

Nr 18

Regeringens proposition med förslag till steriliseringslag, m. m.;

beslutad den 27 februari 1975.

Regeringen föreslår riksdagen att antaga de förslag som har upptagits i bifogade utdrag av regeringsprotokoll.

På regeringens vägnar

OLOF PALME

LENNART GEIJER

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag till ny steriliseringslag.

Enligt den föreslagna nya lagen skall varje man och kvinna som har fyllt 25 år och själv begär det få bli steriliserad. För motsvarande ingrepp på den som ännu inte har uppnått 25 års ålder krävs tillstånd från socialstyrelsen. Sådant tillstånd kan beviljas om genetiska (eugeniska) eller, såvitt gäller kvinna, medicinska skäl för sterilisering föreligger samt i samband med könsbyte. Sterilisering skall aldrig få företas på personer som inte har fyllt 18 år.

Propositionens förslag utgår från förutsättningen att ett steriliseringsingrepp upphäver fortplantningsförmågan för all framtid. För att så långt möjligt förebygga att sterilisering sker på grund av ett förhastat beslut av den steriliserings sökande innehåller lagen regler om viss föregående obligatorisk information. Den som steriliseras skall sålunda noggrant ha informerats om ingreppets innebörd och följder samt i förekommande fall om andra preventivmetoder. Informationen skall i första hand lämnas av kuratorer inom ramen för den utbyggda rådgivningsverksamhet som numera äger rum på mödravårdscentraler och särskilda rådgivningsbyråer. Vid behov skall information ges av läkare.

I propositionen betonas att sterilisering skall få företas endast för att tillgodose den enskildes intressen. Möjligheten för anhöriga, myndigheter eller andra representanter för det allmänna att ta initiativ till sterilisering avskaffas därför helt. Likaså avskaffas kravet på att vissa utomstående skall beredas tillfälle att yttra sig i steriliseringsärendet.

Som allmän förutsättning för sterilisering gäller att sökanden är svensk medborgare eller bosatt här i riket. Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra steriliseringsingrepp. Sterilisering av kvinna skall företas på sjukhus eller annan godkänd sjukvårdsinrättning. Såväl informationsverksamheten som operation och efterkontroll skall ersättas genom den allmänna sjukförsäkringen.

1 Förslag till Steriliseringslag

Härigenom föreskrives följande.

1 § Denna lag äger tillämpning på sådant ingrepp i könsorganen som utan att innebära kastrering medför varaktigt upphävande av fortplantningsförmågan (sterilisering). Lagen gäller dock icke ingrepp som utförs som ett led i behandlingen av kroppslig sjukdom.

2 § På egen begäran får den steriliseras som har fyllt tjugofem år och som är svensk medborgare eller bosatt här i riket. Vägras sterilisering, skall frågan omedelbart underställas socialstyrelsens prövning.

3 § Ansöker den som fyllt aderton men icke tjugofem år och som är svensk medborgare eller bosatt här i riket om sterilisering, får socialstyrelsen lämna tillstånd därtill

1. om det föreligger beaktansvärd risk för att arvsanlag som kan medföra allvarlig psykisk sjukdom eller abnormitet, svårartad kroppslig sjukdom eller svårt lyte av annat slag överförs till avkomling (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 ansökan om fastställelse enligt 1 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, om förutsättningar i övrigt föreligger för sådan fastställelse.

4 § Mot socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till sterilisering får talan ej föras.

5 § Sterilisering får ej ske utan att den som begär åtgärden noggrant har informerats om ingreppets innebörd och följder samt, i förekommande fall, om andra möjligheter att förebygga havandeskap.

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

Sterilisering av kvinna skall ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner.

7 § Den som har tagit befattning med steriliseringsärende får ej obehörigen yppa vad han därvid erfarit om enskilds personliga förhållanden.

8 § Utför någon uppsåtligen sterilisering i strid med denna lag, dömes till böter eller fängelse i högst sex månader, om ej gärningen är belagd med straff i brottsbalken.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1976, då lagen (1941:282) om sterilisering skall upphöra att gälla.

2 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar

Härigenom föreskrives att 14 § lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar¹ skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse²

Föreslagen lydelse

14 §³

Handlingar vilka av läkare eller hos socialstyrelsen eller på läkares eller styrelsens föranstaltande upprättas till utredning i mål eller ärende hos domstol eller i ärende som avses i giftermålsbalken; handlingar i ärenden rörande kriminologisk undersökning för forskningsändamål; handlingar vilka upprättats vid psykologisk undersökning som utförts för forskningsändamål eller i samband med inskrivning av värnpliktiga eller yrkesvägledning, arbetsvård eller omskolning eller i ärende om anställning eller upphörande av anställning hos myndighet eller i ärende om uttagning av anställd hos myndighet till viss utbildning eller tjänstgöring; handlingar i ärenden hos statens arbetsklirik eller kommunalt arbetsvårdsinstitut rörande prövning av handikappade eller från arbetssynpunkt svårbedömda personers förutsättningar för arbete eller rörande arbetsträning av sådana personer; läkarutlåtanden i ärenden om statlig personalpensionering; handlingar i ärenden enligt lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall; handlingar rörande uppsökande verksamhet som enligt lag åligger socialnämnd; handlingar i ärenden rörande hälsovård, sjukvård, socialhjälp, understöd vid barnsbröd, samhällets barnavård och ungdomsskydd eller eljest barnavårdsnämnds verksamhet, sådan familjerådgivning som drives av kommun, landstingskommun, församling eller kyrklig samfällighet, rätt för enskilda att inköpa alkoholhaltiga drycker, behandling av alkoholister eller eljest nykterhetsnämnds verksamhet, allmän försäkring eller yrkesskadeförsäkring eller eljest riksförsäkringsverkets, försäkringsrådets eller allmän försäkringskassas verksamhet, studiestöd under sjukdom, tillsyn å understödsföreningar, hjälpverksamhet vid arbetslöshet; så ock handlingar i ärenden rörande kontroll å utlämningar, som här i riket vistas eller hit söka tillträde, må, i vad de angå enskilds personliga förhållanden, icke utan hans samtycke till annan utlämnas tidigare än sjuttio år efter handlingens datum. Även utan sådant samtycke skall dock handling som nu sagts utlämnas, om, med hänsyn till det ändamål för vilket utlämnande åstundas och omständigheterna i

¹ Lagen omtryckt 1971:203.

² Med nuvarande lydelse avses i prop. 1975:50 föreslagen lydelse.

³ Senaste lydelse 1974:903.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

övrigt, trygghet kan anses vara för handen, att det ej kommer att missbrukas till skada eller förklenande för den vilkens personliga förhållanden i handlingen avses eller för hans nära anhöriga. Vid utlämnande böra erforderliga förbehåll göras.

Angår handling, som i första stycket avses, någons intagning, vård eller behandling å anstalt eller inrättning eller någons vård eller behandling av läkare annorstädes än å anstalt, och finnes grundad anledning antaga att genom handlingens utlämnande ändamålet med vården eller behandlingen skulle motverkas eller någons personliga säkerhet sättas i fara, må utlämnande vägras, ändock att enligt bestämmelserna i första stycket utlämnande bort ske. Likaledes må utbekommande av handling, utvisande vem som gjort anmälan i ärende rörande samhällets barnavård eller ungdomsskydd eller rörande behandling av alkoholister eller vem som eljest lämnat upplysningar i sådant ärende, vägras, om grundad anledning finnes att antaga att den, om vilken anmälan gjorts eller upplysningarna lämnats, skulle missbruka kännedom i berörda hänseende till skada för annan person.

Vad i denna paragraf stadgas har icke avseende å myndighets beslut som särskilt utfärdats eller i protokoll upptagits, där fråga ej är om barnavårdsnämnds, nykterhetsnämnds, riksförsäkringsverkets eller allmän försäkringskassas beslut, centrala studiestödsnämndens beslut rörande studiestöd under sjukdom eller om beslut i ärende som rör tillämpningen av lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, smittskyddslagen (1968:231) såvitt den angår veneriska sjukdomar, abortlagen (1974:595), *lagen (1941:282) om sterilisering*, lagen 1944:133 om kastrering eller transplantationslagen (1975:000), såvitt angår tillstånd enligt 4 § nämnda lag.

Uppgifter och anteckningar, vilka tillhöra de i kommunerna förda socialregistren, må ej utlämnas i vidare mån än som följer av lagen om socialregister.

Vad i denna paragraf stadgas har icke avseende å myndighets beslut som särskilt utfärdats eller i protokoll upptagits, där fråga ej är om barnavårdsnämnds, nykterhetsnämnds, riksförsäkringsverkets eller allmän försäkringskassas beslut, centrala studiestödsnämndens beslut rörande studiestöd under sjukdom eller om beslut i ärende som rör tillämpningen av lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, smittskyddslagen (1968:231) såvitt den angår veneriska sjukdomar, abortlagen (1974:595), *steriliseringslagen (1975:000)*, lagen (1944:133) om kastrering eller transplantationslagen (1975:000), såvitt angår tillstånd enligt 4 § nämnda lag.

3 Förslag till Lag om ändring i rättshjälpslagen (1972:429)

Härigenom föreskrives att 41 § rättshjälpslagen (1972:429)¹ skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

41 §

Offentligt biträde kan förordnas i mål eller ärende

1. hos utskrivningsnämnd eller psykiatriska nämnden angående intagning enligt 8 eller 9 § eller utskrivning enligt 16 eller 19 § lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall,

2. hos beslutsnämnd eller psykiatriska nämnden angående inskrivning i eller utskrivning från vårdhem eller specialsjukhus enligt lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda eller placering av särskolelev enligt 28 § samma lag,

3. hos förvaltningsdomstol angående tvångsintagning i allmän vårdanstalt för alkoholmissbrukare enligt 18 eller 55 § lagen (1954:579) om nykterhetsvård eller kvarhållande enligt 45 § samma lag,

4. angående omhändertagande för samhällsvård enligt 29 § barnavårdslagen (1960:97) eller utredning enligt 30 § samma lag eller angående sådan samhällsvårds slutliga upphörande enligt 42 § samma lag,

5. hos förvaltningsdomstol angående intagning i eller utskrivning från ungdomsvårdsskola enligt barnavårdslagen (1960:97),

6. hos utlänningsnämnden enligt utlänningslagen (1954:193),

7. angående förpassning eller utvisning enligt utlänningslagen (1954:193),

8. angående avvisning enligt utlänningslagen (1954:193), dock ej hos polismyndighet, såvida icke utlänningen enligt 35 § samma lag hållits i förvar längre än en vecka,

9. angående verkställighet enligt utlänningslagen (1954:193), om underställning skett hos centrala utlänningsmyndigheten med stöd av 58 § andra stycket samma lag eller om utlänningen enligt 35 § samma lag hållits i förvar längre än en vecka,

10. angående uppehållstillstånd, om utlänningsnämndens yttrande på grund av 12 § första stycket utlänningslagen (1954:193) skall inhämtas,

11. angående föreskrifter som meddelas enligt 9 eller 34 § utlänningslagen (1954:193),

12. angående hemsändande av utlänningsmedel med stöd av 71 § första stycket utlänningslagen (1954:193),

13. angående förverkande av villkorligt medgiven frihet enligt 26 kap. brottsbalken,

¹ Lagen omtryckt 1973:247.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

14. angående återintagning i anstalt enligt 29 eller 30 kap. brottsbalken,

15. angående verkställighet utomlands av frihetsberövande påföljd enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m. m. eller lagen (1972:260) om internationellt samarbete rörande verkställighet av brottsmålsdom,

16. angående utlämning enligt lagen (1970:375) om utlämning till Danmark, Finland, Island eller Norge för verkställighet av beslut om vård eller behandling,

17. angående kastrering enligt lagen (1944:133) om kastrering eller sterilisering enligt lagen (1941:282) om sterilisering, om giltigt samtycke till åtgärden ej lämnats,

17. angående kastrering enligt lagen (1944:133) om kastrering, om giltigt samtycke till åtgärden ej lämnats,

18. hos centrala utlänningsmyndigheten eller Konungen enligt lagen (1973:162) om särskilda åtgärder till förebyggande av vissa våldsdåd med internationell bakgrund,

19. angående verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning enligt lagen (1973:162) om särskilda åtgärder till förebyggande av vissa våldsdåd med internationell bakgrund, om utlämningen hållits i förvar längre än en vecka.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1976.

JUSTITIEDEPARTEMENTET
Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1975-02-27

Närvarande: statsministern Palme, ordförande, och statsråden Sträng, Andersson, Johansson, Holmqvist, Aspling, Lundkvist, Geijer, Bengtsson, Norling, Löfberg, Lidbom, Carlsson, Feldt, Sigurdsen, Gustafsson, Zachrisson, Leijon, Hjelm-Wallén

Föredragande: statsrådet Geijer

Proposition med förslag till steriliseringslag, m. m.

1 Inledning

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 15 december 1972 tillkallades en sakkunnig¹ för att se över lagen (1941:282) om sterilisering. För att biträda den sakkunnige tillkallades experter².

Den sakkunnige, som antog namnet steriliseringsutredningen, avlämnade i juni 1974 sitt betänkande (SOU 1974:25) Fri sterilisering. Betänkandet innehåller bl. a. förslag till ny steriliseringslag. Lagförslaget bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1*.

Betänkandet har remissbehandlats. Yttranden har därvid kommit in från riksåklagaren (RÅ), hovrätten för Västra Sverige, socialstyrelsen, ärkebiskopen, Svenska kyrkans centralråd för evangelisation och församlingsarbete, universitetskanslersämbetet (UKÄ), länsstyrelserna i Stockholm, Malmöhus samt Göteborgs och Bohus län, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Svenska läkaresällskapet, Sveriges advokatsamfund, Fredrika-Bremer-förbundet, Husmodersförbundet Hem och samhälle, Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Svensk demografisk förening, Svensk kuratorsförening, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska barnmorskeförbundet, Sveriges frikyrkoråd, Sveriges läkarförbund, Sveriges psykologförbund, Sveriges socionomers riksförbund, Sveriges socionomförbund och Yrkeskvinnors klubbars riksförbund.

Vissa remissinstanser har till sina yttranden fogat särskilt inhämtade yttranden, nämligen RÅ från överåklagarna i Stockholm, Göteborg och Malmö samt från länsåklagarna i Jönköpings, Kalmar och Västmanlands län, socialstyrelsen från ledamöter av socialstyrelsens vetenskapliga råd,

¹ Hovrättslagmannen Carl Fredrik Hadding.

² Professorerna Bo Gerle, Gustav Giertz, Harald Johansson, bitr. professorn Jan Lindsten samt riksdagsledamöterna Elvy Olsson och Turid Ström.

socialpsykiatriska nämnden och rättsläkarrådets rättspsykiatriska sektion, UKÄ från de medicinska fakulteterna vid universiteten i Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå, karolinska institutet och högskolan i Linköping, varvid fakulteten i Umeå bifogat yttrande från professorn i obstetrik och gynekologi vid fakulteten, länsstyrelserna i Stockholms, Malmöhus och Göteborgs och Bohus län från resp. länsläkare samt Svenska läkaresällskapet från Ragnar Romanus, professor emeritus i kirurgi vid Göteborgs universitet.

Yttranden har vidare kommit in från Handikappförbundens centralkommitté, Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, f. d. professorn i rätts- och statsmedicin Hjalmar Sjövall samt psykologen Patricia Ericsson vid Salberga specialistsjukhus.

2 Allmänt om preventiv- och steriliseringsmetoder m. m.

2.1 Inledning

Med begreppet sterilisering avses ett ingrepp som innebär att fortplantningsförmågan upphävs. Begreppet kan användas i inskränkt eller vidsträckt bemärkelse.

Med sterilisering i inskränkt bemärkelse förstås en medicinsk åtgärd som varaktigt hindrar äggen resp. sädescellerna att nå sin bestämelse utan att könskörtlarna påverkas. Ingreppet inverkar inte på könsdriften. Sterilisering i vidsträckt bemärkelse inrymmer även kastring. Kastring innebär att könskörtlarna avlägsnas eller sätts ur funktion. Ett sådant ingrepp kan bl. a. medföra väsentlig ändring av könsdriften.

I den fortsatta framställningen används begreppet sterilisering endast i inskränkt bemärkelse.

2.2 Preventivmetoder

De preventivmetoder som används i födelsekontrollerande syfte kan delas in i naturliga metoder (avbrutet samlag, säkra perioder) och preventivmedelsmetoder. Preventivmedlen som f. n. används kan delas in i följande huvudgrupper: 1. mekaniska (kondom, pessar, spiral) 2. kemiska (skum, salvor, vagitorier) 3. hormonella (p-piller).

Preventivmedlens tillförlitlighet varierar. Kondomen är det enda preventivmedlet för män och ger tämligen god säkerhet. Pessarets tillförlitlighet betraktas också som relativt god. Användningen av pessar medför 10–20 graviditeter per 100 kvinnoår. Spiral ger större säkerhet än pessar men leder ändå till 1–3 graviditeter per 100 kvinnoår. Kopparspiral ger bättre skydd än plastspiral. Kemiska medel beräknas ge visst skydd när de används separat (20 graviditeter per 100 kvinnoår). Kemiska medel kan användas tillsammans med pessar, varigenom den preventiva effekten totalt förstärks. P-piller är vid regelbunden användning det effektivaste skyddsmedlet.

Preventivmedlens användningsområde är i några fall inskränkt. Pessar kan inte användas av kvinnor med vissa förändringar i slidan, plastspiral inte av kvinnor som inte fött barn. Några preventivmedel är förenade med risker för vissa biverkningar. Spiral vållar sålunda under ett inledningsskede ofta oregelbundna blödningar och ökade menstruationer, emellanåt med smärtor. Hos en del kvinnor stöts spiralen ut. Bland biverkningar av p-piller kan nämnas oregelbunden eller upphörd menstruation, viktökning, huvudvärk, illamående, förhöjt blodtryck och blodsockerhalt, gulsot, blodpropp samt bestående ofruktsamhet. Biverkningarna är dock oftast av övergående natur. Motsvarande besvär torde för övrigt uppträda betydligt mera frekvent vid graviditet.

Omfattande forskning bedrivs världen över för att förbättra gängse

preventivmetoder och få fram nya effektiva och lätthanterliga preventivmedel. För varje nytt preventivmedel behövs emellertid i regel en utvecklingsperiod på omkring tio år. Man kan därför inte räkna med att det kommer att finnas något för alla kvinnor eller män helt idealiskt preventivmedel inom rimlig tid.

2.3 Steriliseringsmetoder

2.3.1 Sterilisering av kvinna

Alla steriliseringsingrepp på kvinna syftar till att bryta äggledarnas funktion att föra fram ägget till befruktning. Sterilisering kan ske kirurgiskt, varvid äggledarna tas bort eller skärs av eller genom att ett segment från äggledarna avlägsnas (resektion) och kvarvarande delar binds upp med tråd eller med metallclips. Segmentet kan också avlägsnas genom diatermi (högfrekvent elektrisk uppvärmning). Sterilisering kan vidare ske kirurgiskt genom att äggledarna snörs eller knyts av med exempelvis metallclips eller täpps till t. ex. genom elektrokoagulering. Slutligen kan sterilisering också göras kemiskt, varvid plastmaterial eller andra skleroserande material (som förhårdnar vävnaden) injiceras. Inte någon av metoderna medför hinder att efter ingreppet fortsätta sexuallivet på oförändrat sätt.

De operationsmetoder som f. n. används för att nå äggledarna delas in i 1. laparotomi 2. laparoskopi 3. colpotomi 4. culdoskopi och 5. hysteroskopi.

I Sverige är den vanligaste och äldsta formen för steriliseringsingrepp laparotomi. Vid laparotomi öppnas bukhålan genom ett snitt varefter det steriliserande ingreppet utförs, vanligen genom resektion. Ingreppet sker då kvinnan är nedsövd och kräver en sjukhusvistelse på 5–8 dygn följt av sjukskrivning i 3–4 veckor.

På några kvinnokliniker i Sverige tillämpas laparoskopi vid sterilisering. Därvid förs ett laparoskop (ett optiskt instrument) in genom ett insnitt vid naveln. Genom laparoskopet kan operatören betrakta äggledarna. Genom ett nytt snitt förs ett kirurgiskt instrument in med vilket det steriliserande ingreppet utförs. Kvinnan är nedsövd vid ingreppet, som tar kortare tid än vid laparotomi. Metoden kräver i allmänhet sjukhusvistelse under endast 1–2 dygn och sjukskrivning i omkring 1 vecka. Laparoskopi kan dock inte användas på vissa kvinnor, exempelvis inte på dem som har extrem över- eller undervikt, lider av akut eller kronisk inflammation i lilla bäckenet eller tidigare har genomgått mera omfattande kirurgiska ingrepp i underlivet.

Colpotomi och culdoskopi används i ringa utsträckning i Sverige men är vanliga metoder för sterilisering i utvecklingsländerna. Vid colpotomi görs ett snitt i toppen av slidan. Genom snittet dras äggledarna fram, varefter det steriliserande ingreppet utförs på dem. Colpotomi kan utföras under lokalbedövning men som regel används ryggmärgsbedövning eller allmän narkos. Ingreppet tar ungefär lika lång tid och

föranleder lika lång sjukhusvistelse och sjukskrivning som laparoskopi. Colpotomimetoden kan inte användas vid fixerad, anteverterad livmoder, dvs. då livmodern är riktad framåt så att den bildar en vinkel med slidan. Likaså utgör infektion i bäckenet, förstörade äggstockar, sammanväxningar, kraftig övervikt och trång eller djup slida hinder för användningen av denna metod. Den är inte heller lämplig för sterilisering i anslutning till förlossning eller i samband med abortingrepp efter tolfte graviditetsveckan.

Vid culdoskopi förs ett culdoskop (ett kirurgiskt instrument i kombination med ett optiskt instrument) in genom ett snitt långt upp i slidan. Genom culdoskopet observerar operatören området för ingreppet och kan samtidigt utföra steriliseringen. Culdoskopi kan utföras under lokalbedövning och kräver lika lång sjukhusvistelse och sjukskrivning som laparoskopi och colpotomi. I vissa utvecklingsländer utförs ingrepp med culdoskop polikliniskt. Ingreppet tar då ofta inte mer än några minuter och följs av endast ett par timmars vila innan kvinnan betraktas som arbetsför. Culdoskopimetoden är inte lämplig för sterilisering i anslutning till förlossning eller abort, vid infektioner i bäckenet eller för kvinnor med övervikt. En ökad frekvens av steriliseringar i Sverige skulle sannolikt ge anledning till en ökad användning av såväl colpotomi som culdoskopi.

Hysteroskopi är en metod som alltså befinner sig på utvecklingsstadiet. Metoden innebär att ett hysteroskop, som både är ett kirurgiskt och ett optiskt instrument, förs in genom livmoderhalsen i livmodershålan. Samtidigt som operatören kan observera äggledarna kan han sluta till dem genom elektrokoagulering, med skleroserande ämnen eller genom en injektion av plastmaterial. I anslutning till denna metod kan hysterectomi nämnas, som innebär ett tämligen stort operativt ingrepp, vid vilket livmodern avlägsnas. Metoden används huvudsakligen när rent medicinska skäl talar härför. Utöver nämnda operationsmetoder är vissa kemiska metoder under utveckling. Den kliniska erfarenheten av användningen av dessa metoder på människa är hittills mycket begränsad.

Steriliseringsingreppens effektivitet beror delvis på vilken metod som används. Laparotomi anses vara den mest effektiva med endast 0,04–0,08 graviditeter per 100 kvinnoår. Graviditetsfrekvensen har beräknats vara något högre om steriliseringsingreppet sker med andra metoder. Vid laparoskopi och culdotomi kan antalet graviditeter uppskattas till 0,1–2 per 100 kvinnoår.

Sterilisering är förenad med vissa risker för dödsfall. För laparotomi, laparoskopi och colpotomi kan dödsfallsrisken uppskattas till mellan 20 och 30 fall per 100 000 ingrepp. Som jämförelse kan nämnas att dödsfallsriskerna vid abort beräknas till 3 per 100 000 vid ingrepp som sker före tolfte graviditetsveckan, 15–30 per 100 000 vid senare abort samt uppskattningsvis till minst 100 per 100 000 vid illegal abort. Antalet barnaföderskor som avled i samband med förlossning uppgick år 1970 till 10 per 100 000.

Sterilisering är också förenad med vissa risker för andra komplikationer i samband med ingreppet. Komplikationsfrekvensen visar stora variationer. Vanligaste komplikationerna är lokala infektioner, blodansamlingar och blödningar till följd av ingreppet samt menstruationsrubbningsar.

Sammanställningar över gjorda undersökningar visar komplikationer i en omfattning som varierar mellan 0 % i ett urval av 143 fall i USA och 85 % i ett urval av 160 fall i Indien. I ett material från Hong Kong, som omfattade ett urval av 1 049 fall förekom komplikationer i 5,1 % av fallen, varvid sårinfektioner dominerade. I ett svenskt material från 1960 som omfattade 60 kvinnor var komplikationsfrekvensen 16,7 %. Det var därvid i samtliga fall fråga om menstruationsrubbningsar. En finsk undersökning visar att de vanligaste komplikationerna är menstruationsrubbningsar samt abnorma och smärtsamma regleringar. De flesta komplikationerna har dock visat sig vara jämförelsevis bagatellartade.

Vid laparoskopi tillkommer risken för skador genom inblåsning av koldioxid. Då elektrokoagulering tillämpas kan brännskador på tarm och urinblåsa samt i något enstaka fall även på de stora blodkärlen tänkas uppkomma. Enligt en undersökning, som avsåg 170 steriliseringar genom laparoskopi vid en svensk kvinnoklinik, nödgades man i två fall i stället tillgripa laparotomi. Skälet var i båda fallen lokala blödningar. I ett fall uppstod hjärtstillestånd i laparoskopins inledningsskede. Den totala komplikationsfrekvensen var 4,2 %.

Vid colpotomi kan skador på tarm och urinblåsa uppstå. Från Indien, där metoden ofta tillämpas, redovisas en komplikationsfrekvens på 1,6–5,5 % medan många västeuropeiska och amerikanska undersökningar visar en frekvens på 3,3–13,3 %.

När det gäller risken för komplikationer av psykisk art tyder de iakttagelser som redovisas i några svenska undersökningar beträffande sterilisering av kvinnor på, att sterilisering generellt ej kan anses orsaka psykisk sjukdom eller sådan allvarligare psykisk insufficiens att den menligt inverkat på arbetsförmågan eller livsföringen i övrigt. De undersökningar som avsåg kvinnor vilka fött minst ett barn och varit helt inställda på att ingreppet skulle utföras visar, att kvinnornas reaktion efter ingreppet var övervägande positiv.

Enligt en genomgång av socialstyrelsens aktmaterial rörande 295 av de kvinnor som under åren 1969 och 1972 genomgått steriliseringsoperation har 33 av dessa sedermera sjukskrivits för någon form av psykisk sjukdom. I de flesta fallen var det fråga om lättare psykiska besvär men även några fall av psykos och ett par fall av alkoholmissbruk förekom. För samtliga dessa saknas dock uppgift huruvida de psykiska besvär som iakttagits och behandlats helt eller delvis förorsakats av steriliseringsingreppet. I flertalet fall gällde sjukbeskrivningen dock en tidigare sjukdom som fortsatt utan påtaglig förändring av symtombilden.

Av sammanställningar av uppgifter om steriliseringar i åtta olika länder framgår bl. a. att mellan 78 och 99 % av de opererade kvinnorna var

nöjda med steriliseringsingreppet. Erfarenhetsmässigt är dock känt att personer, som tidigare steriliserats på eugenisk eller social indikation och vilkas situation av andra skäl, exempelvis eftermognad, väsentligt förändrats har reagerat mycket negativt på ingreppet.

2.3.2 Sterilisering av man

Alla steriliseringsingrepp på man syftar till att förhindra transporten av spermier från testikeln till yttervärlden. Genom operation eller på annat sätt bryter man därför passagen genom sädesledarna. Den inre sekretoriska funktionen i testiklarna påverkas inte och sexuallivet kan därför fortgå som före ingreppet. Skillnaden blir bara att säden inte längre innehåller några spermier och att befruktning således inte kan äga rum.

Steriliserande ingrepp på man utförs genom enkel underbindning eller genom delning av sädesledarna eller genom att passagen på annat sätt förhindras. Det vanligaste ingreppet är vasektomi, varvid sädesledaren skärs av. I regel avlägnas också delar av den. Flertalet operatörer frilägger därvid ledarna vid övre delen av pungen genom två små separata snitt men ledarna kan också nås från ett gemensamt snitt i medellinjen. I allmänhet utförs ingreppet under lokalbedövning. Ibland används narkos.

Tekniken vid vasektomi varierar. Metoderna kan delas in i två grupper. I ena fallet är syftet att uppnå ett definitivt resultat. I det andra fallet avser man att i möjligaste mån skona vävnaderna för att därigenom skapa bästa möjliga betingelse för en eventuell återförening av de avskurna sädesledarna och ett återställande av fortplantningsförmågan.

Enkel underbindning, alltså utan att sädesledarna delas, anses inte ge betryggande steriliseringseffekt. Även om sädesledarna delats kan passagen spontant återbildas (rekanalisering). För att undvika att så sker avlägsnar vissa operatörer en betydande del av dem. Man försöker även hindra rekanalisering på andra sätt.

Om man vill skapa bästa möjliga betingelser för att kunna återställa sädesledarnas funktion skär man endast av sädesledarna eller avlägsnar blott en mindre del av dem. Vidare undviker man att dela sädesledarna intill bitestikeln, där betingelserna för reoperation är sämre. Särskilt om vasektomi utförs med den teknik som syftar till att i möjligaste mån underlätta ett eventuellt återställande av passagen kan emellertid risk föreligga att förbindelsen återställs spontant.

Det är svårt att statistiskt ange hur stor risken är att ingreppet inte leder till varaktig spermiefrihet. Av tillgänglig statistik kan utläsas att frekvensen misslyckanden i vart fall inte överstigit 4,1 % då syftet varit att uppnå definitiv sterilitet.

Den som genomgått ingreppet kan vanligtvis återuppta sitt arbete efter en eller ett par dagar. Flera utländska undersökningar visar att en stor del av dem som genomgått vasektomi under lokalbedövning kunnat återgå till sitt arbete samma dag. Vasektomi är således att betrakta som en

mindre operation. Operationen kan utföras av läkare med viss kirurgisk erfarenhet.

Vasektomi är förenad med vissa risker för komplikationer. Den vanligaste om än förhållandevis sällsynta komplikationen är blödning. I övrigt kan obetydliga besvär uppkomma i form av måttlig svullnad, lokal ömhet inom operationsområdet eller lätta övergående smärtor samt spänningsskänsla och obehag särskilt i samband med sädestömning. Liksom vid andra operationer måste man vid vasektomi också räkna med möjligheten att infektion uppstår. Denna är dock i regel lindrig och förlänger läkningsförloppet endast obetydligt.

Vad gäller psykiska komplikationer till följd av vasektomi föreligger ingen svensk undersökning. Utländska undersökningsresultat tyder dock på att de psykiska biverkningarna varit få och av begränsad omfattning. Frekvensen fall i vilken den steriliserade sedermera ångrat sig är enligt de större undersökningarna endast mellan 2 och 3 %.

Intresset har under senare år också inriktats på att utarbeta metoder som möjliggör att sädesledarna stängs av endast under viss, regelbar tid. Målet är att åstadkomma möjlighet att allt efter önskemål öppna eller sluta passagen genom sädesledarna (reversibilitet). Den mest utprovade metoden är att man i sädesledaren för in en plugg, som lätt kan avlägsnas. I engelskspråkig litteratur kallas anordningen "Intravasal device, IVD". Anordningen består av en tråd som är överdragen med silikon eller av annat material. Tråden förs in i sädesgången och förankras på inplantationsstället. Meningen är att tråden åter skall kunna avlägsnas. Förhållandevis omfattande försök har gjorts i Korea. En annan metod som prövats är att man i vardera sädesledaren planterat in ett T-format rör av guld och rostfritt stål, försedd med en mikrovalv (dvs. en liten klaff). Tanken är att valven av läkare skall kunna ställas in så att den antingen tillåter passage eller ej. Ytterligare försök har gjorts genom att tantalumklämmare placerats på ledarna utan att dela dem. Samtliga beskrivna metoder befinner sig dock ännu på försöksstadiet.

2.4 Möjligheter att återställa fortplantningsförmågan efter sterilisering

2.4.1 För kvinna

När laparotomi utförs i Sverige avlägsnas i regel en viss del av äggledarna närmast livmodern. Härigenom ökar steriliseringsingreppets effektivitet men möjligheterna till reoperation försvåras samtidigt. För att i dessa fall återställa fortplantningsförmågan måste en reimplantation av äggledare ske vid öppning av buken. Enligt en amerikansk litteratursammanställning över 1 325 fall som reopererats återfick 29 % fortplantningsförmågan efter ingreppet.

Aven om de kirurgiska möjligheterna till framgångsrik reoperation ökat måste det alltså anses mycket ovisst om fortplantningsförmågan kan bli återställd. Av vissa undersökningar framgår att ett förvånansvärt

stort antal reoperationer efter sterilisering lett till graviditet. Ett betydande antal utomkvedshavandeskap liksom en ökad frekvens av spontanaborter är dock en påtaglig realitet i dessa fall. Ett steriliserande ingrepp på kvinna bör därför i dag betraktas som ett definitivt upphävande av fortplantningsförmågan.

2.4.2 För man

Operationen, varvid de delar av sädesledarna som skurits av genom vasektomi återförenas, kallas vasovasostomi. Även om ett sådant ingrepp leder till att relativt normal sperma kan påvisas i säden visar dock företagna undersökningar en tämligen låg frekvens uppkomna graviditeter. I råd till sökande i USA anges också att fortplantningsförmågan återställs i 30–50 % av fallen.

Mot bakgrund av att så förhållandevis få graviditeter rapporterats efter reoperation torde det i och för sig kunna ifrågasättas om en längre tids avstängning leder till testikelskador. Om detta är fallet eller ej vet man ännu inte med säkerhet. Några undersökningar om sådana skador finns inte redovisade. Trots relativt lovande försök – liksom när det gäller upphävandet av verkan av steriliserande ingrepp på kvinna – måste därför än så länge de tillämpade metoderna för vasektomi betraktas som ett definitivt upphävande av fortplantningsförmågan.

3 Nuvarande steriliseringslagstiftning

3.1 Lagregler

De nuvarande reglerna om sterilisering finns upptagna i lagen (1941:282) om sterilisering. Med sterilisering avses i lagen inte kastrering. Lagen är inte heller tillämplig på sådant ingrepp i könsorganen av beskaffenhet att medföra sterilitet, som på grund av sjukdom i dessa organ är påkallat av terapeutiska skäl, dvs. som ett led i behandlingen av sjukdomen (1 § femte stycket).

Lagen medger sterilisering under vissa förutsättningar. Någon av de i lagen särskilt angivna indikationerna måste sålunda vara uppfylld (1 §). Sterilisering får i enlighet därmed ske om någon med skäl kan antas genom arvsanlag komma att på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller också svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag (eugenisk indikation). Vidare tillåts sterilisering där någon prövas på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller också på grund av asocialt levnadssätt vara för framtiden uppenbart olämplig att handha vårdnaden om barn (social indikation). Som giltig grund för sterilisering anges vidare när 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 (medicinsk indikation). Slutligen får sterilisering också företas på den som avser att söka fastställelse enligt 1 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

Lagen är tillämplig vid sterilisering av både kvinnor och män. Av vad nyss sagts framgår dock att den medicinska indikationen endast kan tillämpas beträffande kvinna.

För sterilisering fordras samtycke till ingreppet. Undantag härifrån får dock göras i det fall den, som enligt någon av de angivna indikationerna får steriliseras, på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke (2 §).

I princip fordras socialstyrelsens tillstånd till sterilisering. Sådant tillstånd får inte lämnas om inte tillfälle att yttra sig i frågan, då så kan ske, beretts vårdnadshavare för underårig, förmyndare för omyndigförklarad, make samt, för den som är intagen på allmän anstalt, anstaltsläkare och föreståndare. Undantag från tillståndstvånget gäller, beträffande den som kan lämna giltigt samtycke, vid ingrepp som avses ske med stöd av medicinsk indikation till följd av kroppslig sjukdom eller kroppsfel. Sterilisering får i dessa fall ske då två läkare, av vilka den ene skall vara den som skall utföra ingreppet och den andre ha tjänsteställning som Kungl. Maj:t föreskriver, i skriftligt utlåtande förklarar att förutsättningarna för åtgärden är för handen, s. k. tvåläkarintyg (3 §). Slutligen får sterilisering ske utan särskilt tillstånd vid s. k. nödfallsingripande. Förutsättningarna härför anges i 5 §. Av denna bestämmelse följer att om det vid abort enligt 6 § andra stycket abortlagen (1974:595)

finns grundad anledning till antagande att sjukdom eller kroppsfel som föranlett ingreppet kommer att vid nytt havandeskap medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa, den läkare som utför aborten samtidigt får utföra sterilisering.

Sterilisering av kvinna skall utföras på lasarett, därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Från detta krav kan socialstyrelsen medge undantag. Beträffande sterilisering av man uppställs kravet att ingreppet skall utföras av legitimerad läkare (4 §).

Den som har medverkat vid steriliseringsutredning eller steriliseringsingrepp får inte obehörigen tala om vad som därvid förekommit (6 §). Brott mot tystnadsplikten får åtalas av åklagare endast på angivelse av målsäganden.

Socialstyrelsens beslut varigenom sterilisering vägrats får överklagas i kammarrätten. I övrigt får socialstyrelsens beslut i steriliseringsärende inte överklagas (7 §).

När det gäller det straffrättsliga ansvaret innebär lagen att den som verkställer sterilisering i strid mot lagen eller som mot bättre vetande till myndighet eller läkare avger osann utsaga i steriliseringsärende eller som bryter mot tystnadsplikten – såvida gärningen inte är straffbelagd i brottsbalken – kan dömas till dagsböter eller fängelse i högst sex månader (8 §).

I kungörelsen (1941:387) med tillämpningsföreskrifter till steriliseringslagen finns bestämmelser om bl. a. ansöknings- och prövningsförfarandet hos socialstyrelsen samt om läkares behörighet att avge utlåtande angående förutsättningarna för sterilisering.

Enligt kungörelsen får ansökan om tillstånd till sterilisering göras av den som avses med ansökningen. Beträffande den som är underårig skall ansökan göras av vårdnadshavaren och för omyndigförklarad av förmyndaren. Vidare är vissa institutioner ibland behöriga att ansöka om sterilisering, nämligen socialnämnden beträffande den som åtnjuter socialhjälp eller vars make eller minderåriga barn åtnjuter sådan hjälp och barnvårdsnämnden för den som är föremål för åtgärd enligt barnvårdslagen (1960:97) eller vars barn är föremål för sådan åtgärd. Ansökan kan också göras av vederbörande läkare för den som behandlas vid en av det allmänna anordnad läkarmottagning, överläkaren, sjukstugeläkaren eller motsvarande läkare för den som är intagen på lasarett eller därmed jämförligt sjukhus eller på sjukstuga eller inskriven i specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda samt anstaltens läkare eller föreståndare för den som är intagen i annan allmän anstalt.

Ansökan får också göras av länsläkare, distriktsläkare eller annan läkare i motsvarande tjänsteställning (1 §). När ansökan inte avser sökanden själv skall denne dock om möjligt lämna skriftligt samtycke till ingreppet. Till ansökan skall i förekommande fall, om det kan ske, fogas bl. a. yttrande rörande ansökningen från vårdnadshavare, förmyndare, make, anstaltsläkare och föreståndare för allmän anstalt (3 §).

Ansökningar om sterilisering handläggs av socialstyrelsen (4 §). Till-

stånd gäller ett år från dagen för beslutet (5 §). Sedan steriliseringsingrepp verkställts skall den läkare som utfört ingreppet inge operationsberättelse till socialstyrelsen (7 §). Om läkare åsidosatt sistnämnda bestämmelse eller brutit mot föreskrift som socialstyrelsen lämnat angående ingreppets verkställande straffas han med dagsböter (9 §).

3.2 Statistiska uppgifter

3.2.1 Steriliseringsutvecklingen

Utvecklingen beträffande steriliseringar har varit en helt annan än beträffande aborter. Medan de legala aborterna under åren 1965–1973 steg från ca 6 200 till 26 000 har antalet utförda steriliseringar inte undergått några stora förändringar under samma tid, vilket framgår av följande tabell

År	Socialstyrelsen (Medicinalstyrelsen)		Totala antalet utförda steriliseringar	(varav på 2-läkarintyg)	p.g.a. nödfall
	Ansökningar	Bifall			
1965	1 731	1 616	1 508	(129) ¹	
1966	1 685	1 577	1 535	(165)	(6)
1967	1 738	1 665	1 508	(142)	
1968	1 681	1 616	1 578	(144)	
1969	1 762	1 694	1 573	(140)	
1970	1 938	1 882	1 863	(163)	
1971	2 006	1 961	1 901	(151)	
1972	1 853	1 804	1 616	(134)	
1973	1 794	1 772	1 364	(100)	

¹ Inkl. 7 efter bifall av socialstyrelsen på social indikation.

3.2.2 Utförda steriliseringar fördelade på indikationer

I sina beslut om tillstånd till sterilisering har socialstyrelsen ibland angivit flera indikationer. I statistiken har dock för varje tillstånd angivits endast en indikation utan att denna avsetts som huvudindikation. En sammanställning av socialstyrelsens statistik över utförda steriliseringar fördelade på indikationer samt på kvinnor (Kv) och män (M) ger följande resultat

År	Eugenisk indikation			Social indikation			Medicinsk indikation
	Kv	M	Totalt	Kv	M	Totalt	Kv
1965	3	8	11	13	9	22	1 353
1966	8	1	9	16	10	26	1 329
1967	1		1	38	4	42	1 323
1968	11	2	13	16	3	19	1 402
1969	14	5	19	55	3	58	1 356
1970	16	4	20	44	2	46	1 634
1971	8	5	13	56	7	63	1 674
1972	9	3	12	41	4	45	1 425
1973	10	7	17	17	2	19	1 228

Sammanställningen visar att den eugeniska och den sociala indikationen tillämpas i ringa utsträckning. Som jämförelse kan nämnas att sterilisering på eugenisk indikation år 1945 gjordes på 432 män och 553 kvinnor, alltså totalt 985 personer. Motsvarande siffror år 1953 var 50 män och 280 kvinnor, totalt alltså 330 personer. Sterilisering på social indikation utfördes år 1945 på 33 män och 45 kvinnor, år 1953 på 24 män och 51 kvinnor.

3.3 Steriliseringslagstiftningen i övriga nordiska länder

I *Danmark* trädde en ny lag om sterilisering och kastrering i kraft den 1 juli 1973. Lagen reglerar ingrepp som varaktigt upphäver fortplantningsförmågan men omfattar inte sådant ingrepp som är ett led i behandlingen av kroppslig sjukdom.

Enligt de nya bestämmelserna har envar som fyllt 25 år och har hemvist i Danmark rätt att bli steriliserad. Den som inte har hemvist i Danmark kan dock få tillstånd till sterilisering om han eller hon har särskild anknytning till Danmark, exempelvis är dansk medborgare. Vidare kan kvinna under 25 år oavsett om hon är bosatt i Danmark eller ej bli steriliserad utan särskilt tillstånd om ingreppet är nödvändigt av medicinska skäl. I övrigt kan den som är under 25 år samt den som är sinnessjuk eller sinnesslö liksom person som är omyndig i personligt hänseende ges särskilt tillstånd till sterilisering om någon av lagens indikationer är uppfylld, antingen såvitt gäller sökanden själv, dennes make eller den sökanden sammanlever med. Det kan här vara fråga om eugeniska grunder för sterilisering eller att vederbörande av psykiska skäl är olämplig att dra försorg om barn. Vidare anges som skäl för sterilisering att betydande fara föreligger för att vederbörande inte kan genomgå ett framtida havandeskap eller barnet kan förväntas inte bli livsdugligt eller bli framfött med väsentliga skador. Som social indikation anges att de förhållanden under vilka sökanden eller dennes familj lever gör det påkallat att undvika barnafödelse. Vid denna bedömning skall hänsyn tas till familjens hälsomässiga, bostadsmässiga och ekonomiska förhållanden, antalet hemmavarande barn samt om det kan förväntas att flera barn kommer att medföra en väsentlig belastning på förhållandena genom försämring av vederbörandes hälsotillstånd, betydande ökning av hans arbetsbörda eller på annat sätt. För den som är under 18 år får tillstånd ges endast då synnerliga skäl till sterilisering föreligger.

För tillstånd *fordras därjämte prövning om de förhållanden, som ligger till grund för ansökningsen, kan väntas bli bestående samt om det finns rimliga möjligheter att förebygga havandeskap på annat sätt.*

I de fall då det inte *fordras* särskilt tillstånd till sterilisering kan sökanden vända sig till en läkare. Denne är skyldig att ta reda på anledningen till önskemålet, upplysa om ingreppets följder och de risker som kan antas vara förbundna med detta samt om preventivmedel och om möjlighet till reoperation. Sökanden skall skriftligen bekräfta att han

eller hon fått del av denna information. Därefter remitteras sökanden till godkänt sjukhus, där operationen utförs. Den läkare som skall utföra ingreppet måste dessförinnan förvissa sig om att sökanden informerats på föreskrivet sätt.

När det fordras tillstånd till sterilisering prövas ansökan av ett "samråd" vid en mödrahjälpssinrättning. Samrådet består av tre personer, föreståndaren för mödrahjälpssinrättningen (kurator) och två läkare. Avslagsbeslut kan överklagas till en central besvärdsnämnd. I vissa fall skall i samrådet och besvärdsnämnden ingå en särskilt utvald domare, bl. a. då ansökningen avser någon som är under 18 år eller någon som mot sin vilja är intagen på mentalsjukhus eller som är utvecklingsstörd. I dessa fall måste enhällighet föreligga för att tillstånd skall kunna meddelas.

Ansökan om tillstånd görs av den som önskar bli steriliserad. För sinnessjuk, sinnesslö eller annan som varaktigt eller för längre tid är ur stånd att inse steriliseringsingreppets betydelse kan samrådet dock tillåta sterilisering på anmodan av särskilt utvald god man (vaerge), om omständigheterna talar därför. Den gode mannen kan överklaga samrådets beslut. Är den på vilket ingreppet skall företas omyndig, sinnessjuk eller sinnesslö eller är det i övrigt på grund av sökandens själsliga tillstånd betänkligt att denne på egen hand ansöker om sterilisering kan samrådet tillåta ingreppet på ansökan av sökanden samt förmyndare eller god man, eventuellt särskilt utsedd god man. Beslutet kan överklagas av förmyndaren och den gode mannen.

Finland fick en ny steriliseringslag år 1970. Lagen innebär en liberalisering i förhållande till tidigare bestämmelser. Lagen är inte tillämplig på ingrepp på könsorganen av terapeutiska skäl.

Enligt den nya steriliseringslagen får tillstånd till sterilisering lämnas man eller kvinna som begär det om lagens eugeniska indikation är uppfylld eller om vederbörandes sjukdom, rubbade själsverksamhet eller därmed jämförbar orsak allvarligt begränsar förmågan att sköta barn. Vidare kan sterilisering medges när barns födelse och skötseln av barn med beaktande av vederbörandes och hans barn eller hans familjs levnadsförhållanden samt övriga omständigheter skulle vara avsevärt betungande för honom eller henne samt i fall då vederbörandes möjligheter att på annat sätt förhindra barns födelse är osedvanligt svaga. Kvinna kan vidare på begäran bli steriliserad på medicinsk indikation.

Den som är sinnessjuk, psykiskt efterbliven eller lider av rubbad själsverksamhet i övrigt och därför är varaktigt oförmögen att förstå innebörden av en sterilisering kan bli steriliserad om vägande skäl talar därför. De skäl som därutöver måste föreligga är antingen eugenisk indikation eller begränsad förmåga att sköta barn på grund av psykiska skäl eller för kvinna till följd av medicinsk indikation. Samtycke krävs i sådana fall av förmyndare eller särskilt förordnad god man. Den som är under 18 år får steriliseras endast om synnerligen vägande skäl talar därför.

Innan sterilisering får ske skall vederbörande och i förekommande fall

om möjligt även maken underrättas om ingreppets betydelse och verkningar. Därvid skall utredas vem av makarna som det från familjens och samhällets synpunkt är ändamålsenligt att låta sterilisera. Tillstånd till sterilisering får i princip endast meddelas av medicinalstyrelsen, dock att sterilisering på medicinsk indikation får ske genom tvåläkarintyg. Sterilisering på medicinsk indikation kan ske även utan särskilt tillstånd i samband med abort. Hälsovårds- och socialnämnderna är skyldiga att bedriva upplysnings- och rådgivningsverksamhet i frågor om sterilisering och vid behov hänvisa vederbörande till sinnessjukvårdsdistriktets vårdbyrå för psykiatrisk undersökning och eventuell ansökan om sterilisering.

Den aktuella lagstiftningen i *Norge* trädde i kraft år 1934. Den omfattar operation eller annan behandling som leder till upphävande av en persons fortplantningsförmåga eller könsdrift, dvs. både sterilisering och kastrering. Lagen avser inte ingrepp av uteslutande medicinsk karaktär.

Särskilt tillstånd fordras för sterilisering. För tillstånd fordras att sökanden själv begär det och kan visa beaktansvärda skäl för ingreppet. I förekommande fall skall make beredas tillfälle att yttra sig. Den som är under 20 år eller lider av allvarlig sinnessjukdom eller är utvecklingsstörd eller sinnesslö måste ha samtycke av förmyndare (vergen) eller av en av domstol särskild utsedd god man (kurator). God man skall förordnas även för den som lider av psykisk störning och inte är omyndig. Efter framställning från förmyndare eller särskilt utsedd god man kan sterilisering tillåtas i fråga om den som lider av allvarlig sinnessjukdom, är utvecklingsstörd eller sinnesslö om vederbörande inte själv har möjlighet att ta ståndpunkt till ingreppet och det inte finns hopp om att han skall tillfriskna och det samtidigt finns skäl att anta antingen att han inte skall genom eget arbete kunna dra försorg om sig och barn eller att psykisk sjukdom eller betydande fysiskt handikapp kommer att överföras på barn. Framställning om sterilisering kan bl. a. också göras av polismästaren i det distrikt vederbörande bor eller, för vissa som är intagna på anstalt, av anstaltschefen. I sådana fall skall god man förordnas.

Tillstånd ges av hälsovårdsdirektören eller, om ingreppet avser minderårig eller den som lider av allvarlig sinnessjukdom, är utvecklingsstörd eller själsligt svag, av ett sakkunnigt råd. Rådet består av hälsovårdsdirektören, en kvinna, en domare och två läkare. Hälsovårdsdirektören eller rådet bestämmer var och av vem ett eventuellt ingrepp skall utföras.

4 Steriliseringsutredningens förslag

4.1 Allmänt om sterilisering i familjeplanerande syfte

Enligt utredningen ger tillgängliga preventivmedel som används på rätt sätt god säkerhet i familjeplanerande syfte för flertalet människor. Ett inte ringa antal kvinnor är dock förhindrade att använda de effektivaste preventivmedlen och en hel del människor saknar förmåga att alls använda preventivmedel. Möjligheterna till abort är i Sverige avsevärda men avbrytande av havandeskap som metod för familjeplanering måste betraktas som en nödlösning. I jämförelse med abort framstår enligt utredningens mening sterilisering med dess mera begränsade etiska problem som ett fördelaktigt alternativ för dem som varaktigt vill förhindra havandeskap.

Steriliseringens definitiva karaktär medför dock att ingreppet har ringa intresse för de åldersgrupper som har största behovet av effektiva preventivmedel, dvs. för dem som befinner sig mellan sexuell debut och familjebildning. För dem å andra sidan som fått önskat antal barn eller efter moget övervägande beslutat att ej skaffa barn är dock sterilisering ett angeläget komplement och därtill den säkraste preventivmetoden. Genom sterilisering undviks de för många störande åtgärderna i direkt anslutning till samlag eller regelbundet intagande av piller med för en del besvärliga biverkningar.

Sammanfattningsvis menar utredningen att sterilisering endast i viss utsträckning kan eller bör ersättas av annan metod för familjeplanering.

4.2 Behov av lagstiftning om sterilisering

Utredningen anger som sin grundsyn att en person i princip skall ha rätt att bestämma över sin egen kropp.

Från denna utgångspunkt finner utredningen att det bör vara tillåtet för envar att sterilisera sig om inte särskilda skäl talar däremot. Som ett sådant skäl anges risken för ångersituationer, dvs. förhastade beslut om sterilisering. Utredningen menar att risken för ångerfall sannolikt kan väsentligt begränsas genom effektiv och förnuftig information om steriliseringsingreppets innebörd och följder samt genom en för den enskilde anpassad rådgivning som innefattar även andra preventivmetoder. Vidare bör risken kunna minskas genom att den som önskar sterilisera sig förmås att vänta någon tid med slutligt ställningstagande till ingreppet och genom att uppställa en lämplig lägsta åldersgräns för fri sterilisering.

Ett annat tänkbart skäl mot fri sterilisering är enligt utredningen risken för andra psykiska och fysiska störningar. Utredningen anser dock att denna risk torde vara av begränsad betydelse. Enligt utredningen talar såväl svenska som utländska erfarenheter för att förhållandevis få fysiska komplikationer uppstår i samband med operation eller under efterför-

loppet. I de av utredningen granskade svenska fallen har inte heller framkommit något som tyder på beaktansvärt ökade psykiska besvär. I de fall besvär konstaterats har dessa i regel orsakats av andra förhållanden som funnits eller haft sin grund i händelser som inträffat redan före ingreppet. De utländska undersökningar som gjorts visar inte heller någon större frekvens av störningar av psykologisk art som påverkat det fortsatta samlivet negativt. De få fall av psykiskt betingad impotens som kunnat konstateras efter ett steriliserande ingrepp kan till viss del ha haft sin grund i förväxling mellan steriliseringens och kastreringens inverkan på sexuallivet. Eventuella problem av denna art torde därför vanligen kunna lösas genom lämplig information, anför utredningen.

Ytterligare tänkbara skäl mot fri sterilisering är enligt utredningen hänsynen till makes eller annan samlevnadspartners önskemål liksom hänsynen till samhällets befolkningspolitik. Utredningen avvisar emellertid tanken på medgivande till sterilisering från make eller annan samlevnadspartner med hänsyn till att ett sådant krav skulle te sig främmande i förhållande till vår gällande äktenskapslagstiftning. Inte heller torde det enligt utredningens mening finnas anledning att tro att fri sterilisering inom överskådlig tid skulle få sådan omfattning eller sådana strukturella följder i vårt land att samhället på befolkningspolitiska grunder har skäl att ingripa med tillståndskrav för sterilisering.

Utredningen finner sålunda övervägande skäl tala för att i princip tillåta sterilisering utan särskilt tillstånd för envar som uppnått lämplig ålder för frågans avgörande. Sterilisering bör få företas endast för att tillgodose enskildas intressen. Vid genetisk indikation bör härvid kunna beaktas det uppenbara intresset hos presumtiva avkomlingar att inte behöva lida av svåra sjukdomar och lyten. Enligt utredningen innebär detta dock inte att myndigheter eller andra representanter för det allmänna bör ges rätt att ta initiativ till sterilisering. Utredningen tar bestämt avstånd från annat än frivillig sterilisering vilket dock inte bör hindra att icke rättskapabla personer skall kunna ges viss möjlighet till sterilisering om sådana enskilda intressen är uppfyllda, som gäller för övriga individer. Kriterierna för rätt till sterilisering bör enligt utredningens mening regleras i lag.

4.3 Förutsättningar för sterilisering

Enligt utredningens mening bör envar som är rättskapabel och uppnått viss minimiålder ha rätt till sterilisering på egen begäran. I övrigt bör grunder för rätt till sterilisering ställas upp.

4.3.1 Åldersgränser

Myndighetsåldern är numera 18 år. För ett beslut om sterilisering fordras emellertid inte bara en intellektuell utan även emotionell och sexuell mognad, vilken erfarenhetsmässigt ofta inte utvecklas förrän i

20–25 årsåldern och i viss utsträckning först senare. Sterilisering gäller också ett avgörande beslut att för resten av livet avstå från möjligheten att få egna barn. Utredningen finner med hänsyn härtill och i brist på svenska och tillförlitliga utländska erfarenheter att gränsen för fri sterilisering lämpligen bör sättas vid 25 år och erinrar om att samma minimiålder normalt gäller för möjligheten att adoptera barn i Sverige. För att så långt som möjligt undvika ångersituationer och andra psykiska störningar hos dem som ges rätt till fri sterilisering bör en lagstadgad skyldighet införas om information och rådgivning till dem som vill sterilisera sig. Dessa bör därigenom uppmärksammas på steriliseringens innebörd och följder samt få vetskap om vilka alternativa preventivmetoder som finns.

Även för personer under 25 år bör emellertid enligt utredningens mening finnas vissa möjligheter till sterilisering. Därvid bör självfallet eugenisk och såvitt gäller kvinna medicinsk indikation få utgöra grund för sterilisering. Begreppet eugenisk (eugenik = rashygien) bör dock bytas ut med hänsyn till att det kan uppfattas innehålla en värdering som omfattar en "förbättring" av befolkningens genetiska sammansättning. Utredningen föreslår att i stället det mera neutrala uttrycket *genetisk* införs i lagen. Vad gäller den medicinska indikationsbeskrivningen finner utredningen att den bör omfatta "sjukdom eller kroppsfel", som vid kommande havandeskap kan innebära allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa. Vidare bör begreppet "svaghet" ingå i indikationen i dess rent medicinska betydelse och alltså avse ett medicinskt förhållande som klart avviker från normalt hälsostatus. Svaghet bör sålunda närmast avse svag hälsa, bräcklig kropps-konstitution eller neurastenisk läggning. Antal barn och andra omständigheter i miljön kan dock vara av betydelse för bedömningen av hur allvarlig den fara för kvinnans hälsa är, som till följd av hennes svaghet kan uppstå vid ett havandeskap. Utredningen finner inte skäl att införa någon medicinsk indikation som grund för sterilisering av man.

Den sociala indikationen som f.n. gäller tillämpas i liten utsträckning numera. Utredningen finner också att den främst är ett utslag av samhällets intresse och att den inte bör föras över till en ny steriliseringslag. I stället för sterilisering på social indikation bör ökad preventivmedelsrådgivning och i nödfall abort tillgripas. Vad slutligen gäller den år 1972 införda möjligheten till sterilisering i samband med fastställande av könstillhörighet anser utredningen anledning saknas att ingå i saklig prövning och föreslår att sterilisering i dessa fall av den som ej fyllt 25 år bör få ske efter samma grunder som hittills.

Utredningen har övervägt frågan om en absolut minimiålder för sterilisering bör införas och funnit att det med hänsyn till de indikationer som föreslås finns skäl att begränsa möjligheterna till sterilisering till dem som är 18 år eller äldre. Därigenom undviker man också de svårigheter som annars skulle uppkomma genom krav på giltigt samtycke, vårdnadshavarens ställning m.m. Sterilisering av dem som är under 18 år bör

därför enligt utredningens mening endast kunna ske av rent terapeutiska skäl, dvs. som ett led i behandlingen av kroppslig sjukdom.

4.3.2 De icke rättskapablas ställning

Med en icke rättskapabel person avses i utredningen en person som på grund av psykisk sjukdom eller abnormitet eller annan rubbning av själsvärksamheten saknar rättslig handlingsförmåga beträffande frågan om han skall steriliseras. Den icke rättskapable kan inte giltigt besluta om sterilisering eller giltigt ansöka om eller samtycka till sterilisering.

Utredningen hänvisar till en början till ett uttalande av föredragande departementschefen i propositionen (1974:70) med förslag till abortlag, m. m. där det konstateras att det från humanitär synpunkt numera inte kan godtas att abort får utföras utan kvinnans samtycke. Enligt utredningens mening innebär detta att kvinna, som på grund av rubbad själsvärksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke, enligt den nyligen antagna lagen inte längre kan få abort. I anledning härav anför utredningen att situationen enligt dess mening är en annan när det gäller sterilisering. Man strävar sålunda efter att låta exempelvis utvecklingsstörda få ha ett så långt möjligt normalt sexualliv. Ofta är det dock inte lämpligt att deras sexuella förbindelser leder till havandeskap. I viss utsträckning kan gängse preventivmedel ej komma till användning och sterilisering i familjeplanerande syfte blir då den enda lämpliga preventivmetoden. Utredningen finner därför att de icke rättskapabla bör ha möjlighet att bli steriliserade. För sterilisering bör krävas tillstånd av socialstyrelsen. Tillstånd bör endast ges under vissa förutsättningar.

Som första förutsättning anger utredningen att den bristande rättskapaciteten skall vara varaktig. Utredningen föreslår vidare att de specialindikationer (genetisk och medicinsk) som föreslagits för personer i åldern 18–24 år bör tillämpas även för icke rättskapabla i samma ålder. För dem över 25 år bör gälla att det med skäl kan antas att sterilisering är till väsentlig fördel för den ansökan avser. Ansökan bör endast få göras av någon som har att tillvarata den icke rättskapabla intressen. Utredningen avstyrker bestämt att nuvarande ordning bibehålls, enligt vilken anstaltsföreståndare m.fl. kan göra ansökan om sterilisering av intagen, icke rättskapabel person.

De personer, förmyndare och andra, som i dag har att svara för omvårdnaden om de psykiskt handikappade kan ibland komma i situationer som innebär intressekollisioner. Dessa bör därför inte belastas med möjligheten att ta initiativ i steriliseringsfrågor, menar utredningen. Utredningen anmärker vidare att de särskilt förordnade förmyndarnas huvudsakliga uppgift i dag är att tillvarata den omyndigförklarades ekonomiska intressen. För att skapa största möjliga skydd för icke rättskapablas personliga integritet föreslår utredningen en ordning som innebär att domstol skall utse en särskild god man med uppgift att i den icke rättskapabla ställe ansöka om sterilisering. Utredningen pekar

emellertid på att frågan om förmyndares uppgifter övervägs inom justitiedepartementet och att en ändring av förmyndarnas uppgifter självfallet kan komma att påverka utredningens förslag i denna del. Utredningen föreslår därför nu ingen ändring i 18 kap. 2 § föräldrabalken.

4.4 Förfarande i steriliseringsärende

Utredningen konstaterar till en början att enligt propositionen med förslag till ny abortlag avses nuvarande organisation för preventivmedels- och abortrådgivning komma att byggas ut. Mödravårdscentraler kommer därvid att få en central funktion för både män och kvinnor. Sjukvårdshuvudmännen föreslås även i fortsättningen ha det huvudsakliga ansvaret för rådgivningen men även andra organisationer kommer att med socialstyrelsens godkännande bedriva rådgivning om födelsekontroll. Verksamheten kommer att ersättas genom de allmänna försäkringskassorna. Enligt steriliseringsutredningen är det naturligt och lämpligt att samma organisationer svarar för den information och rådgivning som skall ges enligt förslaget till ny steriliseringslag. Den som önskar sterilisering bör alltså kunna vända sig till mödravårdscentraler och rådgivningsbyråer. På dessa institutioner bör i första hand kuratorer kunna lämna informationen, men då så anses påkallat bör denna uppgift kunna flyttas över på läkare som är knuten till institutionen. Självfallet bör också varje legitimerad läkare kunna ge den aktuella informationen och de råd som anses påkallade i ärendet.

Den som lämnar informationen bör alltid fråga efter makes eller samlevnadspartners inställning till ingreppet. Efter information och eventuell rådgivning föreslås den ordningen gälla att den som önskar steriliseras skall underteckna en bekräftelse att han fått del av informationen. Bekräftelsen bör också undertecknas av den som lämnat upplysningarna. Den som efter den obligatoriska informationen vidhåller sin önskan om sterilisering skall vända sig till lämplig allmän sjukvårdsinrättning på hemorten eller annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänt för att få ingreppet utfört. I de fall då tillstånd krävs för sterilisering bör den som önskar få ingreppet utfört vända sig till någon av de angivna institutionerna eller till legitimerad läkare som upprättar nödvändiga ansökningshandlingar. Den som saknar rättskapacitet bör i tveksamma fall hänvisas till specialist, t.ex. psykiater. Rådgivningen och steriliseringen bör falla inom ramen för den allmänna sjukvården och ersättas enligt reglerna för den allmänna sjukförsäkringen.

4.5 Tillståndsprövning

I de fall där enligt förslaget ansökan och tillstånd fordras anser utredningen att prövningen bör ske centralt, lämpligen av en särskild nämnd knuten till socialstyrelsen. Med hänsyn bl.a. till bedömningen av

ansökningar avseende icke rättskapabla och med tanke på önskvärdheten av en adekvat lagtillämpning finner utredningen att i nämnden bör ingå en person som innehar eller innehaft domarämbete. I övrigt bör nämnden bestå av företrädare för de medicinska specialiteterna gynekologi, urologi, genetik och psykiatri. Den nuvarande möjligheten till sterilisering på s.k. tvåläkarintyg bör inte bibehållas. Dock bör det fortsättningsvis finnas möjlighet att i undantagsfall i samband med förlossning då tidsnöd föreligger tillåta steriliseringsingrepp utan att det ordinära tillståndsförfarandet iakttas.

Enligt ett särskilt yttrande av två av utredningens experter, riksdagsledamöterna Elvy Olsson och Turid Ström, bör tillståndsprövningen även fortsättningsvis göras av socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd, som också handhar abortärenden. Det konstateras därvid att såväl praktiska som principiella skäl talar för en sådan lösning. Nämndens sammansättning är lämpligt avvägd, dvs. med två av Kungl. Maj:ts utsedda ledamöter varav den ene är läkare och nämndens ordförande, den andre lekman. Vidare ingår som ledamot en av socialstyrelsen utsedd psykiater och den ledamot av styrelsens vetenskapliga råd som företräder arvsbiologi och arvshygien. Enligt yttrandet torde särskild expertis för bedömning av enskilda fall kunna tillkallas vid eventuellt behov.

Utredningen föreslår att socialstyrelsens beslut i steriliseringsärenden skall kunna överklagas genom besvär hos kammarrätten.

4.6 Ansvarsbestämmelser

Utredningen föreslår straffansvar för den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter mot tystnadsplikten i steriliseringsärende. Strafflatituden föreslås omfatta böter eller fängelse i högst ett år. För åtal skall fordras att målsäganden anger brottet till åtal eller ett åtal är påkallat från allmän synpunkt.

Den som utför sterilisering utan att vara behörig att utöva läkaryrket skall enligt förslaget dömas för illegal sterilisering till böter eller fängelse i högst ett år. För grovt brott föreslås straffskalan fängelse i lägst sex månader och högst fyra år. Försök till illegal sterilisering skall enligt förslaget ej föranleda straff.

Enligt förslaget kan slutligen läkare som uppsåtligen utför steriliseringsingrepp utan att iaktta lagens föreskrifter om sökandens ålder, medborgarskap, bosättning eller om socialstyrelsens tillstånd drabbas av straffansvar. Detsamma skall gälla om vederbörande läkare utför ingreppet vid annat än godkänt sjukhus eller sjukvårdsinrättning. Straffskalan föreslås för dessa fall omfatta böter eller fängelse i högst sex månader.

4.7 Följdförfattningar

Utredningen föreslår att en ny steriliseringslag kompletteras med dels en av regeringen utfärdad förordning och dels av socialstyrelsen utfärdade

anvisningar.

I förordningen bör närmare regler angående informationen om steriliseringsingreppets innebörd och följder samt om andra metoder att förebygga havandeskap tas in. Bekräftelsen på att vederbörande informerats bör ske på ett särskilt formulär, vilket som bilaga bör fogas till förordningen. I förordningen bör också tas in bestämmelser om tillståndsprovningens sammansättning.

Socialstyrelsen bör utforma närmare anvisningar för de fall då ansökan om sterilisering skall göras. Av anvisningarna bör även framgå att sterilisering av man bör kunna utföras på sådan sjukvårdsinrättning utanför den allmänna sjukvården, som socialstyrelsen godkänner. I anvisningarna bör också ingå rekommendationer om efterkontroll av steriliseringsingreppet, vilket vid sterilisering av man enligt utredningen har särskild betydelse med hänsyn till att sterilitet ej uppnås i omedelbar anslutning till ingreppet.

4.8 Resursbehov

Enligt utredningens mening kan en övergång till fri sterilisering väntas medföra en uppgång av antalet steriliseringsoperationer, särskilt vasektomier. Utredningen anser det dock vanskligt att förutsäga det ungefärliga antalet steriliseringar och därmed också resursbehovet. Någon närmare uppskattning av de extra kostnader som följer av den föreslagna informations- och rådgivningsverksamheten i steriliseringsfrågor har därför inte kunnat göras. Enligt utredningens uppfattning torde det dock vara fråga om marginella ökningar av de kostnader, som redovisats i propositionen (1974:70) med förslag till abortlag, m.m. Även de resurser som behövs inom sjukvården för steriliseringsingrepp och vård i anslutning därtill finner utredningen svåra att uppskatta. Resursbehovet vid operation av kvinna är dels väsentligt större än vid vasektomi och dels beroende av vilken metod som tillämpas. Även vårdtidens längd varierar med hänsyn till steriliseringsmetod.

Utredningen har i samråd med sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI) beräknat kostnaderna för två olika steriliseringsmetoder, nämligen laparotomi och laparoskopi. För laparotomi beräknas de totala operationskostnaderna inkl. personal till ca 520 kr. För- och eftervårdens längd varierar mellan 7 och 10 dagar. Med en kostnad av 400 kr. per vård dag uppgår vårdkostnaden till 2 800–4 000 kr. Med operationen inkluderad blir kostnaden för varje laparotomi således 3 300–4 500 kr. Vid laparoskopi sjunker operationskostnaden till 400 kr. och vårdtiden kan inskränkas till 3–4 dagar, vilket betyder en vårdkostnad av högst 1 600 kr. Inklusiv operationen skulle således varje laparoskopi komma att kosta 1 600–2 000 kr. Till dessa kostnader kommer en viss mindre kostnad för poliklinisk efterkontroll.

I fråga om vasektomi anför utredningen att ingreppet normalt kan

utföras polikliniskt. I regel torde eftervård inte behövas. Med hänsyn till att ingreppen, även om de skulle uppgå till några tusen per år, kommer att spridas på kirurger över hela landet torde det ökade resursbehovet endast ha marginell betydelse. Utredningen har därför inte gjort någon närmare uppskattning av kostnaderna. En viss merkostnad blir dock aktuell med hänsyn till att vasektomi inte leder till omedelbar sterilitet. Efterkontroll måste därför göras, ofta vid upprepade tillfällen under en period av två till tre månader efter ingreppet. Vid dessa tillfällen måste spermaprov tas samt analyseras.

4.9 Uppföljning av ändrad lagstiftning

Utredningen betonar vikten av att en ändrad lagstiftning om sterilisering följs upp, varigenom bl.a. underlag skapas för olika medicinska och psykiatriska bedömningar. Man föreslår därför att en institution knuten till medicinsk fakultet får ett sådant uppdrag. Vidare bör enligt förslaget statistik över steriliseringsärenden och ingrepp liksom hittills föras av socialstyrelsen.

5 Remissyttrandena

5.1 Allmänna synpunkter

Utredningens förslag att envar som uppnått viss mognad på egen begäran bör ha rätt till sterilisering i familjeplanerande syfte har vunnit allmän anslutning bland remissinstanserna. Utredningens förslag till ny steriliseringslag tillstyrks därför i huvudsak av samtliga remissinstanser.

Landstingsförbundet anför att inställningen till steriliseringsfrågan i väsentlig grad förändrats sedan den gällande steriliseringslagens tillkomst år 1941. Numera betraktas sterilisering som en bland många åtgärder inom familjeplaneringen. Den gällande lagen har på grund av dess restriktivitet i fråga om indikationer, dess begränsning till att i huvudsak gälla kvinnor och det omständliga ansökningsförfarandet alltmera kommit att framstå som otidsenlig. Den argumentering för fri sterilisering som görs i betänkandet är enligt förbundets åsikt klar och övertygande. *Kommunförbundet* och *Svensk kuratorsförening* anför liknande synpunkter. *Länsstyrelsen i Malmöhus län* finner att de skäl som kan anföras mot fri sterilisering – risken för ångersituationer, psykiska eller andra störningar, hänsynstagande till makes eller annan samlevnadspartners önskemål samt hänsyn till samhällets befolkningspolitik – inte har sådan tyngd att de bör utgöra något hinder mot att införa en i princip fri sterilisering.

Svenska kyrkans centralråd ansluter sig till utredningens principiella grundsyn att sterilisering i högsta grad är en personlig fråga som rör den enskildes integritet, och över vilken det inte förefaller rimligt att samhället skall fatta avgörande. Därigenom skiljer sig för en kristen bedömning steriliseringsfrågan på ett avgörande sätt från abortfrågan. Medan abort är ett ingrepp som hotar de omistliga värden som hör till ett påbörjat mänskligt liv innebär sterilisering inte något motsvarande hot. Centralrådet ansluter sig därför också till principutformningen av den föreslagna steriliseringslagen. I en situation när preventivmedel existerar som är förhållandevis säkra och effektiva måste det dock alltså förutsättas att den enskilde för sin familjeplanering i första hand prioriterar dessa metoder, anför rådet. *Ärkebiskopen* understryker att det blir särskilt angeläget att stödja sådana åtgärder som syftar till att icke önskade havandeskap över huvud taget uppkommer för att förhindra att aborten blir en form av barnbegränsning. I de fall där barn definitivt inte bör födas synes sterilisering vara en riktig väg under förutsättning att sterilisering av medicinska och psykologiska skäl är att rekommendera.

För fri sterilisering uttalar sig också *socialstyrelsen* liksom *medicinska fakulteten vid karolinska institutet*, som framhåller att det ännu saknas helt tillfredsställande preventivmedel som förenar säkerhet, enkel användning och frihet från allvarliga biverkningar. Sterilisering är därför i dag ett viktigt komplement till preventivmedel. Som från samhällets synpunkt önskvärd åtgärd i befolkningsplanerande syfte torde sterilisering ej vara

behövlig i Sverige. Däremot kan omständigheten att Sverige stöder planeringsprojekt i utvecklingsländer, där sterilisering av män utgör en väsentlig födelsekontrollerande metod, anses göra det önskvärt att fri sterilisering även legaliseras i Sverige menar fakulteten. Den väsentliga anledningen är emellertid att senare års erfarenheter givit vid handen att sterilisering, utförd på väl genomtänkta indikationer, för individen innebär en säker familjeplanering och en ökad förutsättning för ett harmoniskt sexualliv, framhåller fakulteten.

Yrkeskvinnors klubbars riksförbund anför att den föreslagna lagstiftningen ger både man och kvinna bättre möjlighet att planera såväl sitt familjeliv som sitt yrkesliv. *Svensk sjuksköterskeförening* betonar särskilt fördelen av att den manliga kontrahenten ges möjlighet till sterilisering där sterilisering av kvinnan är medicinskt indicerad men operationen framstår som riskfylld för hennes del.

RA framhåller att han ansluter sig till principerna att den enskilde skall få bestämma över sterilisering av sig själv och att sterilisering bör få företas endast för att tillgodose enskildas intressen. Det måste dock förhindras att sterilisering sker på grund av ett förhastat beslut av den enskilde. De avvägningar utredningen gjort i detta hänseende med krav på noggrann information om ingreppets innebörd och följder, varigenom viss betänketid erhålls innan operationen utförs, en nedre åldersgräns på 25 år för fri sterilisering samt socialstyrelsens tillstånd till sterilisering av personer i åldersgruppen 18–24 år har *RA* ingen erinran emot. *Överåklagaren i Malmö*, *RFSU* och *Svenska barnmorskeförbundet* ger uttryck åt liknande uppfattningar.

Några remissinstanser betonar särskilt att myndigheter eller andra representanter för det allmänna inte bör ges rätt att ta initiativ till sterilisering, nämligen *Advokatsamfundet*, *Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund*, *Svensk sjuksköterskeförening* och *Sveriges psykologförbund*.

5.2 Förutsättningar för sterilisering

När det gäller de omständigheter som bör utgöra förutsättning för sterilisering har utredningens förslag i stort godtagits. I fråga om åldersgränserna för steriliseringsingrepp samt de icke rättskapablas ställning går meningarna dock rätt starkt isär. Dessa frågor redovisas därför i det följande i särskilda avsnitt.

5.2.1 Åldersgränserna

Flertalet remissinstanser godtar förslaget om 25 år som nedre gräns för sterilisering på egen begäran. *Socialstyrelsen*, *ärkebiskopen*, *länsstyrelsen i Stockholms län*, *länsstyrelsen* och *länsläkaren i Göteborgs och Bohus län* samt *Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund* finner förslaget väl motiverat.

Socialstyrelsen anför:

Frågan är vilka överväganden som bör vara utslagsgivande vad gäller fastställandet av denna åldersgräns. Av tillgänglig statistik framgår att endast ungefär 40 % av männen och 60 % av kvinnorna som uppnått 25 år är gifta. Med hänsyn till den ökade frekvensen av samboende utan att parterna ingår äktenskap säger dessa siffror emellertid mycket litet om när familjebildningen i stort kan anses avslutad. Från denna synpunkt framstår därför en 30-årsgräns knappast som mer motiverad än en 25-årsgräns.

Vill man i största möjliga utsträckning gardera sig för risken att personer som blivit steriliserade ångrar sig, bör åldersgränsen sättas så högt som möjligt. Styrelsen kan inte heller hålla med om att vid en relativt hög gräns (30 år) ett *avsevärt* antal personer i årskullarna närmast under gränsen skulle kunna ha motiv för sterilisering utan att någon speciell indikation föreligger. Med hänsyn härtill kan det förefalla rimligare att sätta gränsen vid 30 än vid 25 år.

Vad som emellertid slutligen bör få fälla utslaget vid fastställande av en nedre åldersgräns för fri sterilisering är det krav på intellektuell, emotionell och sexuell mognad som bör finnas hos den som gör ansökan. Man kan rimligtvis inte hävda att människor efter 25 års ålder därvidlag utvecklas i så hög grad att av dessa skäl gränsen bör sättas högre än 25 år. Kravet på mognad i nämnda hänseende kan å andra sidan knappast motivera en lägre åldersgräns. Utredningens förslag är enligt socialstyrelsens uppfattning väl avvägt.

Flera remissinstanser ifrågasätter dock om inte åldersgränsen bör vara högre än 25 år. Hit hör *medicinska fakulteterna vid universiteten i Lund och Göteborg* samt *karolinska institutet, Svenska kyrkans centralråd, länsstyrelsen i Malmöhus län, länsåklagaren i Västmanlands län* samt *Yrkeskvinnors klubbars riksförbund*.

Svenska kyrkans centralråd anför som skäl att sterilisering är en icke-reversibel operation och att beslut om denna åtgärd därför fordrar hög grad av social mogenhet. Centralrådet erinrar om att även utredningen framhållit att sterilisering förutsätter inte bara intellektuell utan även emotionell och sexuell mognad samt att från sakkunnigt håll hävdas att sterilisering inte bör ske förrän familjebildningen i huvudsak är avslutad, dvs. i 30–35 årsåldern. Innan familjebildningen är helt avslutad kan en totalt ny social situation inträda i vilken den enskilde kan komma att bedöma sitt beslut om sterilisering på ett radikalt annorlunda sätt än under tidigare levnadsförhållanden. Den förändring av den enskildes sociala situation som alltjämt kan inträda i 20–30-årsåldern riskerar därmed i förening med steriliseringsbeslutets definitiva karaktär att leda till flera ångerfall. Centralrådet yrkar därför att möjligheten att höja åldersgränsen för fri sterilisering till 30 år övervägs.

Övriga nämnda remissinstanser utom en anför liknande synpunkter

som grund för sin tveksamhet. Länsåklagaren i Västmanlands län anför i stället att man av redovisat statistiskt material över åldern hos de steriliseringsökande synes kunna dra slutsatsen att flertalet som ansökt om sterilisering varit 30 år eller äldre. Man skulle därför kunna ifrågasätta om inte åldersgränsen bör vara 30 år.

De medicinska fakulteterna vid universitetet i Göteborg och karolinska institutet anser sig likväl kunna biträda utredningens förslag om 25 år som åldersgräns förutsatt att den föreslagna rådgivningsverksamheten verkligen får det djup och den omfattning som krävs för att den skall bli effektiv. Den sistnämnda fakulteten förordar som ytterligare säkerhet en obligatorisk betänketid mellan rådgivningen och ingreppet. Yrkeskvinnors klubbars riksförbund ställer sig något tveksamt men anser 25 år vara en godtagbar kompromiss.

Svensk demografisk förening, Svensk kuratorsförening och Sveriges frikyrkoråd förordar en högre åldersgräns för fri sterilisering, de två sistnämnda anser därvid att den bör bestämmas till 30 år. Som skäl härför hänvisas bl. a. till oavslutad utbildning och familjebildning, möjligheten av en förändrad familjesituation samt bristande mognad vid 25 års ålder. Demografiska föreningen anser dock att frågan om åldersgränsen kommer i ett nytt läge om en någorlunda lång obligatorisk betänketid införs före operation.

Utredningens förslag om 18 år som minimiålder för sterilisering möter i allmänhet inte någon erinran i remissyttrandena. *Hovrätten för Västra Sverige, socialstyrelsen, länsstyrelserna i Stockholms och Malmöhus län samt medicinska fakulteten vid karolinska institutet* ansluter sig uttryckligen till förslaget.

Överåklagaren i Stockholm ifrågasätter regeln om en minimiålder. Han anför att det måhända är mindre lyckligt att samhället helt avstår från möjligheten till sterilisering av personer, vilka redan före 18 års ålder konstateras vara uppenbart indicerade för sterilisering på de föreslagna grunderna. En regel härom skulle också bringa vår lagstiftning i bättre överensstämmelse med lagstiftningen i övriga nordiska länder. *Socialstyrelsen* anför i denna fråga att det visserligen kan tänkas fall där uppenbara genetiska indikationer föreligger och där den sexuella aktiviteten hos den unge i kombination med oförmåga att använda preventivmedel motiverar att han eller hon genom sterilisering skyddas från ett oönskat föräldraskap. Antalet sådana fall torde dock vara så litet att man kan bortse från dem. Enligt socialstyrelsens mening bör man i varje fall av den anledningen inte ge avkall på principen att den som ansöker om sterilisering skall ha uppnått den ålder då man normalt blir myndig.

I anslutning till åldersgränserna behandlas frågan om *indikationer* för sterilisering av unga män och kvinnor. Förslaget att sterilisering av den som är i åldern 18–24 år skall få ske endast om medicinsk eller genetisk indikation föreligger har godtagits av flertalet remissinstanser. *Kommunförbundet* finner det positivt att utredningen till skillnad från den danska lagstiftningen avstått från att föreslå social indikation för sterilisering av

personer i åldersgruppen 18–24 år. *Yrkeskvinnors klubbars riksförbund* anser att dispensvägen bör lämnas öppen för sterilisering på sociala och genetiska skäl av dem som är under 25 år efter noggrann prövning i det enskilda fallet.

Svenska kyrkans centralråd och *länsåklagaren i Västmanlands län* har övervägt vilka indikationer som skulle krävas för sterilisering såvida åldersgränsen för sterilisering utan tillstånd höjs till 30 år. Centralrådet anser att det i så fall behövs fler indikationer än dem utredningen föreslår och förordar att en social indikation införs som innebär att personer som inte uppnått den erforderliga åldersgränsen får steriliseras om deras sociala och ekonomiska förhållanden är sådana att ytterligare barn skulle bli oskäligt betungande. Enligt Centralrådet förefaller det inte rimligt att samhället förvägrar personer, som inte uppnått åldersgränsen och motiverar ansökan utifrån sådana sociala skäl, rätten till sterilisering. Utöver en sådan social indikation förordar Centralrådet att man överväger möjligheten att bibehålla en sådan humanitär eller socialmedicinsk indikation som nu gäller. Länsåklagaren anser inga ytterligare indikationer behövliga utan finner att en utökad preventivmedelsrådgivning bör vara till fyllest om den högre åldersgränsen godtas.

5.2.2 De icke rättskapablas ställning

Utredningens förslag beträffande de icke rättskapablas möjlighet till sterilisering har fått ett blandat mottagande. Flertalet remissinstanser godtar utredningens förslag i denna del om än med vissa reservationer. *RFSU* framhåller att också personer som inte är rättskapabla kan vara i den situationen att de kan ha och har utbyte av sitt sexualliv men inte har möjligheter att ta hand om barn. Därför vore det olyckligt om inte de likaväl som andra skulle ha möjligheter till sterilisering. Det vore emellertid enligt *RFSU*:s mening önskvärt om själva lagtexten på denna punkt kunde skärpas ytterligare, så att det framgår än klarare att sterilisering aldrig får genomföras i annans intresse än den som skall utsättas för ingreppet och absolut inte efter övertalning, någon form av våld eller som villkor för utskrivning från institution eller liknande. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas 4 § 1. jämförd med 3 § 1. menar *RFSU*.

Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund betonar vikten av att de utvecklingsstörda principiellt jämställs med andra grupper. En utvecklingsstörd får således inte fräntas möjligheten att själv ta initiativ till sterilisering även om han eller hon kan betraktas som icke rättskapabel. Förbundet ställer sig bakom förslaget att sterilisering av icke rättskapabla skall kunna ske på deras egen begäran om det kan antas att sterilisering är till fördel för personen i fråga. Också *Sveriges läkarförbund*, som anför att det från psykiatriskt håll hävdas att den rättsinkapablas egna önskemål beträffande sterilisering beaktats i för liten omfattning i utredningen, framhåller att de rättsinkapabla bör få större möjligheter att själva

påverka de beslut som rör sterilisering. *Landstingsförbundet* och *länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län* understryker vikten av att reglerna om sterilisering av icke rättskapabla, inte minst av rättssäkerhetsskäl, tillämpas restriktivt. *Medicinska fakulteten vid universitetet i Umeå* framhåller att fullgoda garantier bör ges för att temporärt rättsinkapabla personer inte steriliseras mot sin vilja.

RÅ anför att sterilisering av icke rättskapabla är en vanskelig fråga. Självfallet måste krävas, att vederbörande själv begär eller samtycker till sterilisering. Problemet är att vederbörandes uttalade mening i detta hänseende inte är rättsligt giltig och att det måste vara svårt att få garantier för verklig frivillighet i sådana fall. Möjligen har problemet så liten räckvidd, att skäl för specialreglering saknas. Å andra sidan kan det vara diskriminerande att de icke rättskapabla inte alls kan få sterilisering. Trots att *RÅ* inte känner sig övertygad om behovet eller lämpligheten av sterilisering av icke rättskapabla vill han inte direkt avstyrka förslaget i denna del. Den reglering som föreslagits på området synes enligt *RÅ* erbjuda sådana garantier mot missbruk, att den kan godtas. *Länsstyrelsen* och *länsläkaren i Stockholms län* uttalar sig i samma riktning.

Även andra remissinstanser uttrycker tveksamhet inför förslaget vad gäller de icke rättskapablas ställning. *Handikappförbundens centralkommitté* anför att möjligheten att fortplanta sig är en av människans primära funktioner. Det kan också konstateras att avsaknaden av fortplantningsförmåga i många fall skapar stora problem. Man kan därför anta att en sterilisering som sker utan vederbörandes samtycke kan inverka menligt på personens psykiska hälsa. Förbunden känner därför stor tveksamhet inför möjligheten att även i fortsättningen göra tvångssterilisering möjlig. Att avgöra när sterilisering bedöms vara av väsentlig fördel för personen och när det i stället kan innebära ett förödande ingrepp på personligheten är i det närmaste omöjligt. Det föreligger enligt förbundens uppfattning en klar risk för att den som blivit steriliserad mot sin vilja kan få sin personlighet negativt förändrad. Detta gäller givetvis även psykiskt handikappade. Med hänsyn härtill anser förbunden det mycket olyckligt med en lagbestämmelse som ger generell möjlighet för icke rättskapabla att utan eget samtycke bli steriliserade. För sterilisering av den icke rättskapable bör, med undantag för de fall då medicinsk indikation föreligger, krävas dels en klart uttalad vilja från den icke rättskapables sida, dels en framställning från eller samtycke av särskild utsedd god man, menar *Handikappförbunden*.

Socialstyrelsen anför i denna del följande.

Vad gäller psykiskt utvecklingsstörda kan konstateras att samhället arbetar för att de så långt som möjligt skall kunna föra ett normalt liv, däri inbegripet även möjligheter till sexuellt umgänge. I verkligheten är en person med ett i socialt hänseende och ur konventionell värderingssynpunkt normalt sexualliv med partner av motsatt kön praktiskt taget alltid att betrakta som rättskapabel i det avseende det här är fråga om. Det

innebär att han eller hon – låt vara med tålmod och god pedagogik – kan läras vad sterilisering innebär och därmed också själv bestämma om han eller hon önskar bli steriliserad.

De flesta psykiskt utvecklingsstörda får heller aldrig barn. Det beror på att de mera svårt utvecklingsstörda inte är kapabla till sexuellt umgänge och att dessa personer, liksom många av de lindrigt utvecklingsstörda på grund av funktionsstörningar av biologisk art inte är fertila. Lindrigt utvecklingsstörda kvinnor (i omsorgslagens bemärkelse och således ej omfattande den s. k. debila gruppen) föreblir för övrigt oftare ogifta än icke utvecklingsstörda och lindrigt utvecklingsstörda män gifter sig ännu mindre ofta än kvinnor med motsvarande begåvningsbrister.

Mycket talar också för att antalet utvecklingsstörda barn (och sålunda även i framtiden vuxna) håller på att minska. Det beror dels på den uppbyggnad av geografiska isolat med mycket ingifte som har pågått de sista decennierna i vårt land och dels på att man numera är mycket mera aktiv att habilitera de handikappade barnen.

I stort sett gäller detsamma även för psykiskt sjuka. Här kan man visserligen tänka sig ett litet antal fall av långdragen psykisk sjukdom där behov av steriliseringsåtgärd är kombinerad med oförmåga att med laga verkan begära eller lämna giltigt samtycke till sådan åtgärd. Det är emellertid tveksamt om en så liten grupp kan motivera en särslagstiftning. I valet mellan att å ena sidan ha särbestämmelser i fråga om psykiskt sjuka och å andra sidan inrikta sig på preventivmedels- och steriliseringsrådgivning samt i förekommande fall aborter, anser socialstyrelsen övervägande humanitära skäl tala för sistnämnda alternativ. Denna inställning står också helt i överensstämmelse med gällande regler i giftermålsbalken om ingående av äktenskap. Enligt styrelsens uppfattning finns därför anledning överväga om inte 4 § borde kunna utgå i sin helhet.

I samma riktning uttalar sig *hovrätten för Västra Sverige*. Även *Sveriges socionomers riksförbund* och *Svensk demografisk förening* ifrågasätter om man behöver ha särbestämmelser för de icke rättskapabla.

Utredningens förslag beträffande de icke rättskapabla avstyrks av *Sveriges psykologförbund*, *Sveriges socionomförbund* och *Husmodersförbundet Hem och samhälle*. *Advokatsamfundet* avstyrker att de icke rättskapabla kan steriliseras om inte genetisk eller medicinsk indikation föreligger.

Psykologförbundet framhåller att utredningens princip att sterilisering är ett frivilligt ingrepp förutsätter att den sökande anses förmögen att inse ingreppets innebörd och följder. Den rättsinkapable saknar dessa förutsättningar. Att låta någon annan – god man eller annan samhällsbetrodd – ansöka i hans ställe betyder i praktiken endast att man smygvägen bibehåller eller återinför en möjlighet för samhället att låta "udda" medborgare steriliseras. Om det är lagstiftarens mening att skaffa sig en möjlighet till sterilisering utan medborgarens medgivande i varje enskilt fall skall enligt förbundets mening en särskild lag instiftas eller en

paragraf infogas i föreliggande förslag som klart och entydigt definierar premisserna för ett sådant ingripande. Psykologförbundet anser emellertid bäst att hela 4 § i förslaget utgår. Husmodersförbundet Hem och samhälle anknyter till propositionen med förslag till abortlag, vari anförs att det från humanitär synpunkt numera inte kan godtas att abort får utföras utan kvinnans samtycke. Förbundet anser i analogi härmed och i motsats till utredningen att inte heller sterilisering skall kunna utföras utan vederbörandes samtycke. Såväl Hem och samhälle som Socionomförbundet anser att frågan om sterilisering av de icke rättskapabla bör bli föremål för ytterligare utredning.

Advokatsamfundet anför att sterilisering av icke rättskapabla uppenbarligen innebär ett betydande ingrepp i den personliga integriteten. Det bör därför enligt samfundets mening föreligga synnerligen starka skäl innan man i den nya lagen medger möjlighet att, efter tillstånd av myndighet, sterilisera ej rättskapabla. Samfundet kan inte finna att de skäl utredningen anfört är tillräckligt starka för att motivera bestämmelserna i 4 § 2. lagförslaget. Samfundet avstyrker denna del av förslaget. Däremot anser sig samfundet kunna godta bestämmelserna i 4 § 1. lagförslaget, särskilt som utredningen uttalat att tillståndsgivning i alla ärenden som gäller ej rättskapabla bör ske med restriktivitet.

Professor Hjalmar Sjövall anför som sin uppfattning i frågan om de icke rättskapablas ställning att den särordning med ansökan av god man och tillstånd av socialstyrelsen som utredningen föreslår inte är erforderlig för att uppnå vad utredningen åsyftar, nämligen en möjlighet till sterilisering även för icke rättskapabla. Sjövall menar i motsats till utredningen att det inte kan ha varit lagstiftarens avsikt att de många kvinnor, som enligt tidigare praxis skulle betecknats som rättsinkapabla, jämlikt 1974 års abortlag "ej längre (kan) få abort" (steriliseringsbetänkandet s. 91). Gränsen mellan att ha och att sakna rättslig handlingsförmåga är ingalunda skarp och den måste dras medicinskt sett mycket olika i olika handlingssituationer. Frågan om kvinnans samtycke till abort är giltigt eller inte är mera ett medicinskt än juridiskt problem. Den kvinna som förstår att hon är gravid och som inte vill föda barnet har enligt Sjövall tillräckligt förstånd för att anses som rättskapabel i abortsituationen. Sjövall konstaterar vidare att "den som avses med ansökningen" haft rätt att göra ansökan om sterilisering både enligt 1934 och 1941 års steriliseringslagar och att det saknas anledning att nu, då både abort blivit och sterilisering föreslås bli fri, beröva vederbörande denna rätt. Genom den egna ansökan garanteras så långt det är möjligt att alla ingrepp sker med den opererades samtycke vare sig detta anses giltigt eller ogiltigt. Enligt Sjövalls mening bör därför i likhet med vad som gäller enligt nya abortlagen egen ansökan vara den enda formen för initiativ till sterilisering. De oönskade graviditeter som uppstår genom en sådan begränsning kan avbrytas genom abort.

Medicinska fakulteten vid Linköpings högskola önskar gå längre än utredningen föreslagit. Om personer under 25 år med varaktigt rubbad

själsverksamhet bör ges tillfälle till såvitt möjligt normalt sexualliv, förefaller det fakulteten otillfredsställande att de som är oförmögna att begagna sig av konventionella preventivmedel inte skall kunna bli steriliserade. Fakulteten föreslår därför att åldersgränsen i 4 § 2. förslaget sänks till 18 år.

5.3 Förordnande av god man

Ett flertal remissinstanser anger uttryckligen att de funnit sig kunna tillstyrka förslaget vad gäller sterilisering av icke rättskapabla med hänsyn till den föreslagna regleringen med god man och kravet på socialstyrelsens tillstånd.

I flera yttranden uttalas emellertid tveksamhet i fråga om godmansinstitutets tillämpning. *RFSU* påpekar att viss risk för övergrepp föreligger vid alla beslut som fattas genom ställföreträdare. Man kan inte bortse från risken för att personal vid olika institutioner, släktingar eller andra i den icke rättskapable personens omgivning kan försöka påverka en god man i otillbörlig riktning. Vad som är i den enskildes intresse kommer trots allt att avgöras av utomstående person, inte av den beslutet närmast rör. Med den restriktiva syn på tvångsterilisering som redan råder och med den ytterligare skärpning därav som lagförslaget innebär, håller *RFSU* dock för osannolikt att lagens utrymme för godtycke skall komma att utnyttjas otillbörligt.

Flera instanser framhåller att utredningen inte närmare behandlat sådana frågor som vem som skall vara behörig att ansöka om förordnande av god man, vilka kvalifikationer gode mannen skall ha, vilka skyldigheter som åvilar honom och hur konflikter mellan honom och hans huvudman skall lösas.

Advokatsamfundet och *Kommunförbundet* anser det väsentligt att dessa frågor utreds och att initiativrätten klart avgränsas. Det finns annars risk för att utredningens grundsyn – att värna om de icke rättskapablas integritet – inte förverkligas.

RÅ pekar på att anordningen med god man enligt förslaget grundar sig på att det kan förekomma intressekollisioner mellan å ena sidan den icke rättskapable och å andra sidan förmyndare eller vårdnadshavare, varför de senare inte bör belastas med behörigheten att ta initiativ i steriliseringsfrågor. Det häremot svarande stadgandet i 18 kap. 2 § andra stycket föräldrabalken innehåller att god man förordnas om förmyndaren begär det eller det eljest finnes lämpligt. *RÅ* anser att steriliseringslagen bör innehålla bestämmelse om vem som är behörig att begära utseende av god man för ansökan om steriliseringstillstånd. Om endast förmyndare är behörig härtill kan det på grund av den nämnda intressekollisionen förekomma fall, i vilka förmyndaren ej ansöker om utseende av god man, trots att sterilisering kunde vara i alla hänseenden välmotiverad. Möjligen bör den icke rättskapable tillerkännas rätt att ansöka om förordnande av god man. Sådan behörighet kan också tänkas böra tillkomma överför-

myndare, socialnämnd eller läkare.

Även *överåklagaren i Stockholm* pekar på att situationer synes kunna uppstå då något initiativ i och för förordnande av god man inte kommer till stånd. Den initiativrätt som enligt gällande lagstiftning tillkommer myndigheter, representanter, för dessa samt vissa enskilda att ansöka om sterilisering direkt hos tillståndsmyndigheten bör därför måhända kvarstå men i stället avse utseende av god man, eftersom negativa konsekvenser för den enskilde inte synes kunna uppstå därigenom. Överåklagaren aktualiserar också frågan om en överprövningsrätt och anför att av utredningsförslaget ej synes framgå att gode mannen är oförhindrad att besluta om att ej ansöka om tillstånd. Beslut av denna innebörd liksom ett beslut om att ansöka om tillstånd kan anhängigt till den ansökan avser eller annan enskild eller myndighet tänkas vilja få omprövat. Överåklagaren är tveksam om det är lämpligt att helt utesluta t. ex. en förmyndare från rätten att framlägga synpunkter på steriliseringsfrågan.

Länsstyrelsen i Stockholms län anser, att det av lagtexten klart bör framgå att sådan god man som det här är fråga om skall förordnas av allmän domstol och att – angående det närmare förfarandet härvidlag – bestämmelserna i 18 kap. föräldrabalken om god man i huvudsak kan äga motsvarande tillämpning.

I fråga om gode mannens kvalifikationer anser *Svensk kuratorsförening* att det i lagen klart måste sägas ut att den gode mannen som utses skall vara en socialt välutbildad och kunnig person. Föreningen förordar en komplettering av 4 § i detta hänseende.

Godmansinstitutet har även mött direkta invändningar från remissinstansernas sida.

Länsåklagaren i Jönköpings län finner bestämmelsen om god man ganska diffus och föga meningsfull. Även om en förmyndare eller annan som svarar för omvårdnaden av den icke rättskapable kan komma i sådana intressekollisioner att han inte bör belastas med initiativ i dessa frågor initeras frågan om sterilisering ändå som regel av förmyndaren. För den icke rättskapables del torde det sakna betydelse om tillståndsfrågan prövas efter ansökan av en särskilt utsedd god man eller av förmyndare e. d. Det får förutsättas att tillståndsmyndigheten behandlar en ansökan med den restriktivitet som är förutsatt och med all hänsyn tagen till den icke rättskapables personliga integritet. Förordnandet av god man i dessa fall förefaller enligt länsåklagaren inte vara nödvändigt. *Länsåklagaren i Västmanlands län* betonar att förmyndaren får antas handla i den icke rättskapables intresse och att missbruk kan förekomma även om en god man utses. För att förhindra missbruk torde det emellertid vara tillräckligt att föreskriva att överförmyndaren skall biträda ansökan för att tillstånd skall få lämnas.

Socialstyrelsen, som inte finner behov föreligga för särbestämmelser rörande sterilisering av psykiskt sjuka, psykiskt utvecklingsstörda och andra psykiskt abnorma, anser sig inte heller utan vidare kunna godta det

föreslagna systemet med god man. Det måste ifrågasättas om en till den icke rättskapable mer avlägset relaterad god man har bättre förutsättningar än t. ex. en förmyndare att rätt tolka och överblicka vad som är vederbörandes intresse och vad som är till väsentlig fördel för honom. Risken är också stor att en utifrån kommande god man upplevs just som en representant för det allmänna. Även om anhörig eller myndighetsrepresentant inte har rätt att ta initiativ till sterilisering måste ändå frågan om utseende av god man komma att väckas av sådan person. Härigenom kan också valet av person komma att påverkas av åtgärder vidtagna av anhörig eller myndighetsrepresentant. Eftersom god man måste ha möjlighet att underlåta att göra ansökan, kan följderna också bli att initiativ kan tas till utseende av ny god man, som har en annan inställning till behovet av att göra ansökan. Tar ärendet en sådan vändning faller argumentet att ordningen med god man innebär särskilda rättssäkerhetsgarantier.

En bättre lösning är enligt socialstyrelsens mening att förmyndare ges möjligheter att göra ansökan om sterilisering. I det förslag till ändring av föräldrabalken som utarbetas i justitiedepartementet kommer förmyndarens plikt att sörja för den omyndigförklarades person tydligare till uttryck. Förmyndaren kan förutsättas ha bättre insikt i myndlingens problem än en särskilt utsedd god man. Han kan inte heller entledigas om han finner att ansökan ej bör göras. Socialstyrelsen konstaterar vidare att frågan om någon kan betros att med laga verkan ta ställning till frågan om egen sterilisering i princip bör bedömas oberoende av om han bedömts vara "icke rättskapabel" i andra sammanhang. Om någon skall kunna bedömas som "ej rättskapabel" i detta sammanhang torde han jämväl uppfylla indikationerna i 10 kap. 1 § 1. föräldrabalken, vilka troligen i framtiden blir enda grund för omyndighetsförklaring. I de fall då fråga kan uppkomma att någon i förevarande sammanhang skall bedömas som "ej rättskapabel" finns därför också som regel förmyndare utsedd. I annat fall kan finnas skäl att oberoende av frågan om sterilisering ansöka om omyndighetsförklaring.

Sveriges socionomförbund och *Husmodersförbundet Hem och samhälle*, som båda avstyrker utredningens förslag om sterilisering av icke rättskapabla personer, finner också lösningen med en god man mindre lämplig. Enligt Socionomförbundet innebär förslaget inte någon garanti för frivillighet om domstol utser en särskild god man just med uppgift att i den rättsinkapabla ställe ansöka om sterilisering. Husmodersförbundet Hem och samhälle ifrågasätter om inte godmansinstitutet närmast innebär en överflödig administrativ omgång eftersom socialstyrelsen ändå skall pröva ansökan. Hem och samhälle har inte kunnat finna några avgörande betänkligheter mot att initiativet till sterilisering tas av exempelvis vederbörande anstaltsföreståndare eller av läkare som behandlar ifrågavarande person.

Hovrätten för Västra Sverige utgår ifrån att den ändrade lagstiftning om bl. a. förmyndares ställning och uppgifter som föreslås i den av

justitiedepartementet utarbetade promemorian Förmynderskap (Ds Ju 1974:7) kommer att leda till att förmyndaren övertar de uppgifter som enligt steriliseringsförslaget skulle tillkomma god man.

Slutligen anför *socialstyrelsen* att dess beslut i steriliseringsärenden inte bör kunna överklagas. Det rör sig visserligen om lagtillämpning men med så gott som rent medicinska frågeställningar och på hög kompetensnivå, varför möjligheten till överprövning knappast innebär någon reell rättssäkerhetsgaranti.

5.4 Förfarandet i steriliseringsärende

Vad gäller förfarandet i steriliseringsärende uppehåller sig remissinstanserna särskilt vid frågan om informationens utformning, samlevnadspartners samtycke och obligatorisk betänketid.

Samtliga remissinstanser som uttalar sig i denna del utom en är positiva till utredningens förslag om obligatorisk information. *Sveriges sociomeres riksförbund* anser sig inte kunna instämma i utredningens förslag om obligatorisk rådgivning men anser det väsentligt att sökanden har rätt till rådgivning om så begärs.

Många remissorgan betonar vikten av att informationen blir utförlig, omsorgsfull, sakkunnig och personligt avpassad för att i möjligaste mån förhindra förhastade beslut. *Sveriges frikyrkoråd* framhåller betydelsen av att den obligatoriska rådgivningen inte endast blir av formell eller enbart teknisk eller medicinsk art. Visserligen är de etiska problemen vid sterilisering inte av så allvarlig art som vid abort men steriliseringen innebär dock ett ytterst väsentligt ingrepp i det för människan genom skapelseordningen konstitutiva, nämligen förmågan till fortplantning. Befattningshavare på mödravårdscentraler och rådgivningsbyråer måste därför i sin utbildning och i de instruktioner som kommer att utfärdas för deras handläggning av steriliseringsärenden göras medvetna om de etiska problem som en sterilisering kan medföra.

Sveriges psykologförbund framhåller att det utöver rent informativa råd i många fall finns behov av en fördjupad rådgivning och bearbetning för att den önskade effekten skall uppnås och tillägger att det bland läkare, psykologer och kuratorer finns personer som har utbildning och kompetens att ge denna speciella form av rådgivning och behandling.

Socialstyrelsen, *Sveriges läkarförbund*, *Svenska läkaresällskapet*, *medicinska fakulteterna vid universiteten i Uppsala och Göteborg* samt *vid karolinska institutet och Linköpings högskola* anför att envar som söker sterilisering bör tillförsäkras kvalificerad medicinsk rådgivning av läkare även om kuratorsmedverkan är nödvändig. Instanserna pekar särskilt på att frågan om ingreppets tekniska utförande och konsekvenser samt möjligheterna till refertilisering kommer att ha hög aktualitet för den person som önskar rådgivning i steriliseringsärende.

Socialstyrelsen framhåller att risken för ångerfall självklart ökar ju

sämre kunskap den sökande har om steriliseringens verkningar. Behovet av kvalificerad rådgivning åt personer som söker sterilisering är därför stort. Den obligatoriska rådgivningen bör utformas så att man i första hand ger information om olika preventivmetoder och ger tillfälle till en diskussion och ett övervägande. Den verksamheten bör lämpligen knytas till mottagningarna för preventivmedelsrådgivning. Den som efter denna primära rådgivning vill ha ingreppet utfört bör få en ytterligare, medicinskt inriktad rådgivning beträffande operationsmetod, operationens konsekvenser och erforderliga efterkontroller. Denna rådgivning, som skall ges av den opererande läkaren vilken bör ha kunskaper i reproduktionsfysiologi, skall enligt socialstyrelsen vara ett komplement till den tidigare rådgivningen. För en sådan utformning av informationen uttalar sig också medicinska fakulteten vid universitetet i Uppsala och Svenska läkaresällskapet.

Sveriges läkarförbund uppger att kvinnor som söker sterilisering som regel är mera medvetna om ingreppets definitiva karaktär än män. Läkarförbundet anser därför det vara av största vikt att speciellt männen får en ingående information beträffande ingreppets de facto irreversibla karaktär. Det är därför önskvärt att i varje fall större rådgivningscentra har tillgång till kompetent urolog eller kirurg för att speciellt för yngre manliga sökande kunna utförligt klargöra och ge eftertryck åt steriliseringens konsekvenser. Uppkommer under rådgivningen misstanke om psykisk sjukdom, insufficiens eller personlighetsavvikelse eller misstanke om steriliseringsmotiv som härrör från psykisk störning i vidaste bemärkelse bör lämpligen en psykiatrisk undersökning eller behandling rekommenderas i stället för sterilisering. Förbundet tillägger att man från psykiatriskt håll framhållit att denna typ av psykiatrisk kontraindikation mot sterilisering inte tillräckligt beaktats av utredningen. Svenska läkaresällskapet anför liknande synpunkter.

Enligt *Svenska läkaresällskapet, medicinska fakulteten vid universitetet i Uppsala, länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län* samt *Fredrika-Bremer-förbundet* bör möjligheterna till genetisk rådgivning ökas med tanke på dem som överväger sterilisering på grund av rädsla att överföra allvarliga ärftligt betingade sjukdomar eller handikapp på barn. Fredrika-Bremer-förbundet anser det önskvärt att inom varje administrativ sjukvårdsregion skapas möjlighet till genetisk rådgivning. Även Läkaresällskapet anser att sådan rådgivning bör göras tillgänglig på regional nivå.

Utredningens förslag att upplysnings- och rådgivningsverksamheten i fråga om sterilisering skall kopplas till de institutioner som har hand om preventivmedels- och abortrådgivningen, dvs. i huvudsak mödravårdscentraler och rådgivningsbyråer, har av flertalet remissinstanser lämnats utan erinran.

Landstingsförbundet finner förslaget ändamålsenligt och tillstyrker uttryckligen att rådgivning angående sterilisering på angivet sätt inlemmas i verksamheten. Enligt *Kommunförbundet* skulle de uppgifter som skall handhas av kuratorer med fördel kunna fullgöras inom ramen för den kommunala socialvården.

Sveriges läkarförbund finner det riktigt att informationen till kvinnliga sökande sker genom mödravårdscentraler och rådgivningsbyråer, med vilka institutioner kvinnorna i de flesta fall haft någon kontakt vid tidigare tillfällen. För manliga sökande ter sig situationen mera komplicerad. Här saknas ofta lämpliga informationsmöjligheter, särskilt för ensamstående män. Därför är det angeläget att genom annonsering och på annat lämpligt sätt ge dessa information om till vilka instanser de har möjlighet att vända sig. Sådan information bör även lämnas till allmänpraktiserande läkare och specialister för att av dem i förekommande fall kunna föras vidare. I samma riktning uttalar sig *Svenska läkaresällskapet*.

I anslutning till informationens utformning tar några remissinstanser upp frågan om den bekräftelse på mottagen information, som skall undertecknas enligt förslaget. Utredningen förordar att en särskild blankett utformas för ändamålet.

Enligt *RA* och *länsstyrelsen i Stockholms län* är det av vikt att denna del av informationsförfarandet är författningsreglerad. *Sveriges läkarförbund* anser att den skriftliga bekräftelsen lämpligen bör kompletteras så att den även innefattar begäran om utförande av själva steriliseringsåtgärden. *Medicinska fakulteten vid universitetet i Uppsala* och *Svenska läkaresällskapet* föreslår att den som steriliseras också skriftligen skall ge sitt medgivande till sådan operation.

Om den föreslagna ordningen med god man för den som ej är rättskapabel genomförs torde kunna krävas att gode mannen bekräftar att såväl han som den vars sterilisering är i fråga har informerats, uttalar *RA* och *Hovrätten för Västra Sverige*.

Vad angår lagtextens utformning med avseende på den obligatoriska informationen anför *Fredrika-Bremer-förbundet* att reglerna måste utformas så att av dem uttryckligen framgår att den som ger informationen skall övertyga sig om att vederbörande har förstått innebörden därav och att utrymme för misstag inte får finnas. Enligt *Svensk kuratorsförening* synes förslagets 6 § alltför vagt formulerad och knappast motsvara utredarnas intentioner. Föreningen anser att vad där sägs mycket väl kan tolkas så att endast ensidigt förmedlande av fakta står till buds, som sedan ömsesidigt undertecknas.

Den information och rådgivning som avses bör enligt föreningen innebära en faktisk möjlighet till samtal där både tid och kunnande står till förfogande för den som så önskar. Lagen bör utformas så att dessa intentioner framgår varjämte i högre grad måste ges garanti för att den enskildes intressen blir rätt tillgodosedda.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län anser att den möjlighet till genetisk rådgivning i steriliseringsärendet som länsstyrelsen förordar måste komma till klart uttryck i lagstiftningen.

Frågan om andre makens eller samlevnadspartnerns inställning till steriliseringsåtgärden behandlas i några yttranden.

Hovrätten för Västra Sverige och *Fredrika-Bremer-förbundet* ansluter sig uttryckligen till utredningens mening, att någon föreskrift om makes

eller samlevnadspartners yttrande inte bör uppställas. *Socialstyrelsen* framhåller att det i fall där sökanden inte samtycker till att make eller samlevnadspartner hörs torde kunna förutsättas att förhållandet mellan parterna är sådant att det är olämpligt att inhämta vederbörandes yttrande.

Att en gift kvinna skulle behöva ha makes medgivande för steriliseringsstillstånd eller att upplysningsplikt skulle föreligga finner *Husmodersförbundet Hem och samhälle* orimligt då det skulle vara ett obefogat ingrepp i den personliga integriteten. Då makar är ense om att sterilisering bör ske bör de upplysas om alternativet att mannen kan steriliseras och att detta ingrepp är medicinskt sett enklare och mera riskfritt. Så länge en reoperation ej är möjlig torde dock mannen endast undantagsvis vilja underkasta sig sterilisering framhåller förbundet. *Svensk sjuksköterskeförening* anför liknande synpunkter och understryker att endast maken själv skall ta ställning till ingreppet med tanke på att familjeförhållanden och levnadsmiljö kan förändras i en framtid och steriliseringen därmed kan medföra ej förutsedda negativa konsekvenser.

Enligt *Svenska kyrkans centralråd* förefaller det inte rimligt att fordra ett medgivande från den andra parten eftersom det skulle förutsätta ett inte önskvärt förmyndarskap. Detta hindrar dock inte att det är önskvärt att den andra parten hålls informerad och att parterna helst bör vara överens om steriliseringsbeslutet. Ett ingrepp av så definitiv karaktär som sterilisering måste enligt rådet betraktas som ett ingrepp av avgörande betydelse för en samlevnadsform, för vilken fortplantning alltså framstår som en väsentlig funktion och är en för båda parterna gemensam angelägenhet. Svenska kyrkans centralråd föreslår därför att i den nya steriliseringslagen skrivs in en bestämmelse av innehåll, att innan någon steriliseras den andra parten i ett äktenskap eller samlevnadsförhållande skall informeras om ingreppets innebörd och konsekvenser, dock så att formellt medgivande från den andra parten inte erfordras för steriliseringsingrepp. Enligt *Sveriges frikyrkoråd* bör stadgas att kontakt skall tas med den partner, med vilken den som söker sterilisering sammanlever. Bristande kontaktilja i en för båda så avgörande angelägenhet kan vara ett tecken på redan existerande samlevnadsproblem eller kan bli anledning till sådana när det rätta förhållandet uppdagas för den andra parten. Den möjlighet till kontakt som utredningen förutsätter bör därför ersättas med förslag om obligatorisk kontakt och rådgivning också med den icke sökande samlevnadspartnern.

Några remissorgan behandlar behovet av obligatorisk betänketid före steriliseringsoperation. *Länsåklagaren i Västmanlands län* pekar på att det av utredningen framgår, att operation inte verkstälts i ett inte ringa antal fall, vari tillstånd till sterilisering givits. Mot den bakgrunden ifrågasätter länsåklagaren om inte viss betänketid borde föreskrivas mellan den föreslagna obligatoriska informationen och operation men uttalar samtidigt att väntetiderna normalt torde vara så långa att en sådan föreskrift i praktiken kanske skulle sakna funktion. Mot en betänketid talar enligt

länsåklagaren att tidsnöd kan föreligga då steriliseringen är avsedd att utföras i samband med en abort. Även *medicinska fakulteten vid universitetet i Umeå* anser att behovet av en tidsspärr mellan bekräftelse och ingrepp bör övervägas.

Medicinska fakulteten vid karolinska institutet, länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län samt *Svensk demografisk förening* förordar att en obligatorisk betänketid införs. Enligt Demografiska föreningen skulle det inte innebära någon olägenhet om betänketiden sattes ganska lång, kanske till ett år. För den som fyllt 40 år skulle dock betänketid vara överflödig. Medicinska fakulteten vid karolinska institutet förordar en betänketid om minst en månad mellan rådgivning och ingrepp.

5.5 Tillståndsprovningen

Beträffande sammansättningen av den nämnd som skall pröva tillståndsärenden i socialstyrelsen är meningarna delade.

Svenska läkaresällskapet och *medicinska fakulteten vid karolinska institutet* stöder uttryckligen utredningens förslag att nämnden skall bestå av en ledamot med domarerfarenhet samt experter i gynekologi, urologi, genetik och psykiatri.

Kommunförbundet pekar på att tillämpningen både i fråga om tillstånd till abort och sterilisering enligt nu gällande lagstiftning alltmer har avlägsnat sig från lagstiftningens intentioner. Förbundet anser det därför riktigt att i den föreslagna nämnden skall ingå en person som innehar eller innehaft domarämbete för att därigenom undvika en glidning i lagtillämpningen. Enligt förbundet finns också skäl att överväga behovet av lekmannainslag i nämnden, bl. a. med hänsyn till att det, enligt utredningens kommentar till den föreslagna lagtexten, vid tillämpningen av den medicinska indikationen ges ett visst utrymme för hänsynstagande till antal barn och "andra omständigheter i miljön" även om bedömningen skall ske enligt strikt medicinska normer. Lekmän skulle enligt förbundets mening kunna tillföra diskussionen sociala och andra synpunkter som med den av utredningen föreslagna nämndsammansättningen möjligen inte skulle bli tillräckligt belysta.

RFSU anser i likhet med utredningens majoritet att en jurist bör vara ordförande i nämnden. Ärendena kommer ofta att beröra juridiska frågor och kräva vana vid juridisk argumentationsteknik. Medicinsk expertis kan garanteras genom att en ledamot är läkare. Däremot delar *RFSU* reservanternas, Turid Ström och Elvy Olsson, uppfattning att det är angeläget att bevara allmänhetens insyn och inflytande i nämnden genom att också lekmän deltar i besluten.

Socialstyrelsens majoritet anser det väsentligt och värdefullt om samma nämnd kan handlägga såväl abortärenden som steriliseringsärenden, inte minst med tanke på att samma person på likartade motiv kan inkomma med båda slagen av ansökningar. För att underlätta samrådskontakten med huvudansvarig fackbyrå bör socialstyrelsens före-

dragande läkare i mödrahälsovård, preventivmedels- och abortrådgivning ingå i nämnden. I nämnden bör dessutom ingå en erfaren jurist. Socialstyrelsen förutsätter att nämndens sammansättning i övrigt inte undergår några förändringar och att således t. ex. lekmannainslaget bibehålls. Om antalet ledamöter i socialpsykiatriska nämnden utökas på det föreslagna sättet kan enligt socialstyrelsens uppfattning nödvändiga författningsändringar inskränkas till en revision av instruktionen för socialstyrelsen. Beteckningen "socialpsykiatriska nämnden" är också missvisande. Nämnden bör ha ett namn som mera direkt anknyter till dess uppgifter på abort- och steriliseringsområdena.

Även *medicinska fakulteten vid universitetet i Uppsala, Svensk kuratorsförening* och *Handikappförbundens centralkommitté* ansluter sig till reservanternas mening att lekmän bör ingå i nämnden. Enligt fakulteten i Uppsala borde vidare om möjligt i nämnden finnas två psykiatriker, varav en med specialutbildning beträffande psykiskt utvecklingsstörda. Där emot ifrågasätter man om representanter för de utförande specialiteterna, speciellt urolog behöver ingå i nämnden, där diskussionen huvudsakligen torde komma att röra indikationerna.

Även *Sveriges läkarförbund* ifrågasätter behovet av en urolog i nämnden. *Sveriges psykologförbund* föreslår att även psykolog skall ingå i nämnden medan *Svensk kuratorsförening* finner det absolut nödvändigt att i nämnden ingår ledamot som är socialt välutbildad och kunnig.

Till reservanternas yttrande i dess helhet ansluter sig *länsåklagaren i Västmanlands län, Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund, Fredrika-Bremer-förbundet, Husmodersförbundet Hem och samhälle, Sveriges socionomförbund* samt *föredraganden i abortrådgivning m. m. vid socialstyrelsen*.

Enligt länsåklagaren i Västmanlands län kan man inte bortse från att steriliseringsansökan i vissa fall aktualiseras av en förestående abort och att det skulle vara olyckligt om skilda nämnder handlade tillståndsfrågan för samma person. Länsåklagaren anser det inte nödvändigt eller ändamålsenligt att en särskild steriliseringsnämnd inrättas. Sveriges socionomförbund ser inte heller anledning till att en ny tillståndsmyndighet tillskapas utan anser att socialpsykiatriska nämnden i fortsättningen förutom abortfrågor också skall handlägga ansökningar om sterilisering. Vidare anser förbundet att det är angeläget att också lekmän blir företrädare i den nämnd som skall handlägga steriliseringsansökningar. Lekmannainslagets betydelse understryks även av *Fredrika-Bremer-förbundet*.

Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund finner sammansättningen av den nu fungerande socialpsykiatriska nämnden väl avvägd då det gäller specialister kontra lekmän. Förbundet anser att lekmannainslaget utgör ett viktigt komplement till nämndens specialister och medverkar till en totalsyn på de ärenden som behandlas. Eventuellt skulle en ledamot med erfarenhet från arbete vid familjerådgivningsbyråer vara en tillgång vid bedömningarna av de olika ärenden som nämnden har att ta ställning till. I

övrigt kan särskild expertis tillkallas vid bedömning av vissa enskilda fall, anför förbundet. Föredraganden i abortärenden m. m. vid socialstyrelsen uttalar i en reservation till socialstyrelsens remissyttrande att det är svårt att förstå motivet till en juridisk förstärkning av nämnden samtidigt som sterilisering från att tidigare ha varit i lag principiellt förbjuden föreslås bli fri och tillåten för både man och kvinna. Vid övervägande av nämndens sammansättning bör hänsyn tas endast till de uppgifter nämnden kommer att få enligt förslaget. Bedömningen av steriliseringsindikationerna för personer mellan 18 och 25 år måste bygga på medicinsk, psykiatrisk eller psykologisk sakkunskap. Vad gäller de icke rättskapabla över 25 år krävs att sterilisering skall vara till väsentlig fördel för den ansökan avser. Vid en sådan prövning är det nödvändigt att förutom psykologisk-psykiatrisk expertis ha en lekmanrepresentant i nämnden. Den nuvarande socialpsykiatriska nämnden synes därför väl svara mot de angivna kraven. Enligt föredraganden bör nämnden möjligen kompletteras med en kurator.

RA går inte närmare in på sammansättningen av nämnden men hävdar att beaktansvärda praktiska skäl synes tala för att samma nämnd inom socialstyrelsen handlägger både abort- och steriliseringsansökningar.

5.6 Ansvarsbestämmelserna

Enligt förslaget bestraffas brott mot tystnadsplikten i steriliseringsärende med böter eller fängelse i högst ett år (8 §). *Hovrätten för Västra Sverige* pekar på att straffet för motsvarande förseelse i nu gällande steriliseringslag är böter eller fängelse i högst sex månader. Hovrätten ifrågasätter om det finns anledning att skärpa straffsanktionen även om den nya straffskalan finns i liknande lagstiftning som abortlagen (1974:595) och smittskyddslagen (1968:231). Den föreslagna straffskärpningen framstår enligt hovrättens mening som desto mera omotiverad vid en jämförelse med den föreslagna straffsanktionen i 10 §. Hovrätten anför vidare att den utgår från att "steriliseringsärende" omfattar även domstolsärende om utseende av god man. *Överåklagaren i Göteborg* erinrar om att brott mot tystnadsplikten enligt gällande steriliseringslag är ett rent angivelsebrott men har ingen erinran mot förslaget att åtal skall kunna väckas även utan angivelse, och tydligen även mot målsägandens klart uttalade önskan om sådant fall föreligger, om det är från allmän synpunkt påkallat.

I fråga om brottet illegal sterilisering (9 §) anför till en början *RA* att i lagtexten uttryckligen bör anges att för ansvar krävs uppsåt i enlighet med de principer som i dag tillämpas för specialstraffrättslig lagstiftning och efter förebild från abortlagen.

Hovrätten för Västra Sverige påpekar att betänkandet inte ger någon upplysning om varför inte försök till illegal sterilisering skall straffbeläggas.

Enligt flertalet yttranden som *RA* inhämtat från överåklagare och

länsåklagare bör försök till illegal sterilisering straffsanktioneras. *Överåklagaren i Stockholm* pekar bl. a. på att den nyligen antagna abortlagen stadgar straffansvar för försök till illegal abort. Bestämmelsen har enligt motiven införts av hänsyn till de risker för liv och hälsa som kvinnan utsätts för genom osakkunnigt utförda ingrepp. Kriminaliseringen avser sådana åtgärder som att tillfoga kvinnan skada eller smärta med instrument eller andra liknande föremål. Straffansvar inträder oavsett om gärningen har lett till missfall. Enligt *överåklagaren* gör dessa synpunkter sig gällande även vid sterilisering. De ingrepp som kvinnan utsätts för i samband med abort synes inte vara mer komplicerade än dem vid sterilisering. Straffsätserna för illegal abort och illegal sterilisering har jämförts, varför steriliseringsutredningen synes se lika allvarligt på faran för kvinnans liv och hälsa vid illegal sterilisering som vid illegal abort, en bedömning som *överåklagaren* uppger sig dela. För mannen ställer sig problematiken ej annorlunda och *överåklagaren* föreslår därför att i steriliseringslagen tas upp bestämmelser om att försök straffas enligt 23 kap. brottsbalken. *Länsåklagaren i Jönköpings län* anför liknande synpunkter.

Länsåklagaren i Västmanlands län anför:

I 9 § abortlagen (1974:595) har försök till illegal abort kriminaliserats. Motsvarande har ej skett i förslaget till steriliseringslag. Därast en illegal sterilisering misslyckas, dvs. sterilitet ej uppkommer, torde i regel på grund av den opererades samtycke brott enligt 3 kap. brottsbalken icke föreligga. Det synes icke rimligt att gärningen är straffri, varför straffbeläggande av försök i och för sig är påkallat. Emellertid anser jag att en annan brottskonstruktion bör väljas.

Enligt utredningen förstås med "utför sterilisering" att genom operativt ingrepp *varaktigt* upphäva fortplantningsförmågan. Redovisningen av steriliseringsingreppens effektivitet speciellt för män, 6.2.2, men även för kvinnor, 6.1.2, visar att det måste bli ytterligt komplicerat om icke omöjligt att visa att fortplantningsförmågan *varaktigt* upphävs. Rekvisiten för straffbarhet bör enligt min mening därför bestämmas så: "Den som utan att vara behörig att utöva läkaryrket företager operativt eller annat ingrepp på annan i avsikt att upphäva fortplantningsförmågan dömes etc. — se förslaget — ett år". Med en sådan formulering erfordras inget försöksbrott. Orden "annat ingrepp" syftar på de metoder, exempelvis kemiska, som är under utveckling och vilka utredningen redovisat i avsnitt 6.1.1. Eftersom det även görs försök med temporär sterilisering, vilka så småningom synes kunna leda till framgång — 6.1.4 och 6.2.4 — förmenar jag att krav på *varaktigt* upphävande av fortplantningsförmågan ej bör uppställas. Formuleringen tillfredsställer denna uppfattning.

RÅ ansluter sig till uppfattningen att straff för försök till illegal sterilisering bör införas. Enligt *RÅ:s* mening är emellertid den konstruktion som *länsåklagaren i Västmanlands län* föreslagit värd att närmare

övervägas.

Vad gäller stadgandet om straffsanktion mot läkare som uppsåtligen åsidosätter gällande föreskrifter enligt steriliseringslagen (10 §) anför *hovrätten för Västra Sverige* att stadgandet också bör innehålla straffsanktion för läkare som utför sterilisering utan att dessförinnan ha förvissat sig om att vederbörlig information enligt 6 § lämnats. *Ärkebiskopen* anför liknande synpunkter och föreslår att i 10 § hänvisning sker till samtliga föreskrifter i 2–7 §§.

5.7 Övriga frågor

Remissinstanserna har i anslutning till frågan om en ändrad lagstiftning särskilt uppmärksammat möjligheterna till efterkontroll och behandling, uppföljning av lagstiftningens effekter och resursbehovet för berörda institutioner. Socialstyrelsen har därjämte berört frågan om erforderliga följdåtgärningar.

Vad gäller den postoperativa behandlingen betonar *Sveriges psykologförbund* att många steriliserade kommer att behöva fortsatt kontakt med psykoterapeutiskt skolad personal och finner det angeläget att resurser för sådant ändamål ställs till förfogande. *Fredrika-Bremer-förbundet* anser det vara av stor betydelse såväl från medicinsk som psykologisk synpunkt att de steriliserade ges möjlighet till efterkontroll och kontakt med läkare. Förbundet finner i likhet med utredningen att socialstyrelsens anvisningar bör innehålla rekommendationer härom.

Svenska läkaresällskapet framhåller att lagförslaget såvitt gäller män ställer vissa krav på postoperativ undersökning av sädesvätska för att säkerställa eftersträvad sterilitet. Dessa undersökningar avser endast att med vanlig mikroskopisk undersökning konstatera, att sädesceller inte längre förekommer i sädesvätskan. Detta kräver inte ett spermialaboratoriums resurser enligt sällskapet, som i denna del också hänvisar till det sakkunnigyttrande som avgivits av professor Romanus. I detta yttrande framhålls bl. a. att den efterkontroll vid upprepade tillfällen och under flera månader efter ingreppet som utredningen förutsätter för sterilitet av man blir helt onödig med en viss metod vid vasektomi. *Medicinska fakulteten vid universitetet i Uppsala* anser att klinisk cytologi och klinisk cytogenetik bör rustas upp med tjänster för att kunna möta kraven på spermaanalyser.

Utredningens förslag om en uppföljning av utförda steriliseringar har inte mött några erinringar. *Sveriges läkarförbund*, *Svenska barnmorskeförbundet*, *Svensk demografisk förening* och *Yrkeskvinnors klubbars riksförbund* betonar att uppföljningen är angelägen.

Svenska läkaresällskapet framhåller att det förefaller dunkelt hur utredningen tänkt sig att uppföljningen utöver vad som gäller den rena statistiken skall gå till. Givetvis är det av stort intresse att kartlägga ångerfallen liksom även huruvida sterilisering av man visar sig ha immunologiska effekter av inte önskvärt slag. Med hänsyn till att en uppföljning

måste beröra olika medicinska experter bör uppdraget enligt sällskapet anförtrons en särskild arbetsgrupp med företrädare för berörda vetenskapliga discipliner. *Fredrika-Bremer-förbundet* anför liknande synpunkter. Huruvida arbetsgruppen skall knytas till en vetenskaplig institution vid en medicinsk fakultet eller hållas samman vid exempelvis socialstyrelsen anser Läkarsällskapet vara en organisatorisk och ekonomisk fråga. Sällskapet hävdar emellertid betydelsen av att en prospektiv studie görs vilken bör planeras i god tid före och starta samtidigt med att en ny steriliseringslag träder i kraft. I samma riktning uttalar sig *medicinska fakulteterna vid universitetet i Uppsala och karolinska institutet*.

Så gott som samtliga remissinstanser betonar särskilt behovet av ökad resurstilldelning och utbildning med avseende på rådgivningsverksamheten om utredningsförslaget genomförs. Flera instanser framhåller dessutom att resurser för genetisk rådgivning saknas i dag. *Kommunförbundet* pekar på att information och rådgivning till invandrare kommer att föra med sig behov av kvalificerade tolkar.

Vad gäller sterilisering av man kan enligt *socialstyrelsen, medicinska fakulteten vid universitetet i Göteborg och Sveriges läkarförbund* ett ökat antal operationer förväntas efter en ändrad lagstiftning, vilket innebär en ökad belastning för poliklinisk kirurgisk vård. Läkarförbundet finner det uppenbart att urologiska kliniker med nuvarande resurstilldelning saknar förutsättningar att åta sig uppgiften att utföra manlig sterilisering i rutinfall. En större efterfrågan kan även för kirurgiska vårdenheter befaras medföra märkbar merbelastning med väntetider på månader och kanske år, menar förbundet. Väsentligt är därför att ingreppet, framför allt på män, utan inskränkningar skall kunna få utföras även av kompetenta privatpraktiserande läkare som har härför erforderliga resurser. Lagförslagets intentioner om möjlighet till fri sterilisering motverkas om inte individen tillförsäkras full valfrihet om var och av vem ingreppet skall utföras, anför förbundet. Inte minst sökandens krav på sekretess kring åtgärden motiverar att den får utföras även av praktiserande läkare. Enligt förbundet torde det också vara opraktiskt att koncentrera enkla ingrepp till särskilda av socialstyrelsen godkända inrättningar. Socialstyrelsen anför att det ökade resursbehovet i denna del endast har marginell betydelse med hänsyn till att ingreppen, även om de i inledningsskedet skulle uppgå till ett avsevärt antal, kan spridas på kirurger över hela landet.

Enligt *Svensk demografisk förening* finns det skäl som talar för att rätt många kvinnor kommer att vilja bli steriliserade. Även om det inte skulle röra sig om ett så stort antal fall om året blir dock konsekvenserna betydande på grund av att steriliseringsingreppet är så pass stort när det gäller kvinnor. Kostnaderna blir avsevärda vartill kommer de gynekologiska klinikernas svårigheter att utföra operationerna utan att det går ut över annan sjukvård. *Socialstyrelsen* anför att de kostnadsberäkningar utredningen gjort får ses mot bakgrund av att en sterilisering i det enskilda fallet i framtiden eliminerar kostnader för preventivmedelsråd-

givning och/eller abort. Enligt *Kommunförbundet* kan med hänsyn till de effektiva moderna preventivmetoder med reversibel effekt som numera står till buds en liberalisering av steriliseringslagen inte förväntas få några oöverkomliga resurskonsekvenser för svensk sjukvård.

Socialstyrelsen tar slutligen upp frågan om erforderliga följdåtgärder och pekar på att nuvarande steriliseringslag (10 §) föreskriver att Kungl. Maj:t äger meddela erforderliga bestämmelser angående tillämpningen av lagen. Någon motsvarande bestämmelse finns inte i utredningens förslag. Detta måste enligt socialstyrelsen innebära att utredningen ej funnit behov föreligga av några av regeringen utfärdade tillämpningsregler, t. ex. om eventuella läkarintyg som skall åtfölja ansökan om sterilisering till socialstyrelsen. I en inom socialdepartementet upprättad promemoria (stencil 1974:7) förutsätts emellertid att frågan om krav på behörighet hos läkare, som har att utfärda intyg i steriliseringsärenden, tas upp av steriliseringsutredningen och att utredningen även tar upp frågan om läkarintyg i kastreringsärenden. Då detta inte skett torde det vara nödvändigt att problemet på annat sätt tas upp till särskild behandling.

6 Föredraganden

6.1 Inledning

Med sterilisering avses ett ingrepp som innebär att fortplantningsförmågan upphävs. Till skillnad från kastrering påverkar sterilisering inte könsdriften.

Vår första lagstiftning angående sterilisering antogs år 1934. Lagen var endast tillämplig på den som på grund av rubbad själsverksamhet saknade förmåga att lämna giltigt samtycke till steriliseringsingrepp. Enligt 1934 års lag fick en sådan person steriliseras utan samtycke om social indikation (oförmåga att för framtiden ta vård om barn) eller eugenisk indikation (risk för överföring av svår sjukdom genom arvsanlag) förelåg. Rättskapabla personer var dock inte betagna möjligheten till sterilisering utan kunde enligt allmän rättsåskådning steriliseras under förutsättning dels att de samtyckte till ingreppet och dels att vissa indikationer förelåg.

1934 års lag ersattes år 1941 av nu gällande steriliseringslag (1941:282). För sterilisering fordras i princip tillstånd av socialstyrelsen. Som förutsättning för tillstånd anges i lagen att någon av tre steriliseringsindikationer föreligger, nämligen den eugeniska, den sociala eller den medicinska (graviditet skulle innebära allvarlig fara för kvinnans liv och hälsa). Den medicinska indikationen gäller alltså bara kvinnan. Sedan den 1 juli 1972 får sterilisering också ske på person som avser att söka fastställelse enligt 1 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

Ansökan om sterilisering kan göras av den som avses med ansökan, för underårig av vårdnadshavare, för omyndigförklarad av förmyndaren samt vidare av vissa myndigheter och institutioner eller företrädare för dessa. Tillstånd får inte lämnas utan att vårdnadshavare, förmyndare, make, anstaltsläkare eller föreståndare för anstalt beretts tillfälle att yttra sig i frågan, där så kan ske. Den som på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till sterilisering kan steriliseras utan samtycke.

Frågan om en översyn av steriliseringslagen har i anledning av motioner varit föremål för riksdagens prövning åren 1955, 1960 och 1970. Motionerna har bl. a. behandlat frågan om införandet av en socialmedicinsk indikation (förväntad svaghet) i steriliseringslagen i likhet med vad som då fanns i lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap och om en utvidgning av den medicinska indikationen till att också gälla för män. Vidare har bl. a. kravet på makes yttrande i ärende om sterilisering kritiserats. År 1970 anhöll riksdagen om en översyn av steriliseringslagen.

Ungefär vid samma tid började frågan om sterilisering att uppmärksammas allt mera i den allmänna debatten. Utgångspunkten var därvid sterilisering som ett alternativ till andra preventivmetoder och i sista hand till legal abort. Särskild aktualitet i detta sammanhang tillmättes frågan

om sterilisering av man som en effektiv metod för födelsekontroll. Ett återkommande önskemål avsåg en ny steriliseringslag som bl. a. skulle medge frivillig sterilisering efter samma liberala regler som i England och USA.

Gällande steriliseringslag kom till för mer än 30 år sedan och är därför av naturliga skäl i många stycken baserad på helt andra värderingar och förhållanden än dem som råder i dagens samhälle. Många betydelsefulla reformer har genomförts på det familjepolitiska och sociala området sedan dess. En mera samhällsinriktad och förbättrad skolundervisning har vidare fått till följd att vi i dag har en mer öppen diskussion i sexuella frågor än som tidigare var fallet. Den medicinska forskningen har gjort betydande framsteg sedan 1940-talet. Vi har därigenom bl. a. fått tillgång till nya och effektivare preventivmedel som på ett genomgripande sätt förändrat kvinnans möjligheter att själv bestämma när hon vill bli gravid. Resurserna för preventivmedels- och abortrådgivning har utökats väsentligt. I fråga om abortingrepp har nya och skonsammare metoder kommit i bruk. Rätt till abort på egen begäran har införts från den 1 januari 1975.

Framstegen inom medicinen har vidare medfört att även steriliseringsingrepp nu kan utföras med större säkerhet än tidigare. Dessa framsteg har emellertid inte fått till följd att antalet steriliseringar ökat. Utvecklingen beträffande steriliseringar har sålunda varit en helt annan än beträffande aborter. Medan de legala aborterna under åren 1965–1973 steg från ca 6 200 till 26 000 per år har antalet utförda steriliseringar inte undergått några större förändringar under samma tid.

Däremot visar tillämpningen av steriliseringsindikationerna att det gradvis inträtt en förskjutning i inställningen till hithörande frågor som torde ha sin grund i ändrade förhållanden och värderingar i samhället sedan 1940-talets början. Detta gäller främst den eugeniska och den sociala indikationen för sterilisering. Ett primärt motiv bakom dessa indikationer får antas ha varit en strävan från samhällets sida att söka nedbringa den ärftliga spridningen av vissa sjukdomar och förhindra tillkomsten av barn som kunde befaras komma att växa upp under särskilt ogynnsamma förhållanden. Dessa aspekter på möjligheten till sterilisering har efter hand kommit att tillmätas allt mindre betydelse. Den av utredningen redovisade statistiken över utförda steriliseringsoperationer visar också att tillämpningen av de eugeniska och sociala indikationerna fortlöpande avtagit och att deras praktiska betydelse numera måste betecknas som marginell. Av betydelse för denna utveckling har säkerligen varit ett med tiden ökat intresse att värna om den enskildes personliga integritet och en samtidig motvilja hos myndigheter och dess representanter att ingripa med beslut som på ett avgörande sätt berör individens personliga förhållanden.

Samtidigt som denna utveckling ägt rum har emellertid som tidigare nämnts intresset för sterilisering som ett medel för familjeplanering fått ökad aktualitet. Detta gäller särskilt steriliserande ingrepp på man, vilket

måste anses som en enkel och lindrig operation, i synnerhet vid jämförelse med motsvarande ingrepp på kvinna. Liksom vad gäller abort har intresset därför alltmer kommit att inriktas på frågan i vad mån en egen begäran skall kunna få utgöra tillräckligt underlag för ett steriliseringsingrepp.

Steriliseringsutredningen lägger i sitt betänkande fram ett förslag till ny steriliseringslag. I lagförslaget anges som huvudregel att envar som är rättskapabel och uppnått 25 års ålder skall ha rätt att bli steriliserad på egen begäran. Operationen skall enligt förslaget få ske först sedan den steriliseringssökande blivit informerad om ingreppets innebörd och följder samt i förekommande fall om andra preventivmetoder. Såvitt gäller personer under 25 år innebär förslaget att sterilisering skall kunna få ske efter särskilt tillstånd av socialstyrelsen i fall då genetisk (eugenisk) eller, i fråga om kvinna, medicinsk indikation föreligger. Som absolut minimigräns för sterilisering föreslås 18 år. Den som inte är rättskapabel skall enligt förslaget kunna bli steriliserad efter ansökan av särskilt förordnad god man och tillstånd av socialstyrelsen. Som förutsättning för sådant tillstånd gäller för den som är i åldern 18–24 år att genetisk eller, i fråga om kvinna, medicinsk indikation föreligger och för den som har fyllt 25 år att det med skäl kan antas att sterilisering är till väsentlig fördel för den ansökan avser.

Vidare föreslår utredningen att den organisation för preventivmedels- och abortrådgivning som senast byggts ut i anslutning till den nya abortlagens tillkomst även skall handha den obligatoriska information och rådgivning, som förslaget förutsätter. Såväl rådgivning som steriliseringsoperation och behövlig efterkontroll bör enligt förslaget ersättas genom den allmänna sjukförsäkringen.

De förslag till en reformering av steriliseringslagstiftningen som utredningen sålunda lagt fram har vid remissbehandlingen fått ett övervägande positivt mottagande. Samtliga remissinstanser tillstyrker i princip att betänkandet läggs till grund för ny lagstiftning. Den kritik som har framförts mot förslaget har i huvudsak gällt den förordade möjligheten till sterilisering av icke rättskapabla utan vederbörandes samtycke. Vidare har från flera håll anmärkts att den föreslagna åldersgränsen för fri sterilisering, 25 år, förefaller väl låg med hänsyn till att familjebildningen i allmänhet inte avslutats vid denna ålder.

Remissinstanserna understryker genomgående vikten av att en samordning sker mellan genomförandet av en liberalare steriliseringslagstiftning och en utbyggnad av informationsverksamheten på detta område. Den ordning som utredningen föreslår för att i möjligaste mån förebygga förhastade steriliseringsbeslut har vunnit allmän anslutning.

Som utredningen har framhållit måste steriliseringsingrepp trots de framsteg som på senare tid har gjorts i fråga om möjligheterna att återställa fortplantningsförmågan genom reoperation alltjämt anses vara av definitiv karaktär. Detta förhållande medför i och för sig viss risk för psykiska eller psykosomatiska störningar hos den som har genomgått operationen.

Denna risk kan naturligtvis inte fränkännas betydelse i sammanhanget men bör enligt min mening inte tillmätas sådan avgörande betydelse att man på grund härav skall avvisa tanken att under vissa betingelser godta sterilisering som en alternativ metod för födelsekontroll. Det är möjligt att det intensiva forskningsarbetet på preventivmedelsområdet i en framtid kommer att radikalt ändra nuvarande förutsättningar och leda till att steriliseringsfrågan kommer i ett helt annat läge. Enbart förhoppningar i detta hänseende kan emellertid inte få leda till att frågan om införandet av vidgade möjligheter till sterilisering skall anstå ytterligare.

I likhet med remissinstanserna förordar jag därför att gällande lag om sterilisering nu ersätts med en ny lagstiftning efter i huvudsak de riktlinjer utredningen har föreslagit.

6.2 Förutsättningar för sterilisering

Enligt gällande lag fordras för sterilisering att någon av de i lagen uppställda tre steriliseringsindikationerna är uppfyllda. Sterilisering får alltså ske när det med skäl kan antas att någon genom arvsanlag kommer att på avkomlingar överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller också svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag (eugenisk indikation) eller där någon på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet eller annan rubbning av själsverksamheten eller också till följd av asocialt levnadssätt prövas vara för framtiden uppenbart olämplig att handha vårdnaden om barn (social indikation). Som giltig grund för sterilisering anges vidare att sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan gör det påkallat att hon steriliseras för att förebygga havandeskap, som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa (medicinsk indikation). Slutligen får sterilisering också företas i samband med könsbyte.

Utredningen föreslår att var och en som uppnått lämplig ålder för att avgöra frågan om sterilisering skall ha rätt att på egen begäran bli steriliserad.

Samtliga remissinstanser har godtagit utredningens uppfattning att frågan om sterilisering i första hand är en personlig angelägenhet. Även jag ansluter mig till denna principiella grundsyn. Rätten att själv få bestämma när man vill ha barn och hur många framstår för allt fler människor i dag som en självklarhet. Under förutsättning att den enskilde har fattat sitt beslut efter moget övervägande och med tillgång till fullständig information om ingreppets innebörd och följder samt i förekommande fall om andra möjligheter att förebygga havandeskap saknas därför enligt min mening anledning att bibehålla en ordning som innebär att beslutet regelmässigt måste kompletteras med ett särskilt tillstånd från myndighet. Inte heller kan det med denna utgångspunkt komma i fråga att även i fortsättningen låta företrädare för vissa myndigheter och institutioner – socialnämnd, barnavårdsnämnd, sjukhus m. fl. – ha formell behörighet att ta initiativ till att viss person skall underkastas sterilisering.

Mot denna bakgrund bör alltså huvudregeln i den nya lagen vara att

det i princip överlämnas till den enskilde att avgöra om han vill bli steriliserad. Därmed är emellertid inte sagt att hela ansvaret för ställningstagandet bör vila på honom. För dem som är gifta eller som annars lever samman bör det sålunda i regel vara en gemensam angelägenhet att ta ställning till frågan om födelsekontroll liksom lämpligaste metoden härför samt att med utgångspunkt i dessa gemensamma överväganden även söka uppnå enighet i frågan om en eventuell sterilisering. Därvid torde det bl. a. vara naturligt att man noga överväger vem av parterna som i så fall lämpligen bör steriliseras mot bakgrund av bl. a. deras hälsa och ålder samt den föreliggande skillnaden i omfattning mellan steriliseringsoperation av man och kvinna. Det måste emellertid beaktas att förhållandena ibland kan vara sådana att ett samråd av det slag som här förordas skulle vara helt meningslöst eller i vissa fall t. o. m. kunna förvärra situationen för den som önskar sterilisera sig. Med tanke just på sådana fall anser jag i likhet med utredningen och flertalet remissinstanser att det inte bör kunna komma i fråga att som villkor för sterilisering föreskriva att make eller samlevnadspartner skall ha beretts tillfälle att yttra sig i frågan.

Den sålunda valda utgångspunkten för lagstiftningen, nämligen den enskildes principiella bestämmanderätt, får inte ges den innebörden att envar oavsett förekomsten av eventuella medicinska kontraindikationer har rätt att få steriliseringsoperation utförd. Tillbörlig hänsyn måste i detta liksom i alla andra sammanhang tas till de risker för komplikationer som ett operativt ingrepp kan medföra i det enskilda fallet. Det ankommer därvid på läkaren att avgöra om det finns hälsorisker som är så påtagliga att de måste anses utgöra ett vägande skäl mot ett steriliseringsingrepp.

Såväl utredningen som de medicinska remissinstanserna framhåller att sterilisering, både av man och kvinna, alltså måste betraktas som en operation av definitiv karaktär, dvs. ett ingrepp som för all framtid upphäver fortplantningsförmågan. Även om jag som tidigare har nämnts i princip ansluter mig till åsikten att den enskilde själv skall få bestämma om han önskar bli steriliserad och att sterilisering får företas endast i vederbörandes eget intresse anser jag mot bakgrund av nyss angivna förhållanden det vara uppenbart att samhället i varje fall måste medverka till en ordning som i görligaste mån förhindrar att sterilisering sker på grund av ett förhastat beslut av den steriliseringssökande.

För att förebygga risken för förhastade beslut finner jag därvid till en början motiverat att som utredningen föreslår fastställa en nedre åldersgräns för sterilisering på egen begäran. Utredningen anser att åldersgränsen bör anpassas till det förhållandet att ett välgrundat ställningstagande till frågan om sterilisering förutsätter inte bara intellektuell utan även emotionell och sexuell mognad. Sådan mognad utvecklas enligt utredningen först i 20–25 års åldern och i vissa fall ännu senare. Med hänsyn härtill anser utredningen att den allmänna myndighetsåldern 18 år är för låg. I brist på svenska och tillförlitliga utländska

erfarenheter finner utredningen att åldersgränsen lämpligen bör vara 25 år och erinrar om att samma minimiålder normalt gäller i vårt land för möjligheten att få adoptera barn.

Flertalet remissinstanser godtar förslaget om 25 år som nedre åldersgräns för sterilisering på egen begäran. Några instanser förordar en högre åldersgräns eller ifrågasätter i varje fall om inte åldersgränsen bör vara högre än 25 år. Som skäl anförs i huvudsak att familjebildningen som regel inte är avslutad vid denna ålder och att den sociala situationen senare kan komma att förändras totalt. Riskerna för ångerfall skulle därför vara större än vid en högre åldersgräns, exempelvis 30 år.

Det måste anses ligga i sakens natur att risken för att personer som blivit steriliserade senare skall ångra sig minskar ju högre åldersgränsen är. Från denna utgångspunkt skulle det i och för sig framstå som lämpligare att bestämma den aktuella åldersgränsen exempelvis till 30 år. Emellertid kan man inte rimligtvis hävda att människors utveckling i intellektuellt, emotionellt och sexuellt hänseende i allmänhet undergår sådana förändringar under tiden mellan 25 och 30 års ålder att gränsen enbart av detta skäl bör sättas högre än till 25 år. Kravet på mognad i dessa avseenden motiverar å andra sidan inte heller en lägre åldersgräns. Med hänsyn härtill och till att åldersgränsen därmed bl. a. blir densamma som i Danmark, där en ny steriliseringslag infördes år 1973, anser jag i likhet med utredningen och det övervägande antalet remissinstanser att sterilisering utan särskilt tillstånd skall få ske när den steriliseringssökande fyllt 25 år.

Även för personer under 25 år bör enligt utredningens mening finnas vissa möjligheter till sterilisering. Utredningen föreslår sålunda att förekomsten av vissa indikationer även i fortsättningen skall kunna få utgöra grund för sterilisering av personer i yngre åldrar. Enligt förslaget bör den genetiska (eugeniska) indikationen och, såvitt gäller kvinna, den medicinska indikationen utgöra tillräcklig grund för sterilisering beträffande den som ännu inte fyllt 25 år. Däremot finner utredningen inte skäl att överföra den nuvarande sociala indikationen till en ny steriliseringslag. Som grund anförs att den sociala indikationen främst får antas ha tillkommit för att tillgodose samhällets intressen samt att de situationer som denna indikation tar sikte på i stället bör mötas med en ökad preventivmedelsrådgivning och i nödfall med abort. Sterilisering vid könsbyte före 25 års ålder bör enligt förslaget också kunna ske i fortsättningen. Som absolut minimiålder för sterilisering föreslås 18 år, varigenom bl. a. svårigheterna i fråga om krav på giltigt samtycke, vårdnadshavares ställning m. m. kan undvikas. Tillstånd till sterilisering mellan 18 och 25 år bör enligt utredningen som hittills meddelas av socialstyrelsen.

Utredningens nu nämnda förslag angående lämpliga indikationer för sterilisering av personer som ännu inte har uppnått 25 års ålder har inte mött några erinringar under remissbehandlingen. Även jag godtar förslaget i denna del.

I fråga om behovet av en minimiålder för sterilisering ansluter jag mig

till socialstyrelsens uppfattning att det skulle krävas särskilda skäl för att göra avkall på principen att den som ansöker om sterilisering i eget intresse åtminstone skall ha uppnått myndig ålder. Visserligen kan det tänkas fall där t. ex. genetiska indikationer föreligger och där den sexuella aktiviteten hos den unge i kombination med en konstaterad oförmåga att använda preventivmedel i och för sig skulle anses motivera att vederbörande genom sterilisering skyddas mot ett oönskat föräldraskap. Antalet sådana fall torde dock sannolikt vara så obetydligt att det inte enbart av den anledningen rimligen bör kunna komma i fråga att avvika från den tidigare nämnda huvudprincipen. Lagen bör därför innehålla en bestämmelse som anger att möjligheten till sterilisering på grund av särskild indikation endast gäller den som fyllt 18 år.

Utredningen tar bestämt avstånd från tanken på annat än frivillig sterilisering. Detta ställningstagande bör emellertid enligt utredningens mening inte hindra att även personer som inte är rättskapabla skall kunna ges möjlighet till sterilisering i vissa fall. Enligt förslaget skall sålunda tillstånd kunna ges när det med skäl kan antas att sterilisering är till väsentlig fördel för den ansökan gäller eller, såvitt fråga är om person mellan 18 och 25 år, på grund av genetisk eller medicinsk indikation. Med en icke rättskapabel person avser utredningen en person som på grund av psykisk sjukdom eller abnormitet eller annan rubbning av självsverksamheten varaktigt saknar rättslig handlingsförmåga beträffande frågan om han skall steriliseras. Den icke rättskapable är enligt utredningens mening oförmögen att med laga verkan själv ansöka om sterilisering eller att lämna giltigt samtycke till sterilisering.

Utredningens förslag i denna del har fått ett blandat mottagande vid remissbehandlingen. Ett flertal remissinstanser uttrycker tveksamhet inför förslaget att icke rättskapabla skall kunna steriliseras utan eget samtycke. Några instanser avstyrker förslaget helt eller delvis medan andra instanser ifrågasätter om särbestämmelser för de icke rättskapabla över huvud taget behövs. Socialstyrelsen framhåller sålunda att en psykiskt utvecklingsstörd person som är kapabel att ha ett normalt sexualliv med motsatt kön praktiskt taget alltid är att betrakta som rättskapabel i aktuellt avseende. Vederbörande kan därför om än med tålmod och god pedagogik läras vad sterilisering innebär och därmed också själv besluta i frågan. I stort gäller detsamma även för psykiskt sjuka, anför socialstyrelsen. Professor Hjalmar Sjövall uttalar liknande synpunkter och betonar att frågan huruvida vederbörandes begäran om eller samtycke till sterilisering är giltigt eller inte mera är ett medicinskt än ett juridiskt problem.

I likhet med utredningen anser jag att samhället bör arbeta för att vidga möjligheterna för psykiskt utvecklingsstörda och psykiskt sjuka att föra ett normalt liv i alla avseenden. De bör så långt möjligt tillerkännas samma rättigheter som andra människor. Den möjlighet till sterilisering utan vederbörandes eget samtycke som den nuvarande lagen ger synes emellertid vara uttryck för en annan inställning till de psykiskt störda

rätt att i så stor utsträckning som möjligt själva bestämma över förhållanden som rör deras livssituation. Det finns därför starka skäl att ifrågasätta om man i den enskildes intresse bör bibehålla en sådan ordning.

I prop. (1974:70) med förslag till abortlag, m. m. anförde jag att det från humanitär synpunkt numera inte kan godtas att abort får utföras utan kvinnans samtycke. I lagen anges därför som förutsättning för abort att kvinnan begärt åtgärden. Det ankommer på vederbörande läkare att avgöra huruvida kvinnans psykiska tillstånd är sådant att hennes begäran om abort kan tillmätas giltighet. Det avgörande är därvid huruvida hon har insikt om abortingreppets innebörd och konsekvenser. Härav följer att även kvinnor som lider av rubbad själsverksamhet och som på denna grund i många avseenden anses sakna rättslig handlingsförmåga inte för den skull behöver fränkännas förmågan att ta ställning till frågan om abort. Jag erinrade i nämnda proposition om att vederbörande läkare vid bedömning av frågan om giltigt samtycke förelåg alltid hade möjlighet att vid behov komplettera sin egen medicinska bedömning med ett utlåtande från någon specialist, t. ex. en psykiater (s. 79).

Vad nyss sagts i fråga om aborter bör enligt min mening i princip också vara tillämpligt beträffande steriliseringar. Vid detta ställningstagande har jag i likhet med vissa remissinstanser bl. a. tagit hänsyn till det förhållandet att de rättssäkerhetsgarantier som synes ligga i ett system med särskilt förordnad god man, med befogenhet att i denna angelägenhet handla på annans vägnar, ytterst kommer att vara beroende av sådana viktiga frågor som från vem initiativet utgår och vilken inställning en föreslagen och eventuellt i förväg vidtalad god man kan tänkas ha. Eftersom det här i princip är fråga om en oåterkallelig åtgärd bör det vidare från humanitär synpunkt i om möjligt ännu mindre grad än vid abort komma i fråga att medge ett ingrepp mot vederbörandes vilja. Jag förordar därför även här en lösning som innebär att man från fall till fall får avgöra om den steriliseringssökande är tillräckligt medveten om operationens innebörd och konsekvenser. Som förutsättning för sterilisering bör därför i lagen anges att vederbörande själv har begärt åtgärden. Innan ett ingrepp sker måste således alltid noga kontrolleras att den steriliseringssökande inte bara är införstådd med operationens innebörd och konsekvenser utan också själv verkligen önskar att få den utförd. I regel torde detta inte vara ett praktiskt problem. I de flesta fall torde sålunda redan det förhållandet att sökanden på egen hand har inställt sig både för den särskilda rådgivningen och senare hos läkare för undersökning och operation tyda på att dessa villkor är uppfyllda. En annan sak är att det i undantagsfall kan vara både ömtåligt och komplicerat att ta ställning till frågan om ett giltigt samtycke verkligen föreligger. Detta ställningstagande inrymmer i huvudsak ett medicinskt problem. Det slutliga och avgörande ansvaret för ifrågavarande bedömning har den läkare som skall utföra ingreppet eller, såvitt gäller tillståndsärenden, den beslutande myndigheten. För att skapa betryggande garanti för att en steriliserings-

sökande som i andra sammanhang anses sakna rättskapacitet, exempelvis en omyndigförklarad person, eller som annars visar tecken på psykiska brister inte steriliseras utan en föregående noggrann medicinsk kontroll i dessa avseenden föreslår jag emellertid en ordning som innebär att den kurator eller motsvarande befattningshavare som enligt vad jag senare kommer att föreslå skall meddela sökanden en förberedande information i ärendet skall åläggas skyldighet att vid behov särskilt uppmärksamma vederbörande operatör på frågan om den steriliseringssökandes psykiska status. Formerna för ett sådant samråd återkommer jag till i det följande avsnittet om förfarandet i steriliseringsärende. Det bör i detta sammanhang också betonas att såväl kuratorn som opererande läkaren alltid torde ha möjlighet att i tveksamma fall komplettera utredningen på denna punkt genom ett utlåtande från en specialist, t. ex. en psykiater. Om sökanden är omyndigförklarad och särskilda skäl inte talar däremot bör kontakt i ärendet även kunna tas med förmyndaren eller annan närstående. En sådan åtgärd bör dock ske endast i samförstånd med sökanden.

Med den lösning jag sålunda har förordat saknas behov av särbestämmer beträffande sterilisering av de psykiskt utvecklingsstörda och psykiskt sjuka.

För att undvika dåligt underbyggda eller förhastade beslut om sterilisering är det emellertid som jag redan har antytt också av största vikt att samhället på ett effektivt sätt kan erbjuda den som överväger att låta sig steriliseras all den upplysning, rådgivning och hjälp som behövs som underlag för ett ställningstagande i frågan. Den steriliseringssökande måste sålunda kunna komma i kontakt med kurator, läkare eller annan för ändamålet utbildad person för att få både ett så allsidigt faktaunderlag som möjligt för sitt ställningstagande och tillfälle att förtroendefullt kunna diskutera sin aktuella situation och dess problem. Härigenom förbättras inte bara vederbörandes möjligheter att välja en ändamålsenlig lösning. Även riskerna för att han eller hon senare skall ångra sig minskar högst påtagligt. Mot bakgrund av vad som tidigare har sagts angående behovet av samråd mellan berörda makar eller samlevnadsparter är det givetvis angeläget att ifrågavarande möjlighet till information och rådgivning även kommer att stå öppen för dessa personer. I många fall synes det sålunda vara mest ändamålsenligt om båda parter gemensamt eller var för sig begagnar sig av möjligheten till rådgivning innan något ställningstagande i frågan görs.

Detta leder över till frågan i vad mån den steriliseringssökande själv inte bara skall ha *rätt* att anlita samhällets rådgivande verksamhet utan också ha *skyldighet* att ta sådan kontakt innan sterilisering får utföras.

Samtliga remissinstanser utom en delar utredningens åsikt att informationen bör vara obligatorisk. Med hänsyn främst till den tidigare nämnda omständigheten att ett steriliseringsingrepp ännu så länge måste betraktas som en i princip oåterkallelig åtgärd ansluter jag mig till denna uppfattning. Jag föreslår alltså att information om ingreppets innebörd

och följer samt i förekommande fall andra preventivmetoder skall utgöra en förutsättning för steriliseringsoperation.

Från den 1 januari 1975 har den individuella preventivmedelsrådgivningen samt rådgivningen i anslutning till abort rustats upp kraftigt. Den medicinskt-administrativa ledningen av denna verksamhet inom varje sjukvårdsområde sköts av mödravårdsöverläkare eller av en av sjukvårdshuvudmannen utsedd överläkare vid kvinnoklinik. Rådgivningen är i regel sammankopplad med mödravårdscentralernas verksamhet eller drivs i dessa centralers regi. Mödravårdscentralernas liksom sjukhusens lokaler och personal utnyttjas i arbetet. Ersättning till den som bedriver sådan rådgivning, främst sjukvårdshuvudmännen men också vissa kommuner och organisationer exempelvis RFSU m. fl., utgår från den allmänna sjukförsäkringen enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Ersättningsystemet avser att göra det möjligt för sjukvårdshuvudmännen att snabbt bygga ut rådgivningsverksamheten och att minska de väntetider för sådan rådgivning som tidigare har förelegat på vissa håll i landet. Ersättningens storlek bestäms av regeringen i administrativ ordning och innefattar även ersättning för bl. a. ökade allmänna informationsinsatser, preventivmedel och recept på p-piller i samband med rådgivningen. Män likväl som kvinnor har tillgång till ifrågavarande rådgivning. Både rådgivning, preventivmedel och recept tillhandahålls kostnadsfritt för den enskilde.

Utredningen föreslår att den informations- och rådgivningsverksamhet som sålunda behövs för att säkerställa att den enskildes beslut om sterilisering verkligen kommer att bli väl genomtänkt skall inlemmas med preventivmedels- och abortrådgivningsverksamheten. Förslaget i denna del har av flertalet remissinstanser lämnats utan erinran. Landstingsförbundet har uttryckligen angett att det finner förslaget ändamålsenligt.

Jag delar utredningens och remissinstansernas uppfattning att rådgivningsverksamheten beträffande sterilisering naturligt hör samman med nyssnämnda verksamhet på främst mödravårdscentraler och rådgivningsbyråer. Jag förordar därför den lösning utredningen har föreslagit i denna del. Några medicinska remissinstanser anmärker att en sådan ordning vad gäller kvinnliga sökande inte torde kräva några särskilda informationsåtgärder med hänsyn till att kvinnorna i de flesta fall redan har kommit i kontakt med mödravårdscentraler vid tidigare tillfällen, medan situationen för män regelmässigt torde vara den omvända. Jag anser mig emellertid kunna utgå från att den information om medel för födelsekontroll som lämnas från många olika håll i samhället kommer att ge även männen information om den föreslagna ordningen.

Förslag till de ändringar i lagen om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m. som behövs för genomförande av ersättning vid rådgivning för sterilisering läggs fram av chefen för socialdepartementet i samband med det förslag till proposition om ändrade ersättningsregler inom sjukförsäkringen m. m., som framläggs samtidigt denna dag. Till

frågan om informations- och rådgivningsverksamhetens närmare innehåll och utformning återkommer jag i ett följande avsnitt om förfarandet.

6.3 Förfarandet

Jag har i det föregående föreslagit en ordning som innebär att sterilisering får utföras på begäran av envar sökande som har fyllt 25 år. För sterilisering av personer under 25 år fordras vidare att genetisk eller, såvitt gäller kvinna, medicinsk indikation föreligger eller att sterilisering sker i samband med könsbyte. I de sistnämnda fallen behövs socialstyrelsens tillstånd till ingreppet. Sterilisering får aldrig utföras på den som är under 18 år annat än när så är nödvändigt för behandling av kroppslig sjukdom. Som allmän förutsättning för sterilisering gäller vidare att den steriliseringssökande fått information om ingreppets innebörd och följder och i förekommande fall andra preventivmetoder. I detta avsnitt avser jag att bl. a. ta upp frågan om informations- och rådgivningsverksamhetens närmare omfattning och utformning samt spørsmålet om var tillståndsprövningen i förekommande fall skall ske.

Av vad jag tidigare har sagt framgår att jag delar utredningens och remissinstansernas uppfattning att rådgivningsverksamheten beträffande sterilisering i första hand bör vara förlagd till mödravårdscentraler och andra rådgivningsbyråer eller organ som redan nu ger information och råd angående födelsekontroll och abort. Emellertid torde den råd- och informationsgivning som sökanden där kan få ibland behöva kompletteras med ytterligare medicinskt inriktad rådgivning beträffande operationsmetod, operationens konsekvenser, nödvändiga efterkontroller m. m. Som flertalet medicinska instanser framhåller under remissbehandlingen bör därför varje steriliseringssökande även ges möjlighet till kvalificerad medicinsk rådgivning. Med hänsyn härtill ansluter jag mig till den åsikt som bl. a. socialstyrelsen framför, nämligen att sådan rådgivning i allmänhet bör ges av den opererande läkaren. Ingenting hindrar dock att denna rådgivning i förekommande fall ges av annan läkare, t. ex. läkare vid mödravårdscentral eller den läkare som utför den medicinska undersökning som alltid måste föregå operationen. Den steriliseringssökande som så önskar bör inom ramen för rådgivningsverksamheten även ges tillfälle att konsultera genetisk expertis.

Den steriliseringssökande bör alltså enligt mitt förslag vid behov få tillgång till medicinsk rådgivning. Det är naturligtvis angeläget att den som överväger att begära sterilisering utnyttjar de möjligheter till rådgivning som samhället sålunda ställer till förfogande. Det bör därför ingå som ett naturligt led i varje steriliseringsärende att sökanden underrättas om sina möjligheter i detta avseende redan vid den första kontakten.

Den särskilda medicinska rådgivningen bör i princip inte vara obligatorisk. Emellertid kan som tidigare har nämnts steriliseringssökandens psykis-

ka tillstånd ibland vara sådant att en mera ingående läkarkontakt från olika utgångspunkter framstår som nödvändig. Sveriges läkarförbund och Svenska läkaresällskapet har i denna del uttalat att man måste räkna med att det vid informationstillfället kan uppkomma misstanke om psykisk sjukdom, insufficiens, personlighetsavvikelse eller steriliseringsmotiv som härrör från psykisk störning i vidare bemärkelse. Denna typ av psykiatrisk kontraindikation mot sterilisering bör enligt samma remissinstansers mening lämpligen föranleda psykiatrisk undersökning eller behandling i stället för sterilisering. Jag instämmer i detta uttalande. Vidare kan det, vilket jag tidigare har framhållit, för bedömningen av en steriliseringssökandes möjligheter att förstå ingreppets innebörd och att samtycka till det i vissa fall framstå som motiverat att infordra ett särskilt utlåtande från psykiater eller annan medicinsk specialist.

För att behovet av läkarkontakt i bl. a. ovan nämnda situationer skall bli tillgodosett föreslår jag en ordning som innebär att den kurator eller motsvarande befattningshavare som meddelar den obligatoriska informationen till sökanden skall vara skyldig att i tveksamma fall se till att den steriliseringssökande remitteras till psykiater eller annan medicinsk specialist. Även i fall då särskild läkarkontakt inte anses nödvändig men kuratorn fått kännedom om att den steriliseringssökande lider eller har lidit av psykiska besvär e. d. skall operatören göras uppmärksam på detta förhållande. Jag föreslår därför att den bekräftelse, som den steriliseringssökande efter att ha erhållit del av den obligatoriska informationen enligt förslaget skall underteckna, alltid skall förses med särskild anteckning av den som har lämnat informationen angående förekomsten av sådana upplysningar angående sökandens förhållanden som vederbörande läkare enligt vad nyss sagts bör få vetskap om. För det fall opererande läkaren därefter finner att vederbörandes samtycke till operationen inte kan godtas eller att det föreligger så allvarliga kontraindikationer att steriliseringsingrepp inte bör utföras föreslår jag att denne skall vara skyldig att omedelbart hänskjuta avslagsbeslutet till socialstyrelsen för dess prövning.

Några remissorgan har föreslagit att det i lagen skall tas in en bestämmelse om viss obligatorisk betänketid mellan informationsgivningen och operationen. Det har emellertid också uttryckts tveksamhet inför behovet av en sådan betänketid med hänsyn till att väntetiderna för operation normalt torde vara så långa att en särskild föreskrift härom i praktiken skulle bli innehållslös.

I flertalet fall torde den steriliseringssökande före operationen inte bara ha inställt sig för informationsgivning utan även vid en separat medicinsk undersökning. Sterilisering av kvinna föregås sålunda alltid av en gynekologisk undersökning. Härav följer dels att vederbörande normalt kommer att ställas inför frågan om han eller hon vidhåller sin önskan om sterilisering vid upprepade tillfällen och dels att viss tidsutdräkt med nödvändighet alltid uppstår från den första kontakten i ärendet till dess det blir aktuellt att utföra operationen. Vid sådant förhållande anser jag det inte nödvändigt med någon särskild tidsspärr i

detta hänseende. Jag förutsätter därvid att vederbörande läkare i fall då det finns anledning misstänka att sökanden innerst inne ännu hyser någon tveksamhet angående sitt slutliga ställningstagande till frågan om sterilisering inte företar operationen vid sitt första sammanträffande med patienten.

Jag går härnäst över till frågan om socialstyrelsens prövning i de fall då tillstånd fordras för sterilisering, dvs. för personer i åldern mellan 18 och 25 år.

Enligt gällande steriliseringslag företas prövningen av förutsättningarna för sterilisering hos socialstyrelsen, närmare bestämt av dess socialpsykiatriska nämnd. Vid medicinsk indikation kan dock socialstyrelsens tillstånd ersättas av ett s. k. tvåläkarintyg, vilket innebär att två läkare, varav den ene skall vara den som skall utföra ingreppet, i skriftligt utlåtande förklarar att de i lagen angivna förutsättningarna för ingreppet är för handen. I socialpsykiatriska nämnden ingår två av regeringen utsedda ledamöter, av vilka den ene är läkare och nämndens ordförande, den andre lekman. Vidare består nämnden av en av socialstyrelsen utsedd psykiater, som är föredragande i nämnden, samt den ledamot av styrelsens vetenskapliga råd som företräder arvsbiologi och arvshygien. Samma nämnd prövar ansökningar om abort enligt den nya abortlagen.

Utredningens majoritet föreslår att prövningen av ansökningar om sterilisering i fortsättningen skall ankomma på en särskild nämnd, knuten till socialstyrelsen. Nämnden föreslås bestå av en person som innehar eller innehåft domarämbete samt företrädare för de medicinska specialiteterna gynekologi, urologi, genetik och psykiatri. Enligt två av utredningens experter, riksdagsledamöterna Elvy Olsson och Turid Ström, bör tillståndsprövningen även fortsättningsvis göras av socialpsykiatriska nämnden.

I enlighet med utredningen och en enig remissopinion anser jag det naturligt att prövningen sker hos socialstyrelsen. Jag har sålunda redan i det föregående föreslagit en ordning som innebär att läkare, som har avslagit begäran om sterilisering, skall vara skyldig att automatiskt hänskjuta ärendet till socialstyrelsen för prövning. I fråga om sammansättningen av den nämnd inom socialstyrelsen som skall handlägga steriliseringsärenden skiftar remissinstansernas inställning. Det finns emellertid en genomgående tendens att tillmäta lekmannainslaget i den nu fungerande nämnden stort värde. Man betonar därvid det angelägna i att allmänhetens insyn och inflytande i nämnden bevaras. Flera instanser anser vidare beaktansvärda praktiska skäl tala för att samma nämnd handlägger både abort- och steriliseringsansökningar, inte minst med tanke på att en person på likartade motiv kan tänkas komma att ansöka om båda ingreppen samtidigt.

Frågan om sammansättningen av det organ som skall pröva ansökan om sterilisering hänger till en del samman med vilka förutsättningar som ställs upp för sterilisering. De särregler för sterilisering av personer med bristande rättskapacitet som utredningen har föreslagit torde för utsätta ett

såväl medicinskt som juridiskt och psykologiskt mera invecklat ställningstagande än om det — vilket jag föreslår — i regel endast gäller att beträffande sökande mellan 18 och 25 år pröva om genetisk eller, i fråga om kvinna, medicinsk indikation för sterilisering föreligger. För en sådan bedömning torde någon förändring eller komplettering av den fungerande nämnden i allmänhet inte vara nödvändig. Inte heller torde de överprövningsärenden, som enligt vad jag föreslagit automatiskt följer på en läkares avslagsbeslut, komma att medföra en prövning hos nämnden som i allmänhet förutsätter tillgång till annan expertis än nämnden f. n. har tillgång till. I likhet med ett flertal remissinstanser anser jag det vidare värdefullt och praktiskt att samma nämnd handlägger såväl steriliseringsärenden som abortärenden. Med hänsyn härtill och till den inskränkning i fråga om tillståndsärenden jämfört med utredningens förslag som jag förordar har jag efter samråd med chefen för socialdepartementet inte funnit skäl föreslå att en ny nämnd för steriliseringsärenden inrättas hos socialstyrelsen. Den nuvarande nämnden bör därför även fortsättningsvis pröva ansökningar om abort och sterilisering men i enlighet med förslag från socialstyrelsen kompletteras med föredragande läkaren i mödrahälsovård, preventivmedels- och abortrådgivning vid socialstyrelsen. Vid behov bör nämnden kunna tillkalla juridisk expertis samt företrädare för de medicinska specialiteterna gynekologi och urologi. För att bättre ge uttryck åt nämndens verksamhetsområde bör nämnden inte längre betecknas socialpsykiatriska nämnden. Jag föreslår att nämnden i stället betecknas nämnden för abort- och steriliseringsärenden. De av mig i samråd med chefen för socialdepartementet ovan föreslagna ändringarna bör föranleda ändring av instruktionen (1967:606) för socialstyrelsen. Chefen för socialdepartementet har för avsikt att efter riksdagens ställningstagande till förevarande förslag anmäla denna fråga för regeringen.

Utredningen har föreslagit att socialstyrelsens beslut i steriliseringsärenden skall kunna överklagas hos kammarrätten. Socialstyrelsen framhåller med anledning därav i sitt remissyttrande, att ifrågavarande beslut i steriliseringsärenden visserligen rör lagtillämpningen men med så gott som rent medicinska frågeställningar vilka avgörs på hög kompetensnivå. Socialstyrelsen anser därför att möjligheten till överprövning i kammarrätten knappast innebär någon rättssäkerhetsgaranti och förordar att bestämmelse härom utgår.

Enligt den lösning jag har föreslagit i det föregående skall socialstyrelsens tillstånd till sterilisering krävas endast i fråga om sterilisering av personer i åldern mellan 18 och 25 år. Prövningen avser att konstatera huruvida genetisk eller medicinsk indikation för sterilisering föreligger. Bedömningen i detta hänseende är helt och hållet av medicinsk natur. Vidare skall socialstyrelsen som andra instans pröva beslut, där opererande läkare på grund av den steriliseringsökandes psykiska eller fysiska tillstånd har funnit att steriliseringsingrepp inte bör utföras. Även i dessa fall torde bedömningen i huvudsak vara en medicinsk fråga. Mot denna

bakgrund synes en domstolsprövning av socialstyrelsens beslut knappast ändamålsenlig. Jag föreslår därför att socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till sterilisering inte skall kunna överklagas.

6.4 Ansvarsbestämmelserna

Utredningen föreslår vissa straffsanktioner vid överträdelse av lagens bestämmelser. De föreslagna strafflatituderna varierar från böter till fängelse i högst fyra år. I fråga om brott mot tystnadsplikten (8 §) omfattar straffskalan i överensstämmelse med vad som gäller enligt abortlagen (1974:595) och smittskyddslagen (1968:231) böter eller fängelse i högst ett år. Hovrätten för Västra Sverige ifrågasätter om den straffskärpning i förhållande till gällande steriliseringslag som förslaget i denna del innebär är motiverad, särskilt vid en jämförelse med den straffsanktion som utredningen föreslagit för läkare som uppsåtligen åsidosätter vissa föreskrifter i lagen (10 §), nämligen böter eller fängelse i högst sex månader.

Ämbetsansvarskommittén avgav i december 1971 sitt slutbetänkande (SOU 1972:1) rörande ämbetsansvar och disciplinärt ansvar i offentlig tjänst, Ämbetsansvaret II. Kommittén föreslår bl. a. att den nuvarande bestämmelsen om tystnadsplikt i 20 kap. 3 § brottsbalken skall ersättas av en ny bestämmelse som föreskriver ansvar för envar som yppar vad han till följd av författning är pliktig att hemlighålla. Straffskalan omfattar böter eller fängelse i högst två år. Det föreslagna straffbudet är avsett att ersätta en stor del av de skiftande straffbestämmelser rörande brott mot tystnadsplikt som finns införda i olika specialförfattningar.

Efter remissbehandlingen av betänkandet har inom justitiedepartementet utarbetats förslag till lagstiftning på grundval av betänkandet. Förslaget behandlas f. n. av lagrådet. Jag räknar med att inom kort kunna anmäla frågan om proposition till riksdagen i ämnet. Propositionen kommer att beröra även förevarande lagstiftning. Avsikten är bl. a. att sammanföra de straff- och åtalsbestämmelser rörande brott mot tystnadsplikt som f. n. finns i specialförfattningar till ett allmänt stadgande i brottsbalken. Enligt det till lagrådet remitterade förslaget riktar sig den nya straffbestämmelsen om brott mot tystnadsplikt mot den som yppar vad han till följd av lag eller annan författning är pliktig att hemlighålla eller olovligen utnyttjar sådan hemlighet. Straffet föreslås bli böter eller fängelse i högst ett år. Även den som av oaktsamhet begår sådan gärning som nu har sagts kan enligt förslaget dömas till ansvar. Påföljden är i detta fallet böter. Åtal för brott mot sådan tystnadsplikt som gäller till förmån för enskild målsägande får väckas av åklagare endast om målsäganden anger brottet till åtal eller åtal är påkallat från allmän synpunkt. Den föreslagna ordningen avses träda i kraft den 1 januari 1976, varför dessa frågor inte behöver regleras i denna lag.

Övervägande antalet juridiska remissinstanser anser att även försök till illegal sterilisering bör kriminaliseras. Som skäl anförs att de risker för liv

och hälsa som en person utsätts för genom osakkunnigt utförda ingrepp bör föranleda straffansvar vid försök till sterilisering i samma utsträckning som vid försök till abort.

Antalet illegala aborter uppskattades av 1965 års abortkommitté till ca 6 000 år 1969. Försöksbrottet vid illegal abort har främst till syfte att av rent allmänpreventiva skäl kunna ingripa mot illegala abortingrepp oavsett om ingreppen lyckas eller inte. Illegala steriliseringar är sannolikt mycket sällsynta i vårt land. Försök till illegal sterilisering är inte straffbelagt i gällande lag. Med den liberalisering av möjligheterna till sterilisering som föreslås saknas anledning att över huvud taget anta att steriliseringsingrepp kommer att utföras av annan än läkare. Mot denna bakgrund finns det enligt min mening inte behov av någon särskild straffbestämmelse för sådana fall och än mindre då för försök till illegal sterilisering.

Vad gäller den av utredningen föreslagna bestämmelsen om straffsanktion mot läkare som uppsåtligen åsidosätter vissa särskilt angivna föreskrifter i lagen (10 §) anför hovrätten för Västra Sverige och ärkebiskopen att bestämmelsen också bör omfatta läkare som utför sterilisering utan att dessförinnan ha förvissat sig om att vederbörlig information har lämnats. Jag delar uppfattningen att ansvar bör inträda för läkaren också i detta fall.

6.5 Övriga frågor

En reformering av steriliseringslagstiftningen enligt de riktlinjer jag har förordat i det föregående bör komma till uttryck genom bestämmelser i en helt ny lag. Lagen bör i enlighet med utredningens förslag ges beteckningen steriliseringslag.

Gällande lag om sterilisering upptar en föreskrift, enligt vilken Konungen bemyndigas meddela de tillämpningsbestämmelser till lagen som behövs (10 §). Socialstyrelsen har uppmärksammat att något motsvarande stadgande inte återfinns i utredningens förslag. Det rör sig här om föreskrifter som gäller verkställigheten av lagen. Sådana föreskrifter får regeringen enligt nya regeringsformen meddela utan bemyndigande. Regeringen kan också utan bemyndigande överlåta åt underordnad myndighet att meddela föreskrifter av detta slag. Det framstår som lämpligt att socialstyrelsen utfärdar de föreskrifter som behövs för verkställigheten av den nya lagen. Dessa föreskrifter bör bl. a. behandla frågorna om läkarintyg vid steriliseringsansökan, formulär för informationsbekräftelse, godkända sjukvårdsinrättningar m. m. Chefen för socialdepartementet avser att anmäla frågan om bemyndigande härtill sedan riksdagsbehandlingen av denna proposition har avslutats. Vidare förutsätter jag att socialstyrelsen utfärdar de anvisningar för tillämpningen som kan anses påkallade. Sådana anvisningar bör behandla bl. a. informationens omfattning och utformning, samrådsförfarandet mellan kuratorer

och läkare m. fl., rekommendationer om efterkontroll av steriliseringsingreppet m. m.

Jag skall härefter ta upp de frågor av huvudsakligen medicinsk eller administrativ natur som aktualiserats vid remissbehandlingen. Frågorna gäller var steriliseringsingrepp får äga rum, vem som skall vara behörig att utföra sterilisering samt möjligheterna till efterkontroll och postoperativ behandling.

Vad först gäller frågorna om var och av vem sterilisering skall få utföras gäller f. n. att sterilisering av kvinna skall utföras på lasarett eller därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Socialstyrelsen kan dock i enskilda fall medge att läkare får utföra sterilisering på annan sjukvårdsinrättning. Sterilisering av man skall utföras av legitimerad läkare. Enligt utredningens förslag skall steriliseringsingrepp utföras av den som är behörig att utöva läkaryrket och äga rum på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner. Sterilisering av kvinna bör enligt utredningen utföras på gynekologavdelning medan sterilisering av man normalt bör utföras polikliniskt av urolog eller kirurg.

Jag delar uppfattningen att steriliseringsingrepp på kvinna skall äga rum på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner. Sterilisering av man bör normalt kunna utföras i öppen vård och utföras av den som innehar läkarbehörighet och äger viss kirurgisk erfarenhet. I den mån det behövs närmare regler om kompetensen bör socialstyrelsen få i uppdrag att utfärda särskilda föreskrifter härom.

Några remissinstanser tar upp frågan om behovet av postoperativ behandling i olika hänseenden. Självfallet bör såväl sådan behandling som behövliga efterkontroller falla inom ramen för steriliseringsärendet och ersättas genom sjukförsäkringen.

7 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom justitiedepartementet upprättats förslag till

1. steriliseringslag,
2. lag om ändring i lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar,
3. lag om ändring i rättshjälpslagen (1972:429).

8 Specialmotivering till framlagda lagförslag

8.1 Förslaget till steriliseringslag

1 §

I denna paragraf regleras lagens tillämpningsområde. Under lagen faller ingrepp i könsorganen som varaktigt upphäver fortplantningsförmågan. Från lagen undantas dock kastrering samt ingrepp av rent terapeutisk karaktär, dvs. som utförs som ett led i behandlingen av kroppslig sjukdom. För kastrering gäller särskilda bestämmelser i lagen (1944:133) om kastrering. Vid sterilisering som utförs av terapeutiska skäl gäller samma principer som för operativa ingrepp i allmänhet.

Varje steriliseringsingrepp omfattas av lagen oberoende av om det utförs operativt, med kemiska medel eller genom annan metod som framdeles kan komma att ersätta nuvarande steriliseringsmetoder. Kravet att ingreppet avser att *varaktigt* upphäva fortplantningsförmågan markerar att lagen inte omfattar exempelvis insättning av spiral eller annat medel som har till syfte att tillfälligt upphäva fortplantningsförmågan.

2 §

I denna paragraf anges förutsättningarna för sterilisering som inte kräver tillstånd.

Enligt 2 § gällande steriliseringslag kan den, som på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till sterilisering, steriliseras utan sitt samtycke. Som jag har anfört i den allmänna motiveringen måste en sådan bestämmelse anses stå i strid mot rådande uppfattning i samhället vad gäller rätten för psykiskt störda att så långt möjligt själva få bestämma över sin livssituation. Från humanitär synpunkt kan det sålunda inte längre godtas att sterilisering får utföras utan vederbörandes samtycke. Jag föreslår därför att i lagen anges att sterilisering får utföras endast på sökandens egen begäran. Vad angår bedömningen huruvida en steriliseringsökandes psykiska tillstånd är sådant att giltigt samtycke föreligger vill jag här åter erinra om de möjligheter

kuratorer och läkare har att vid behov inhämta kompletterande utlåtande från exempelvis en psykiater.

Bosättningsbegreppet skall i förevarande sammanhang ges samma innebörd som motsvarande uttryck i 1 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. För att betraktas som bosatt här i landet fordras sålunda normalt att den steriliseringsökande vistas här stadigvarande eller har för avsikt att stanna här under längre tid. Utomnordiska medborgare styrker bosättning genom bosättningstillstånd eller uppehållstillstånd. För nordiska medborgare gäller kyrkobokföring som bevis om bosättning i riket. Frågan huruvida rekvisitet om medborgarskap eller bosättning är uppfyllt avgörs i sista hand av opererande läkare. Finner denne att hinder mot ingrepp föreligger på grund av att den steriliseringsökande inte är svensk medborgare eller inte är bosatt här i landet skall avslagsbeslutet enligt andra momentet underställas socialstyrelsens prövning. Läkaren är skyldig att vidta sådan åtgärd utan särskild begäran. Socialstyrelsen skall också pröva avslagsbeslut på andra grunder. Beträffande motiven härför hänvisas till vad jag i denna del har anfört i den allmänna motiveringen.

3 §

Denna paragraf behandlar förutsättningarna för sterilisering, såvitt gäller personer som fyllt 18 men inte 25 år. För steriliseringsingrepp på sådan person fordras alltid socialstyrelsens tillstånd. Det bör ankomma på socialstyrelsen att närmare ange vilken utredning som i dessa fall behöver föregå prövningen och vad som i övrigt skall iaktas vid steriliseringsansökan. Beträffande motiven för de föreslagna bestämmelserna hänvisas till den allmänna motiveringen.

De indikationer som upptas i utredningsförslaget har inte mött några erinringar under remissbehandlingen. Förslaget innebär bl. a. att den nuvarande sociala indikationen för sterilisering (som avser fall då någon på grund av rubbning av själsverksamheten eller asocialt levnadssätt prövas för framtiden vara uppenbart olämplig att handha vårdnaden om barn) slopas. Övriga indikationer, bibehålls i sin nuvarande utformning med vissa terminologiska förändringar.

Vad gäller begreppet *svaghet* i den medicinska indikationen konstaterar utredningen till en början att begreppet är svårt att avgränsa och därför kan vålla tolkningsproblem. Det är dock lämpligt att uttrycket bibehålls då det kan förekomma att en medicinsk bedömning talar för sterilisering utan att kravet på sjukdom eller kroppsfel är uppfyllt. Med svaghet åsyftas i lagrummet en avvikelse av medicinsk karaktär såsom svag hälsa, bräcklig kroppskonstitution eller neurastenisk läggning. För att indikationen skall anses uppfylld måste sökandens hälsotillstånd i angivet avseende klart avvika från vad som kan betecknas som normalt.

I punkten 3 anges att sterilisering av den som är i åldern 18–24 år kan ske även i samband med könsbyte enligt samma grunder som hittills.

4 §

I paragrafen föreskrivs att talan inte får föras mot socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till sterilisering. Härmed avses såväl beslut enligt 3 § som beslut i ärende som hänskjutits till styrelsen enligt 2 §. I övrigt kan däremot talan fullföljas mot socialstyrelsens beslut enligt bestämmelserna i 18 § allmänna verksstadgan (1965:600).

5 §

Paragrafen innehåller föreskrift om obligatorisk information. Som allmän förutsättning för sterilisering enligt lagen gäller alltså att den steriliseringssökande skall ha erhållit en noggrann redogörelse för ingreppet och dess följder samt i förekommande fall andra preventivmetoder som kan utgöra alternativ till sterilisering. För att möjliggöra operatörens kontroll av att sådan information har skett skall både den som har lämnat redogörelsen och den som mottagit informationen underteckna en bekräftelse härom. Det bör ankomma på socialstyrelsen att i samband med utfärdandet av de anvisningar angående den nya lagens tillämpning som jag har förutskickat i den allmänna motiveringen även utforma ett formulär för den bekräftelse som det här är fråga om.

En fråga som bör uppmärksammas i detta sammanhang är i vilken utsträckning andra personer än den steriliseringssökande själv bör informeras i ett steriliseringsärende. Enligt 3 § gällande steriliseringslag skall när så kan ske vissa personer beredas tillfälle att yttra sig innan någon prövning av steriliseringsförutsättningarna äger rum. Detta gäller vårdnadshavaren för den som är underårig, förmyndaren för omyndigförklarad, make för den som är gift samt anstaltsläkare och föreståndare för den som är intagen på allmän anstalt.

Jag har i den allmänna motiveringen konstaterat att det många gånger kan vara en fördel om make eller annan samlevnadspartner också begagnar sig av ifrågavarande möjlighet till information och rådgivning. I vissa fall kan det vidare vara värdefullt om annan närstående kan höras i ärendet. Därigenom kan man få en fylligare och mera nyanserad bild av den situation som föreligger. Sådant yttrande kan ibland vara motiverat med hänsyn till sökandens psykiska tillstånd. Enligt min mening bör det därför vara en naturlig åtgärd att med sökanden ta upp frågan om närstående (make, samlevnadspartner, förmyndare) bör kontaktas i ärendet. Sökanden bör redan vid första kontakten med rådgivningsverksamheten upplysas om möjligheten att ta med sig närstående till informationstillfället. Mitt förslag bygger emellertid på principen om sökandens självbestämmanderätt. Som jag tidigare har anfört delar jag den uppfattning som utredningen och flertalet remissinstanser företräder, nämligen att det inte längre kan komma i fråga att höra utomstående i ett steriliseringsärende utan att sökanden samtycker till det.

6 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om vem som får utföra sterilisering och var sådant ingrepp får ske. Reglerna har behandlats i den allmänna motiveringen. Vem som är behörig att utöva läkaryrket framgår av lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket. Sker sterilisering av man annorstädes än på allmänt sjukhus torde fordras att operatören äger specialistkompetens i allmän kirurgi eller urologisk kirurgi.

Sterilisering av kvinna fordrar gynekologisk erfarenhet. Operationen är betydligt mera komplicerad än motsvarande ingrepp på man. Operationen kräver tillgång till resurser för bl. a. behandling av komplikationer i samband med åtgärden. Sterilisering av kvinna bör därför få utföras endast på allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner.

7 §

I denna paragraf föreskrivs tystnadsplikt i fråga om enskildas personliga förhållanden som någon har fått kännedom om i samband med steriliseringsärendet. Som jag har förutskickat i den allmänna motiveringen kommer frågan – om den nya lagstiftningen i ämnet som jag inom kort kommer att föreslå genomförs – om åtal och straff vid överträdelse av tystnadsplikten att från den 1 januari 1976 regleras genom en ny bestämmelse i brottsbalken. I fråga om handlingar i steriliseringsärendet stadgas i 14 § lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar (sekretesslagen) att sådana i princip inte får lämnas ut utan den berördes samtycke förrän 70 år förflutit från handlingens datum.

8 §

I denna paragraf föreskrivs att den som uppsåtligen utför sterilisering i strid med lagen skall dömas till böter eller fängelse i högst sex månader. Strafflatituden blir därigenom densamma som i gällande lag. Bestämmelsen tar i första hand sikte på läkare som utför sterilisering utan att iaktta lagens bestämmelser men omfattar även det fall att annan än läkare utför steriliseringsingrepp. Frågan huruvida i stället straff enligt bestämmelserna i 3 kap. brottsbalken om brott mot liv och hälsa skall ådömas får avgöras enligt allmänna straffrättsliga konkurrensregler.

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

Ikraftträdande

Den nya lagstiftningen föreslås träda i kraft den 1 januari 1976.

8.2 Övriga ändringsförslag

Den föreslagna ändringen i sekretesslagen är av rent redaktionell natur. Ändringen i rättshjälpslagen föranleds av att den nuvarande möjligheten till sterilisering utan vederbörandes eget samtycke föreslås slopad.

9 Hemställan

Under återopande av det anförda hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att antaga inom justitiedepartementet upprättade förslag till

1. steriliseringslag,
2. lag om ändring i lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar,
3. lag om ändring i rättshjälpslagen (1972:429).

10 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att antaga de förslag som föredraganden har lagt fram.

Bilaga 1

Steriliseringsutredningens förslag till steriliseringslag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Övergångsbestämmelser

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

Innehållsförteckning

Propositionen	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Lagförslag	2
1. Förslag till steriliseringslag	2
2. Förslag till lag om ändring i lagen (1937:249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handling- ar	4
3. Förslag till lag om ändring i rättshjälplagen (1972:429) ..	6
Utdrag av protokoll vid regeringssammanträde 1975-02-27	8
1 Inledning	8
2 Allmänt om preventiv- och steriliseringsmetoder	10
2.1 Inledning	10
2.2 Preventivmetoder	10
2.3 Steriliseringsmetoder	11
2.3.1 Sterilisering av kvinna	11
2.3.2 Sterilisering av man	14
2.4 Möjligheter att återställa fortplantningsförmågan efter ste- rilisering	15
2.4.1 För kvinna	15
2.4.2 För man	16
3 Nuvarande steriliseringslagstiftning	17
3.1 Lagregler	17
3.2 Statistiska uppgifter	19
3.2.1 Steriliseringsutvecklingen	19
3.2.2 Utförda steriliseringar fördelade på indikationer ..	19
3.3 Steriliseringslagstiftningen i övriga nordiska länder	20
4 Steriliseringsutredningens förslag	23
4.1 Allmänt om sterilisering i familjeplanerande syfte	23
4.2 Behov av lagstiftning om sterilisering	23
4.3 Förutsättningar för sterilisering	24
4.3.1 Åldersgränser	24
4.3.2 De icke rättskapablas ställning	26
4.4 Förfarande i steriliseringsärende	27
4.5 Tillståndsprovning	27
4.6 Ansvarsbestämmelser	28
4.7 Följdförfattningar	28
4.8 Resursbehov	29
4.9 Uppföljning av ändrad lagstiftning	30

5	Remissyttrandena	31
5.1	Allmänna synpunkter	31
5.2	Förutsättningar för sterilisering	32
5.2.1	Åldersgränserna	32
5.2.2	De icke rättskapablas ställning	35
5.3	Förordnande av god man	39
5.4	Förfarandet i steriliseringsärende	42
5.5	Tillståndsprövningen	46
5.6	Ansvarsbestämmelserna	48
5.7	Övriga frågor	50
6	Föredraganden	53
6.1	Inledning	53
6.2	Förutsättningar för sterilisering	56
6.3	Förfarandet	63
6.4	Ansvarsbestämmelserna	67
6.5	Övriga frågor	68
7	Upprättade lagförslag	70
8	Specialmotivering till framlagda lagförslag	70
8.1	Förslaget till steriliseringslag	70
8.2	Övriga ändringsförslag	74
9	Hemställan	74
10	Regeringens beslut	74
	Bilaga 1 Steriliseringsutredningens förslag till steriliseringslag . . .	75