så uttalade, att de uppenbarligen medföra rättsinkapacitet. Äro viljerubbningarna mindre uttalade, såsom hos en del viljesvaga och lättleda psykiskt abnorma, kan avgörandet, huruvida de skola anses hava något inflytande på rättskapaciteten, vara vanskligt nog. Beträffande rubbningar i känslolivet ha dessa minst lika stort inflytande på rättskapaciteten som rubbningarna i viljelivet om inte rent av större. Sålunda finnes det en hel grupp av psykiska sjukdomstillstånd, som utgöras av primära rubbningar i känslolivet, nämligen de maniskdepressiva psykoserna. Det är alldeles uppenbart att en av melankoli lidande person i känslan av sin mindervärdighet - även om han rent förståndsmässigt fattar sakens innebörd - kan intaga en helt annan ståndpunkt än vad han skulle ha gjort i friskt tillstånd.

Bedömandet av rättsinkapaciteten hos sinnesslöa sker givetvis efter samma principer som beträffande sinnessjuka och övriga psykiskt abnorma, ehuru avgörandet i de flesta fall är mindre svårt än i fråga om dessa. Är den psykiska efterblivenheten så höggradig att utvecklingen stannat vid 12-års ålderns eller därunder, utgår man i allmänhet ifrån att vederbörande är rättsinkapabel. En förutsättning är givetvis, att en så grundlig och sakkunnig undersökning verkställts, att utvecklingsåldern, kan bedömas med tillräcklig säkerhet. Intill denna utvecklingsålder är förmågan att rent förståndsmässigt fatta vad saken verkligen gäller mycket begränsad. Här må ännu en gång betonas, att en verklig insikt om steriliseringens konsekvenser för individ och samhälle innebär vida mer än det enkla fattandet, att ingreppet medför oförmåga att avla barn. Beträffande de fall, vilkas intellektuella utveckling ligger över 12-års ålderns är bedömningen svårare. Det räcker då icke att enbart eller huvudsakligen taga hänsyn till den intellektuella nivån utan

även till eventuella rubbningar inom känslo- och viljelivet. Bedömningen måste med andra ord ske enligt samma överväganden som beträffande de sinnessjuka och psykiskt abnorma.

På förekommen anledning må här framhållas, att medicinalstyrelsen med sitt uttalande, att de psykiskt efterblivna, som stannat vid en utvecklingsålder av 12 år eller därunder, äro att anse som rättsinkapabla, icke tagit ställning till frågan, vilka som äro att anse som sinnesslöa i steriliseringslagens mening och än mindre i allmänhet. I detta sammanhang må anmärkas, att begreppet sinnesslöhet i klinisk, social och juridisk mening icke betecknar samma grad av psykisk utvecklingshänning. Att här närmare ingå på detta spörsmål skulle emellertid föra för långt.

Intelligensprövning och övrig undersökning av psykiskt efterblivna

För bedömande av graden av psykisk efterblivenhet och därigenom för fastställande av rättsinkapacitet är intelligensprövning ett praktiskt viktigt hjälpmedel. I formuläret till bilaga III (läkarintyg) till ansökan om sterilisering säges uttryckligen, att om nedsättning av intelligensen föreligger, systematisk bestämning av intelligensåldern skall verkställas och protokoll över undersökningen bifogas. De i Sverige oftast använda metoderna äro Termans metod, Point seale-metoden och Wåhlérs nya metod. I nyssnämnda formulär föreskrives, att om någon av de båda sistnämnda metoderna givit ett resultat av 12 år eller däröver, kontroll med Termans eller därmed jämförlig metod erfordras. Denna föreskrift har visat sig behöfelig av det skälet att Point seale och Wåhlérs metod i allmänhet lämna ett tillräckligt pålitligt resultat vid mer eller mindre djup sinnesslöhet men vid lindrigare efterblivenhet ofta ej ge en så säker bedömningsgrund som måste krävas, när det gäller en så allvarlig åtgärd som ett beslut om sterilisering. Även i vissa fall med en uppmätt intelligensålder av 10-12 år kan, om de av någon anledning ej synas vara fullt klara, kontroll med Termans metod vara av stort värde.

Intelligensmätningens betydelse får emellertid ej överskattas. Som redan framhållits vid diskussionen av rättsinkapacitet, måste hänsyn tas till känslo- och viljelivets yttringar även i många fall av intellektuell efterblivenhet. Härtill kommer, att även den omsorgsfullaste intelligensmätning kan ge ett något missvisande resultat eller i varje fall en ensidig bild av den intellektuella utvecklingen. Läkarens allmänna undersökning av patientens psykiska funktioner kan ge upplysningar av minst lika stort värde som intelligensprövningen, särskilt i fall av mindre höggradig efterblivenhet och vid blandformer av efterblivenhet och psykopati. En sådan undersökning bör därför alltid verkställas och de

resultat i korthet meddelas (fall av djup undermålighet kunna naturligtvis vara så enkla att någon undersökning i egentlig mening ej är behövlig). En naken uppgift om intelligensålder är, även om fallet är sådant att steriliseringens berättigande för den intygsgivande läkaren ter sig som självklart, sällan fullt övertygande och bör ej förekomma.

Vid bedömande såväl av rättsinkapacitet som av särskilt de sociala skälen för en föreslagen sterilisering bör över huvud hänsyn tagas icke blott till den genom intelligensmätning erhållna intelligensåldern utan till den undersöktes förmåga att reda sig i livet och fylla de sociala krav som ställas på honom.

I fall, som ur psykiatrisk synpunkt äro svårbedömda, är det önskvärt, att den intygsgivande läkaren, då han icke är psykiatriskt skolad, samråder med en psykiater, exempelvis vederbörande hjälpverksamhetsläkare.

Indikationerna.

Beträffande indikationerna gäller, att all sterilisering nu är i lag reglerad. Undantagna äro endast sådana fall, där ingrepp i könsorganen, som kommer att medföra sterilitet, företagas av terapeutiska skäl på grund av sjukdom i dessa organ eller utgöres av kastrering. Sterilisering i lagens mening är alltså sådant ingrepp i könsorganen, där steriliteten är ändamålet med ingreppet och icke så att säga en biprodukt. Beträffande kastrering kommer detta ingrepp möjligen framdeles att bli föremål för särskild lagstiftning. Indikationerna för sterilisering enligt 1941 års lag kunna uppdelas i följande huvudgrupper: eugenisk, social och medicinsk indikation.

Eugenisk indikation föreligger, då någon med skäl kan antagas komma att genom arvsanlag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller ock svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag. I jämförelse med 1934 års lag innebär detta en utvidgning av indikationen. Sålunda utgör bl. a. risk för nedärvning av svår kroppslig sjukdom laglig grund för sterilisering. Som exempel kunna nämnas blödaresjuka, ärftlig blindhet och ärftlig dövstumhet.

Social indikation. föreligger, då någon på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller ock på grund av asocialt levnadssätt prövas vara för framtiden uppenbart olämplig att handhålla vårdnaden om barn. Denna indikation är sålunda dels medicinskt, dels sociologiskt betingad. Upptagandet av asocialt levnadssätt är en vidgning av den sociala indikationen i jämförelse med 1934 års lag. I princip är denna vidgning knappast av mera djupgående art, emedan asocialt levnadssätt av det slag som här avses oftast sammanhänger med själslig rubbning, men den har en ej ringa praktisk be-

tydelse, ty sådan rubbning behöver nu ej direkt påvisas. Det är dock för fallens bedömande och dessutom för materialets bearbetning önskvärt, att upplysningar meddelas, som tillåta slutsatser rörande förefintlighet av sinnesslöhet, sinnessjukdom eller psykopati. Det bör även om möjligt av utredningen framgå, huruvida asocialiteten kan anses väsentligen bero på ärftliga anlag eller vara miljöbetingad. Även i ett annat avseende har den sociala indikationen vidgats. I 1934 års lag förutsattes vid social indikation, att den som led av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten skulle antagas vara på den grund för framtiden ur stånd att handhava vårdnaden om sina barn. I 1941 års lag förutsattes, att någon av nämnda anledning (sinnessjukdom etc.) eller ock på grund av asocialt levnadssätt prövas vara för framtiden uppenbart olämplig att handhava vårdnaden om barn. Uttrycket uppenbart olämplig medger sålunda en vidare ram vid tillämpningen än uttrycket ur stånd.

Medicinsk indikation föreligger, då det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinna är påkallat, att hon steriliseras för att förebygga havandeskap, som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Denna indikation ansluter sig nära till bestämmelserna om abort på medicinsk indikation i 1938 års lag om avbrytande av havandeskap. Liksom motsvarande bestämmelse i abortlagen omfattar ifrågavarande bestämmelse i steriliseringslagen icke blott rent medicinska indikationer (sjukdom och kroppsfel utan även blandat medicinskt-sociala (svaghet), varmed även här avses »utsläpade mödrar» och liknande fall.

Beträffande behövliga utredningar i fall med social, medicinsk och blandad indikation hänvisas i övrigt till de anvisningar som givas på baksidan av formuläret till läkarintyg (bilaga III). Den eugeniska indikationen skall nedan belysas något närmare.

Eugeniska skäl för sterilisering.

När eugeniska skäl för sterilisering finnas, framför allt när en ansökan om sterilisering enbart eller i väsentlig grad motiveras med sådana skäl, är det betydelsefullt, att ansökningshandlingarna innehålla alla upplysningar som krävas för fallets bedömande. Anvisningar för den erforderliga utredningen finnas på baksidan av formuläret till läkarintyg (bilaga III). Det är av vikt att dessa anvisningar genomläsas och följas eller att i varje fall en tillräcklig utredning lämnas. En anteckning om sinnessjukdom hos någon eller några av den undersöktes släktingar har t. ex. ofta ett mycket begränsat värde; om närmare uppgifter kunna meddelas, vilket naturligtvis ej sällan är omöjligt, ha de stor betydelse. Det må även erinras därom att uppgifter om friska medlemmar av

släkten (antal friska barn, antal friska syskon till sjuka personer o. s. v.) äro värdefulla och kunna vara nödvändiga. Även uppgifter om värdefulla egenskaper i en släkt böra meddelas.

I en del fall av sinnesslöhet m. m., där det är uppenbart, att starka skäl för sterilisering finnas och att de sociala skälen ensamma äro tillräckliga, äro dylika uppgifter om hereditet icke lika nödvändiga för ärendenas avgörande. De uppgifter, som utan svårighet kunna erhållas, böra dock alltid meddelas. De ha, stort värde både för bedömandet av de enskilda fallen och för bearbetningen av materialet. Det är givetvis önskvärt att i möjligaste mån kunna avgöra, i vilken utsträckning defekter som föranleda sterilisering äro ärftliga.

Det är önskvärt att den intygsgivande läkaren själv kan bilda sig en uppfattning om bärkraften av eugeniska skäl för sterilisering, åtminstone i ej alltför svårbedömda fall. Han kan då icke blott tillstyrka eller avstyrka en ansökan, utan han kan också å ena sidan avstyra uppenbarligen alltför svagt grundade ansökningar, å andra sidan stimulera till befogade och önskvärda ansökningar. Att här lämna någon handledning skulle föra för långt, men några enkla principiella synpunkter och påpekanden kunna vara på sin plats.

Eugeniska skäl för ofruchtbarhet äro sällan absoluta, d. v. s. det förhåller sig ytterligt sällan så att en persons barn samtliga måste väntas bli sjuka eller defekta. Över huvud är det praktiskt taget aldrig möjligt att bestämt förutsäga barnens beskaffenhet i de enskilda fallen. I allmänhet förefinnas en arvsrisk. Vid enkelt dominant ärftlighetsgång och i vissa fall av könsbunden nedärvning är denna stor. Vid recessiv och mera komplicerad nedärvning är risken för barnen mindre men starkt växlande; vid släktgiften är den mer eller mindre kraftigt ökad. Arvsriskens storlek kan vanligen ej angivas i det enskilda fallet. Stor betydelse har den ur ett stort material beräknade *genomsnittliga insjukningssannolikheten*; man kan, när den är känd, ställa en *empirisk arvsprognos*. Vid ärftlig sinnesslöhet är t. ex. insjukningssannolikheten för barnen ungefär 30 %; vid schizofren sinnessjukdom anses den enligt nyare forskningar vara 16 %. Härvidlag finnas starka eugeniska skäl för sterilisering. Vid sällsynta recessiva sjukdomar får man tillsvidare nöja sig med mera teoretiska beräkningar. Vid ärftlig dövstumhet kan t. ex. insjukningsrisken för barnen antagas ligga under 1.5 %; vid den vanligaste formen av den ärftliga blindhet som vanligen kallas retinitis pigmentosa kan den uppskattas till 0.7 % eller mindre. I sådana fäll finnas bestämda eugeniska skäl för sterilisering vid släktgiften; annars äro skälen ej starka. Vid mycket sällsynta recessiva defekter är arvsrisken vid förbindelser utom släkten ännu mycket mindre eller så gott som obefintlig.

Insjukningsrisken för barnbarn och syskonbarn är mycket mindre än för barn. Om en person, som själv är fullt frisk, tillhör en släkt med ärftlig belastning, om t. ex. en av hans föräldrar eller något eller några av hans syskon är sinnessjuk, är risken för hans barn i allmänhet (undantag könsbundet arv, t. ex. blödarsjuka) obetydlig. Detta gäller naturligtvis ej, då person redan har fött ett sjukt barn och därigenom visat sig vara en åtminstone i förbindelse med en bestämd annan person farlig anlagsbärare.

Hänsyn måste tagas icke blott till insjukningssannolikheten utan också till sjukdomens svårhetsgrad. När sjukdomen är relativt lindrig, bör en större arvsrisk krävas än när den är svår, då även mindre nedärvningsrisk kan anses tillfyllest.

I många fall äro nedärvningssättet och arvsriskens storlek icke närmare kända, eller det är ovisst i vilken grad en sjukdom beror på ärftliga och på yttre faktorer. Av en till synes enhetlig ärftlig sjukdom kan det också finnas former med olika ärftlighetsgång eller med olika starkt beroende av yttre inflytelser. Att stundom samma sjukdomssymtom kan vara en yttring såväl av ärftliga anlag som av yttre faktorer behöver knappast påpekas. Dessa förhållanden visa vikten av en grundlig släktutredning, som kan vara nödvändig för att bedöma de eugeniska skälens styrka.

Det bör slutligen betonas att utsikterna att genom sterilisering mera avsevärt minska ärftliga sjukdomars och defekters förekomst i befolkningen med ett viktigt, nedan nämnt undantag i allmänhet äro mycket begränsade. De eugeniska skälen för sterilisering förlora ej i betydelse härigenom, ty det är ur både enskild och allmän synpunkt befogat och önskvärt att i varje enskilt fall förhindra tillkomsten av en avkomma med ärftliga sjukdomar, framför allt av sjuka och undermåliga barn.

Sinnesslöheten intar i detta avseende en särställning. På grund av dess vanlighet, dess tidiga manifestation, ärftlighetens stora betydelse och andra omständigheter finnas här utsikter, att ett förhindrande av fortplantning skall medföra en betydelsefull minskning av frekvensen redan på ett par generationer. En förutsättning härför är att alla eller åtminstone det stora flertalet ej effektivt internerade sinnesslöa, steriliseras och att detta sker innan de fött några barn. Vikten härav är så mycket mera uppenbar som de sociala skälen äro lika starka som de eugeniska.

Det är alltså utan minsta tvekan i fråga om de sinnesslöa som sterilisering har sin ojämförligt största betydelse. Den i tillämpningsföreskrifterna till steriliseringslagen stadgade skyldigheten för vissa tjänsteläkare att vidtaga åtgärder för sterilisering (se härom närmare nedan) har främst till syfte att åstadkomma en ökad sterilisering av sinnesslöa. Det skall här kraftigt understrykas att det, för att sterilisering-

slagen skall få åsyftad verkan, är synnerligen angelägenhet att denna föreskrift uppmärksammas och tillämpas i största möjliga utsträckning. Lika betydelsefullt är, att statliga och kommunala anstalter och myndigheter, särskilt fattigvårdsstyrelser och barnavårdsnämnden, som genom sin verksamhet äga kännedom om fall i vilka sterilisering är önskvärd eller bör övervägas, i tillräcklig omfattning göra ansökan om sterilisering av sinnesslöa - vartill bl. a. fattigvårdsstyrelser och barnavårdsnämnder under vissa förutsättningar äro berättigade - eller föranstalta om att dylik ansökan blir gjord eller göra sådan framställning om läkarundersökning som i nyssnämnda. stadgande omtalas. Dessa möjligheter böra givetvis utnyttjas även i fråga om sinnessjuka, ehuru samma allmänna effekt av sterilisering här ej kan väntas, och icke minst vissa svåra psykopater, om vilka sistnämnda mycket av det som sagts om sinnesslöa sannolikt gäller, ehuru ingenting bestämt kan sägas om effekten av sterilisering på kommande släktled.

Tillstånd till sterilisering.

Behörighet att meddela tillstånd till sterilisering tillkommer med två undantag allenast medicinalstyrelsen. Sterilisering utan tillstånd av medicinalstyrelsen är medgiven: 1) på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsdel hos rättskapabel kvinna, 2) på grund av sjukdom eller kroppsdel hos kvinna vid samtidigt avbrytande av havandeskap enligt abortlagens s. k. nödfallsparagraf. I det förra fallet stadgar lagen, att steriliseringen får företagas, därest den läkare som utför ingreppet samt annan läkare i den tjänsteställning Konungen föreskrivet i skriftligt utlåtande med angivande av grunden för åtgärden förklarar förutsättningen för densamma vara för handen. Att märka är att den sjukdom som åberopas måste vara kroppslig. I det senare fallit stadgas (steriliseringslagens 5 §), att om det vid avbrytande av havandeskap enligt 7 § abortlagen (den s. k. nödfallsparagrafen) finnes grundad anledning till antagande att sjukdom eller kroppsfel som föranleder ingreppet kommer att vid nytt havandeskap medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa, den läkare som utför ingreppet samtidigt må företaga sterilisering av kvinnan utan hinder av eljest föreskrivet prövningsförfarande och utan hinder av bestämmelsen om var och av vem ingreppet skall utföras. Saknar kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet förmåga att lämna giltigt samtycke, skall läkaren emellertid, om så kan ske utan menligt dröjsmål, inhämta samtycke av anhörig till henne. Det bör uppmärksammas, att sådan sterilisering i samband med abort, utan vare sig medicinalstyrelsens tillstånd eller prövning av två läkare (vid kroppslig sjukdom etc., se ovan), får företagas endast när aborten verkställs enligt nödfallsparagrafen, däremot ej när havande-

skapet avbrytes efter prövning av två läkare. - Det har i några fall förekommit, att sådan sterilisering verkställts i samband icke med abort utan med partus. Mot detta förfarande kan, såvida i övrigt de ovan angivna förutsättningarna äro för handen (allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa vid nytt havandeskap), i sak knappast någon anmärkning riktas.

Medicinalstyrelsens beslut att meddela tillstånd till sterilisering kan icke överklagas. Däremot kan besvär anföras hos Konungen över ett medicinalstyrelsens beslut, varigenom tillstånd till sterilisering vägrats. Besvärstiden är tjugo dagar, räknat från den dag, då beslutet meddelades.

I tillämpningskungörelsen stadgas, att tillstånd till sterilisering är förfallet, om åtgärden icke verkställts inom ett år från den dag, då beslutet meddelats (d. v. s. då skrivelsen om beslutet expedierats). Beträffande sterilisering, som skall verkställas med stöd av utlåtande av två läkare (se ovan), må ingreppet icke verkställas, sedan ett år förflutit från den dag, då handlingen är dagtecknad.

Ansökningsförfarandet.

Beträffande ansökningsförfarandet stadgas i en särskild kungörelse, vilken jämte lagen i transumerade delar är intagen i de fastställda ansökningsformulären. Den innehåller föreskrifter angående vilka personer, som äro behöriga att göra ansökan, vilka handlingar, som skola bifogas densamma m. m.

Behörigheten att göra ansökan har avsevärt utvidgats. Den tillkommer numera följande kategorier:

1. den som avses med ansökningen;
2. för underårig den som har vårdnaden om honom;
3. för omyndigförklarad förmyndaren;
4. För den, som åtnjuter fattigvård eller vars make eller minderåriga barn åtnjuta sådan vård, fattigvårdsstyrelsen;
5. för den, som är föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen eller vars barn äro föremål för sådan åtgärd, barnavårdsnämnden;
6. för den, som behandlas vid en av det allmänna anordnad öppen läkarmottagning, av den för behandlingen ansvarige läkaren;
7. för den, som är intagen å lasarett eller därmed jämförliga sjukhus, å sjukstuga eller å sinnessjukhus, av lasarettsläkaren, sjukstugeläkaren, sjukvårdsläkaren eller motsvarande läkare samt
8. för den, som är intagen å annan allmän anstalt än som under 7. avses, av anstaltens läkare eller föreståndare.

Behörighet att göra ansökan tillkommer dessutom vissa tjänsteläkare (förste provinsialläkare, provinsialläkare, extra provinsialläkare,

stadsläkare, stadsdistriktsläkare, köpingsläkare, municipalläkare samt hjälpverksamhetsläkare vid sinnessjukhus ävensom läkare, som innehar tjänsteställning jämförlig med de nu nämndas).

Att initiativrätten sålunda avsevärt vidgats kommer sannolikt att få rätt stor betydelse för steriliseringsfrekvensen bland sinnesslöa, psykopater och asociala.

Beträffande behörigheten att göra ansökan vill styrelsen framhålla, att den med saken avsedde alltid (oberoende av rättskapacitet) är behörig. Nämnda förfaringsätt bör i första hand komma ifråga, detta av såväl praktiska som psykologiska skäl. I detta sammanhang må även anmärkas, att varken läkare eller föreståndare för enskild anstalt i denna sin egenskap är behörig att göra ansökan. Däremot är som ovan nämnts tjänsteläkare (provinsialläkare, stadsläkare m. fl.) i enlighet med bestämmelserna i 1 § tillämpningskungörelsen den 13 juni 1941 behörig att göra ansökan.

Vikten av fullständiga ansökningshandlingar. Fel som böra undvikas.

Sedan 1941 års steriliseringslag trädde i kraft, har antalet ansökningar hos Medicinalstyrelsen om tillstånd till sterilisering avsevärt ökat. Det har därvid ofta förekommit, att ansökningshandlingarna inkommit i ofullständigt skick. Detta har medfört dels ökad tidsutdräkt av ärendenas behandling, dels extra kostnader för statsverket. Medicinalstyrelsen vill därför framhålla angelägenheten av att ansökningshandlingarna såvitt möjligt insändas i fullständigt skick.

Vad som ofta förbises är, att yttrande från den som har vårdnaden om underårig skull, om så kan ske, fogas vid ansökan. Det är härvid att märka, att, även om underårig person är intagen å anstalt, hans föräldrar icke därigenom frånträtt den vårdnad, som enligt Ingen om barn i äktenskap tillkommer dem. Detsamma gäller moder till underårig som fötts utom äktenskap och, i händelse av hemskillnad eller skilsmässa, den av föräldrarna, som av domstol tillerkänts vårdnaden om underårig. Har den med ansökan avsedde av domstol förordnad förmyndare, skall yttrande jämväl från denne fogas vid ansökan. Är den som avses med ansökan intagen å allmän anstalt, erfordras yttrande även av anstaltens läkare och föreståndare.

Beträffande underårig, om vilken båda föräldrarna hava vårdnaden, är det önskvärt att båda yttra sig. Under alla förhållanden är fadern den som skall beredas tillfälle att yttra sig. Endast vid förfall för fadern kan modern träda i hans ställe. Sådant förfall får anses föreligga, om vederbörande exempelvis vistas på okänd ort, är stadd på långväga resa ut-

omlands eller av annan anledning är hindrad avge yttrande. Förfallet bör styrkas av trovärdig person.

Ett vanligt förbiseende, då ansökningshandlingar insändas, är att åldersbetyg icke bifogas. Sådant är emellertid obligatoriskt och måste, då det saknas efterskrivas, vilket sålunda medför tidsutdräkt av ärendets behandling. Likaså förbises emellanåt, att beträffande gift person andra maken alltid, när så ske kan, skall yttra sig i ärendet. Däremot får ena maken icke göra ansökan om sterilisering av den andra.

Då tveksamhet synes råda om vad som menas med allmän anstalt, får styrelsen meddela, att med sådan avses endast statlig eller kommunal anstalt samt erkända alkoholistanstalter, I detta sammanhang må även anmärkas, att såväl allmänna sjukvårdsinrättningar som alla de anstalter, vilka kunna betecknas som fattigvårdsanstalter måste anses som allmänna anstalter i lagens mening.

I anslutning till vad ovan sagts om rättsinkapacitet, där bl. a. påpekats, att det numera ofta ej behöver avgöras om sådan föreligger eller ej, kan här framhållas, att det i sådana fall, där tveksamhet härutinnan kan tänkas, är betydelsefullt att vederbörande, såvida han ej själv ansökt om sterilisering, öm möjligt lämnar skriftligt medgivande därtill. Detta sker på härför avsedd plats på ansökningshandlingarna.

En ur praktisk synpunkt synnerligen viktig bestämmelse är den, att särskild ansökan om sterilisering icke erfordras, då medicinalstyrelsen enligt 2 § tredje stycket lagen om avbrytande av havandeskap, d. v. s. på grund av arvsanlag hos kvinnan, meddelat tillstånd till sådan åtgärd under villkor att å kvinnan jämväl företages sterilisering.

För vinnande av större överskådlighet sammanställas nedan de viktigaste av de fel som stundom visat sig vidlåda ansökningshandlingarna:

Yttrande av den som har vårdnaden om underårig (oftast föräldrar, närmast, där så är möjligt, fader) saknas. Skall finnas även när underårig är intagen å anstalt.

Yttrande av förmyndare saknas.

Yttrande av gift persons make saknas.

Yttrande av anstaltsläkare och anstaltsföreståndare saknas.

Åldersbetyg saknas.

Ansökan gjord av make (ej behörig).

Ansökan gjord av föreståndare för enskild anstalt (ej behörig).

Det må i detta sammanhang framhållas, att ansökningsförfarandet ingalunda är så komplicerat som ovanstående framställning möjligen ger intryck av och att formaliteterna icke kunna sägas vara över hövan betungande. De nyss nämnda yttrandena avgivas samtliga på bilaga 1; ofta behöves naturligtvis blott ett eller två av dem eller intet alls. Att t.ex. föräldrar till underårig och make skola yttra sig över förslag till en

så allvarlig åtgärd som sterilisering, kan icke anses vara mer än riktigt. Utom själva ansökningen, nyss nämnda bilaga I och läkarintyget (bilaga III), vars nödvändighet är självklar, fordras åldersbetyg, som är oundgängligt för ett tillräckligt betryggande styrkande av identiteten. och bilaga I, som avges »av anförvanter, make eller andra, rörande de omständigheter, som äro av betydelse för sakens bedömande». Denna bilaga har visat sig ej sällan innehålla uppgifter av stor betydelse för ärendenas bedömande. Det är icke heller mer än billigt, att nära anförvanter eller make beredas tillfälle att framlägga sin uppfattning om den till sterilisering föreslagna; formuläret med sina rubriker och enkla frågor ger behövlig ledning härför. Kretsen av dem som kunna avge intyget har emellertid för att i möjligaste mån underlätta ansökningsförfarandet gjorts så vid som gärna är tänkbart (»eller andra»); denna bilaga kan undertecknas av vem som helst, som överhuvud vet något om den till sterilisering föreslagna. Vad slutligen läkarintyget beträffar, kan möjligen böra framhållas, att detta i svåra och tveksamma fall naturligtvis kräver ett avsevärt arbete. I de enkla fall, som utgöra det övervägande flertalet, behöver varken undersökningen eller avfattandet av intyget bereda någon svårighet eller vara mycket tidskrävande. Erfarenheten har visat, att i sådana fall korta och koncisa men genom viktiga sakuppgifter övertygande intyg ge en fullt tillräcklig grund för fallens bedömande.

Verkställande av sterilisering.

Sterilisering av kvinna skall utföras å lasarett, därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Medicinalstyrelsen kan dock, där den så prövar erforderligt, medgiva viss Läkare att utföra sterilisering å ovan angiven anstalt eller å annan anstalt.

Beträffande verkställandet av sterilisering hos man föreskrives endast, att den skall utföras av legitimerad läkare.

Sterilisering enligt 1934 års lag var i princip frivillig. Detta är förhållandet även beträffande sterilisering enligt den nya lagen. Vid propositionens framläggande anförde departementschefen bl. a., att det i stort sett syntes råda enighet om att den nya lagstiftningen borde bygga på frivillighetens grund. Mot denna principiella frivillighet strider icke det förhållandet, att i lagens mening rättsinkapabla personer, d. v. s. sådana som kunna anses sakna förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden, få steriliseras utan sitt samtycke. Om en sådan person, som anses böra steriliseras, på förhand tillfrågas om sin inställning och vägrar att samtycka, skall således ingen hänsyn tagas härtill utan handlingar iordningställas och insändas. Om han, sedan beslut om sterilisering fattats, bestämt vägrar att underkasta sig åtgärden, får operationen dock

ej utföras under anlitande av fysiskt våld. Vetskapen om att ett beslut fattats av Medicinalstyrelsen, synes ofta medföra, att en tidigare ovillig person underkastar sig åtgärden. Den lämpligaste behandlingen av dylika patienter torde i regel vara den, att det betraktas som tämligen självfallet att ett beslut av Medicinalstyrelsen skall verkställas, ehuru en person naturligtvis ej på direkt förfrågan får undanhållas upplysning om att fysiskt tvång ej kommer att användas.

I en motion yrkades, att lagförslaget måtte kompletteras med en bestämmelse om handräckningsförfarande. Rörande denna motion anförde första lagutskottet i sitt utlåtande: »Det kan här endast vara fråga om sådana personer som på grund av rubbad själsverksamhet sakna förmåga att lämna giltigt samtycke till steriliseringsåtgärden, enär lagen i övrigt fordrar att vederbörande lämnar sitt samtycke. De personer som lida av sådan mera utpräglad själslig rubbning, att den medför rättsinkapacitet i fråga om ett dylikt samtycke och skulle motivera ett handräckningsförfarande för steriliserings verkställande, torde emellertid oftast redan vara intagna å anstalt eller i vart fall kunna med stöd av gällande lagstiftning intagas å anstalt, och beträffande å anstalt intagen person torde anlitande av polismyndighet för medverkan till verkställighet av ett beslut om sterilisering icke ifrågakomma. Utskottet finner därför ifrågavarande motion icke böra föranleda något tillägg till lagtexten.» Riksdagen följde utskottet.

Berättelse om verkställd sterilisering.

Läkare, som med stöd av lagen verkställt sterilisering, är enligt 7 § tillämpningskungörelsen, skyldig att inom en månad insända berättelse därom till Medicinalstyrelsen enligt fastställt formulär. Har sterilisering företagits jämlikt 3 § andra stycket (på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel hos rättskapabel kvinna efter utlåtande av tvenne läkare) eller 5 § (vid samtidigt avbrytande av havandeskap enligt 7 § abortlagen (den s. k. nödfallsparagrafen) lagen om sterilisering, skola tillika samtliga handlingar i ärendet insändas. I detta sammanhang må framhållas angelägenheten av att vederbörande läkare vid avfattandet icke blott av utlåtanden utan även av berättelser iakttaga sådan omsorg, att onödiga skrivelser för komplettering så vitt möjligt undvikas.

Skyldighet för vissa läkare att verka för sterilisering.

En betydelsefull nyhet i tillämpningskungörelsen är stadgandet om skyldighet för läkare, som äger att göra ansökan om sterilisering, att på framställning av myndighet eller då han eljest erhåller kännedom om fall, där sterilisering synes påkallad från allmän synpunkt, verkställa

eller låta verkställa erforderlig undersökning samt, därest omständigheterna därtill föranleda, sörja för att ansökan om sterilisering göres hos Medicinalstyrelsen. Det angelägna i att denna föreskrift tillämpas har ovan betonats i samband med diskussionen av de sinnesslöa, vilkas sterilisering kan sägas vara steriliseringslagens viktigaste syftemål.

Råd och anvisningar rörande tillämpning av abortlagen.

(Lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap.)

På grund av den ändring av 2 § tredje stycket abortlagen¹⁾, som trädde i kraft den 1 juli 1941, har medicinalstyrelsen ansett det erforderligt att i reviderad form åter utgiva de råd och anvisningar rörande tillämpning av lagen, som utgavos 1939.

Den väsentligaste anledningen till att avbrytande av havandeskap (abortframkallning) ansetts böra bli föremål för särskild lagstiftning synes ha varit den under de senare decennierna allt kraftigare stegringen av de kriminella aborterna. Mall utgick därvid uppenbarligen ifrån det antagandet, att den åsyftade minskningen åtminstone delvis skulle kunna uppnås, om läkare medgavs rätt att i större omfattning än tidigare avbryta havandeskap. Det har emellertid framhållits såsom en ofrånkomlig nödvändighet, att vid lagstiftning på detta ömtåliga område gränsen mellan det tillåtna och det otillåtna droges så fast och tydlig, att den vid den praktiska tillämpningen icke till oberäknelig skada helt eller delvis utplånades under inverkan av de krafter, som här vore verksamma för en allt större obundenhet.

Den 1934 tillsatta abortkommitténs förslag, som innebar ganska vittgående medgivanden i fråga om rätten att avbryta havandeskap, blev under den fortsatta utredningen och bearbetningen rätt avsevärt beskuret just i detta hänseende. Det sålunda bearbetade förslaget framlades sedan i proposition till 1938 års riksdag, som med vissa ändringar antog detsamma. Lagen trädde i kraft den 1 januari 1939.

¹⁾ Ifrågavarande lagrum lydde ursprungligen: »Havandeskap må ej avbrytas på grund av arvsanlag hos kvinnan varom i 1 § 3, förmåles, med mindre jämväl sterilisering å henne företages, utan så är att sådan åtgärd till följd av att kvinnan saknar förmåga att därtill lämna giltigt samtycke ej kan äga rum eller den av särskilda skäl finnes olämplig.

Nuvarande lydelse: »Havandeskap må ej avbrytas på grund av arvsanlag hos kvinnan. varom i 1 § 3. förmåles, med mindre jämväl sterilisering å henne företagas, utan så är att sådan åtgärd av särskilda skäl finnes olämplig. »

Härjämte må anmärkts. att 10, 12 och 13 §§ genom lagändring den 12 juni 1942 i samband med ändring av strafflagen fått en något annan lydelse. Dessa sistnämnda ändringar trädde i kraft den 1 januari 1943.

Indikationer.

I lagens första paragraf angivas de särskilda förutsättningar, under vilka avbrytande av havandeskap är lagligen tillåtet. Dessa förutsättningar (indikationer) äro av principiellt tre olika slag, nämligen *medicinska*, *humanitära* (eller etiska) och *eugeniska* (arvshygieniska).

Om de medicinska indikationerna heter det i lagen, att havandeskap må avbrytas, *när på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa*. Som synes omfattar bestämmelsen icke blott rent medicinska indikationer (sjukdom och kroppsfel) utan även blandat medicinskt-sociala (svaghet hos kvinnan), varmed avses »utsläpade mödrar» och liknande fall. Vid lagförslagets framläggande har uttryckligen framhållits, att *rent sociala indikationer* (ekonomisk nöd, »social vanära» och dylikt) däremot *icke* utgöra lagliga skäl till abortframkallning.

Humanitära indikationer föreligga, *när kvinnan hävdats under förhållande varom förmäles 15 kap. 12, 13, 15 eller 15 a § eller 18 kap. 1, 2 3, 7, 8, 8 a eller 9 §, så ock då hävdandet ägt rum under omständigheter som omförmäles i 18 kap. 46 § strafflagen samt inneburit ett grovt åsidosättande av kvinnans handlingsfrihet*. De här avsedda brottsliga handlingarna äro dels våldtäkt eller annat rättsstridigt tvång dels vissa slag av sedlighetsbrott. Härvid är emellertid att märka, att enligt 2 § första stycket vissa av de angivna brotten skola, där så kunnat ske, hava åtalats eller angivits till åtal för att kunna utgöra grund till avbrytande av havandeskap. Hit höra sålunda brott mot samtliga de ur 15 kap. strafflagen anförda §§ samt brott mot §§ 6 och 8 a i 18 kap. strafflagen. Därjämte stadgas i 2 § andra stycket, att avbrytande av havandeskap på grund av att kvinna vid hävdandet ej fyllt 15 år, där den som har vårdnaden om henne ej samtyckt till åtgärden, icke må äga rum utan att särskilda omständigheter tala därför.

Eugeniska indikationer för avbrytande av havandeskap föreligga, *när med skäl antagas att kvinnan eller det väntade barnets fader genom arvsanlag kommer att på avkomlingar överföra sinnessjukdom, sinnesslöhet eller svår kroppslig sjukdom*. Till denna bestämmelse har emellertid i 2 § tredje stycket fogats det viktiga villkoret, att havandeskap ej må avbrytas grund av nyssnämnda *arvsanlag hos kvinnan* med mindre jämväl sterilisering å henne företagas, utan så är att sådan åtgärd av särskilda skäl finnes olämplig. De som undantagas från regeln ni sterilisering som villkor för abortframkallning äro dels de fall, där kvinnans hälsotillstånd är sådant att skäl tala mot abortoperationens utökning med en sterilisering, dels de fall, där en sterilisering är onödig (t. ex. därför att kvinnan befinner sig nära klimakteriet eller därför att hon kommer att interneras). Har tillstånd meddelats till abortframkallning under villkor av sterilisering, har kvinnan att välja mellan antingen abortframkallning jämte sterilisering eller att

avstå från aborten, vida sterilisering av skäl som nyss sagts icke befinnes olämplig.

Mellan abortlagen och steriliseringslagen finnas två väsentliga olikheter. Å ena sidan saknar steriliseringslagen av naturliga skäl motsvarighet till abortlagens humanitära indikation. Å andra sidan saknas steriliseringslagens sociala indikation lämplighet att vårda barn) i abortlagen. Där emot överensstämmer båda lagarna i medicinska och i den eugeniska indikationen. Beträffande den sistnämnda kan därför här hänvisas till »Råd och anvisningar rörande tillämpning av 1941 års steriliseringslag», där några synpunkter på de eugeniska skälen för ofruchtbarhet framläggas.

Tidsbegränsning för havandeskapets avbrytande.

Första paragrafen sista stycket innehåller den viktiga bestämmelsen, att *avbrytande havandeskap på annan grund än sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan ej må företagas efter havandeskapets tjugonde vecka*. Detta gäller alltså såväl vid de blandat medicinskt-sociala (svaghet hos kvinnan) som vid de humanitära och eugeniska indikationerna. Det är därför av vikt att i de ifrågakommande fallen tillstånd tillgreppet inhämtas i så god tid, att operationen hinner utföras inom den i lagen skrivna tiden. Då det icke låter sig göra att exakt bestämma dagen för befruktningens inträde, räknar man i praktiken med att ett normalt havandeskap varar dagar (= 40 veckor) räknat från den sista regleringens första dag. För beräkning av den tid, inom vilken abortframkallning i nu avsedda fall *får äga rum*, är man alltså på samma sätt från sista regleringens första dag och räknar 140 dagar (= 20 veckor) framåt. Av lätt insedda skäl är det emellertid ofta icke möjligt erhålla en exakt utgångspunkt för denna beräkning. Det blir då i tveksamma operatören, som på grund av sin undersökning av kvinnan har att avgöra, hur ingreppet kan äga rum i Inom den i lag föreskrivna tiden. Med hänsyn till det allmännas intresse av att särskilt sinnesslöa kvinnor icke få tillfälle att fortplanta sig synes det lämpligt, att de på ålderdomshem och andra inrättningar, där de på grund av blandning av könen och relativt stor rörelsefrihet riskera att bli rådda med barn, bleve föremål för särskild tillsyn i detta avseende. Lämpligen kunde detta ske genom förändret av särskilda menstruationslistor. Härigenom skulle man kunna förebygga, att ett hos en sinnesslö kvinna inträtt havandeskap kunde komma att överskrida den för abortframkallning lagstadgade gränsen. Lämpligast är givetvis att havandeskap förebyggas genom i tid verkställd *sterilisering* och att även på dylika anstalter intagna sinnesslöa män steriliseras.

Behörighet att göra ansökan.

Enligt 3 § *må utan kvinnans begäran havandeskapet avbrytas allenast där kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden.* Detta innebär enligt vad som uttryckligen stadgas i 1 § tillämpningskungörelsen den 9 september 1938 att i fråga om *rättskapabel kvinna endast kvinnan själv* är behörig att göra framställning hos läkare samt ansökan hos medicinalstyrelsen om tillstånd till avbrytande av havandeskapet. I fråga om *rättsinkapabel kvinna* stadgas i 2 § av nämnda tillämpningskungörelse, att utom *kvinnan själv* även vissa andra personer under särskilda förhållanden äro behöriga att göra ansökan om tillstånd till ingreppet. Dessa personer äro: för underårig kvinna den som har vårdnaden om henne, för omyndigförklarad kvinna förmyndaren och för kvinna, som är intagen å allmän anstalt, anstaltens läkare eller föreståndare. Att märka är sålunda, att kvinnan själv, vare sig hon är rättskapabel eller rättsinkapabel, alltid är behörig att göra ansökan. Att märka är också, att varken barnavårdsnämnd eller fattigvårdsstyrelse äga befogenhet att göra ansökan om avbrytande av havandeskap hos rättsinkapabel kvinna. Detta i motsats till vad som är förhållandet i fråga om ansökan om tillstånd till sterilisering.

Tillstånd till avbrytande av havandeskap.

Beträffande rätten att meddela tillstånd till avbrytande av havandeskap stadgas i 4 §, att sådan rätt tillkommer dels den läkare som utför ingreppet jämte annan läkare i den tjänsteställning Konungen föreskrivet, dels medicinalstyrelsen. Under de nämnda läkarnas prövning falla såväl de medicinska som de humanitära indikationerna, såvitt det är fråga om rättskapabel kvinna. Till medicinalstyrelsens prövning skola, bortsett från vilken indikation det är fråga om, hänskjutas alla de fall, där kvinnan är rättsinkapabel, samt alla fall med eugenisk indikation.

Rättsinkapacitet.

Beträffande rättsinkapaciteten äga naturligtvis i princip samma resonemang tillämpning här som i fråga om steriliseringslagen. Det må emellertid även här framhållas, att det vid bedömningen är fråga om att taxera den mentala rubbningens eventuella inflytande på den givna rättshandlingen, d. v. s. samtycke till den ifrågasatta åtgärden. Utan ett närmare ingående på detaljer för övrigt må här framhållas betydelsen av den psykiska depressionens inflytande på mänskligt handlande och tänkande. Det är sålunda uppenbart, att en kvinna i ett uttalat depressionstillstånd som regel är benägen att felbedöma sin situation och att hon av denna anledning icke

kan anses rättskapabel, även om hon förstår ingreppets konsekvenser och kan resonera klart härom. En viktig synpunkt är härvidlag, att en kvinna, som genom en ovälkommen grossess kommit i en enligt hennes mening förtvivlad situation, och på grund av sin djupa, ofta med suicidalrisk för-
enade depression erhållit abort, sedermera kan komma att förebrå sig, att hon ej framfött barnet. Risken härför eller i varje fall för svårare psykiska skadeverkningar måste vara avsevärt mindre, om beslutet fattats av medicinalstyrelsen och hon sålunda i viss mån befriats från eget ansvar. *Frågan om abortframkallning hos en kvinna, som lider av ett uttalat psykiskt depressionstillstånd, bör alltså hänskjutas till medicinalstyrelsen.*

Yttranden angående ifrågasatt avbrytande av havandeskap m. m.

I 5 § första stycket föreskrives, att *innan prövning sker, huruvida havandeskap må avbrytas, tillfälle till yttrande, när skäl därtill äro, bör beredas det väntade barnets fader samt, om kvinnan är under tjugoett år, den som har vårdnaden om henne, om hon är omyndigförklarad, förmyndaren, om hon är gift hennes man, och om hon är intagen å allmän anstalt dennas läkare och föreståndare.* Huruvida de nämnda personerna skola höras är sålunda en omdömesfråga. I praktiken synes denna bestämmelse tillämpas så, att då intet av betydelse för frågans avgörande kan vara att vinna genom vederbörandes hörande detta underlåtes. I den sistnämnda paragrafens andra stycke stadgas därjämte, att i övrigt, där fråga är om kvinna, som kan lämna giltigt samtycke till avbrytande av havandeskapet, yttrande ej må inhämtas utan kvinnans medgivande. Denna bestämmelse har särskild betydelse vid utfärdandet av intyg enligt de av medicinalstyrelsen fastställda formulären till intygen A och B. Äro intygsgivarna andra personer än de som avses i 5 § första stycket, måste vederbörande förvissa sig om kvinnans samtycke, om de icke skola göra sig skyldiga till brott mot den sekretess, som lagen förutsätter.

Verkställighet.

Enligt bestämmelserna i 6 § skall avbrytande av havandeskap utföras å lasarett, därmed jämförlig anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Medicinalstyrelsen kan dock, där så provas erforderligt, medgiva viss läkare att utföra ingreppet å sådan eller annan anstalt.

Nödfall.

Från bestämmelserna i 4 och 6 §§ göres i 7 § ett viktigt undantag. Det heter där: »Kan, då fråga är om avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan, prövning av förutsättningarna för

ingreppets företagande i den ordning 4 § angiver, eller utförande av ingreppet å anstalt varom i 6 § sägs, icke utan våda äga rum med hänsyn till dröjsmål eller annan olägenhet som därigenom skulle uppstå, må havandeskapet av legitimerad läkare avbrytas utan iakttagande av nämnda stadganden.» En legitimerad läkare är alltså berättigad att i nödfall, vare sig det gäller rättskapabel eller rättsinkapabel kvinna, på rent medicinsk indikation verkställa avbrytande av havandeskap utan det prövningsförfarande, som stadgas i 4 §, eller iakttagande av bestämmelserna i 6 §. Det lär emellertid vara uppenbart, att undantagsbestämmelsen icke får utgöra ett kryphål, genom vilket man anser sig kunna slingra sig ifrån det mera omständliga prövningsförfarandet. De självklara fallen behöva här icke diskuteras. Gränsfallen bli alltid en omdömesfråga. Ett uppenbart åsidosättande av stadgandets innebörd synes däremot medföra straffansvar enligt 12 § andra stycket.

Sekretess.

Självfallet är, att, då det är fråga om så intima angelägenheter som havandeskap och abortframkallning, sekretessen bör vara särskilt tillgodosedd. Härtill tar lagen också vederbörlig hänsyn. Utöver det ovannämnda stadgandet i 5 § finnes ett särskilt stadgande i 8 §, där det heter: »Ej må den som prövat förutsättningarna för avbrytande av havandeskap eller verkställt sådan åtgärd, eller den som biträtt vid utredningen eller verkställandet i oträngt mål yppa något av vad därvid förekommit Därjämte äro myndighets beslut i ärenden rörande tillämpning av abortlagen tillförsäkrade sekretess i enlighet med lagen om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar.

Skyldighet för kvinna att underkasta sig avbrytande av havandeskap?

Frågan huruvida rättsinkapabel kvinna, hos vilken medicinalstyrelsen medgivit avbrytande av havandeskap, är skyldig att underkasta sig ingreppet avhandlas icke i lagen. Det framgår emellertid av motiven, att även här samma rättsregler anses böra gälla som i fråga om sterilisering, d. v. s. att ingreppet i princip är frivilligt. Eventuellt motstånd får alltså övervinnas endast genom övertalning och dylik påverkan. Abortkommittén har därjämte anfört: »Bedömandet av huru bör förfaras då den inkapabla kvinnan motsätter sig operationens utförande måste uppenbarligen ankomma på den verkställande läkaren.»

Berättelse om verkställt avbrytande av havandeskap.

Beträffande skyldigheten för läkare att till medicinalstyrelsen insända berättelse om verkställt avbrytande av havandeskap finnas analoga bestämmelser med dem rörande berättelse om sterilisering. Här må blott anmärkas, att vid samtidigt avbrytande av havandeskap och sterilisering skilda berättelser härom skola insändas.

Det kan icke förnekas, att abortlagen ställer ganska stora krav på den enskilde läkarens kunnighet, omdöme och lojalitet. På förutsättningen att läkarkåren fyller dessa krav är lagen emellertid först och främst baserad.

Ansökan om sterilisering.
(Enligt lagen den 23 maj 1941 om sterilisering).

Sterilisering utan tillstånd av medicinalstyrelsen är medgiven endast: a) på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel hos rättskapabel kvinna (3 § andra stycket lagen den 23 maj 1941 om sterilisering), b) på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinna vid samtidigt avbrytande av havandeskap enligt abortlagens s.k. nödfallsparagraf (5 § lagen om sterilisering jfr 7 § lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap).

Till Kungl. Medicinalstyrelsen.

Under hänvisning till närslutna handlingar, nämligen:

- 1) Åldersbetyg,
- 2) Bilaga I avgiven av den eller dem, som författningsenligt skola yttra sig rörande ansökan,
- 3) Bilaga II avgiven den av anförvanter, make eller andra rörande de omständigheter, som äro av betydelse för sakens bedömande,
- 4) Bilaga III avgiven den av legitimerade läkaren

¹⁾ anhålla, att å mig

¹⁾ i egenskap av ²⁾ anhålla, att
å
måtte få utföras steriliserande operation.

den 19...

Adress

Sökandens egenhändiga namnteckning bevittna:

.....

- ³⁾ Härmed lämnar jag mitt samtycke till att å mig utföres steriliserande operation.
(Ifylles endast i de fall, då ansökan gjorts av annan än den därmed avsedde.)

.....den 19...

Egenhändiga namnteckningen bevittna:

.....

¹⁾ Det icke tillämpliga överstrykes.

²⁾ Se 1 § K. kung. med tillämpningsföreskrifter till lagen den 23 maj 1941 om sterilisering (transumt å sid. 3 av denna blankett).

³⁾ Det må framhållas, att när det gäller rättskapabla medicinalstyrelsen icke kan meddela tillstånd till sterilisering utan att vederbörande lämnat samtycke till åtgärden.

Bilaga I

att bifogas ansökan hos Medicinalstyrelsen om tillstånd till sterilisering enligt lagen den 23 maj 1941, innefattande yttranden av den eller dem, som författningsenligt skola yttra sig, där så kan ske, rörande ansökan

Dessa personer äro:

- 1) Om den som avses med ansökan är underårig, *den som har vårdnaden om honom,*
- 2) » » » » *omyndigförklarad, hans förmyndare,*
- 3) » » » » *gift, hans make,*
- 4) » » » » *intagen å allmän anstalt, dennas läkare och föreståndare,*

Har någon av dem, som enligt ovanstående skola yttra sig, gjort ansökan eller avgivit bil. II eller bil. III till densamma, är särskilt yttrande av denne icke erforderligt

I

Härmed får jag i egenskap av den, som har vårdnaden om underårig/a¹⁾.....
tillstyrka¹⁾ honom¹⁾

....., att steriliserande operation å företages
avstyrka henne
.....den.....19.....

(Fader, moder, fosterfader¹⁾)

Egenhändiga namnteckningen bevittna:

.....

II

Härmed får jag i egenskap av förmyndare för omyndigförklarade.....
tillstyrka¹⁾ honom¹⁾

....., att steriliserande operation å företages
avstyrka henne
.....den.....19.....

Egenhändiga namnteckningen bevittna:

.....

III

Härmed får jag i egenskap av make¹⁾.....
tillstyrka¹⁾ honom¹⁾

....., att steriliserande operation å företages
avstyrka henne
.....den.....19.....

Egenhändiga namnteckningen bevittna:

.....

¹⁾ Det icke tillämpliga överstrykes.
Med. Styr. Form. nr 143. Fastst. 27/6 1941.

IV a.

Härmed får jag i egenskap av för sjukvården ansvarig läkare
vid
(anstaltens namn)
där..... är intagen, tillstyrka¹⁾, att steriliserande opera-
tion å honom¹⁾ avstyrka
 företages.
 henne
.....den.....19.....
.....
Egenhändiga namnteckningen bevittna:
.....
.....

IV b.

Härmed får jag i egenskap av föreståndare för
.....
(anstaltens namn)
där..... är intagen, tillstyrka¹⁾, att steriliserande opera-
tion å honom¹⁾ avstyrka
 företages.
 henne
.....den.....
19.....
.....
.....
Egenhändiga namnteckningen bevittna:
.....
.....

Önskar någon, som här ovan yttrat sig rörande ansökan, särskilt motivera sitt ställningstagande, kan detta göras här.

¹⁾ Det icke tillämpliga överstrykes.

Bilaga II

*att bifogas ansökan hos Medicinalstyrelsen om tillstånd till sterilisering enligt lagen den 23 maj 1941, avgiven av **anförvanter, make eller andra**, rörande de om-ständigheter, som äro av betydelse för sakens bedömande.*

Ansökan avser:
Fullständigt namn (för gift eller franskild kvinna även flicknamn)

Född den.....år.....Civilstånd: ogift, gift, änking, änka,
franskild.

Yrke eller samhällsställning:.....
(För gift kvinna mannens)

Vistelseort:.....

Hemort:.....
(Kommun och län)

För gift anges här makens namn:

- » underårig anges här den som har
vårnaden om honom:
- » omyndigförklarad anges här förmyndarens namn:
- » å anstalt intagen anges här anstaltens namn:

1. Den med ansökan avseddes släktförhållanden:

- a) Föräldrarnas namn och yrke:
Förefintlig släktskap mellan föräldrarna anges.
- b) Angiv inträffade fall inom släkten, särskilt hos far- och morföräldrar, föräldrar och deras syskon, den med ansökan avsedde personens syskon och barn, av sinnessjukdom, sinnesslöhet (även av lindrigare grad) eller annan rubbning av själsverksamheten (s. k. nervsjukdom, »egendomlighet»), fallandesot, blödaresjuka, ärftlig dövstumhet eller ärftlig blindhet, annan svårare ärftlig sjukdom eller missbildning, kronisk alkoholism, självmord, lösdriveri eller brottsliga handlingar. (Uppgifterna lämnas enligt följande typ: Morfar kronisk alkoholist, fader sinnessjuk, syster sinnesslö. *Viktigt är härvid att även antalet syskon till de uppgivna sjuka anges.*)

Med. Styr. Form. nr 144. Fastst. 27/8 1941.

2. Den med ansökan avseddes levnadsförhållanden och föregående

hälsotillstånd:

- a) Under första barnåren? (Vårdnad i föräldrahemmet eller annorstädes? Tidig eller sen utveckling? Lidit av engelska sjukan eller kramper.) - Skolundervisning? (Vilken art av skola? Antal genomgångna klasser? Avgång enligt § 48 folkskolestadgan?) - Konfirmation? (Vid vilken ålder? Betyg? Om ej konfirmerad, anledningen därtill?). Yrkesutbildning? Värnpliktstjänst? (Vapenför. Om ej fullgjord, anledningen därtill?) - Sysselsättning som vuxen? Giftermål? (När?, Äktenskapliga förhållanden?) Tilltal för brottslig handling? Begåvning? - Särskilda anlag? Egenheter i lynne eller levnadsvanor? - Allvarigare sjukdomar? Skador, särskilt å huvudet, missbruk av alkohol eller andra gifter? Andra omständigheter som kunna tänkas hava bidragit till uppkomsten av sjuklig rubbning, där sådan föreligger?
- b) Beträffande kvinna angives antalet fullgångna och förtidiga barnsbörder eller missfall jämte tidpunkterna för desamma.

5 **Har den med ansökan avsedde varit intagen å sjukhus eller annan allmän eller enskild anstalt?**

(Lasarett, sanatorium, sinnessjukhus, sinnesslöanstalt, epileptikeranstalt, vårdhem av ena eller andra slaget, tvångsarbetsanstalt, arbetshem, tvångsuppföstringsanstalt, skyddshem, barnhem.) I så fall när och var?

4. **Lider den med ansökan avsedde för närvarande av sjukdom eller annan sjuklig rubbning?**

I så fall skall här lämnas en kort beskrivning av sjukdomen eller rubbningen med angivande av dess första tecken och tiden då de förmärktes samt därefter framträdande yttringar.

5. Är den med ansökan avsedde för framtiden uppenbart olämplig att handhava vårdnaden om barn?

6. Är i övrigt något känt, som kan anses vara av betydelse för sakens bedömande?

.....den.....19.....

..

.....	
.....	
.....	
.....	

Egenhändiga namnteckningarna bevitna:

.....	
.....	

Obs! Envar av intygets undertecknare bör vid namnet ange det förhållande (fader,

make, granne o.s.v.), i vilket han står till den med ansökan avsedde.

Bilaga III (Läkarintyg)

att bifogas ansökan hos Medicinalstyrelsen om tillstånd till sterilisering enligt lagen den 23 maj 1941, avgiven av legitimerade läkare

Ansökan avser:

Fullständigt namn (för gift eller franskild kvinna även flicknamn)

Född den.....årCivilstånd: ogift, gift, änkling, änka, franskild.

Yrke eller samhällsställning:.....
(För gift kvinna mannens)

Vistelseort:.....

Hemort:.....

(Kommun och län)

1. Identiteten har styrkts genom:

2. Hereditet:

- a) Uppgift å fall inom släkten av ärftlig sjukdom eller abnormitet. När sterilisering sökes av eugeniska skäl eller när överhuvud herediteten är av betydelse för fallets bedömande, lämnas dessa uppgifter enligt anvisningar för formulärets ifyllande.
- b) Äro den med ansökan avsedde personens föräldrar beslätade? (Släktskapen anges.)
- e) Har hos den med ansökan avseddes barn något anmärkningsvärt abnormt iakttagits?

3. Den undersöktes föregående somatiska och psykiska hä-

sotillstånd samt livsföring.

- a) Födelsen.
Om förtidig, angiv ungefärligen hur mycket; födelsevikten, om låg. Gav den nyföddes tillstånd anledning antaga intrakraniell skada?

- b) Utveckling.
Syntes denna i början vara normal? Vid vilken ålder iakttogos avvikelser? Angiv särskilt om avvikelserna märkts i fråga om: begåvning, böjelser, lynne, vanor, sexualitet.
Beträffande kvinna fäst särskild uppmärksamhet vid menstruation, havandeskap.
- c) Finnes i förhistorien -
Kroppslig trauma, som träffat huvudet? När? Medvetetslöshet? Följsymtom? Svårare kraftnedsättning? (Umbäranden, nattvak etc.). Svårare psykisk påfrestande? Missbruk av alkohol eller andra gifter? Betydelsefull kroppslig sjukdom eller kroppsfel, sinnessjukdom eller annan själslig rubbning? Kort beskrivning av det sjukliga tillståndets första tecken och förlopp.
-

4. När och var företogs undersökningen?

5. Nuvarande tillstånd.

- a) *Kroppundersökning.*
Kroppslig sjukdom, kroppsfel eller svaghet, som åberopas såsom skäl för sterilisering eller eljest är av betydelse.
Allmän typ? (asthenisk, pyknisk, atletisk eller blandtyp).
Näringstillstånd.
För kvinna anges, om graviditet föreligger och hur långt framskridet havandeskapet i så fall är (tidpunkt för senaste menstruationen).
- b) *Psykisk undersökning.*
När sterilisering sökes av andra skäl än kroppslig sjukdom, kroppsfel eller kroppslig svaghet eller arvsrisk för kroppslig sjukdom eller kroppsfel, lämnas en kortfattad skildring av personens allmänna uppträdande och stämningsläge, uppmärksamhet, uppfattningsförmåga, inpräglingsförmåga och övriga minnesfunktioner samt omdömesförmåga. Vidare anges, huruvida sinnesvillor, tankevillor eller tvångsfenomen kunnat konstateras. *Om nedsättning av intelligensen föreligger, skall systematisk bestämning av intelligensåldern*

verkställas och protokoll över undersökningen bifogas.
Har Point Scale eller Wåhléns metod givit ett resultat
av 12 år eller däröver, erfordras kontroll med Termans
eller därmed jämförlig metod.
Beskrivningen bör göras så fullständig att med ledning
därav bestämd diagnos om möjligt skall kunna ställas.
Därjämte bör intygsgivaren själv ange sin uppfatt-
ning om den psykiska rubbningens art (diagnos).

6 Anser sig intygsgivaren böra tillstyrka ansökan?

Grunder: (Det icke tillämpliga överstrykes; det tillämpliga bejakas).

Kan den med ansökan avsedde antagas komma att genom arvsanlag på av-
komlingar
överföra

- sinnessjukdom
- sinnesslöhet,
- svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag?

Är den med ansökan avsedde personen för framtiden uppenbart olämplig att
handhava vårdsnaden om barn på grund av

- sinnessjukdom
- sinnesslöhet
- annan rubbning av själsverksamheten
- asocialt levnadssätt?

Är det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos den med ansökan av-
sedda kvinnan påkallat, att hon steriliseras för att förebygga havandeskap,
som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv och hälsa?

.....
.....

Sålunda undersökt och befunnet intygas på heder och samvete.

.....den .. 19.....

Leg. läk

Tjänstetitel

Anvisningar för formulärets ifyllande.

Hereditet. Vid eugenisk indikation och dessutom i många fall av socialindikation och av medicinsk indikation (Psykisk sjukdom) är det av vikt att utredning verkställas angående den ifrågavarande personens hereditära förhållandena. Till ledning härvid må följande anvisningar tjäna.

Uppgift (ev. å särskild bilaga) å fall inom släkten i uppstigande led och sidled (med angivande av släktskapen) av sjukdom eller abnormitet, som antages utgöra eugenisk indikation för sterilisering eller stärka indikation av annat slag: sinnessjukdom, sinnesslöhet, epilepsi, ärftlig kroppslig sjukdom eller abnormitet (blödaresjuka, ärftliga blindhet med angivande av sjukdomens art och svårhetsgrad, ärftlig dövstumhet o. s. v.).

Vid sinnessjukdom angives diagnos eller åtminstone sjukdomens typ har vård å sinnessjukhus. anlitats, bör om möjligt uppgift lämnas om den vårdades namn och sjukhuset samt den ungefärliga tidpunkten för intagningen). Vid sinnesslöhet bör åtminstone en allmän upplysning om efterblivenhetens grad (tydlig imbecillitet eller mindre höggradig sinnesslöhet) meddelas (har anstaltsvård förekommit, bör detta angivas). Vid epilepsi bör om möjligt angivas huruvida s. k. genuin epilepsi konstaterats eller kan förutsättas. Lindrigare psykisk efterblivenhet, psykopati (om möjligt med närmare uppgifter, särskilt när den med ansökan avsedde är sinnessjuk eller psykopat), Påfallande egenheter i karaktär eller lynne, självmord, kriminalitet, asocialitet, kronisk alkoholism och narkomani bör även nämnas.

Särskilt när yttre orsak är möjlig, såsom vid epilepsi, och när en sjukdom med oklar ärftlighetsgång och arvsrisk föreligger, äro uppgifter även om friska medlemmar av släkten nödvändiga. En släkttavla upptagande far- eller (och) morföräldrar och såvitt möjligt dessas samtliga avkomlingar är ofta lämplig. Upplysningar om värdefulla egenskaper såsom påfallande begåvning eller duglighet böra alltid meddelas.

Även när sterilisering sökes på grund av medicinska eller sociala skäl (Olämplighet att vårda barn), böra åtminstone kortfattade uppgifter om hereditet lämnas. I fall av asocialitet äro uppgifter om psykisk abnormitet, asocialitet och kriminalitet i släkten betydelsefulla.

Social utredning. Vid social indikation, d. v. s. då vederbörande på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller rubbning av själsverksamheten eller ock på grund av asocialt levnadssätt kan anses vara för framtiden uppenbart olämplig att handhåva vårdnaden om barn, är den sociala utredningen särskilt viktig. Är indikationen huvudsakligen betingad av asocialt levnadssätt, bör om möjligt av utredningen framgå, huruvida asocialiteten kan anses väsentligen bero på ärftliga anlag eller vara miljöbetingad.

Medicinsk utredning. Vid medicinsk indikation måste det sjukdomstillstånd, kroppsfel eller svaghetstillstånd som åberopas ägnas en för fallets bedömande tillräcklig beskrivning. Är indikationen uteslutande eller övervägande medicinsk, d. v. s.

finnas varken eugeniska eller sociala skäl av betydelse, bör huvudvikten givetvis läggas på den rent medicinska utredningen.

Blandad indikation. Det må påpekas, att vid blandad indikation uppgifter alltid böra lämnas om de olika skäl, som vart för sig eller sammantagna kunna utgöra grund för ingreppet. Så böra vid psykisk sjukdom, som av undersökaren anses utgöra tillräcklig medicinsk indikation, uppgifter lämnas även om hereditet och social anpassningsförmåga, särskilt förmåga att vårda barn. Omvänt böra, när tillräcklig eugenisk eller social indikation anses föreligga, uppgifter lämnas även om eventuellt förhandenvarande medicinska skäl.

Rättskapacitet. Om den undersökte icke själv gjort ansökan eller lämnat sitt samtycke till operationen, måste av den psykiska undersökningen framgå, huruvida han är rättskapabel (d. v. s. i stånd att lämna giltigt samtycke) eller icke. Rättsinkapacitet får anses föreligga, om rubbningar i en persons förstånds-, känslö- eller viljeliv kunna antagas utöva inflytande på rättshandlingen, d. v. s. samtycke till steriliseringsåtgärden.

Läkarutlåtande

(enligt 1 § tredje stycket jämfört med 3 § andra stycket lagen den 23 maj 1941 om sterilisering) angående rättskapabel kvinna, som på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel anses böra steriliseras, avgivet av den läkare, som skall utföra ingreppet, samt annan läkare i den tjänstställning, Konungen föreskrivet.¹

Sterilisering utan tillstånd av medicinalstyrelsen är medgiven endast: a) på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel hos rättskapabel kvinna (3 § andra stycket lagen den 23 maj 1941 om sterilisering), b) på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinna vid samtidigt avbrytande havandeskap enligt abortlagens s. k. nödfallsparagraf (5 § lagen om sterilisering jfr 7 § lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap).

Formulär A.

Avser de fall, då sterilisering verkställs utan samtidigt avbrytande av havandeskap. Utföres sterilisering samtidigt med avbrytande av havandeskap på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel, är ifyllandet av formulär B. här nedan tillfyllest.

Utlåtandet avser:

Fullständigt namn (för gift eller fränskild kvinna även flicknamn)

Född den.....år..... Civilstånd: ogift, gift, änka, fränskild.

Yrke eller samhällsställning:.....

(För gift kvinna mannens)

Vistelseort:.....

Hemort:.....

Kommun och län

1. Identiteten har styrkts genom

2. Kvinnans hereditet, föregående somatiska och psykiska hälsotillstånd samt livsföring.

Varpå grundas nedanstående uppgifter? (Handlingar, varav läkaren tagit del. - Muntliga upplysningar med angivande av sagesmäns namn. - Egen kännedom om kvinnan.)

- a) Hereditära förhållanden av mera anmärkningsvärd art (ärftliga psykiska och somatiska sjukdomar eller lyten inom släkten.)

¹⁾ Se 6 § K. kung. den 13 juni 1941 med tillämpningsföreskrifter till lagen den 23 maj 1941 om sterilisering! (Transumt å blankettens sista sida.)

Med. Styr. Form. nr 146. Fatst. 27/6 1941.

- b) Kvinnans levnadsförhållanden och föregående hälsotillstånd.
Första barnåren? - Skolgång. (Vilken art av skola? Antal genomgångna klasser? Avgång enl. § 48 folkskolestadgan?)
- Konfirmation? (Betyg?) Sysselsättning som vuxen? - Gifttermål - (När? Äktenskapliga förhållanden?) - Kriminalitet?
- Begåvning? Egenheter i lynne, böjelser eller levnadsvanor? - Missbruk av alkohol eller andra gifter? - Allvarigare sjukdomar? - Längre tids sjukhus- eller anstaltsvård? (När? Var? Anledningen?)
- c) Menstruation?
- d) Havandeskap? (Antalet fullgångna och förtidiga bördor eller missfall jämte tiden för desamma?)
- e) Nuvarande kroppslig sjukdom eller kroppsfel.
Kort beskrivning av tillståndet med angivande av sjukdomens eller kroppsfellets inträde och viktigare yttringar.

8. Nuvarande tillstånd.

När och var företogs undersökningen?

a) *Psykisk undersökning:*

Härunder lämnas en kortfattad skildring av kvinnans allmänna uppträdande och stämningsläge, uppmärksamhet, uppfattningsförmåga, inpräglingsförmåga och övriga minnesfunktioner samt omdömesförmåga. Vidare angives, huruvida sinnesvillor, tankevillor eller tvångsfenomen kunnat konstateras. Föreligger psykisk undermålighet, skall undersökning av den intellektuella utrustningen verkställas och protokoll över undersökningen bifogas.

b) *Hava psykiska rubbningar eller avvikelser konstaterats, angives huruvida kvinnan likväl är att anse som rättskapabel samt de skäl, varpå denna slutsats grundats.*

c) *Kroppsansökning:*

Kroppskonstitutionens allmänna typ (asthenisk, pyknisk, atletisk eller blandtyp) och näringstillståndet.

Det sjukdomstillstånd eller kroppsfel, som anses utgöra förutsättningen för sterilisering, ägnas en mera utförlig beskrivning.

På grund av vad sålunda blivit oss meddelat och av vad som framgått vid den av oss verkställda undersökningen förklara vi,

att.....från.....
 lider av sådan sjukdom¹), sådant kroppsfel¹⁾ (.....) som
 avses i 1 § tredje Diagnos
 stycket lagen den 23 maj 1941 om sterilisering och att förutsättningarna för
 sådant ingrepp å henne äro för handen. Detta intygas på heder och samvete.

.....den.....19.....

Operatör²⁾

Tjänstetitel:..... Tjänstetitel:.....

Adress:..... Adress:.....

Formulär B.

Avser de fall, då havandeskap hos kvinnan samtidigt avbrytes enligt 4 § första stycket lagen den 17 juni 1938 om sådant ingrepp.

Under hänvisning till innehållet i av oss den.....19.....avgivet,
 härmed samtidigt översänt ullåtande enligt 4 § första stycket lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap

rörande.....från.....
 förklara vi,
 att hon lider av sådan sjukdom¹), sådant kroppsfel¹⁾ (.....) som
 avses Diagnos
 i 1 § tredje stycket lagen den 23 maj 1941 om sterilisering och att förutsätt-
 ningarna för sådant ingrepp å henne äro för handen. Detta intygas på heder
 och samvete.

.....den.....19.....

Operatör²⁾

Tjänstetitel:..... Tjänstetitel:.....

Adress:..... Adress:.....

¹⁾ Det icke tillämpliga överstrykes.

²⁾ Har operatören särskilt medgivande av medicinalstyrelsen anges detta.

Bevis om samtycke till sterilisering

Undertecknad, vilken lider av sådan sjukdom ¹⁾, sådant kroppsfel ¹⁾, som enligt omstående utlåtande utgör laglig grund för sterilisering, förklarar härmed att jag av fri vilja underkastar mig sådant ingrepp.

.....den19.....

Adress:

Egenhändig namnteckningen bevittna:

.....

1) Det icke tillämpliga överstrykes.

Transumt av Kungl. kungörelsen den 13 juni 1941 med tillämpningsföreskrifter till lagen den 23 maj 1941 om sterilisering.

6 §.

Behörighet att avgiva sådant utlåtande angående sterilisering på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel, varom förmäles i 3 § andra stycket lagen om sterilisering, tillkommer, förutom såsom i nämnda lagrum stadgas den läkare som utför ingreppet, förste provinsialläkare, provinsialläkare, extra provinsialläkare, stadsläkare, stadsdistriktsläkare, köpingsläkare, municipalläkare, lasarets- och sjukstugeläkare, sjukvårdsläkare och hjälpverksamhetsläkare vid sinnessjukhus samt läkare som innehar tjänsteställning jämförlig med de nämndas.

Utlåtandet skall vara avfattat enligt fastställt formulär.

Sterilisering må ej med stöd av sådant utlåtande verkställas, sedan ett år förflutit från den dag då handlingen är dagtecknad.

Berättelse

om verkställd sterilisering enligt lagen den 23 maj 1941 om sådant ingrepp.

(Enligt 7 § Kungl. kungörelsen den 13 juni 1941)

Den steriliserades fullständiga namn:

Födelseår och dag:

Hemort (kommun och län):

Beträffande kvinna anges:

Antal föregående förlossningar:

» » förtidsbörder:

» » aborter:

I. Har ingreppet verkställts efter tillstånd av medicinalstyrelsen, anges här dag och år för styrelsens beslut:

II Har ingreppet verkställts å kvinna efter det medicinalstyrelsen meddelat tillstånd till avbrytande av havandeskap under villkor att å kvinnan jämväl företoges sterilisering, anges här dag och år för styrelsens beslut:

III. Har ingreppet verkställts å rättskapabel kvinna efter det de läkare, som avses i

3 § ¹⁾ andra stycket lagen den 23 maj 1941 om sterilisering, i behörig ordning

avgivet utlåtande i ämnet anges här dag och år, då utlåtandet avgavs.

a) Utlåtande enligt formulär A:

B) Utlåtande enligt formulär B:

IV Har ingreppet verkställts å kvinna enligt bestämmelserna i 5 § ¹⁾ lagen den 23 maj 1941 om sterilisering samtidigt med avbrytande av havandeskap enligt 7 § lagen den 17 juni 1938 om sådant ingrepp, skall en kortfattad motivering här anföras:

Ingreppet verkställdes den år

(Sjukhusets namn)

¹⁾ Se transumt å nästa sida!

Utfört ingrepp
(Kort operationsberättelse)
.....
.....
.....
.....

Har havandeskap avbrutits samtidigt eller i samband med sterilisering, skall
här angivas, att särskild berättelse härom avgivits.....

Efterförloppet:
.....
.....

Kvinnan lämnade sjukhuset den

..... den..... 19.....

.....

Operatör

Tjänstetitel:.....

Utdrag ur

MEDDELANDEN FRÅN KUNGL. MEDICINALSTYRELSEN

Nr 93 [1947]

Råd och anvisningar
rörande
tillämpning av 1941 års steriliseringslag
och abortlagen.
till läkare och övriga medverkande

(Reviderad upplaga)

Obs! Denna upplaga innehåller avsevärt mer än föregående och be-
träffande abortlagen i anslutning till vidtagna ändringar i lagstiftningen
delvis andra anvisningar. Medicinalstyrelsen får därför hemställa, att
till undvikande av misstag exemplar av tidigare upplagor måtte undan-
läggas eller makuleras.

De upplysningar, som förekomma, betingas av att boken även är av-
sedd som uppslagsbok. Den relativa utförligheten är liksom utförlighe-
ten i givna lagbestämmelser betingad av ämnets stora vikt.

A. B. NORDISKA BOKHANDELN
I DISTRIBUTION

Betydelsen av sterilisering och abort för samhället och den enskilde.

Sterilisering har i vissa avseenden en mycket stor samhällelig betydelse. Detta gäller särskilt ur arvshygienisk synpunkt, i synnerhet som sterilisering av sinnesslöa i tillräcklig omfattning kommer att medföra en minskning av sinnesslöhetens frekvens i befolkningen. Den sterilisering, som företagas av sociala skäl, är ur samhällets synpunkt också mycket väsentlig, då därigenom förhindras tillkomsten av barn, som skulle komma att uppväxa under mycket ogynnsamma förhållanden. Rent objektivt sammanfalla naturligtvis samhällets och den enskildes intressen i flertalet fall av sterilisering på såväl arvshygieniska som sociala grunder, då steriliseringen i hög grad är ägnad att förebygga socialt elände. Sterilisering av kvinna på medicinska grunder har givetvis sin största betydelse för kvinnan själv, ehuru det även ur samhällets synpunkt är väsentligt, att hennes liv eller hälsa sparas genom förhindrandet av havandeskap, som skulle äventyra dessa.

Abort av arvshygieniska skäl har ur samhällets synpunkt lika stor betydelse som sterilisering på samma grund, då den endast utgör en uppskjuten sterilisering och författningen skall kombineras med sådan, då ingreppet verkställs. I fråga om abort av rent medicinska skäl gäller detsamma som nyss sagts om sterilisering på samma grunder. I det stora antal fall av abort, som numera utföres på grund av nedfatt krafttillstånd hos kvinnan och där kraftnedsättningen i stor utsträckning beror på sociala missförhållanden, har ingreppet sin största betydelse för den enskilde. Aborten är här att betrakta som en nödfallsutväg. Det är också att hoppas, att den kuratorsverksamhet i abortförebyggande syfte, som nu är under utveckling, avsevärt skall kunna begränsa antalet aborter på den senast angivna grunden. De legala aborter, som utföres på grund av att havandeskapet tillkommit genom lagbrott, äro så få, att de knappast ha någon betydelse för samhällets vidkommande.

I den mån de legala aborterna begränsa de kriminella abortörernas skadliga verksamhet ha de självfallet en mycket stor betydelse ur det allmännas synpunkt.

Råd och anvisningar rörande tillämpning av 1941 års steriliseringslag.

(Lagen den 23 maj 1941 om sterilisering.)

Med hänsyn till de erfarenheter, som numera föreligga rörande tillämpningen av gällande steriliseringslag har medicinalstyrelsen ansett det erforderligt att i bearbetad form åter utgiva de råd och anvisningar rörande lagens tillämpning, som utgavos 1943.

Steriliseringens innebörd.

Med sterilisering i vidsträcktaste mening förstås varje medicinskt ingrepp, varigenom en person berövas förmågan att fortplanta sig. Detta kan som bekant ske genom kastrering, som innebär antingen ett operativa avlägsnande av könskörtlarna eller förstöring av den könszellproducerande vävnaden genom röntgen- eller radiumbestrålning och som utom upphävd fortplantningsförmåga oftast medför även fysiska och psykiska förändringar sammanhängande med bortfallet av könskörtlarnas insöndringsfunktioner. Kastrering är numera reglerad i särskild lag (lagen den 24 mars 1944 om kastrering). Med sterilisering menas emellertid numera allmänt icke kastrering utan ett annat ingrepp, som endast hindrar könscellerna att nå sin bestämmelseort (sterilisering i inskränkt bemärkelse). I gällande steriliseringslag förklaras uttryckligen, att »med sterilisering förstås i denna lag, icke kastrering».

Ingreppet utföres vanligen genom att ett stycke av de könscllofförande kanalerna operativa avlägsnas. Icke operativa metoder användas i Sverige ej för sterilisering i lagens mening. Sterilisering i denna inskränkta bemärkelse medför i motsats till kastrering inga andra direkta bortfallssymtom än att fortplantningsförmågan upphäves. Såväl könsdriften som förmågan till könsumgänge och alla fysiska och psykiska förnimmelser i samband därmed bli sålunda bibehållna.

Sterilisering av mannen är ett mycket lindrigt operativa ingrepp och praktiskt taget fullständigt riskfri. Hos kvinnan är operationen på grund av äggledarnas läge inuti bukhålan ett större ingrepp och därför förenad med en viss risk. Denna är i allmänhet obetydlig, såvida ej kroppslig sjukdom eller svaghet gör varje operation riskabel.

Nu gällande steriliseringslag antogs av riksdagen den 26 april 1941, utfärdades den 23 maj och trädde i kraft den 1 juli samma år.

Rättsinkapacitet.

I olikhet med 1934 års steriliseringslag, som omfattade endast varaktigt rättsinkapabla, omfattar nu gällande lag såväl rättsinkapabla som rättskapabla.³ Beträffande rättskapabel person kan sterilisering icke äga rum utan vederbörandes samtycke. Rättsinkapabel person må steriliseras, även om han icke samtyckt därtill. Någon skillnad mellan varaktig och tillfällig rättsinkapacitet göres icke i lagen, detta av den anledningen, att det kan vara ytterst vanskligt att bestämt förutsäga, huruvida förefintlig rättsinkapacitet är varaktig eller icke. Då förslaget till lagen framlades, utgick emellertid departementschefen ifrån att medicinalstyrelsen, på vilken prövningen, huruvida sterilisering må äga rum eller icke, i flertalet fall ankommer (se härom mera nedan!), icke komme att giva tillstånd till sterilisering av någon, som ej själv kunde bedöma inbörden av ingreppet, om gott hopp funnes, att han skulle tillfriskna. Detta gäller givetvis i främsta rummet om sådana fall, då en person icke själv önskar sterilisering eller då hans önskan därom kan antagas vara påverkad av en möjligen övergående själslig rubbning. En stor fördel är det, att det i de många fall, då en person själv ansökt om sterilisering eller lämnat samtycke därtill, i allmänhet icke behöver avgöras, om han är rättskapabel eller icke. Frågan om rättskapacitet vid sterilisering, som tidigare ofta beredde svårigheter vid medicinalstyrelsens prövning och var en stötesten vid läkares prövning av sterilisering i annan ordning, befinner sig även i annat avseende numera i ett betydligt bättre läge, enär flertalet av fallen bli underkastade enhetlig och sakkunnig prövning.

Ehuru frågan om rättskapacitet sålunda icke längre är av så avgörande betydelse vid tillämpningen av steriliseringslagen, är den likväl alltså synnerligen viktig, dels i sådana fall, där sterilisering av en person sökes utan hans samtycke, dels i vissa fall, som få avgöras av tvenne läkare. Det synes därför erforderligt att i korthet ingå på denna fråga. Av lagen framgår icke, när en person i lagens mening skall anses vara rättsinkapabel och därmed på grund av rubbad själsverksamhet sakna förmåga att lämna giltigt samtycke till sterilisering. I motiven till 1934 års steriliseringslag anges, att förutsättningarna härför skola bedömas enligt de i allmänhet gällande rättsgrundsatserna. Rättskapaciteten vid samtycke till sterilisering skall alltså bedömas enligt samma

³ Medicinalstyrelsen bortser här från den teoretiska skillnaden mellan rättskapacitet och rättslig handlingsförmåga. Då det här och i fortsättningen talas om rättskapacitet eller rättsinkapacitet avses rättslig handlingsförmåga respektive frånvaro av sådan.

principer som vid andra rättshandlingar av civil karaktär, exempelvis ingående av avtal. För att rättslig handlingsförmåga skall anses föreligga vid en rättshandling, skola följande villkor vara uppfyllda: Vederbörande skall ha insikt om handlingens innebörd och konsekvenser. Handlingens motivering skall vara opåverkad av den rubbade själsverksamheten.

Frågan om rättskapacitet vid sterilisering bör bedömas enligt följande överväganden.

Gäller det en sinnessjuk eller en person, som lider av annan rubbning av själsverksamheten, varmed merendels avses psykopati, är första frågan man har att göra sig denna: Har vederbörande rent förståndsmässigt en klar insikt om vad saken gäller? Sådan insikt förefinnas icke enbart därigenom att han förstår, att han efter sterilisering icke kan få barn; det måste även krävas, att han har en viss uppfattning både om åtgärdens betydelse för honom själv och samhället och om motiven för densamma. Har han icke denna insikt eller kan han icke bibringas den, är inkapaciteten uppenbar. Förefinnes å andra sidan en sådan insikt, kan man icke utan vidare draga den slutsatsen, att vederbörande är rättskapabel. Nästa fråga blir då: Förefinns i den sjukes vilje- eller känsloliv sådana rubbningar, att de kunna antagas inverka på hans avgörande i den ifrågavarande angelägenheten? Vad beträffar rubbningar i viljelivet, så kunna dessa vid vissa former av sinnessjukdom vara så uttalade, att de uppenbarligen medföra rättsinkapacitet. Äro viljerubbningarna mindre uttalade, såsom hos en del viljesvaga och lättleda psykiskt abnorma, kan avgörandet, huruvida de skola anses ha något inflytande på rättskapaciteten, vara vanskligt nog. Beträffande rubbningar i känslolivet ha dessa minst lika stort inflytande på rättskapaciteten som rubbningarna i viljelivet, om inte rent av större. Sålunda finns det en hel grupp av psykiska sjukdomstillstånd, som utgöras av primära rubbningar i känslolivet, nämligen de manisk-depressiva psykoserna. Det är alldeles uppenbart, att en av melankoli lidande person i känslan av sitt mindervärde - även om han rent förståndsmässigt fattar sakens innebörd - kan intaga en helt annan ståndpunkt än vad han skulle ha gjort i friskt tillstånd.

Bedömandet av rättsinkapaciteten hos sinnesslöa sker givetvis efter samma principer som beträffande sinnessjuka och övriga psykiskt abnorma, ehuru avgörandet i de flesta fall är mindre svårt än i fråga om dessa. Är den psykiska efterblivenheten så uttalad, att den sinnesslöe intellektuellt anses motsvara en 12-årigs nivå eller därunder, utgår man i allmänhet ifrån att vederbörande är rättsinkapabel. En förutsättning är givetvis, att en så grundlig och sakkunnig undersökning verkställts, att intelligensnivån kan bedömas med tillräcklig säkerhet. Under denna intelligensnivå är förmågan att rent förståndsmässigt fatta, vad

saken gäller, mycket begränsad. Här må ännu en gång betonas, att en verklig insikt om steriliseringens konsekvenser för individ och samhälle innebär vida mer än det enkla fattandet, att ingreppet medför oförmåga att avla barn. Beträffande de fall, vilkas intellektuella nivå ligger över 12-årsålderns är bedömningen svårare. Det räcker då icke att enbart eller huvudsakligen beakta den intellektuella utvecklingen, utan hänsyn måste även tagas till eventuella rubbningar inom känslor och viljelivet. Bedömningen måste med andra ord ske enligt samma överväganden som beträffande de sinnessjuka och psykiskt abnorma.

Det må här framhållas, att medicinalstyrelsen med sitt uttalande, att de psykiskt efterblivna, som stannat vid en intellektuell utvecklingsnivå motsvarande 12-årsålderns eller därunder, äro att anse som rättsinkapabla, icke tagit ställning till frågan, vilka som äro att anse som sinnesslöa i steriliseringslagens mening och än mindre i allmänhet.

Indikationerna

Beträffande indikationerna gäller, att nästan all sterilisering nu är i lag reglerad. Undantagna äro endast sådana fall, där ingrepp i könsorganen, som komma att medföra sterilitet, företages av terapeutiska skäl på grund av sjukdom i dessa organ, samt kastrering, som är reglerad i särskild lag (se ovan!). Sterilisering i lagens mening är alltså ett sådant ingrepp i könsorganen, där steriliteten är ändamålet med ingreppet och icke så att säga en biprodukt. Indikationerna för sterilisering enligt nu gällande lag kunna vara av eugenisk, social och medicinsk natur.

Eugenisk indikation föreligger, då någon med skäl kan antagas komma att genom arvsanslag på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller ock svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag.

Social indikation föreligger, då någon på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller ock på grund av asocialt levnadssätt prövas vara för framtiden uppenbart olämplig att handhava vårdnaden om barn.

Medicinsk indikation föreligger, då det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinna är påkallat, att hon steriliseras för att förebygga havandeskap, som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

Eugenisk indikation

Steriliseringslagen omfattar alla de fall, då sterilisering av eugeniska skäl kan anses böra ifrågakomma, sålunda ej blott sinnessjukdom och

sinnesslöhet utan även svår kroppslig sjukdom eller svårt lyte, exempelvis blödarsjuka, ärftlig blindhet och ärftlig dövstumhet.

Det är önskvärt, att den intygsgivande läkaren själv kan bilda sig en uppfattning om bärkraften av eugeniska skäl för sterilisering, åtminstone i ej allt för svårbedömda fall. Han kan då icke blott tillstyrka eller avstyra en ansökan, utan han kan också å ena sidan avstyra uppenbarligen alltför svagt grundade ansökningar, å andra sidan stimulera till befogade och önskvärda ansökningar. Att här lämna en ingående handledning skulle föra för långt, men några enkla principiella synpunkter och påpekanden kunna vara på sin plats.

Eugeniska skäl för ofruktbarhet äro sällan absoluta, d. v. s. det förhåller sig ytterligt sällan så, att en persons barn samtliga måste väntas bli sjuka eller defekta. Över huvud är det praktiskt taget aldrig möjligt att bestämt förutsäga barnens beskaffenhet i de enskilda fallen. I allmänhet förefinnas en *arvsrisk*. Vid enkel dominant ärftlighetsgång och i vissa fall av könsbunden nedärvning är denna stor. Vid recessiv och mera komplicerad nedärvning är risken för barnen mindre men starkt växlande; vid släktgiften är den mer eller mindre kraftigt ökad. Arvsriskens storlek kan vanligen ej preciseras i det enskilda fallet. Stor betydelse har den ur ett stort material beräknade *genomsnittliga insjukningssannolikheten*; man kan, när den är känd, ställa en empirisk arvsprognos. Vid ärftlig sinnesslöhet hos en av föräldrarna är t. ex. insjukningssannolikheten för barnen ungefär 30 %; vid schizofren sinnessjukdom anses den enligt nyare forskningar vara 16 %. Härvidlag finnas starka eugeniska skäl för sterilisering. Vid sällsynta recessiva sjukdomar får man tillsvidare nöja sig med mera teoretiska beräkningar. Vid ärftlig dövstumhet hos den ena av föräldrarna kan t. ex. insjukningsrisken för barnen antagas ligga under 1,5 %; vid den vanligaste formen av den ärftliga blindhet, som vanligen kallas retinitis pigmentosa, kan den uppskattas till 0,7 % eller mindre. I sådana fall finnas bestämda eugeniska skäl för sterilisering vid släktgiften; annars äro skälen ej starka. Vid mycket sällsynta recessiva defekter är arvsrisken vid förbindelser utom släkten ännu mycket mindre eller så gott som obefintlig.

Insjukningsrisken för barnbarn och syskonbarn är mycket mindre än för barn.

Om en person, som själv är fullt frisk, tillhör en släkt med ärftlig belastning, om t.ex. en av hans föräldrar eller något eller några av hans syskon är sinnessjuk, är risken för hans barn i allmänhet obetydlig. Detta gäller ej vid könsbundet arv, t.ex. blödaresjuka, ej heller då en person redan har fött ett sjukt barn och därigenom visat sig vara en, åtminstone i förbindelse med en bestämd annan person, farlig anlagsbärrare.

Det gamla begreppet hereditär belastning är överhuvud föråldrat och medger vanligen inga bestämda slutsatser. För utredningen är det dock viktigt, att uppgifter om alla kända fall i släkten lämnas.

Hänsyn måste tagas icke blott till insjukningssannolikheten utan också till sjukdomens svårhetsgrad. När sjukdomen är relativt lindrig, bör en större arvsrisk krävas än när den är svår, då även mindre nedärvningsrisk kan anses tillfyllest.

I många fall äro nedärvningssättet och arvsriskens storlek icke närmare kända, eller det är ovisst, i vilken grad en sjukdom beror på ärftliga och på yttre faktorer. Av en till synes enhetlig ärftlig sjukdom kan det också finnas former med olika ärftlighetsgång eller med olika starkt beroende av yttre inflytelser. Att stundom samma sjukdomssymtom kan vara en yttring såväl av ärftliga anlag som av yttre faktorer, behöver knappast påpekas. Dessa förhållanden viga vikten av en grundlig släktutredning, som kan vara nödvändig för att bedöma de eugeniska skälens styrka.

Det bör slutligen betonas, att utsikterna att genom sterilisering mera avsevärt minska ärftliga sjukdomars och defekters förekomst i befolkningen med ett viktigt, nedan nämnt undantag i allmänhet äro mycket begränsade. De eugeniska skälen förlora ej i betydelse härigenom, ty det är ur både enskild och allmän synpunkt befogat och önskvärt att i varje enskilt fall förhindra tillkomsten av en avkomma med ärftliga sjukdomar, framför allt av sjuka och undermåliga barn.

Sinnesslöheten intar i detta avseende en särställning. På grund av dess vanlighet, dess tidiga manifestation, ärftlighetens stora betydelse och andra omständigheter finnas här utsikter, att ett förhindrande av fortplantning skall medföra en betydelsefull minskning redan på ett par generationer. En förutsättning härför är, att alla eller åtminstone det stora flertalet ej effektivt internerade sinnesslöa steriliseras och att detta sker, innan de fått några barn. Vikten härav är så mycket mera uppenbar som de sociala skälen äro lika starka som de eugeniska.

Det är alltså utan minsta tvekan i fråga om de sinnesslöa som sterilisering har sin ojämförligt största betydelse. Den i tillämpningsföreskrifterna till steriliseringslagen stadgade skyldigheten för vissa tjänsteläkare att vidtaga åtgärder för sterilisering (se härom närmare nedan!) har främst till syfte att åstadkomma en ökad sterilisering av sinnesslöa. *Det skall här kraftigt understrykas, att det, för att steriliseringslagen skall få åsyftad verkan, är synnerligen angeläget, att denna föreskrift uppmärksammas och tillämpas i största möjliga utsträckning.* Lika betydelsefullt är, att statliga och kommunala anstalter och myndigheter, särskilt fattigvårdsstyrelser och barnavårdsnämnden, som genom sin verksamhet äga kännedom om fall, i vilka sterilisering är önskvärd eller bör övervägas, i tillräcklig omfattning göra ansökan om

sterilisering av sinnesslöa - vartill bland annat fattigvårdsstyrelser och barnavårdsnämnder under vissa förutsättningar äro berättigade - eller föranstalta om att dylik ansökan blir gjord eller göra sådan framställning om läkarundersökning, som i nyssnämnda stadgande omtalas. Dessa möjligheter böra givetvis utnyttjas även i fråga om sinnessjuka, ehuru samma allmänna effekt av sterilisering här ej kan väntas, och icke minst i fråga om vissa svåra psykopater, om vilka sistnämnda mycket av det, som sagts om sinnesslöa, sannolikt gäller, ehuru ingenting mera bestämt kan sägas om effekten av sterilisering på kommande släktled.

Social indikation.

Denna indikation föreligger, som redan nämnts, då någon på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själverksamheten eller ock på grund av asocialt levnadssätt prövas vara för framtiden uppenbart olämplig att handhava vårdnaden om barn. Oförmågan att handhava vårdnaden kan sålunda hava medicinsk eller sociologisk grund. Att asocialt levnadssätt upptagits som fristående förutsättning, innebär en vidgning av den sociala indikationen i jämförelse med den äldre lagen. I princip är denna vidgning knappast av mera djupgående art emedan asocialt levnadssätt av det slag, som här avses, oftast sammanhänger med själslig rubbning, men vidgningen har en ej ringa praktisk betydelse, ty sådan rubbning behöver nu ej direkt påvisas. Det är dock för fallens bedömande och dessutom för materialets bearbetning önskvärt att upplysningar meddelas, som tillåta slutsatser rörande förefintlighet av sinnesslöhet, sinnessjukdom eller psykopati. Det bör även om möjligt av utredningen framgå, huruvida asocialiteten kan anses väsentligen bero på ärftliga anlag eller vara miljöbetingad.

Då den sociala indikationen utgöres av varaktig olämplighet att handhava vårdnaden om barn och begreppet *vårdnad* mycket ofta missförståtts, är det nödvändigt att litet närmare beröra detta. Vanligast är, att vårdnad identifieras med vård och då särskilt vård av späda barn. Det har sålunda förekommit, att sinnesslö kvinna, som tillfredsställande kunnat amma och tvätta barnkläder, ansetts lämplig att handhava vårdnaden om barn. *Vårdnad om barn* är emellertid ett juridiskt mera vidsträckt begrepp och utgör sammanfattningen av de rättsliga skyldigheter och befogenheter, som stadgats i och för barns vård och fostran. Jämte rätten och skyldigheten att sörja för barnets materiella och andliga behov innebär vårdnaden jämväl viss rätt att bestämma över barnets personliga angelägenheter. Barnet är föremål för vårdnad, intill dess det fyllt 21 år eller ingått äktenskap. Beträffande *barn i äktenskap* tillkommer vårdnaden båda föräldrarna i förening, därest icke domstol vid

hemskillnad eller skilsmässa eller av annan anledning förordnat, att endera av föräldrarna skall ha vårdnaden. Bör ingendera av föräldrarna ha vårdnaden, överflyttas denna på särskilt förordnad förmyndare. Dör en av föräldrarna, tillkommer vårdnaden den andra. Äro båda döda, har förmyndaren vårdnaden. Beträffande *barn utom äktenskap* har modern vårdnaden, såvitt icke domstol förordnat fadern eller särskilt förordnad förmyndare att ha den. Dör modern, skall vårdnaden överflyttas på fadern eller särskilt förordnad förmyndare. Det må framhållas, att vårdnaden ingalunda alltid utövas av den, hos vilken barnet vistas. Ej heller överflyttas vårdnaden på barnavårdsnämnd på grund av någon dess åtgärd beträffande barnet. Härom anföra ärvdabalkssakkunniga i sitt 1946 avgivna förslag till föräldrabalk bland annat: »Enligt gällande rätt medför den omständigheten att barnet erhåller vård och fostran hos annan än den lagbestämda vårdnadshavaren icke någon förändring beträffande den rättsliga vårdnaden. Detsamma är förhållandet, då enligt beslut av barnavårdsnämnd barnet skilts från föräldrahemmet eller då det intagits i straff- eller tvångsuppfostringsanstalt. Har särskilt beslut om vårdnadens överflyttning icke meddelats, återfår alltså vårdnadshavaren den fulla vårdnaden i den mån de av de faktiska förhållandena be-
tingade inskränkningarna däri bortfalla».

Medicinsk indikation.

Sådan indikation föreligger som nämnts, då det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet *hos kvinna* är påkallat, att hon steriliseras för att förebygga havandeskap, som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Denna indikation ansluter sig till bestämmelserna om abort på medicinsk indikation enligt 1 § första stycket 1) i nu gällande abortlag. Liksom motsvarande bestämmelse i abortlagen omfattar ifrågavarande bestämmelse i steriliseringslagen icke blott rent medicinska indikationer (sjukdom och kroppsfel) utan även blandad medicinsk-social (svaghet), varmed avses även »utsläpade mödrar» och liknande fall. Det torde emellertid böra framhållas, att skälen åtminstone beträffande sjukdom och svaghet oftast måste vara starkare vid sterilisering än vid abort, detta särskilt i fråga om yngre kvinnor. Sålunda kan det väl inträffa, att en sjukdom under ett pågående havandeskap utgör en allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa men att den vid ett havandeskap längre fram i tiden icke behöver innebära någon allvarlig risk. Detsamma gäller naturligtvis även beträffande svaghet.

På grund av missförstånd, som yppat sig, må här särskilt framhållas, att *den medicinska indikationen* endast avser kvinnor. En man kan sålunda icke lagligen steriliseras av medicinska skäl, såvitt det icke rör

sig om terapeutiskt ingrepp i könsorganen på grund av sjukdom i dessa, vilket ingrepp icke är i lag reglerat men givetvis tillåtet.

Framhållas må också, att lagen icke medger sterilisering av ena maken i stället för den andra, om det är hos denne senare indikationen föreligger.

Behörighet att lämna tillstånd till sterilisering m. m.

Sådan behörighet tillkommer med två undantag endast medicinalstyrelsen. Sterilisering utan tillstånd av medicinalstyrelsen är medgiven:

- 1) på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsdel hos rättskapabel kvinna,*
- 2) på grund av sjukdom eller kroppsdel hos kvinna (rättskapabel eller icke) vid samtidigt avbrytande av havandeskap enligt abortlagens s. k. nödfallsparagraf.*

I det förra fallet stadgar lagen, att steriliseringen får företagas, därest den läkare, som utför ingreppet, samt annan läkare i den tjänsteställning, Konungen föreskrivet (se härom 6 § tillämpningskungörelsen till steriliseringslagen), i skriftligt utlåtande med angivande av grunden för åtgärden förklarat förutsättningarna för densamma vara för handen. Att märka är, att den sjukdom, som åberopas, måste vara *kroppslig* och att kvinnan måste vara *rättskapabel*. Observeras må också, att tvenne läkare icke äro behöriga att lämna tillstånd till sterilisering *på grund av svaghet* hos kvinnan. I sådant fall skall tillståndet inhämtas hos medicinalstyrelsen och ansökan därom göras i härför föreskriven ordning. Är det sålunda fråga om fall, då såväl abort som sterilisering anses böra företagas på grund av svaghet, kan tillstånd till aborten meddelas antingen av tvenne läkare eller av medicinalstyrelsen under det att tillstånd till steriliseringen endast kan meddelas av medicinalstyrelsen. Hänskjutas båda frågorna till medicinalstyrelsen, skola fullständiga ansökningshandlingar beträffande vartdera ingreppet insändas till styrelsen.

Beträffande *s. k. nödfall* stadgas i steriliseringslagens 5 §, att om det vid avbrytande, av havandeskap enligt 7 § abortlagen (den s.k. nödfallsparagrafen) finnes grundad anledning till antagande, att sjukdom eller kroppsfel, som föranleder ingreppet, kommer att vid nytt havandeskap medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa, den läkare, som utför ingreppet, samtidigt må företaga sterilisering av kvinnan utan hinder av eljest föreskrivet prövningsförfarande och utan hinder av bestämmelsen om var och av vem ingreppet skall utföras. Saknar kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet förmåga att Jämna giltigt samtycke, skall läkaren emellertid, om så kan ske utan menligt dröjsmål, inhämta samtycke av anhörig till henne. Det bör uppmärksammas, att

sådan sterilisering i samband med abort, utan vare sig medicinalstyrelsens tillstånd eller prövning av två läkare (vid kroppslig sjukdom etc., se ovan!), får företagas endast, när aborten verkställs enligt nödfallsparagrafen, däremot ej när havandeskapet avbrytes efter prövning av två läkare. - Det har i en del fall förekommit, att sådan sterilisering verkställts icke i samband med abort utan i samband med partus. Mot detta förfarande kan, såvida i övrigt de ovan angivna förutsättningarna (allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa vid nytt havandeskap) äro för handen, i sak knappast någon anmärkning riktas.

Medicinalstyrelsens beslut att meddela tillstånd till sterilisering kan icke överklagas. Däremot kunna besvär anföras hos Konungen över ett medicinalstyrelsens beslut, varigenom tillstånd till sterilisering vägrats. Besvärstiden är tjugo dagar, räknat från den dag, då beslutet meddelades.

I tillämpningskungörelsen stadgas, att *tillstånd till sterilisering är förfallet, om åtgärden icke verkställts inom ett år från den dag, då beslutet meddelats* (d. v. s. då skrivelsen om beslutet expedierats). Anses ingreppet böra utföras, efter det tillståndets giltighetstid förflutit, måste nytt tillstånd inhämtas och för ändamålet nya fullständiga ansökningshandlingar insändas till medicinalstyrelsen. Beträffande sterilisering, som skall verkställas med stöd av utlåtande av två läkare (se ovan!), må ingreppet icke verkställas, sedan ett år förflutit från den dag, då handlingen är dagtecknad.

Behörighet att hos medicinalstyrelsen göra ansökan om sterilisering.

Enligt 1 § tillämpningskungörelsen äro följande behöriga att hos medicinalstyrelsen göra ansökan om tillstånd till sterilisering:

1. den som avses med ansökningen;
2. för underårig den som har vårdnaden om honom;
3. för omyndigförklarad förmyndaren;
4. för den, som åtnjuter fattigvård eller vars make eller minderåriga barn åtnjuta sådan vård, fattigvårdsstyrelsen;
5. för den, som är föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen eller vars barn äro föremål för sådan åtgärd, barnavårdsnämnden;
6. för den, som behandlas vid en av det allmänna anordnad öppen läkarmottagning, av den för behandlingen ansvarige läkaren;
7. för den som är intagen å lasarett eller därmed jämförliga sjukhus, å sjukstuga eller å sinnessjukhus, av lasarettsläkaren, sjukstuguläkaren, sjukvårdsläkaren eller motsvarande läkare;
8. för den, som är intagen å annan allmän anstalt än som under 7 avses, av anstaltens läkare eller föreståndare;

9. vissa tjänsteläkare, nämligen: förste provinsialläkare, provinsialläkare, extra provinsialläkare, stadsläkare, stadsdistriktsläkare, köpingsläkare, municipalläkare samt hjälpverksamhetsläkare vid sinner sjukhus ävensom läkare, som innehar tjänsteställning jämförlig med de nu nämndas.

Härtill må följande korta kommentarer göras:

Ad 1. Det bör beaktas, att den som avses med ansökningen alltid är behörig att själv göra sådan, detta oberoende av såväl ålder som rättsskapacitet. Detta förfaringsätt bör också av både praktiska och psykologiska skäl komma i fråga i första hand. Göres ansökan sålunda av den som avses med densamma, kan det aldrig uppstå tvekan om behörigheten.

Ad 2. Om någon skall göra ansökan i egenskap av vårdnadshavare, måste det naturligtvis tillses, att vederbörande verkligen är den lagbestämde vårdnadshavaren. Till undvikande av upprepning hänvisas här till vad som anförts om vårdnad under rubriken »social indikation» (sid. 6). Är det fråga om barn i äktenskap och båda föräldrarna ha vårdnaden, böra de båda göra ansökningen. Kan detta av praktiska skäl ej ske, är fadern den som skall göra ansökningen, då denne icke blott i förening med modern har vårdnaden utan jämväl är barnets legale förmyndare. Till förekommande av misstag, som ej sällan inträffat, må framhållas, att fader till barn, som fyllt 21 år, icke är behörig att göra ansökan om sterilisering av barnet, såvitt han icke av domstol förordnats till dess förmyndare.

Ad 3. Bestämmelsen avser förmyndare för den, som fyllt 21 år. Förmyndare för underårig är också behörig att göra ansökan om sterilisering av myndlingen men då i egenskap av vårdnadshavare.

Ad 4. Som uttryckligen säges i bestämmelsen är fattigvårdsstyrelsens behörighet begränsad till sådan person, som åtnjuter fattigvård eller vars make eller minderåriga barn åtnjuta sådan vård. Då fattigvårdsstyrelse gör ansökan, bör det sålunda styrkas eller klart framgå av handlingarna, att den för behörigheten givna förutsättningen föreligger. Det har nämligen förekommit, att fattigvårdsstyrelse gjort ansökan om sterilisering utan att vara behörig.

Ad 5. Även barnavårdsnämnds behörighet är begränsad till vissa fall, nämligen sådana personer, som äro föremål för åtgärd enligt barnavårdslagen eller vars barn äro föremål för sådan åtgärd. På sätt som nyss sagts beträffande fattigvårdsstyrelse bör barnavårdsnämnds behörighet styrkas, då den gör ansökan. Även i fråga om barnavårdsnämnds behörighet ha misstag förekommit.

Ad 7. För att här stadgad behörighet skall föreligga, förutsättes givetvis, att den som avses med ansökningen är intagen på sjukvårdsinrättningen, då ansökningen inkommer till medicinalstyrelsen.

Ad 8. På grund av de upprepade misstag, som förekommit, må här framhållas, att bestämmelsen avser dem, som äro intagna å *allmän anstalt*, d. v. s. statlig eller kommunal. Läkare eller föreståndare vid enskilda anstalter (ex. enskilda sinnesslöanstalter och enskilda vårdhem) äro sålunda icke behöriga att i denna sin egenskap göra ansökan.

Ad 9. Det må här endast anmärkas, att behörigheten konstitueras av den tjänst vederbörande innehar eller uppehåller. En f. d. innehavare av tjänst är sålunda icke behörig.

Enär det upprepade gånger förekommit, att en man gjort ansökan om tillstånd till sterilisering av sin hustru, må här understrykas, att *endera maken icke är behörig att göra ansökan om sterilisering av andra maken*, såvitt den som gör ansökningen icke av domstol förordnats till förmyndare för den andre.

En ur praktisk synpunkt synnerligen viktig bestämmelse är den, att *särskild ansökan om sterilisering icke erfordras, då medicinalstyrelsen enligt 2 § tredje stycket lagen om avbrytande av havandeskap, d. v. s. på grund av arvsanlag hos kvinnan, meddelat tillstånd till sådan åtgärd under villkor att å kvinnan jämväl företagas sterilisering*. Är indikationen för abort sålunda uteslutande eller övervägande eugenisk, är det tillfyllest med enbart fullständiga abortansökningshandlingar. Om det icke är fullt klart, att tillräcklig eugenisk indikation finnes, men sterilisering under alla omständigheter förefaller önskvärd, bör särskild ansökan därom göras. Däremot är det oriktigt att, som emellanåt förekommit, insända endast ansökningshandlingar om sterilisering, då kvinnan är havande och jämväl abort avses. Gör man på sådant sätt, måste fullständiga aborthandlingar sedan införskaffas. Den tidsutdräkt, detta medför, kan äventyra abortingreppet, om havandeskapet befinner sig i närheten av den för ingreppet lagstadgade gränsen.

Ansökningsförfarandet.

Antalet ansökningar hos medicinalstyrelsen om tillstånd till sterilisering har år efter år ökat och är numera betydande. Som av vad redan anförts framgår ha ansökningshandlingarna ofta inkommit i ofullständigt skick. Detta har medfört dels ökad tidsutdräkt av ärendenas behandling, dels extra kostnader för statsverket. Medicinalstyrelsen vill därför framhålla *angelägenheten av att ansökningshandlingarna insändas i fullständigt skick*.

Vid ansökning om sterilisering äro följande handlingar obligatoriska:

1. *ansökan*
2. *åldersbetyg för den som avses med ansökningen,*
3. *yttrande av de personer, som enligt 3 § steriliseringslagen skola beredas tillfälle att yttra sig rörande ansökningen (Bil. I),*
4. *intyg av anförvanter, make eller andra rörande de omständigheter, som äro av betydelse för sakens bedömande, (Bil. II) samt*
5. *intyg av legitimerad läkare angående verkställd undersökning (Bil. III).*

Enligt Kungl. Maj:ts föreskrift böra dessa handlingar vara avfattade enligt fastställda formulär. Dessa formulär fastställdes av medicinalstyrelsen den 27/6 1941. Kungörelsen härom jämte formulären är intagen som bilaga i denna publikation. Tryckta blanketter finnas tillgängliga genom bokhandeln. De tryckas hos Hasse W. Tullbergs Blankettförlag, Esselte, Stockholm, och Landskommunernas Blankett- & Bokförlag, Stockholm.

Ansökan.

Ehuru ansökningsformuläret är så uppställt, att felaktigheter icke skulle behöva förekomma, inträffar det likväl icke så sällan -- bortsett från att den sökande icke är behörig - att ansökningen är behäftad med sådana brister, att den icke har rättslig relevans. Det är därför angeläget, att de läkare och socialfunktionärer, som biträda den sökande allmänheten, även lämna handledning beträffande ansökningsblankettens ifyllande.

Enligt föreskrift skall ansökan vara av den sökande egenhändigt undertecknad. Ansökan kan sålunda *icke* göras genom fullmakt. Den egenhändiga underskriften bör givetvis vara av vittnen styrkt. Vidare bör adressuppgiften vara riktig och avse den adress, under vilken styrelsens beslut kan nå sökanden. Det har av och till inträffat, att skrivelser återkommit såsom obeställbara på grund av felaktiga eller ofullständiga adressuppgifter.

Om ansökningen avser annan än sökanden, bör, där det kan ske, skriftligt samtycke av honom till sterilisering bifogas. På ansökningsblanketten finnes en härför avsedd plats. Ett sådant samtycke har i likhet med behörigheten för honom själv att göra ansökan intet att göra med vare sig ålder eller rättskapacitet. Det har emellertid stor psykologisk betydelse, att vederbörande får tillfälle att lämna sitt samtycke. I anslutning till vad förut sagts om rättskapacitet, där bland annat påpekats, att det numera ofta ej behöver avgöras, om sådan föreligger eller ej, må här framhållas, att det i sådana fall, där tveksamhet härutinnan kan tänkas, är betydelsefullt, att vederbörande - såvida han ej själv ansökt om sterilisering - lämnar skriftligt samtycke därtill. Å andra sidan

skall givetvis ansökan om sterilisering av en rättsinkapabel person icke underlåtas av det skälet, att han vägrat lämna samtycke.

Slutligen en uppmaning, som avser samtliga ansökningshandlingar: Då namnteckning är svårtolkad eller oläslig, skriv namnet med block- eller maskinskrift under namnteckningen!

Åldersbetyg.

Det är ett vanligt förbiseende, att åldersbetyg icke bifogas, då ansökningshandlingar insändas. Betyget är emellertid som redan framhållits obligatoriskt och måste, då det saknas, efterskrivas, vilket sålunda medför tidsutdräkt av ärendets behandling.

Yttranden (Bil. I)

I 3 § steriliseringslagen föreskrives, att tillstånd till sterilisering icke må lämnas för någon, med mindre *tillfälle* att yttra sig, där så kan ske, beretts, om han är underårig den som har vårdnaden om honom, om han är omyndigförklarad hans förmyndare, om han är gift hans make samt om han är intagen å allmän anstalt dennas läkare och föreståndare. Föreskriften om yttranden är sålunda kategorisk och kan icke ge anledning till någon tvekan. Saknas det ena eller andra av de föreskrivna yttrandena, måste uppgift föreligga om anledningen härtill. Har vederbörande, som skall beredas tillfälle att inkomma med yttrande, icke fått detta tillfälle måste det i efterhand beredas honom, vilket alltid medför tidsutdräkt. Har någon av dem, som enligt bestämmelsen skola yttra sig, gjort ansökan eller avgivit bil. II eller bil. III till densamma, är särskilt yttrande av denne dock icke erforderligt.

Det synes vara en vida spridd missuppfattning, att de, som skola beredas tillfälle *att yttra sig*, skola lämna sitt medgivande till ingreppet. Detta är alls icke fallet. Vad som uttryckligen stadgas är blott, att de skola beredas tillfälle att yttra sig. Medicinalstyrelsen är därför vid sin prövning icke bunden av en eventuell avstyrkan. Initiativ till sterilisering behöver sålunda icke stoppas, därför att en make eller en fader vägrat sitt samtycke till åtgärden hos hustru respektive underårigt barn.

Då det gäller *yttrande av den, som har vårdnaden om underårig*, är det givetvis även här den lagbestämde vårdnadshavaren, som avses. För avgörande av frågan, vem som i ett givet fall har vårdnaden, hänvisas till det under rubriken »social indikation» (sid. 6) anförda om vårdnad och vårdnadshavare. Beträffande underårig, om vilken båda föräldrarna ha vårdnaden, böra båda yttra sig. Under alla förhållanden skall fadern beredas tillfälle att yttra sig. Endast vid förfall för fadern kan modern träda i hans ställe. Sådant förfall får anses föreligga, om vederbörande

exempelvis vistas på okänd ort, är stadd på långväga resa utomlands eller av annan jämförbar anledning är hindrad avge yttrande.

Förfallet bör styrkas av trovärdig person.

Beträffande *yttrande av förmyndare* avses de fall, då myndlingen är av domstol förklarad omyndig efter fyllda 21⁴ år. Förmyndare för underårig skall givetvis också yttra sig men då i sin egenskap av vårdnadshavare.

I fråga om *yttrande av make* må här särskilt framhållas, att jämväl hemskild make, där så kan ske, skall beredas tillfälle att yttra sig, detta enär makarna i lagens mening alltjämt äro gifta och hemskillnaden när som helst kan återgå. Den omständigheten, att den, som avses med ansökningsen, icke vill, att andra maken skall få kännedom om saken, är icke giltigt skäl för underlåtelse att bereda denne tillfälle till yttrande.

Yttrande av läkare och föreståndare vid allmän anstalt saknas ofta, då handlingarna inkomma till medicinalstyrelsen, detta ehuru de äro lika oeftergivliga som övriga yttranden. Då tveksamhet synes råda om vad som menas med allmän anstalt får styrelsen meddela, att med sådan i detta sammanhang avses endast statlig eller kommunal anstalt samt erkända alkoholistanstalter. I detta sammanhang må särskilt framhållas, att *såväl allmänna sjukvårdsinrättningar* som alla de anstalter, vilka kunna betecknas som *fattigvårdsanstalter*, måste anses som *allmänna anstalter* i lagens mening.

Intyg av anförvanter, make eller andra (Bil. 11).

Det inträffar tyvärr icke så sällan, att uppgifterna i bil. II äro alltför knappa, detta särskilt om den avgivits av mindre skrivkunniga intygsgivare. Önskvärt är därför, att kuratorer och andra socialfunktionärer biträda vid avfattandet av detta intyg. Särskilt må understrykas vikten av att namn, födelsedata, uppgift om civilstånd etc. äro korrekta. Vidare är det för den formella granskningen av handlingarna i medicinalstyrelsen synnerligen viktigt, att i förekommande fall fullständiga namn å make, lagbestämd vårdnadshavare och förmyndare lämnas på den härför avsedda platsen i formuläret. Detsamma gäller uppgift om anstalt, när vederbörande är intagen på sådan. Dessa uppgifter saknas mycket ofta.

Uppgifterna om den avseddes släktförhållanden äro också synnerligen viktiga som komplement till vad läkaren härutinnan skall meddela i sitt intyg (Bil. III). Detsamma kan sägas om uppgifterna under övriga rubriker i formuläret. Beträffande frågan, huruvida den med ansökan avsedde är för framtiden uppenbart olämplig att handhava vårdnaden

⁴ Underårig, för vilken särskild förmyndare förordnas, är omyndig på grund av sin ålder och icke genom rättsens beslut.

om barn, bör uppmärksammas vad som anförts under rubriken »social indikation».

Läkarintyget (Bil. III)⁵.

Denna bilaga är otvivelaktigt den för realprövningen av ansökningen viktigaste handlingen och i de allra flesta fall avgörande. Det är därför av vikt, att en tillräcklig utredning lämnas. Formuläret jämte anvisningarna däri torde vara tillräckligt för att en sådan skall kunna förebringas. Då det emellertid synes som om åtminstone anvisningarna på formulärets 4:e sida ofta icke beaktades, får styrelsen framhålla angelägenheten av att intygsgivarna följa dessa anvisningar. En anteckning under rubriken hereditet om t. ex. sinnessjukdom hos någon eller några av den undersöktes släktingar har ofta ett mycket begränsat värde; om närmare uppgifter lämnas, där så är möjligt, kunna de ha stor betydelse. Det må även erinras därom, att uppgifter om friska medlemmar av släkten (antal friska barn, antal friska syskon till sjuka personer o. s. v.) äro värdefulla och kunna vara nödvändiga. Även uppgifter om värdefulla egenskaper i en släkt böra meddelas.

I en del fall av sinnesslöhet m. m., där det är uppenbart, att starka skäl för sterilisering finnas och att de sociala skälen ensamma äro tillräckliga, äro dylika uppgifter om hereditet icke lika nödvändiga för ärendenas avgörande. De uppgifter, som utan svårighet kunna erhållas, böra dock alltid meddelas. De ha stort värde både för bedömandet av de enskilda fallen och för bearbetningen av materialet. Det är givetvis önskvärt att i möjligaste mån kunna avgöra, i vilken utsträckning defekter, som föranleda sterilisering, äro ärftliga.

Härutöver må följande meddelas angående *intelligensprövning och övrig undersökning av psykiskt efterblivna*.

För bedömande av graden av psykisk efterblivenhet och därigenom för fastställande av rättsinkapacitet är intelligensprövning ett praktiskt viktigt hjälpmedel. I formuläret till bilaga III säges uttryckligen, att, om nedsättning av intelligensen föreligger, systematisk bestämning av intelligensåldern skall verkställas och protokoll över undersökningen bifogas. De i Sverige oftast använda metoderna äro Termans metod, Point seale-metoden och Wåhléns metod. I formuläret föreskrives, att om någon av de båda sistnämnda metoderna givit ett resultat av 12 år eller däröver, kontroll med Termans eller därmed jämförlig metod erfordras.

⁵ Anm. Det må framhållas, att intygsgivaren skall vara legitimerad läkare. Medicine kandidat, som har förordnande som extra läkare eller vikarie, är icke behörig att utfärda intyget.

Denna föreskrift har visat sig behövlig av det skälet, att Point seale och Wåhléns metod i allmänhet lämna ett tillräckligt pålitligt resultat vid mer eller mindre djup sinnesslöhet men vid lindrigare efterblivenhet ofta ej ge en så säker bedömningsgrund, som måste krävas, när det gäller en så allvarlig åtgärd som ett beslut om sterilisering. Även i vissa fall med en uppmätt intelligensålder av 10-12 år kan, om de av någon anledning ej synas vara fullt klara, kontroll med Termans metod vara av stort värde.

Intelligensmätningens betydelse får emellertid ej överskattas. Som redan framhållits vid diskussionen av rättsinkapacitet, måste hänsyn tagas till känslö- och viljelivets yttringar även i många fall av intellektuell efterblivenhet. Härtill kommer, att även den omsorgsfullaste intelligensmätning kan ge ett något missvisande resultat eller i varje fall en ensidig bild av den intellektuella utvecklingen. Läkarens allmänna undersökning av patientens psykiska funktioner kan ge upplysningar av minst lika stort värde som intelligensprovningen, särskilt i fall av mindre högradig efterblivenhet och vid blandformer av efterblivenhet och psykopati. En sådan undersökning bör därför alltid verkställas och dess resultat i korthet meddelas (fall av djup undermålighet kunna naturligtvis vara så enkla, att någon undersökning i egentlig mening ej är behövlig). En naken uppgift om intelligensålder är, även om fallet är sådant, att steriliseringens berättigande för den intygsgivande läkaren ter sig som självklart, sällan fullt övertygande för den, som skall bedöma fallet efter studium av handlingarna, och bör därför ej förekomma.

Vid bedömande såväl av rättsinkapacitet som av särskilt de sociala skälen för en föreslagen sterilisering bör över huvud hänsyn tagas icke blott till den genom intelligensmätning erhållna intelligensåldern utan också till den undersöktes förmåga att reda sig i livet och fylla de sociala krav, som ställas på honom.

I fall, som ur psykiatrisk synpunkt äro svårbedömda, är det önskvärt, att den intygsgivande läkaren, då han icke är psykiatriskt skolad, samråder med en psykiater, exempelvis vederbörande hjälpverksamhetsläkare.

Avslutningsvis må under denna huvudrubrik framhållas, att ansökningsförfarandet ingalunda är så komplicerat, som ovanstående framställning möjligen ger intryck av, och att formaliteterna icke kunna sägas vara över hövan betungande. I den mån de, som skola yttra sig i ärendet, icke redan gjort det genom att göra ansökan eller avgiva bil. II eller III, avgivas samtliga yttranden på bilaga I; ofta erfordras blott ett eller två av dem eller intet alls. Att t. ex. föräldrar till underårig och make skola yttra sig över förslag till en så allvarlig åtgärd som sterilise-

ring, kan icke anses vara mer än riktigt. Utom själva ansökningen, nyss nämnda bil. I och läkarintyget (bilaga III), vars nödvändighet är självklar, fordras åldersbetyg, som är oundgängligt för ett tillräckligt betryggande styrkande av identiteten, och bilaga II, som avges »av anförvanter, make eller andra, rörande de omständigheter, som äro av betydelse för sakens bedömande». Denna bilaga har visat sig ej sällan innehålla uppgifter av stor betydelse för ärendenas bedömande. Det är icke heller mer än billigt, att nära anförvanter eller make beredas tillfälle att framlägga sin uppfattning om den till sterilisering föreslagna; formuläret med sina rubriker och enkla frågor ger behövlig ledning härför. kretsen av dem, som kunna avge intyget, har emellertid för att i möjligaste mån underlätta ansökningsförfarandet gjorts så vid som gärna är tänkbart (»eller andra»); denna bilaga kan undertecknas av vilken trovärdig person som helst, som över huvud vet något om, den till sterilisering föreslagne. Vad slutligen läkarintyget beträffar, kan möjligen böra framhållas, att detta i svåra och tveksamma fall naturligtvis kräver avsevärt arbete. I de enkla fall, som utgöra det övervägande flertalet, behöver varken undersökningen eller avfattandet av intyget bereda någon svårighet eller vara mycket tidskrävande. Erfarenheten har visat, att i sådana fall korta och koncisa men genom viktiga sakuppgifter övertygande intyg ge en fullt tillräcklig grund för fallens bedömande.

Verkställande av sterilisering

Sterilisering av kvinna skall utföras å lasarett, därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Medicinalstyrelsen kan dock, där den så prövar erforderligt, medgiva viss läkare att utföra sterilisering å nyss angiven anstalt eller å annan anstalt.

Beträffande verkställandet av sterilisering av man föreskrives endast, att den skall utföras av legitimerad läkare.

Alltsedan sterilisering i vårt land blev i lag reglerad, har den i princip varit frivillig. Då propositionen till nu gällande lag framlades, anförde departementschefen bland annat, att det i stort sett syntes råda enighet om att den nya lagstiftningen borde bygga på frivillighetens grund. Mot denna principiella frivillighet strider icke det förhållandet, att i lagens mening rättsinkapabla personer, d. v. s. sådana som kunna anses sakna förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden, få steriliseras utan sitt samtycke. Om en sådan person, som anses böra steriliseras, på förhand tillfrågas om sin inställning och vägrar att samtycka, skall således ingen hänsyn tagas härtill utan handlingar iordningställas och insändas. Om han, sedan tillstånd till sterilisering lämnats, bestämt vägrar att underkasta sig åtgärden, får operationen dock ej utföras under anlitande av fysiskt tvång. Vetskapen om att ett beslut fattats av

medicinalstyrelsen synes ofta medföra, att en tidigare ovillig person underkastar sig ingreppet. Den lämpligaste behandlingen av dylika patienter torde i regel vara den, att det betraktas som tämligen självfallet, att, när medicinalstyrelsen lämnat tillstånd till ingreppet, detta iskall verkställas, ehuru en person naturligtvis icke på direkt förfrågan får undanhållas upplysning om att fysiskt tvång icke kommer att användas.

I en motion vid 1941 års riksdag yrkades, att lagförslaget måtte kompletteras med en bestämmelse om handräckningsförfarande. Rörande denna motion anförde första lagutskottet i sitt utlåtande: »Det kan här endast vara fråga om sådana personer som på grund av rubbad själsverksamhet sakna förmåga att lämna giltigt samtycke till steriliseringsåtgärden, enär lagen i övrigt fordrar att vederbörande lämnar sitt samtycke. De personer, som lida av sådan mera utpräglad själslig rubbning, att den medför rättsinkapacitet i fråga om ett dylikt samtycke och skulle motivera ett handräckningsförfarande för steriliserings verkställande, torde emellertid oftast redan vara intagna å anstalt eller i vart fall kunna med stöd av gällande lagstiftning intagas å anstalt, och beträffande å anstalt intagen person torde anlitan av polismyndighet för medverkan till verkställighet av ett beslut om sterilisering icke ifrågakomma. Utskottet finner därför ifrågavarande motion icke böra föranleda något tillägg till lagtexten.» Riksdagen följde utskottet.

I tvenne motioner vid 1943 års riksdag yrkades införande av tvångsåtgärden i någon form (dock icke »tvång i detta ords så att säga kroppsliga mening») för att framtvinga en för det allmänna nyttig och nödvändig sterilisering, även där den enskilde på grund av bristande insikt och bristande god vilja vägrade sin frivilliga samverkan. Första lagutskottet hemställde, att motionerna icke måtte föranleda någon riksdagens åtgärd, och riksdagen avslog dem.

Sekretess

Ärenden angående sterilisering äro underkastade särskilda sekretessbestämmelser. Härom föreskrives i lagens 6 §: »Läkare eller annan, som å tjänstens vägnar eller eljest tagit befattning med sterilisering eller med ärende angående sådan åtgärd, må ej i oträngt mål yppa något av vad därvid förekommit». Därjämte äro myndighets beslut i ärenden rörande sterilisering tillförsäkrade sekretess i enlighet med lagen om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar.

Berättelse om verkställd sterilisering m. m.

Läkare, som med stöd av lagen verkställt sterilisering är enligt 7 § tillämpningskungörelsen skyldig att inom en månad insända berättelse

därom till medicinalstyrelsen enligt fastställt formulär. Har ingreppet företagits jämlikt 3 § andra stycket steriliseringslagen (på grund av kroppslig sjukdom eller kroppsfel hos rättskapabel kvinna efter utlåtande av två läkare) eller enligt 5 § samma lag [vid samtidigt avbrytande av havandeskap enligt 7 § abortlagen (den s. k. nödfallsparagrafen)], skola tillika samtliga handlingar i ärendet insändas. *Angående behörighet att avgiva sådant utlåtande, som avses i 3 § andra stycket i lagen, stadgas i 6 § första stycket tillämpningskungörelsen. Utlåtandet skall vara avfattat enligt fastställt formulär.* Det må här anmärkas, att det beträffande tjänsteläkaren är tjänsten och det med densamma förenade ansvaret, som konstituerar behörigheten. En f. d. tjänsteinnehavare är sålunda icke behörig. På förekommen anledning må även understrykas, att *läkare i underläkares ställning aldrig är behörig.*

Här må också framhållas angelägenheten av att vederbörande läkare vid avfattandet icke blott av utlåtanden utan även av berättelser iakttaga sådan omsorg, att onödiga skrivelser för komplettering såvitt möjligt undvikas.

Skyldighet för vissa läkare att verka för sterilisering

Ett betydelsefullt stadgande i tillämpningskungörelsen är det om skyldighet för läkare, som äger att göra ansökan om sterilisering, att på framställning av myndighet eller då han eljest erhåller kännedom om fall, där sterilisering synes påkallad från allmän synpunkt, verkställa eller låta verkställa erforderlig undersökning samt därefter omständigheterna därtill föranleda, sörja för att ansökan om sterilisering göres hos medicinalstyrelsen. Det angelägna i att denna föreskrift tillämpas har ovan betonats i samband med diskussionen av de sinnesslöa, vilkas sterilisering kan sägas vara steriliseringslagens viktigaste syftemål.

Råd och anvisningar rörande tillämpning av abortlagen.

(Lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap med däri genom lagar den 23 maj 1941, den 12 juni 1942 och den 17 maj 1946 vidtagna ändringar.)

Med hänsyn till den genom lag den 17 maj 1946 vidtagna senaste ändringen av abortlagen har medicinalstyrelsen ansett det erforderligt att i reviderad form åter utgiva de råd och anvisningar rörande tillämpning av lagen, som senast utgavs 1943.

Den väsentligaste anledningen till att avbrytande av havandeskap (abortframkallning) ansetts böra bli föremål för särskild lagstiftning synes ha varit den alltmer stegrade frekvensen av de kriminella aborterna. Man utgick därvid uppenbarligen från det antagandet, att den åsyftade minskningen åtminstone delvis skulle kunna uppnås, om läkare medgäves rätt att i större omfattning än tidigare avbryta havandeskap. Det har emellertid framhållits såsom en ofrånkomlig nödvändighet, att vid lagstiftning på detta ömtåliga område gränsen mellan det tillåtna och det otillåtna droges så fast och tydlig, att den vid den praktiska tillämpningen icke till oberäknelig skada helt eller delvis utplånades under inverkan av de krafter, som här vore verksamma för en allt större obundenhet.

Den 1934 tillsatta abortkommitténs förslag, som innebar ganska vittgående medgivanden i fråga om rätten att avbryta havandeskap, blev under den fortsatta utredningen och bearbetningen rätt avsevärt beskuret just i detta hänseende. Den ursprungliga lagen antogs 1938 och trädde i kraft den 1 januari 1939. Genom den senaste lagändringen den 17 maj 1946 har rätten till avbrytande av havandeskap i någon mån vidgats.

Indikationerna.

I lagens första paragraf angivas de särskilda förutsättningar, under vilka avbrytande av havandeskap är lagligen tillåtet. Dessa förutsättningar (indikationer) kunna schematiskt uppdelas i fyra eller fem olika slag: *medicinsk* och *medicinskt social*, *socialmedicinsk*, *humanitär* (eller *etisk*) och *eugenisk*.

Medicinsk indikation och medicinskt social.

Om denna indikation föreskrives i 1 § första stycket 1) av lagen, att havandeskapet får avbrytas, *när på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa*. Som synes omfattar bestämmelsen icke blott rent medicinska indikationer (sjukdom och kroppsfel) utan även medicinskt-sociala (svaghet hos kvinnan), varmed avses »utsläpade mödrar» och liknande fall. Beträffande särskilt de psykiska sjukdomstillstånd, som kunna utgöra skäl för abort, må framhållas, att det är sjukdomstillståndet som sådant, som är avgörande, och icke de många skiftande orsaker, som kunna framkalla sjukdomen.

Social-medicinsk indikation.

Beträffande denna indikation, som tillkom genom lagändring den 17 maj 1946, heter det, att havandeskap får avbrytas, *när med hänsyn till kvinnans levnadsförhållanden och omständigheterna i övrigt kan antagas, att hennes kroppsliga eller själsliga krafter skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst och vården om barnet*. Det har av lagstiftarna understrukits, att abort av renodlat sociala skäl alltså icke är tillåten. Vid den nya indikationen, som för korthets skull kan benämnas *förutsedd svaghet*, förutsättes emellertid icke, att sjukdom, kroppsfel eller svaghet förefinnas hos kvinnan vid tiden för ingreppet. Bestämmelsen innebär också, att hänsyn får tagas ej allenast till den kraftnedsättning, som skulle följa av barnets tillkomst, utan även till de påfrestningar, som kunna uppkomma genom vården av barnet. Lagrummet tar sålunda närmast sikte på en mera långsam nedslitning av kvinnans krafter.

Humanitär indikation.

Sådan indikation föreligger, *när kvinnan hävdats under förhållande, varom förmåles i 15 kap. 12, 13, 15 eller 15 a § eller 18 kap. 1, 2, 3, 7, 8, 8 a eller 9 §, så ock då hävdandet ägt rum under omständigheter, som omförmåles i 18 kap. 6 § strafflagen samt inneburit ett grovt åsidosättande av kvinnans handlingsfrihet*. De här avsedda brottsliga handlingarna äro dels våldtäkt eller annat rättsstridigt tvång, dels vissa slag av sedlighetsbrott. Härvid är emellertid att märka, att enligt 2 § första stycket vissa av de angivna brotten skola, där så kunnat ske, hava åtalats eller angivits till åtal för att kunna utgöra grund till avbrytande av havandeskap. Hit höra sålunda brott mot samtliga ur 15 kap. strafflagen anförda §§ samt brott mot 6 och 8 a § i 18 kap. strafflagen. Bestämmelsen har givetvis tillkommit som garanti för att ingreppet icke skall grundas på falska uppgifter. Därjämte föreskrives i 2 §

andra stycket abortlagen, att avbrytande av havandeskap på grund av att kvinnan vid hävdandet ej fyllt 15 år, där den som har vårdnaden om henne ej samtyckt till åtgärden, icke må äga rum utan att särskilda omständigheter tala därför.

I detta sammanhang må anmärkas: Ilar en kvinna under ett havandeskap, som tillkommit genom våldtäkt, vilken ej kunnat bevisas, råkat i psykisk sjukdom och om sjukdomen i och för sig utgör tillräckligt skäl för abort, är indikationen medicinsk. Frågan om våldtäkt eller icke saknar i sådant fall relevans.

Eugenisk indikation.

Denna indikation föreligger, *när med skäl kan antagas att kvinnan eller det väntade barnets fader genom arvsanlag kommer att på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller ock svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag.* Detta lagrum är numera även formellt i full överensstämmelse, med motsvarande lagrum i steriliseringslagen. Till bestämmelsen är i 2 § tredje stycket fogat det viktiga villkoret, att havandeskap ej må avbrytas på grund av nyssnämnda arvsanlag *hos kvinnan* med mindre jämväl sterilisering å henne företagas, utan så är att sådan åtgärd av särskilda skäl finnes olämplig. De, som undantagas från regeln om sterilisering som villkor för abortframkallning, äro dels de fall, där kvinnans hälsotillstånd är sådant, att skäl tala mot abortoperationens utökning med en sterilisering, dels de fall, där en sterilisering är onödig (t. ex. därför att kvinnan befinner sig nära klimakteriet eller därför att hon kommer att varaktigt intagas å anstalt). När tillstånd meddelats till abort under villkor av sterilisering, har kvinnan att välja mellan abort jämte sterilisering eller att avstå från aborten, såvida icke på grund av kvinnans hälsotillstånd sterilisering bör underlåtas, då aborten skall verkställas.

Beträffande den eugeniska indikationen må för övrigt hänvisas till sid. 5, där några synpunkter på de eugeniska skälen för ofruktbarhet framläggas.

Mellan abortlagen och steriliseringslagen finnas ett par väsentliga olikheter. Å ena sidan saknar steriliseringslagen dels - av naturliga skäl - motsvarighet till abortlagens humanitära indikation, dels också motsvarighet till abortlagens nya, social-medicinska indikation. Å andra sidan saknas i abortlagen steriliseringslagens sociala indikation (olämplighet att ha vårdnaden om barn). I fråga om den medicinska indikationen enligt 1 § första stycket 1) abortlagen och den eugeniska indikationen överensstämma däremot de båda lagarna.

Tidsbegränsning för havandeskapets avbrytande.

I första paragrafens sista stycke föreskrives: *Avbrytande av havandeskap på annan grund än sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan må ej företagas efter havandeskapets tjugonde vecka. Medicinalstyrelsen må dock, när synnerliga skäl äro därtill, medgiva ingreppets utförande jämväl därefter intill utgången av tjugofjärde veckan.* Den sista punkten tillkom genom lagändring den 17 maj 1946. Första lagutskottet underströk emellertid i sitt utlåtande, att abort (där tidsbegränsning är föreskriven) regelmässigt skall äga rum före utgången av tjugonde veckan och att medgivande till abort efter utgången av sagda tid skall få lämnas endast om *synnerliga* skäl tala därför. Föreskriften gäller alltså såväl vid den medicinskt-sociala (svaghet) och social-medicinska (förutsedd svaghet) indikationen som vid den humanitära och eugeniska. Det är därför av vikt, att i förekommande fall tillstånd till ingreppet inhämtas i så god tid, att operationen hinner utföras inom den föreskrivna, regelmässiga tiden. Då det icke låter sig göra ett exakt bestämma dagen för befruktningens inträde, räknar man i praktiken med att ett normalt havandeskap varar 280 dagar (= 40 veckor) räknat från den senaste regleringens⁶ första dag. För beräkning av den tid, inom vilken abortframkallning i nu avsedda fall regelmässigt får företagas, utgår man alltså på samma sätt från senaste regleringens första dag och räknar 140 dagar (= 20 veckor) framåt. Av lätt insedda skäl är det emellertid ofta icke möjligt att erhålla en exakt utgångspunkt för denna beräkning. Det blir då i tveksamma fall operatören, som på grund av sin undersökning av kvinnan har att avgöra, huruvida ingreppet kan företagas inom den i lagen föreskrivna tiden.

Med hänsyn till det allmännas intresse av att särskilt sinnesslöa kvinnor icke få tillfälle att fortplanta sig synes det lämpligt, att de på ålderdomshem och andra inrättningar, där de på grund av blandning av könen och relativt stor rörelsefrihet riskera att bli rådda med barn, bleve föremål för särskild tillsyn i detta avseende. Lämpligen kunde detta ske genom förandet av särskilda menstruationslistor. Här igenom skulle man kunna förebygga, att ett hos en sinnesslö kvinna inträtt havandeskap kunde komma att överskrida den för abortframkallning lagstadgade gränsen. Lämpligast är givetvis, att havandeskap förebyggas genom i tid *verkställd sterilisering* och att även på dylika anstalter intagna sinnesslöa män steriliseras.

⁶ Här avses senaste normala regleringen. De mindre och oftast oregelbundna blödningsar, som ibland förekomma - även på väntad regleringstid - under havandeskap, äro icke menstruationer utan s. k. havandeskapsblödningsar, vilka icke kunna tagas till utgångspunkt vid beräkning av havandeskapets längd.

Behörighet att lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap.

Sådan behörighet tillkommer:

1) *tvenne läkare* på i lagen angivna grunder *men ej på eugenisk indikation eller i fall då kvinnan är rättsinkapabel eller vid s. k. nödfall.*

2) *medicinalstyrelsen* på samtliga i lagen angivna grunder utom s. k. nödfall,

3) *en läkare (operatören) vid s. k. nödfall (7 §).*

Beträffande eugenisk indikation och rättsinkapabel kvinna (utom vid s. k. nödfall är sålunda endast medicinalstyrelsen behörig att lämna tillstånd. I anslutning här till må följande framhållas. När medicinska skäl för abort men dessutom eugeniska skäl å kvinnans sida finnas. dvs i allmänhet, när hon är sinnesslö, sinnessjuk eller svår psykopat eller lider av annan ärftlig defekt eller sjukdom, bör ärendet underställas medicinalstyrelsen, för att denna skall få tillfälle att pröva, huruvida enligt 2 § tredje stycket i lagen sterilisering skall ställas som villkor för havandeskapets avbrytande. Det har i en del fall förekommit, att abort verkställts av två läkare på medicinsk indikation, ehuru även sådana eugeniska skäl funnits, att sterilisering skulle ha satts som villkor, om ärendet underställas medicinalstyrelsen. Detta är ett felaktigt förfarande, som står i uppenbar strid mot lagens anda och motivering.

Rättsinkapacitet.

Beträffande rättsinkapaciteten äga naturligtvis i princip samma resonemang tillämpning här som i fråga om samtycke till sterilisering. Det må emellertid även här framhållas, att det vid bedömningen är fråga om att taxera den mentala rubbningens eventuella inflytande på den givna rättshandlingen, d. v. s. samtycke till den ifrågasatta åtgärden. Utan ett närmare ingående på detaljer för övrigt må här framhållas betydelsen av den psykiska depressionens inflytande på mänskligt handlande och tänkande. Det är sålunda uppenbart, att en kvinna i ett uttalat depressionstillstånd som regel är benägen att felbedöma sin situation och att hon av denna anledning icke kan anses rättskapabel, även om hon förstår ingreppets konsekvenser och kan resonera klart därom. En viktig synpunkt är härvidlag, att en kvinna, som genom en ovälkommen grossess kommit i en enligt hennes mening förtvivlad situation och på grund av sin djupa, ofta med suicidalrisk förenade depression erhållit abort, sedermera kan komma att förebrå sig, att hon ej framfött barnet. Risken härför eller i varje fall för svårare psykiska skadeverkningar måste vara avsevärt mindre, om beslutet fattats av medicinalstyrelsen och hon sålunda i viss mån befriats från eget ansvar. *Frågan om abortframkallning hos en kvinna, som lider av ett uttalat psykiskt depressionstillstånd, bör alltså hänskjutas till medicinalstyrelsen.*

Behörighet att göra ansökan.

a) *Beträffande rättskapabel kvinna är endast kvinnan själv behörig att hos läkare göra framställning samt ansökning hos Medicinalstyrelsen om tillstånd till avbrytande av havandeskap.*

b) *Beträffande rättsinkapabel kvinna äro följande behöriga att hos medicinalstyrelsen göra ansökan om tillstånd till ingreppet:*

1. kvinnan själv,
2. för underårig kvinna den som har vårdnaden om henne,
3. för omyndigförklarad kvinna förmyndaren samt
4. för kvinna, som är intagen å allmän anstalt, anstaltens läkare eller föreståndare.

Det må alltså understrykas, att *kvinnan* själv alltid är behörig att göra ansökan *oberoende av rättskapacitet och ålder*. Om kvinnan själv alltså gör ansökan, kan det aldrig bli någon tvekan om behörigheten.

Beträffande vårdnadshavare avses här liksom vid ansökan om sterilisering den lagbestämde vårdnadshavaren. Till undvikande av upprepning hänvisas därför till vad som anförts sid. 6. Det må understrykas, att vårdnadshavares behörighet endast hänför sig till rättsinkapabel kvinna och att *underårighet i och för sig icke medför rättsinkapacitet*.

Förmyndares behörighet hänför sig till rättsinkapabel kvinna, som fyllt 21 år och av domstol förklarats omyndig. Förmyndare för underårig, rättsinkapabel kvinna är också behörig att göra ansökan men då i sin egenskap av vårdnadshavare.

Beträffande behörighet för anstaltsläkare och anstaltsföreståndare att göra ansökan om tillstånd till abort hos rättsinkapabel kvinna må här endast understrykas, att den endast avser dessa befattningshavare vid *allmän anstalt*. Beträffande frågan, vilka anstalter som äro att anse som allmänna, hänvisas till vad som anförts sid. 11.

På grund av de upprepade misstag som begåtts må följande här framhållas:

Fattigvårdsstyrelse eller barnavårdsnämnd är *icke* under några omständigheter behörig att göra ansökan om tillstånd till avbrytande av havandeskap.

Make är *icke* behörig att göra ansökan om tillstånd till abort hos sin hustru, såvitt han icke av domstol förordnats till hennes förmyndare och hon samtidigt är rättsinkapabel.

Fader till sinnesslö dotter, som fyllt 21 år, är *icke* behörig att göra ansökan om tillstånd till abort hos dottern, såvitt han icke av domstol förordnats till hennes förmyndare och hon samtidigt är rättsinkapabel.

Dylika misstag undvikas lättast, om kvinnan själv får göra ansökan, vilket väl i de flesta fall torde kunna ske.

Ansökningsförfarandet.

Efter den senaste lagändringen har antalet ansökningar hos Medicinalstyrelsen om tillstånd till avbrytande av havandeskap högst avsevärt ökat. Det är därför synnerligen angeläget, att handlingarna insändas i fullständigt skick. Den tid, som erfordras för komplettering, kan eljest i många fall äventyra ingreppets utförande Inom lagstadgad tid. *Enligt Kungl. Maj:ts föreskrift äro följande handlingar* (utom yttranden och intyg B) *alltid obligatoriska:*

1. *ansökan,*
2. *åldersbetyg för kvinnan,*
3. *yttranden av de personer, som jämlikt 5 § i lagen böra beredas tillfälle att yttra sig, när skäl därtill äro,*
4. *intyg A rörande kvinnan,*
5. *intyg B rörande det väntade barnets fader samt*
6. *intyg C rörande kvinnan och det väntade barnets fader.*

Ansöknings- och intygen skola vara avfattade enligt fastställda formulär. Nu gällande formulär äro fastställda den "14/6, 1946. Kungörelsen härom jämte formulären är intagen som bilaga till denna publikation. Tryckta blanketter finnas tillgängliga genom bokhandeln. De tryckas hos Hasse W. Tullbergs Blankettförlag, Esselte, Stockholm, och Landskommunernas Blankett- & bokförlag, Stockholm.

Det må här särskilt framhållas, att, då en kvinna samtidigt önskar både abort och sterilisering och framställning härom göres hos medicinalstyrelsen, det är ofrånkomligt, att *fullständiga handlingar beträffande båda ingreppen* ingivas i alla fall, utom när abortansökan göres på eugenisk indikation hos kvinnan, då enbart fullständiga abortansökningshandlingar äro tillfyllest, enär styrelsen under förutsättning av bifall till ansökningshandlingarna då författingsenligt föreskriver sterilisering som villkor för abortingreppet. (Jfr dock ovan s. 9.)

Ansökan.

Även beträffande denna ansökan är det angeläget, att de sökande, där så erfordras, få handledning av läkare eller socialfunktionärer vid formulärets ifyllande. Det bör framförallt tillses, att ansökan göres av därtill behörig och att det fastställda formuläret användes. Ansökningshandlingarna skola vara av sökanden egenhändigt underskrivna. Den kan sålunda icke göras genom fullmakt. Det är också angeläget, att sökandens adress är riktig och fullständig. Här avses den adress, under vilken styrelsens beslut kan nå sökanden. En ofullständig eller oriktig adress kan medföra, att skrivelsen om medicinalstyrelsens beslut återkommer som obeställbar och att den tidsutdräkt, uppspårandet av adressaten vållar, omöjliggör ingreppets utförande inom i lag föreskriven tid.

Yttranden.

De som enligt lagens föreskrift (5 §) böra beredas tillfälle att yttra sig, när skäl därtill föreligga, äro följande: det väntade barnets fader samt, om kvinnan är under 21 år, den som har vårdnaden om henne, om hon är omyndigförklarad, förmyndaren, om hon är gift, hennes make och, om hon är intagen å allmän anstalt, dennas läkare och föreståndare. Som av lagen framgår äro yttrandena icke obligatoriska. När yttranden skola inhämtas, är alltså en bedömningsfråga. Det må framhållas, att det liksom beträffande yttranden i steriliseringsärenden icke är fråga om samtycke. Har någon av dem, som böra beredas tillfälle att yttra sig, avgivit intyg A eller intyg C, erfordras icke särskilt yttrande av denne.

I 5 paragrafens andra stycke föreskrives vidare, *att i övrigt, där fråga är om kvinna, som kan lämna giltigt samtycke till avbrytande av havandeskapet, yttrande ej må infordras utan kvinnans medgivande*. Denna bestämmelse har särskild betydelse vid utfärdandet av intygen A och B. Äro intygsgivarna andra personer än de, som avses i 5 § första stycket, måste vederbörande förvissa sig om kvinnans samtycke till handlingens utfärdande, om de icke skola göra sig skyldiga till brott mot den sekretess, som lagen föreskriver. Givetvis förutsättes kvinnans medverkan i detta avseende, då de föreskrivna handlingarna ofta eljest icke skulle kunna förebringas och ansökningen sålunda ej kunna prövas.

Beträffande yttrande av det väntade barnets fader kan sådant i vissa fall vara synnerligen viktigt. Det förekommer nämligen icke så sällan, att ett depressionstillstånd hos en kvinna, som blivit havande utom äktenskap, till stor del beror på barnafaderns ändrade inställning till henne och hans vägran att genom äktenskap legitimera barnet. I sådant fall är det tänkbart, att barnafadern, om han beredes tillfälle att yttra sig, kan bli mera benägen att tillmötesgå kvinnans önsksningar och aborten därigenom förebyggas.

Huruvida vårdnadshavare eller förmyndare i ett givet fall böra beredas tillfälle att yttra sig, får avgöras av omständigheterna i fallet.

Beträffande make bör han såvitt möjligt alltid beredas tillfälle att yttra sig, där det väntade barnet är legitimt och kvinnan icke, exempelvis på grund av konflikt med honom, skulle vållas svårigheter därigenom att han beredes tillfälle till yttrande. Det är - fränsett speciella undantagsfall - föga tilltalande, att gift kvinna låter avbryta sitt havandeskap utan makens vetskap. Lämpligen kan han yttra sig genom att avgiva intyg A.

Yttrande av läkare vid allmän anstalt, där den abortsökande kvinnan är intagen, har intresse, då intyget C utfärdats av annan läkare än anstaltsläkaren. Det kan då vara värdefullt att höra dennes mening om saken.

När föreståndare vid allmän anstalt bör beredas tillfälle till yttrande, får avgöras med hänsyn till omständigheterna i fallet. Det må här blott anmär-

kas, att läkare och föreståndare vid allmän sjukvårdsanstalt i regel är samma person.

Intyg A.

Detta intyg innehåller ofta alltför knappa uppgifter. Det är därför önskvärt, att de sökande i möjligaste mån få hjälp av kuratorer och andra socialfunktionärer vid intygets avfattande. Särskilt viktigt är detta, då ansökan om abort göres på socialmedicinsk indikation. De uppgifter, som skola läggas till grund för bedömningen, måste ju vara objektivt styrkta. Ett väl avfattat intyg A utgör ett värdefullt komplement till uppgifterna i intyg C.

Intyg B.

Detta intyg är erforderligt endast i fall, då ansökan göres på grund av arvsrisk från det väntade barnets fader. Det utgör en motsvarighet till intyg A men kan icke ersätta detta. De uppgifter om hereditet och levnadsförhållanden, som skola lämnas i intyget B, äro synnerligen viktiga för frågans prövning och böra därför avgivas med stor omsorg. Intyget skall enligt föreskriften i formuläret avgivas av lämplig person. Givetvis kan denne även vara läkare. Resultatet av den verkställda läkarundersökningen av mannen skall emellertid redovisas i intyget C.

Intyg C (läkarintyg).⁷

Ifrågavarande intyg, som avser både kvinnan och det väntade barnets fader, är otvivelaktigt den för prövningen viktigaste handlingen. Det är därför angeläget, att såväl de hereditära och anamnestiska uppgifterna som redovisningen av undersökningens resultat under rubriken »status praesens» bli så fullständiga som möjligt. Rubriker och anvisningar i formuläret torde vara tillräckliga för ändamålet. Beträffande intelligensundersökning och övrig undersökning av de psykiska funktionerna må i tillämpliga delar hänvisas till vad som härom anförts under rubriken »läkarintyget» s. 12. Det framgår av formuläret men bör likväl understrykas, att, då ansökan om abort göres på grund av arvsrisk hos det väntade barnets fader, jämväl han skall underkastas personlig undersökning och resultatet därav särskilt redovisas på därför avsedd plats.

⁷ Anm. Det må framhållas, att intygsgivaren skall vara legitimerad läkare. Medicine kandidat, som har förordnande som extra läkare eller vikarie, är icke behörig att utfärda intyget.

På grund av förbiseende, som då och då förekommit, må erinras om vikten av att *uppgift om senaste menstruationens första dag alltid lämnas*.

Verkställighet.

Enligt bestämmelserna i 6 § lagen skall avbrytande av havandeskap utföras å lasarett, därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Medicinalstyrelsen kan dock, där styrelsen så prövar erforderligt, medgiva viss läkare att utföra ingreppet på anstalt, som nyss sagts eller på annan anstalt.

Nödfall.

Från bestämmelserna i 4 och 6 §§ göres i 7 § ett viktigt undantag. Det heter där: »Kan då fråga är om avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan, prövning av förutsättningarna för ingreppets företagande i den ordning 4 § angiver, eller utförande av ingreppet å anstalt varom i 6 § sägs icke utan våda äga rum med hänsyn till dröjsmål eller annan olägenhet som därigenom skulle uppstå, må havandeskapet av legitimerad läkare avbrytas utan iakttagande av nämnda stadganden.» En legitimerad läkare är alltså berättigad att i nödfall, vare sig det gäller rättskapabel eller rättsinkapabel kvinna, på rent medicinsk indikation verkställa avbrytande av havandeskap utan det prövningsförfarande, som stadgas i 4 §, eller iakttagande av bestämmelserna i 6 §. Det torde emellertid vara uppenbart, att undantagsbestämmelsen icke får utgöra ett kryphål, genom vilket man anser sig kunna slingra sig ifrån det mera omständliga prövningsförfarandet. De självklara fallen behöva här icke diskuteras. Gränsfallen bli alltid en omdömesfråga. Ett uppenbart åsidosättande av stadgandets innebörd synes däremot medföra straffansvar enligt 12 § andra stycket.

Skyldighet för kvinna att underkasta sig avbrytande av havandeskap.

Frågan huruvida rättsinkapabel kvinna, hos vilken medicinalstyrelsen medgivit avbrytande av havandeskap, är skyldig att underkasta sig ingreppet avhandlas icke i lagen. Det framgår emellertid av motiven, att även här samma rättsregler anses böra gälla som i fråga om sterilisering, d. v. s. att ingreppet i princip är frivilligt. Eventuellt motstånd får alltså övervinnas endast genom övertalning och dylik påverkan. Abortkommittén har därjämte anfört: »Bedömandet av huru bör förfaras, då den inkapabla kvinnan motsätter sig operationens utförande måste uppenbarligen ankomma på den verkställande läkaren.»

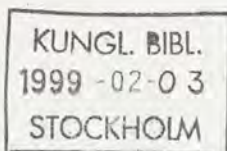
Sekretess.

Självfallet är, att då det är fråga om så intima angelägenheter som havandeskap och abortframkallning, sekretessen bör vara särskilt tillgodosedd. Härtill tar lagen också vederbörlig hänsyn. Utöver det ovannämnda stadgandet i 5 § finnes ett särskilt stadgande i 8 §, där det heter: »Ej må den som prövat förutsättningarna för avbrytande av havandeskap eller verkställt sådan åtgärd, eller den som biträtt vid utredningen eller verkställandet, i oträngt mål yppa något av vad därvid förekommit. » Därjämte äro myndighets beslut i ärenden rörande tillämpning av abortlagen tillförsäkrade sekretess i enlighet med lagen om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar.

Berättelse om verkställt avbrytande av havandeskap m. m.

Enligt 6 § tillämpningskungörelsen skall läkare, som avbrutit havandeskap, inom en månad insända berättelse därom till medicinalstyrelsen enligt fastställt formulär. Har åtgärden företagits utan att därtill inhämtats tillstånd av medicinalstyrelsen, skola tillika insändas samtliga handlingar i ärendet. Detta avser alltså de fall, då ingreppet verkställts efter utlåtande av -två läkare eller på grund av nödfall. *Det av två läkare avgivna utlåtandet skall vara avfattat enligt fastställt formulär.* Det må även här framhållas, att det beträffande tjänsteläkaren är tjänsten och det med densamma förenade ansvaret, som konstituerar behörigheten. En f. d. tjänsteinnehavare är alltså icke behörig. Läkare i underläkares ställning är icke heller behörig.

Slutligen må anmärkas, att vid samtidigt avbrytande av havandeskap och sterilisering *skilda berättelser* härom jämte till dessa hörande respektive handlingar skola insändas.



Statens offentliga utredningar 1999

Kronologisk förteckning

1. Nya förmånsrättsregler + Bilaga. Ju.
2. Steriliseringsfrågan i Sverige 1935-1975.
Ekonomisk ersättning. S.



fakta info direkt

Tel 08-587 671 00. Fax 08-587 671 71.

Box 6430. 113 82 Stockholm.

order@faktainfo.se www.faktainfo.se

ISBN 91-76-10120-7

ISSN 0375-250X