



LUND UNIVERSITY

Fem uppsatser om steriliseringen i Sverige

Broberg, Gunnar

2000

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Broberg, G. (Red.) (2000). *Fem uppsatser om steriliseringen i Sverige*. (Ugglan; Vol. 12). Avd. för idé- och lärdomshistoria, Lunds universitet.

Total number of authors:
1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Ugglan 12

Lund Studies in the History of Science and Ideas

Fem uppsatser om steriliseringen i Sverige

Fem uppsatser om steriliseringen i Sverige

Redaktion
Gunnar Broberg, Karin Johannisson
Mattias Tydén

Ugglan 12
Lund Studies in the History of Science and Ideas



Ugglan utges av avdelningen för Idé- och lärdomshistoria vid
Lunds universitet, Biskopsgatan 7, 223 62 Lund

Redaktör för skriftserien: professor Gunnar Broberg

© medverkande författare 2000

Grafisk form: Stefan Stenudd

Tryck: Reprocentralen, Lunds universitet 2000

ISSN 1102-4313

Innehåll

Förord 7

Gunnar Broberg, Karin Johannisson och Mattias Tydén

Ett skarpt vapen

– om sterilisering som alternativ till anstaltsvistelse 9

Lars-Eric Jönsson

Steriliseringar och sexuell reform: Om Elise Ottesen-Jensen och Riksförbundet för sexuell upplysning 22

Lena Lennerhed

Abortpolitikens dolda dagordning under trettio- och fyrtiotalen 47

Eva Palmblad

Steriliseringspolitikens tillämpning på Västra Mark 93

Kristina Engwall

Bör först steriliseras: Anstalt, patient och steriliseringar vid Salberga sjukhus 121

Mikael Eivergård

Förord

Vid ett seminarium hållet vid Institutionen för idé- lärdomshistoria vid Uppsala universitet i september 1998 med rubriken "Steriliseringarna i svensk historia: Pågående forskning" presenterades de uppsatser som här i något reviderad form publiceras. Seminariets bakgrund var Steriliseringsutredningens behov av en utvidgad forskning om vad steriliseringslagarna av 1935 och 1941 innebar i praktiken. Tidigare forskning har mer fokuserat på idébakgrund och översikt över den centrala tillämpningen av steriliseringslagarna. Mindre har varit känt om vad som tilldragit sig vid lokala anstalter och sjukhus. De studier som trycks här kommer verkligheten närmare utan att de grundläggande principerna för den skull glöms bort.

De som här presenterar sin forskning är Eva Palmblad, Lars-Eric Jönsson, Lena Lennerhed, Mikael Eivegård och Kristina Engwall. Palmblad, sociolog från Göteborg och disputerad på en avhandling om medicinen som samhällslära är nu verksam vid högskolan i Jönköping. Lena Lennerhed disputerade i idéhistoria om sexualitetsdiskurser på 1950-60-tal och arbetar nu vid Södertörns högskola på ett projekt om RFSU. Lars-Eric Jönsson har lagt fram en avhandling i etnologi om slutna psykiatri medan Mikael Eivegård och Kristina Engwall (Umeå och Örebro) arbetar vidare med sina avhandlingar. Från symposiets program saknas Kerstin Färm, vars bidrag om "Om läkaren Alfred Petrén" numera offentliggjorts i hennes avhandling (1999), vidare får Judith Areschougs bidrag "Om sinneslöanstalterna i Söderköping och Norrköping" av sekretesskäl vänta med publicering till annat tillfälle.

De studier som ingår är speglingar av en verklighet som försvunnit. Men denna verklighet lever hos enskilda människor och kanske i ett kollektivt minne. Historiker av alla schatteringar har en uppgift att ge de drabbade den upprättelse som bara en noggrann beskrivning av vad som skett kan ge.

Något försök till sammanfattning av denna pågående forskning görs inte här. Mycket är på väg inom detta område. Vi kan hänvisa till tidigare framställningar och till Steriliseringsutredningens båda betänkanden. Vi hänvisar också till ett temanummer av *Scandinavian Journal of History* (1999:3) med bidrag från interntionella forskare på temat. Av intresse är även den framställning (*Kansamme parhaaksi*, Helsinki 1999) som Markku Mattila givit i sin doktorsavhandling och till Lene Kochs kommande avhandling för doktorsgraden i Danmark. Liknande undersökningar är att vänta i Norge och på flera håll utanför Skandinavien.

Lund, Uppsala och Stockholm,

Gunnar Broberg, Karin Johannisson och Mattias Tydén

Ett skarpt vapen

Om sterilisering som alternativ till anstaltsvistelse

Lars-Eric Jönsson

Anstalt eller sterilisering? Det var en av flera centrala frågor i 1920-talets diskussioner om behovet av en steriliseringslag. Vid denna tid, när den statliga steriliseringspolitiken ännu inte var fastlagd, uppmärksammades anstalternas funktion som verktyg för att hindra framförallt människor som kategoriserades som sinnesslöa att fortplanta sig.

Hur gick resonemangen? I vilket förhållande till tvångssterilisering stod anstalterna? Det är min avsikt att med utgångspunkt i några texter författade av två betydelsefulla psykiatriker – Viktor Wigert och Alfred Petrén – belysa hur anstalterna betraktades i relation till den ännu inte lagliga möjligheten att tvångssterilisera svenska medborgare. Jag ska också övergripligt visa på vilket sätt anstalterna kunde förhindra samvaron mellan könen och hur bland annat den rumsliga dispositionen reglerade mötena mellan de intagna.

1920-talets diskussioner om begränsning av vissa befolkningskategoriers fortplantning kretsade till stor del kring begreppen rashygien, asocialitet och ekonomi. Beträffande rashygien var argumenten för sterilisering kraftfulla medan prognoserna för att befolkningens arvsanlag skulle förbättras var osäkra. En aspekt på rashygien utgick från resonemang om naturen, det naturliga urvalet och på vilket sätt det moderna samhället påverkade detta.

Viktor Wigert (1880–1942) var vid den här tiden professor i

psykiatri och överläkare vid Lunds hospital och asyl och skulle komma att bli en ledande företrädare i Sverige inom det mentalhygieniska området. I sin bok *Psykiska sjukdomstillstånd* (del 1, 1924) bearbetade på några sidor just denna aspekt. Det var Wigerts liksom de flesta av hans kollegors uppfattning – kanske då som nu – att den ärvda sjukliga dispositionen var en av de viktigaste orsakerna till psykisk sjukdom. Wigert konstaterade att om samhället erbjöd bärare av psykiska sjukdomsanlag skydd och stöd sattes också det naturliga urvalets princip ur spel. Den ökade omsorgen om de psykiskt sjuka medförde rimligen att deras antal steg generation för generation. Liksom en klimatförskjutning, menade Wigert, kunde innebära att växtarter som tidigare hade levt en undanskymd tillvaro fick en betydande utbredning, kunde en förskjutning i det samhälleliga klimatet åstadkomma bättre livsbetingelser åt och därmed ökad förekomst av psykiskt sjuka människor.¹

Wigert menade att denna process gällde alla de ärftliga sjukdomarnas och mänskliga bristfälligheternas förekomst. I detta avseende menade han att ”det moderna livets för de svagare klimatiskt gynnsammare förhållanden” i högre grad berörde andra defekter än de psykiska. För just beträffande bärarna av de psykiska defekterna hade samhället nämligen lagt sig vinn om särskilda åtgärder:

Ty det så oerhört stigande kravet på anstaltsvård för de psykiskt defekta är ett moment, som i högsta grad beskär deras reproduktionsförmåga, och är sålunda ett vapen – ett oerhört skarpt vapen – i det naturliga urvalets tjänst.²

Det var Wigerts övertygelse att tidens stigande andliga utveckling gynnade den psykiska sjukligheten. Samtidigt menade han att det moderna samhället erbjöd ”en hel del” som var ägnat att spara och skona individen. Den skarpaste udden, skriver Wigert, av ”the struggle for life” var bruten. Om livet ur intellektuell synvinkel numera var mer krävande så var det ur känslösynpunkt mindre krävande. Och det var ur ”sinnesrörelserna som stora grupper av psykiska sjukdomar erhålla sin näring”.³

Viktor Wigert kan emellertid inte entydigt placeras in i de

utvecklingspessimistiskas skara. Hoppet stod att finna i att den rationella hygien och läkekonsten skulle kunna betvinga de psykiska sjukdomarna liksom de hade betvingat kroppsliga lidanden.⁴ Det moderna innebar ur denna synvinkel både ett hot och en möjlig motkraft för att avvärja hotet.

Från denna synvinkel var sinnessjukhusen en metod att både manipulera naturen och se till att denna manipulation inte medförde skada för mänsklighetens genetiska uppsättning och arv. Med anstalterna togs de som ansågs psykiskt svaga omhand och vårdades samtidigt som de hindrades från att sprida sina defekta genetiska anlag till kommande generationer.

Huruvida Viktor Wigert kan göras till talesman för sina föregångare och kollegor på 1800-talet eller sina sentida efterföljare är förstas osäkert. Klart är emellertid att han hade identifierat en funktion i anstaltsväsendet för sinnessjuka som inte hade ingått i de ursprungliga avsikterna men som på 1920-talet tycktes komma väl till pass.

Anstaltsväsendets roll i resonemangen om en möjlig steriliseringslagstiftning underströks av de motioner och utredningsbetänkanden från 20-talet som kom från Alfred Petrén (1867–1964) penna. Här var det emellertid inte i första hand det hygieniska projektet som var vägledande. Snarare handlade det om frågor av praktisk socialpolitisk och ekonomisk art.

1922 tog Alfred Petrén upp frågan om en steriliseringslagstiftning i en motion till Första kammaren. Han relaterade här behovet av steriliseringar till tillgången på anstalter, framförallt för den kategori människor som benämndes sinnesslöa. Visserligen, menade han, borde samhällets åtgärder för att förhindra sinnesslöa att avla barn bestå i anordnandet av lämpliga anstalter. Men ingen sinnesslö borde skrivas ut från anstalt med mindre att sterilisering hade ägt rum. Så skulle behovet av anstaltsplatser kunna minskas radikalt liksom de kostnader som dessa platser förde med sig. Förutom sinnesslöa hävdade Petrén rättigheten att sterilisera obotliga sinnessjuka, vissa fall av fallandesjuka samt sedlighetsförbrytare.

Petréns argument för sterilisering var framförallt av social karaktär. Även om det inte var uteslutet att en sinnesslö person kunde avla ett normalt barn, ”så måste det väl dock från rent social synpunkt städse anses olämpligt, att en sinnesslö fortplantar sig. Ty då sinnesslöa icke lämpar sig för att uppfostra barn och icke heller äro i stånd att försörja dem, så böra de icke heller bliva föräldrar.”⁵ I Petréns mening var sterilisering betraktad som ett komplement till anstaltsvistelsen, som en möjlighet för att en sinnesslö individ med hänsyn tagen till arbetsförmåga och uppförande skulle kunna skrivas ut till självförsörjning.

Samtidigt med redovisningen av dessa möjligheter att skriva ut steriliserade sinnesslöa individer i frihet och försörjningsdugligt skick utredde Petrén möjligheterna att inrätta fler anstalter för sinnesslöa. I ett betänkande från 1921 från de så kallade Sinnesslövärdssakkunniga (*Sinnesslövärdssakkunnigas betänkande 1, 1921*) underströk Petrén svårigheten med att skriva ut vanartiga elever från skol- och arbetshem till lämpliga anstalter. Frånvaron av sådana hade medfört ”betänkliga missförhållanden i moraliskt, nationalekonomiskt och rashygieniskt avseende”.⁶ Särskild uppmärksamhet gavs vanartiga kvinnor som sades bidra till osedlighet samtidigt som de försämrade människosläktet med sin undermåliga avkomma. Den vanart som man talade om här var alltså för kvinnor främst knuten till sexualitet och risken att föra vidare sina dåliga arvsanlag. För män innebar vanarten framförallt olika former av kriminalitet.⁷

De sakkunniga föreslog inrättandet av sammanlagt fyra nya anstalter. Två uppfostringsanstalter eller skolhem, ett för gossar och ett för flickor, samt två arbetshem för vuxna sinnesslöa, ett för manliga och ett för kvinnliga.⁸ Riksdagen beslöt samma år att inrätta en anstalt i Salbohed för pojkar som togs i bruk 1922 och en för flickor i Vänersborg, i bruk 1924.

Efter kommittéslakten 1922 vilade utredningsarbetet ett par år. 1927 återkom sinnesslövärdssakkunnige med ytterligare ett betänkande med Alfred Petrén som sakkunnig (*SOU 1927:18*). Proble-

met som utreddes var bristen på anstalter för vuxna asociala imbecilla, dvs. en brist som redan hade påtalats 1921.

Petrén menade att bristen på särskilda anstaltsplatser för dessa "asociala individer" framförallt hanterades av den kommunala fattigvården. I utredningsarbetet ingick därför en förfrågan till landets nio statliga fattigvårdskonsulenter om förekomsten av vanartiga sinnesslöa på landets ålderdomshem och de olägenheter som denna förekomst förde med sig. I samtliga nio konsulentes svar ingick uppgifter om sinnesslöa kvinnors sexuella beteenden och barnafödande. Även här underströks den kvinnliga vanartens sexuella karaktär. Onani, promiskuitet och oönskade graviditeter var återkommande inslag i konsulenternas svar till utredningen. Avgörande var emellertid att ålderdomshemmen inte var disponerade för att separera könen eller att ta hand om de sinnesslöa mödrarna och deras barn.

I konsulenternas beskrivningar av de sinnesslöa männen, å andra sidan, ingick att de ansågs farliga och brottsbenägna men även osedliga. Andra vanliga egenskaper uppgavs vara oförmåga att ta till sig skolundervisning samt diverse egenheter som onani, sjuklig misstänksamhet eller lynnigt humör.

För att lösa situationen på landets ålderdomshem och uppfostningsanstalter för sinnesslöa föreslog Petrént att Västmanlands trängkårs kasernetablisement i Sala och Svea trängkårs kaserner i Örebro skulle byggas om och anordnas som slutna sinnesslöanstalter för män respektive kvinnor. Förslaget var en direkt följd av 1925 års försvarsbeslut, vilket hade som konsekvens att kasernerna blivit lediga. Petrént hade dessutom utsetts till ledamot i den så kallade kasernkommittén som hade till uppgift att föreslå nya användningar för krigsmaktens överloppsbyggnader.

1930 stod Salberga sjukhus färdigt med 374 platser avsedda för, som beteckningen löd, manliga asociala imbecilla patienter. Efter om- och tillbyggnader stod Västra Marks sjukhus klart för inflyttning i januari 1931. Anstalten hade då 350 platser, alla avsedda för asociala imbecilla kvinnor.

I Petréns förslag ingick etableringen av en anstalt för kvinnor på Balgö utanför Varberg. Förslaget innehöll dessutom en diskussion om öanstalter för män på Vendelsö belägen mellan Varberg och Kungsbacka och Stora Röken i Vättern.⁹ Förebilden hämtades från Danmark där en anstalt för män hade tagits i bruk 1911 på ön Livø. 1923 hade en motsvarande anstalt inrättats för kvinnor på ön Sprogø.¹⁰ En av fördelarna med öanstalterna som Petrén förde fram var att de intagna kunde vistas fritt på ön. Härmed avsågs nackdelarna med interneringen minska samtidigt som de skadliga individerna isolerades från samhället.

Det blev aldrig några svenska öanstalter. En svårighet som bidrog var att finna en ö vars omgivande vatten inte låg tillfruset alltför långa perioder. Närmast ett genomförande tycks kvinnoanstalten på Balgö ha legat. Petréns avsikt var att den skulle avlasta den planerade Örebroanstalten, dvs. Västra Marks sjukhus. Och när öns platser var fyllda borde utvidgning av anstalten i Örebro övervägas. ”Härvid är dock att märka, att det definitiva behovet av platser för asociala imbecilla av kvinnkön torde kunna till en viss grad minskas, därest lagstiftning om sterilisering av sinnesslöa blir genomförd.”¹¹

I det här sammanhanget framstår läkarna Wigert och Petrén som två praktiker som lyfte upp sina erfarenheter från sinnessjukvården till en programmatisk och i Petréns fall politisk nivå. Steriliseringsfrågan hade inte bara sin grund i en vetenskaplig diskussion om släktets degeneration utan också i läkarnas erfarenheter av anstalterna. Den diskussion som fördes av bl.a. Alfred Petrén och Viktor Wigert på 1920-talet visar hur hårt knuten steriliseringsfrågan var till anstaltsväsendet.¹² Man talade om att sterilisering kunde erbjuda ett humant alternativ till livslång internering. Men man talade också om strävan att nedbringa de kostnader som anstaltsväsendet drog. Det samhällsekonomiska motivet för sterilisering av framförallt kvinnor handlade inte endast om konsekvenserna av, som man sa, oönskade graviditeter utan också att finna alternativ till anstaltens reproduktionshämmande funktion.

Till diskussionen hörde dessutom, som vi sett, en differentieringsproblematik. I Petréns betänkande från 1927 spelade rapporterna från fattigvårdskonsulenterna en viktig roll. Ålderdomshemmen ansågs inte lämpade för de sinnesslöa. Det gällde särskilt kvinnor med småbarn, kvinnor vars främsta egenskaper tycktes kretsa kring sexuella ovanor. Det gällde intagna som uppfattades som bråkiga och besvärliga, män såväl som kvinnor, vars överflyttning till den statliga sinnessjuk- eller sinnesslövärdens ansågs erbjuda den enda framkomliga vägen. Det gällde dessutom de kostnader som dessa intagna förde med sig för kommunerna. Det var kostnader som i rapporterna utsträcktes till att gälla även de barn som intagna kvinnor födde, barn som de lokala myndigheterna genast såg sig tvungna att ta omhand.

I rapporterna från fattigvårdskonsulenterna ingick beskrivningar av svårigheten att hålla isär män och kvinnor. Könsumgänge ägde rum inom institutionerna. Risken för att de sexuellt aktiva kvinnorna skulle rymma med osedlighet och graviditet som följd ansågs överhängande. I sitt svar till utredningen såg konsulenten i första distriktet endast två lösningar på den rådande situationen: ”Att förhindra sinnesslöa kvinnor att föda barn torde ej vara möjligt med mindre än att de interneras eller steriliseras.”¹³

Det finns alltså skäl att anta att det vid denna tid framförallt var socialpolitiska och samhällsekonomiska argument som låg till grund ansträngningarna att försvåra eller omöjliggöra de sinnesslösas fortplantning. Hur betraktades arvet? Om det överhuvudtaget nämns i de diskussioner som jag har fört fram här var det framförallt ett arv att se tillbaka på. Om det betraktades som socialt eller genetiskt är svårt att utröna. Gränserna var flytande. Resonemangen om arvets fortplantning in i framtiden utvecklades i lägre grad. I Petréns betänkande från 1927 handlar det i första hand om föräldrarnas, framförallt kvinnornas, prognosticerade haveri som just föräldrar. Vad som fokuserades var samhällets förväntade åtaganden, kostnader som framförallt skulle komma att belasta kommunerna. Att döma av Petréns betänkande var, som ovan nämnt, fattigvården

den instans som hade störst intresse av anstaltsinternering respektive sterilisering av sinnesslöa.

På vilket sätt var sinnessjuk- och sinnesslövärdens anstalter disponerade för att avvärja könsumgänge och de intagnas graviditeter? Sinnessjukhusen verkade fortplantningshämmande på i princip två sätt. Dels avskildes de intagna från samhället, dels separerades könen inom anstalten. De statliga sinnesslöanstalter som kom till efter 1920-talets utredningar var dessutom enkönade. Särskilt på Västra Marks sjukhus var den enkönade miljön grundläggande.

Sjukhusområdet i sig innebar den tydligaste gränsen mellan de intagna och samhället utanför. Många äldre sinnessjukhus var omgärdade av staket eller stängsel. Längre in på 1900-talet var det vanligt med häckar. Till sjukhusen fanns en grindvakt där in- och utpasserande kontrollerades. Regler om frigång och försöksutskrivningar anpassades för varje enskild patient. Kontinuerligt gjordes bedömningar om han eller hon hade förtjänat eller hade förmåga att hantera en frigång eller försöksutskrivning.

Förutom att anstalterna inte bara markerade utan också utgjorde en fysisk gräns mellan vad som ansågs psykiskt sjukt eller stört och det friska fanns det andra markörer som försatte patienten i ett utanförskap. Att bära uniform fixerade patienten till anstalten. Klädedräkten satte gränserna för hans eller hennes rörelsefrihet i nog så hög grad som avdelningarnas stängda dörrar, promenadgårdens staket eller portvaktens mönstrande blick. Med patientuniformen kring sin kropp inlemmades den intagne i sjukhusets samlade motivvärld. Uniformen knöt patienten till sjukhusmiljön. I uniform var han ett med sjukhuset, ett innanförskap som om han iklädd uniform någon gång skulle komma att vistas i samhället utanför anstalten i lika hög grad markerade utanförskapet.

När uniformstvånget avskaffades under 1950- och 60-talen tillhandahöll sjukhusen andra tecken som visade att patienten hörde hemma på anstalt. Viktökning, stelhet i muskler och anletsdrag eller störningar i motoriken är exempel på biverkningar som 1950- och 60-talets nya mediciner medförde. Sådana markörer av

patientskap och mentalsjukhus klibbade fast på patienten med långt större envishet än patientuniformen, som trots allt kunde bytas mot civila kläder.

I uniformens fixering av den intagne till anstalten förstärktes patientskapets synliga aspekter. Patienten såg sig omgiven av andra patienter, människor i samma belägenhet som han eller hon själv, till skillnad från läkarna och vårdpersonalen vars kroppsliga gestaltning skilde sig från patienterna. Bortsett från att den manliga skötarpersonalens uniform kunde påminna om eller ibland nästan vara identisk med de manliga patienternas kontrasterade läkarnas och sköterskornas kläder skarpt mot patienternas. Här, inne på anstalten, drogs ytterligare en gränslinje mellan det sjuka och det friska, mellan de önskvärda och icke önskvärda, mellan de undermåliga och de dugliga.

Till dessa markörer kan också läggas en rad mekaniska tvångsmedel som bokstavligt talat band den intagna till sjukhuset. Isole-ringsrum, sängbälten, remmar av olika slag är exempel på sådana redskap. Fönster som bara kunde låsas upp med en särskild patentnyckel och avdelningens låsta dörrar bidrog ytterligare till att begränsa patientens rörelsefrihet.

Till skillnad från de statliga sinnesslöanstalterna hyste sinnessjukhusen både män och kvinnor. De flesta sjukhusen hade lika många platser för båda könen. Varje sjukhus löpte med andra ord risken att varje dag se dessa människor beblanda sig med varandra på ett otillåtet sätt. För att motverka detta var sjukhusen uppdelade i två halvor. Liksom i kyrkan låg den manliga halvan i allmänhet åt höger om man stod vänd mot administrationsbyggnaden. Kvinnorna fanns till vänster. På de flesta sjukhusen markerades gränsen mellan manligt och kvinnligt av en axel markerad av administrationslokaler, kyrkan och kanske en festsal. Denna axel sammanföll inte sällan med sjukhusanläggningens arkitektoniska och klassicerande mittaxel.

I vardagen var kontakterna mellan män och kvinnor sparsamma. De flesta sysselsättningarna var antingen manliga eller

kvinnliga. Män arbetade med utomhusarbete, kanske i jordbruket, snickerier, skohantverk eller annat. Kvinnor bidrog med köks- handräckning, sömnad och andra typiskt kvinnliga sysslor. Det var huvudsakligen vid de stora festerna, vid jul, midsommar och lucia som manliga och kvinnliga patienter tilläts umgås, kanske dansa med varandra. Sådana övningar skedde givetvis under personalens vakande öga och patienter som ansågs otillförlitliga stannade hemma på avdelningen. Först under 1960-talet inleddes försök med blandade avdelningar.

Försöken att stävja den okontrollerade beblandelsen av könen var dock inte bara knuten till samhällets ovilja att låta de intagna fortplanta sig. Den sexuella akten i sig, vare sig den riskerade att resultera i avkomma eller ej, var oönskad. Avseende osedlighetsproblematiken var onekligen anstalten ett skarpare vapen än sterilisering. Förutom motviljan att se de intagna som föräldrar finns det i osedlighetsproblematiken givetvis också ett svärgenomträngligt komplex av till stor del outtalade borgerliga uppfattningar om sexualitet och sedlighet.

Omfattningen av antalet intagna på sinnessjukhusen – till vilka de statliga sinnesslöanstalterna också hörde – steg kraftigt under den dryga 100 årsperiod som tron på anstaltssystemet var intakt, dvs. grovt räknat mellan 1850 och 1960. Dessa platser var knutna till de statliga och stora kommunala sinnessjukhusen.

Anders Åman redovisar i sin bok *Om den offentliga vården* (1976) följande siffror som jag har antagit avser antalet vårdade patienter vid årets slut: 1850: 1.018, 1900: 4.602, 1950: 32.821. Dessa siffror är inte omkomplicerade att tolka men visar ändå en tendens och en omfattning av den statliga institutionsbundna psykiatrin under vad man skulle kunna kalla de stora sinnessjukhusens epok. Till siffrorna kan också läggas den kommunala sinnessjuk- och sinnesslövården, vars omfattning var stor men svårberäknad.

Det är min uppfattning att sinnessjuk- och sinnesslöanstalterna kan ses som ett nog så effektivt hinder för de intagna att upprätta heterosexuella relationer och fortplanta sig som en sterilisering. I

1920-talets diskussioner om en möjlig steriliseringspolitik framstod, som vi har konstaterat, anstaltsvistelse som ett alternativ till sterilisering. Det kirurgiska ingreppet framhölls i dessa diskussioner som en av flera möjligheter att undvika för samhället oönskade graviditeter. Givetvis var anstaltsvistelsen inte lika definitiv som en sterilisering. I effektivitet var den jämförbar, i omfattning, dvs. räknat i antal intagna, större.

Vad jag här har gett exempel på och försökt visa är att steriliseringarna inte var den enda metoden att hindra människor från fortplantning. Denna funktion var heller ingen uttalad målsättning med 1800- och det tidiga 1900-talets anstalter. Men i takt med att de sinnesslöa definierades som en problematisk kategori, vars sexualliv och avkomma inte ansågs önskvärd fokuserades de stora anstaltarnas potential i detta avseende av statliga och kommunala instanser.

Självklart är det inte relevant att lägga den reproduktionshämmande aspekten på alla patienter. Och det är svårt att utom i allmänna termer säga mot vilka det skarpa vapnet riktades. I praktiken riktades det mot alla intagna. Häri låg givetvis en stor styrka. Ett begränsat syfte uppnåddes genom en allmän åtgärd.

Noter

- 1 Viktor Wigert, *Psykiska sjukdomstillstånd*. Stockholm 1924, s. 65.
- 2 Wigert s. 66.
- 3 Wigert s. 69.
- 4 Wigert s. 69.
- 5 Motion FK 38:1922 s. 4.
- 6 *Sinnesslövårdssakkunniga betänkande 1*, Stockholm 1921, s. 12.
- 7 *Sinnesslövårdssakkunniga betänkande 1*, s. 23.
- 8 *Sinnesslövårdssakkunniga betänkande 1*, s. 26.
- 9 *SOU* 1927:18, s. 29.
- 10 Birgit Kirkebæck, *Da de åndsvage blev farlige*. København 1993, s. 268.
- 11 *SOU* 1927:18, s. 54.
- 12 I Danmark har Birgit Kirkebæck pekat på det nära förhållandet mellan steriliseringslagstiftningen och anstaltsväsendet för sinnesslöa eller åndsvage, som var den motsvarande danska beteckningen. (Kirkebæck s. 282)
- 13 *SOU* 1927:18 s. 18.

Källor

Litteratur

- Broberg, Gunnar & Tydén, Mattias, 1991. *Oönskade i folkhemmet. Rashygien och sterilisering i Sverige*. Stockholm: Gidlunds.
- Johannisson, Karin, 1997. *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Norstedts.
- Jönsson, Lars-Eric, 1998. *Det terapeutiska rummet. Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970*. Stockholm: Carlssons.
- Kirkebæck, Birgit, 1993. *Da de åndsvage blev farlige*. København: Forlaget Socpol.

Lundqvist, Gunnar, 1949. *Modern svensk sinnessjukvård*. Stockholm: AB Modern svensk litteratur.

Qvarsell, Roger, 1997. "Mentalhygien och psykisk hälsovård." I: Eriksson, Bengt Erik & Qvarsell, Roger, *Hur skall själen läkas. Förändringar inom den psykiatriska vården*. Stockholm: Natur och Kultur.

Runcis, Maija, 1998. *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm, Ordfront.

Wigert, Viktor, 1924. *Psykiiska sjukdomstillstånd*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.

Åman, Anders, 1976. *Om den offentliga vården*. Stockholm: Liber.

Offentligt tryck

Förslag till lag om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller av annan rubbning av själsverksamheten lidande personer. Avgivet den 22 juli 1933 av Ragnar Bergendal. SOU 1933:22. Stockholm 1933.

Kungl. Maj:ts Proposition Nr 280. Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående inrättande av två statens uppfostringsanstalter för sinnesslöa; given Stockholms slott den 18 mars 1921.

Motioner i Första kammaren, nr 188. Av Herr Petrén om utarbetande av nytt förslag till steriliseringslag. Bihang till riksdagens protokoll 1933. 3 saml. Nr 188.

Motioner i Första kammaren, Nr 38. Av Herr Petrén, angående lagbestämmelser, som i vissa fall medgiva sterilisering av sinnesslöa, sinnessjuka och fallande sjuka, eventuellt sedlighetsförbrytare. Bihang till riksdagens protokoll 1922. 3 saml. 12 häft.

Sinnesslövårdssakkunniga betänkande 1. Betänkande rörande upprättandet av anstalter för vanartade sinnesslöa. Avgivet den 12 februari av tillkallade sakkunniga. Stockholm 1921.

SOU 1927:18. Sinnesslövårdssakkunniges betänkande II. Betänkande med förslag rörande ordnandet av vården av vuxna vanartade sinnesslöa (asociala imbecilla). Avgivet den 30 juli 1927 av tillkallad sakkunig. Stockholm 1927.

Steriliseringar och sexuell reform.

Om Elise Ottesen-Jensen och
Riksförbundet för sexuell upplysning

Lena Lennerhed

Inledning

Under slutet av 1800-talet och början av 1900-talet dök en rad grupper upp i Europa och USA med sexuell reform på programmet. De krävde att människor skulle få sexualupplysning och tillgång till preventivmedel, och en del av dem krävde även att aborter skulle legaliseras. Sexualupplysning, preventivmedel och aborter var i sig inga nya företeelser. Det nya var att människor organiserade sig kring dessa frågor och ställde krav på lagändringar och samhällseliga reformer.

Sexualreformrörelserna kom alla att också ta ställning till de rashygieniska idéerna som fått snabb spridning under 1900-talets första decennier, och till frågan om steriliseringar. En del blev troende, såg de s.k. rasförbättrande åtgärderna som själva hjärtat i verksamheten. För andra utgjorde rashygien, eller eugeniken, ett ytterligare argument för att människor skulle få sexualupplysning och tillgång till preventivmedel. Några var kritiska och hävdade att rashygien var reaktionär, men dessa röster var få. Många sexualreformrörelser var viktiga aktörer och tillskyndare av steriliseringslagar runtom i världen, och därför viktiga att studera.

Den mest kända och framgångsrika sexualreformorganisationen i Sverige är RFSU, Riksförbundet för sexuell upplysning. Denna artikel inleds med ett avsnitt om RFSU's grundare Elise Ottesen-Jensen och hennes rashygieniska propaganda i den syndi-

kalistiska pressen under 1920-talet, följt av en kort presentation av RFSU, som bildades 1933. Därefter behandlas RFSU's linje i steriliseringsfrågan under 1930- och 1940-talen.¹

Elise Ottesen-Jensen

Elise Ottesen-Jensen (1886-1973) var prästdotter från Norge. Under 1910-talet arbetade hon som journalist i olika radikala tidningar, och genom sitt intresse för syndikalismen träffade hon Albert Jensen, en av de ledande männen i svenska SAC. Paret bosatte sig i Stockholm 1919, och i tidningen *Arbetaren* fick Ottesen-Jensen en stående spalt 1922-1924, "Kvinnan och hemmet". Under signaturen "Ottar" varvade hon här agitation mot kapitalistiska samhället med artiklar om heminredning och matrecept. Det var under denna tid som Ottesen-Jensen på allvar började intressera sig för sexualfrågor, och som agitator började resa runt och bedriva sexualupplysning. 1925 gav hon ut den egna månadstidningen *Vi kvinnor*, och därefter medverkade hon i *ung-socialisternas Brand*.² I Ottesen-Jensens artiklar var rashygien ett återkommande tema, och utifrån dessa idéer argumenterade hon för steriliseringar såväl som mer radikala åtgärder.

"Man måste skilja mellan rätten till att leva och rätten till att ge liv" var rubriken på en artikel i *Arbetaren* 1923. Med utgångspunkt från norrmannen Jon Alfred Mjöens (1860-1939) bok *Racehygiene* från 1914 populariserade Ottesen-Jensen rashygienens forskningsresultat för läsekretsen. Rashygien var enligt Ottesen-Jensen den vetenskap som "klargöra orsakerna till den ärftliga urartningen", och dess uppgift, fortsatte hon, var att "söka ordna de sociala förhållandena så, att efterkommande slakten stå så väl rustade som möjligt i konkurrenskampen". Artikelns behandlade främst ärftlighetens mekanismer och alkoholens inverkan på avkomman, men här fanns också gott om traditionellt rashygieniskt tankegods. Degenerationstanken accepterades helt. De "mindervärda raselementen" med ärvda defekter sades tillta medan Europas

”kulturfolk” gick tillbaka. Syfilis och gonorrhé påstods vara en av de viktigaste faktorerna bakom ”den germanska rasens tillbakagång”. Ottesen-Jensen hävdade också att kostnadskrävande ”idioter” och ”imbecilla”, genom statens försorg, kan leva och föda fram ännu fler av samma sort. Utan reservation delade hon in människor, inte bara i friska och sjuka, utan i ”värdefulla” och ”värdelösa”.³ Ottesen-Jensens artikel var i stora delar ett referat av Mjöens bok. Sin vana trogen plockade hon också ut avsnitt och kraftfulla formuleringar och gjorde dem till sina - utan att ange källan. ”At skille mellem retten til at leve og retten til at ge liv” var ursprungligen Mjöens ord.⁴

I en uppföljande artikel, ”Hur rashygienikerna mena, att människosläktets kvalitet kan förbättras”, refererade Ottesen-Jensen olika förslag på rashygieniska åtgärder som t.ex. sterilisering, friskintyg vid giftermål, och internering - frivillig för sinnesslöa och epileptiker, och tvångsmässig för alkoholister, vaneförbrytare och ”friska människor, som inte vilja arbeta”.⁵ Troligen var Mjöen hennes främsta källa även denna gång..

Ottesen-Jensens ställde sig alltså bakom Mjöen i debatten, och hon hade även gjort det tidigare, i den norska tidningen *Arbeidet* 1914.⁶ I Norge fick Mjöen aldrig något egentligt stöd i de vetenskapliga kretsarna. När Mjöens bok *Racehygiene* kom ut angreps han i norsk press av den unga läkaren Otto Lous Mohr (1886-1967) för att vara diletterant. Mjöen, som titulerade sig som doktor i boken, var nämligen apotekare. Hans främsta anhängare var lekmän. Internationellt vann han dock en del framgångar, och han hade också en del kontakter med Herman Lundborg i Sverige. Ottesen-Jensen kunde, åtminstone 1924, ha valt att utgå andra auktoriteter än Mjöen på området, t.ex. Mohr som närmast kan beskrivas som reformeugeniker. Mohrs hustru Tove var dotter till Norges främsta sexualreformator Katti Anker Möller, och Mohr blev genom dessa kvinnor djupt involverad i arbetet för sexuell reform.⁷ Men Ottesen-Jensen valde alltså Mjöen, tills vidare. När hon längre fram, i Sverige 1926, tog upp rashygienen i *Brand* var inte Mjöen längre den auktoritet hon åberopade, utan de svenska

rasbiologerna Herman Lundborg och Elis Essen-Möller. Tonläget var något annorlunda. Här nämndes inget om degeneration eller raselement. Visserligen använde Ottesen-Jensen begreppet ”undermåliga”, men hon beskrev också dessa människor som ”olyckliga stackare”. Men rashygienen som sådan, i dess traditionella tappning, anammades reservationslöst liksom tidigare:

Rashygienikerna över hela världen kämpa därför att allt må göras, som göras kan, för att hindra dessa undermåliga individer från att skaffa avkomma. Detta kräva de i vetenskapens namn. Kräva det för hela mänsklighetens och dess framåtskridandes skuld och framför allt i deras namn, vilka direkt skola komma att lida under den ärftliga förbannelsen. De säga oss, var faran ligger. Och de visa oss räddningen. Och staten svarar med - lagparagrafer och resning av nya byggnader, där man tvångsinternerar så många av de ärftligt belastade offren, som man kan få plats till.⁸

Den räddning Ottesen-Jensen syftade på var frivillig sterilisering. Åtgärder som internering eller äktenskapsförbud förkastade hon här, till skillnad från tidigare.

Kravet på frivillig sterilisering för sinnesslöa och epileptiker - som alternativ till internering - upprepades av Ottesen-Jensen i två artiklar i *Brand* 1927. Här argumenterade Ottesen-Jensen med eftertryck för att steriliseringar skulle släppas fria - någon lagstiftning som reglerade verksamheten behövdes inte. Samtidigt framgår att Ottesen-Jensen inte alls tänkte sig att andra än de med ärftliga sjukdomar skulle komma ifråga för sterilisering. Det var alltså inte fri sterilisering, sterilisering som alternativ preventivmetod, hon förordade.⁹

Steriliseringar blev med andra ord den metod Ottesen-Jensen satte främst, före t.ex. internering, för att förhindra vidare spridning av sjukdomsanlag. Vid ett tillfälle, i *Arbetaren* 1924, föreslog Ottesen-Jensen en betydligt radikalare åtgärd. ”Är det mänskligt att låta födda idioter leva?” löd rubrikens retoriska fråga, och innehållet löd:

Titta er ikring och ni skola se, att man i humanitetens namn uppför stora, dyra anstalter för andligt eller kroppsligt förkrympta individer, där man lägger dem i bomull och vadd och behandla dem som klenoder, som inte få dö utan måste leva så länge som möjligt, trots att deras "liv", om man skall kunna benämna det så, endast är till plåga för dem själva, deras familj och de stackars människor som måste sköta dem.

Ottesen-Jensen berättar därefter om ett besök på ett sådan anstalt, ett besök som chockat henne och som hon, enligt henne själv, aldrig skulle glömma. Människorna som fanns där kunde varken gå eller tala, de låg i sina sängar, "lallade' som spädbarn eller 'smaskade' som grisar", hade svåra spasmer.

Ingen kunde göra dem till människor, dessa stackars djurliknande skapelser! Och lagen den 'humanistiska' tidens lag förbjöd läkarna att genom en insprutning göra slut på deras lidande.

Samhället behandlade alltså dem "som man borde unna att få dö" som "klenoder". Samtidigt erbjöd det varken mat eller hem till de människor "för vilka livet skulle kunna bli en fest" och som skulle kunna gjort samhället stora tjänster om de bara fått ett arbete. Ottesen-Jensen avslutade:

Nog behövs det, att vi alla, kvinnor och män, äro med om att tillintetgöra detta ruttna samhälle och upprätta ett nytt, där man inte behöver skämmas över att kalla sig humanist, men där humanismen också i praxis blir, vad den är i teorin, en människokärlekens och rättfärdighetens lära.¹⁰

I människokärlekens namn krävde alltså Ottesen-Jensen att gravt sjuka och handikappade skulle avlivas. Aktiv dödshjälp - eutanasi - skulle införas av humanitära skäl, för att släcka de sjukas lidande och av hänsyn till anhöriga och personal, men också av krassa ekonomiska skäl: "klenoderna" var helt enkelt dyra i drift. Med steriliseringar och eutanasi skulle enligt Ottesen-Jensen mycket pengar kunna frigöras som skulle kunna komma de samhällsnyttiga individerna till del.

Tidens debatt om "undermåliga" präglades ofta av ett stort förakt för människor med svagheter och sjukdomar, och många var beredda att gå ganska långt för att eliminera vad man ansåg vara dåliga anlag eller olämpliga uppväxtmiljöer. Tvångssteriliseringar av stora grupper, av sinnesslöa eller s.k. tattare, förslogs. Förslag om eutanasi var däremot mycket ovanliga i den svenska debatten. Men Ottesen-Jensen förespråkade eutanasi och inte bara en gång, utan flera. I både *Vi kvinnor* och *Brand* återkom hon till "giftsprutan".¹¹

Var Ottesen-Jensen fick sina idéer om eutanasi från är oklart. Hon kan ha influerats av tysk debatt. I *Health, race and German politics between national unification and nazism* (1989) skriver Paul Weindling att eutanasi diskuterades redan på 1890-talet i Tyskland, i termer av barmhärtighetsmord: att det skulle vara möjligt att hjälpa en sjuk, lidande människa att dö om han eller hon själv ville det. Men diskussionen om eutanasi förändrades under 1910- och 1920-talet, menar Weindling. Flera debattörer hävdade då att sjuka och handikappade var mindre värda och att eutanasi var motiverat för att dessa var en belastning för samhället. Juristen Karl Binding och psykiatern Alfred Hoche argumenterade för "förintelse av värdelöst liv" ("Vernichtung lebensunwerten Lebens") i en bok som kom ut i två upplagor, 1920 och 1921. Enligt Binding och Hoche skulle två läkare gemensamt kunna ta beslut om att döda obotligt mentalsjuka. En våg av protester riktades mot Bindings och Hoches förslag, men det fanns också sympatisörer.¹² Enligt Atina Grossmann, i boken *Reforming sex* (1995), fördes det hemliga diskussioner mellan statstjänstemän och rashygieniker 1928 om möjligheten av att inte endast tvångssterilisera utan även döda förståndshandikappade ("Tötung der Vollidioten").¹³ I Tyskland diskuterades alltså eutanasi många år innan nazisterna kom till makten och påbörjade sitt massmord på handikappade.¹⁴

Ottesen-Jensen var en av många aktörer som banade väg för rashygien och steriliseringar. Hur ska hennes engagemang förklaras? Ottesen-Jensen hade, liksom många andra inom vänstern, en stark tilltro till biologin, medicinen och läkarna. Hennes vision hade

puritanska drag. Den värld hon ville se förverkligad var ljus, ren, frisk och sund. I sina artiklar återkom hon ständigt till behovet av noggrann städning, lämplig kost, frisk luft, god sömn och välgörande havsbad. Ett sunt, friskt föreningsliv ställdes inte endast mot gudstjänster utan även mot flärd, festande och dansbanelände.

Ottesen-Jensen anammade okritiskt rashygienen. Hon hade en renhetssträvan och vilja att rensa bort det smutsiga, sjuka såväl som det fula. Hon hade också en förkärlek för enkla och radikala lösningar. Detta ledde fram till hennes förslag om eutanasi.

Ottesen-Jensens vurm för rashygien, och de drastiska förslag som följde av den, hörde 1920-talet till. På 1930-talet trädde en ny Ottesen-Jensen fram, den "Ottar" som blivit känd för eftervärlden. Hon inriktade sig nu enbart på de sexuella frågorna. Den syndikalistiska ståndpunkten lämnade plats för ett socialt patos och en allmän humanism. Även hennes språk förändrades, och blev känslösamt och sentimentalt. Ottesen-Jensen berörde aldrig mer eutanasin, och hon blev påfallande passiv i steriliseringsfrågan.

Ottesen-Jensens bok *Människor i nöd* från 1932 ger en bild av denna förändring. Här saknas helt rashygienisk argumentation. En av de korta historierna berör sterilisering men ur ett socialt perspektiv, inte ett rashygieniskt. Ottesen-Jensen berättar där hur hon hjälpt en utsläpad 34-årig kvinna med fjorton barn och alkoholiserad make till sterilisering.¹⁵ Här framhålls alltså sterilisering som ett alternativ till preventivmedel. Historien har troligen verklighetsgrund då Ottesen-Jensen i sina memoarer berättar att professor Hjalmar Forssner hjälpte henne att sterilisera ett flertal kvinnor på 1920-talet, dvs. innan den första steriliseringslagen trätt i kraft.¹⁶ Efter att *Människor i nöd* publicerats fick Ottesen-Jensen också ett flertal brev från kvinnor som ville att hon skulle hjälpa dem med sterilisering.¹⁷

I övrigt uttalade sig Ottesen-Jensen vid ytterligare ett tillfälle angående steriliseringar, i ett förord till den svenska översättningen från 1936 av Hilde och Kurt Singers skrift *Tvångsteriliseringen i Tredje riket*. Skriften var ett skarpt angrepp på den nazistiska sterili-

seringspolitiken, både mot omfattningen steriliseringar (55.000 per år enligt paret Singer) och mot de många och ofta vaga skäl (sinnesslöhet men även t.ex. harmynthet) som låg till grund för operationerna. Att Ottesen-Jensen bidrog med ett förord visar alltså att hon tydligt tog ställning mot den nazityska steriliseringspolitiken, men av förordet framgår också att hon inte avfärdade steriliseringar helt och hållet:

Sterilisering är en operation som kan förebygga mycket mänskligt lidande, då den användes av en ansvarskännande läkare i vetenskapens och humanitetens tjänst. Men då den - som i Tyskland - blir ett vapen i vidskepelsens och våldets hand, blir den fruktansvärd.¹⁸

Ottesen-Jensen tog aldrig offentligt avstånd från de uttalanden hon gjorde på 1920-talet. Hennes få inlägg om steriliseringar på 1930-talet anser jag ändå kan tolkas som att hon ändrade uppfattning. Bakom denna omsvängning kan man tänka sig flera orsaker. Den politiska händelseutvecklingen i Tyskland och nazisternas bruk av de rashygieniska teorierna, var troligen en. En annan var att Ottesen-Jensen fick kontakt med en grupp socialistiska läkare som hon bildade RFSU tillsammans med, och som var kritiska till traditionell rashygien.

Riksförbundet för sexuell upplysning

RFSU, Riksförbundet för sexuell upplysning, bildades 1933 av Ottesen-Jensen, en grupp radikala läkare och medicinstuderande, och företrädare för några fackliga och politiska arbetarorganisationer. Organisationsbildningen sades vara ”ett led i arbetarklassens allmänna kulturella strävan och strävan efter en högre levnadsstandard”.¹⁹ Bland de radikala medicinarna fanns personer som Gunnar Inghe och Nils Nielsen, verksamma i den socialistiska föreningen *Clarté*. De hade 1932 gett ut *Populär tidskrift för sexuell upplysning*. Tidskriften var ett samnordiskt projekt. Den gavs ut, med liknande innehåll, parallellt i Norge och Danmark. Huvudredaktör

för de tre tidskrifterna var den norska läkaren Karl Evang. Inghe och Evang var också drivande i svenska respektive norska socialistiska medicinarföreningen.²⁰

Som ordförande ledde Ottesen-Jensen RFSU de första tjugofem åren. Förbundet växte snabbt. Lokala föreningar bildades över hela landet, och politiska och fackliga organisationer anslöt sig. 1936 hade RFSU 33.000 medlemmar, och 1940 65.000. Redan första året öppnades en rådfrågningsbyrå (gratis för fattiga), och startades ett bolag som sålde kondomer och sexualupplysningslitteratur. Tidskriften *Sexualfrågan* började komma ut 1936, och 1941 öppnades ett mödrahem för ensamstående mödrar, Ottargården. Vid sidan av detta hölls kurser för medicinstuderande om preventivteknik, och för lärare om sexualundervisning. Ottesen-Jensen var dessutom ständigt på resande fot, med sexualpolitiska tal, rådgivning och pessarinprovning.

På det första årsmötet 1934 antogs ett sexualpolitiskt program:

1. Införande av sexualundervisning vid landets alla skolor, seminarier och universitet.
2. Upprättande av rådfrågningsbyråer, vilka ge vägledning i alla sexualfrågor - fasta i städerna, ambulerande på landsbygden.
3. Preventivlagens fullständiga slopande och kostnadsfria preventivmedel till behövande.
4. Rätt till abort och sterilisering på rasbiologiska, medicinska och sociala indikationer.
5. En revision av lagstiftningen i enlighet med ett vetenskapligt bedömande av sexualdriftens varianter.
6. Omgestaltning av de sociala och ekonomiska förhållandena, så att det blir möjligt att ta de praktiska konsekvenserna av sexualvetenskapens forskningar.²¹

RFSU krävde, vilket framgår av punkt 4, rätt till sterilisering på rasbiologiska, medicinska och sociala indikationer.²² Steriliseringar ansågs alltså så pass viktiga att de fanns med bland förbundets främsta krav. Men trots det var förbundets engagemang i steriliseringsfrågan svalt. Kring de andra kraven på programmet,

om tillgång till preventivmedel och abort och införandet av sexualundervisning i skolan, fanns en stor aktivitet i förbundet. I steriliseringsfrågan syns däremot inga möten, inga politikeruppväkningar. I RFSU's verksamhet var steriliseringsfrågan så lite prioriterad att det är märkligt att kravet ens stod med i förbundsprogrammet. Att kravet fanns där säger troligen mer om frågans betydelse i samtidsdebatten än dess plats i RFSU. En sexualpolitisk organisation kunde på 1930-talet helt enkelt inte undvika steriliseringsfrågan. Men samtidigt stod det trots allt där, och RFSU's ståndpunkt i steriliseringsfrågan bör lyftas fram, av flera skäl. För det första mot bakgrund av Ottesen-Jensens extrema rashygieniska idéer under 1920-talet och hennes förslag på eutanasi av sjuka och handikappade. För det andra därför att RFSU's syn på steriliseringarna delvis avvek från den statliga politiken i frågan, då förbundet såg steriliseringar som en rättighet.

Men ett problem är det begränsade materialet. Vad jag vet uttalade sig RFSU inte någon gång under hela 1930-talet i steriliseringsfrågan, annat än via förbundsprogrammet och i brevsvar från rådfrågningsbyrån.²³ En förklaring till det kan naturligtvis vara att RFSU sympatiserade med den steriliseringslag som infördes 1934, och att man därmed ansåg frågan vara löst. Men riktigt så enkelt verkar det inte ha varit. Visserligen ser det av det begränsade materialet ut som om RFSU sympatiserade med steriliseringslagen, men förbundet krävde något utöver möjlighet till sterilisering av sinnesslöa och andra på eugenisk och social grund, förbundet krävde nämligen "rätt till sterilisering". Lagen var inte formulerad som en rättighet. Fanns här en rätt så var det snarast samhällets rätt att förhindra de s.k. undermåligas reproduktion. Vad menade RFSU med rätt till sterilisering? En artikel i *Populär tidskrift för sexuell upplysning* 1935 kan ge en fingervisning. Tidskriften gavs, som tidigare sagts, inte ut av RFSU men den kan beskrivas som närstående till förbundet. Artikeln, "Sterilisering och kastrering", var författad av Karl Evang och RFSUaren Gunnar Inghe. Mycket talar alltså för att artikeln uttrycker även RFSU's, eller en förbundets nära, stånd-

punkt. Artikelns syfte var främst att upplysa. Här redogörs för hur operationerna går till och för lagstiftningen. För Evang och Inghe var sterilisering av s.k. sinnesslöa och psykiskt sjuka tämligen okontroversiellt. Författarna tryckte på vikten av frivillighet men accepterade ett begränsat tvång när det gällde de rättsinkapabla. Skälen var de samma som de som anfördes i lagen, dvs eugeniska - om person hade ärftlig sjukdom, och sociala - om person ansågs vara olämplig som förälder. Samtidigt hävdade författarna att rashygienens betydelse överdrivits. Att man skulle kunna utrota eller reducera vissa sjukdomar med hjälp av steriliseringar hade även ärftlighetsforskare visat skepsis inför. Upplysning om preventivmedel var mer värdefullt för samhället än steriliseringar, ansåg Evang och Inghe. Samtidigt ansåg de att steriliseringar ändå skulle utföras, och de menade att ingreppen även borde kunna komma ifråga för "kroppsligt och psykiskt fullt friska personer" av sociala skäl som "h/änsynen till avkomman, till andra människor, det äktenskapliga samlivet, trötthet efter slit och många barn, usel ekonomi".²⁴ Evang och Inghe lade med andra ord något mer i den sociala indikationen än vad lagen gjorde. Social indikation inföll enligt 1934 års lag när "sinnesslö" eller annan psykisk sjuk person ansågs inte kunna ta hand om barn. Friska personer fick inte steriliseras, och andra sociala skäl än brister i föräldrskapet räknades inte in. Med 1941 års lag kunde även personer med "asocialt levnadssätt" men som var fysiskt och psykiskt friska steriliseras, men innebörden i den sociala indikationen stod i övrigt fast: olämplighet att ta hand om barn. Vad Evang och Inghe föreslog var att alla friska personer skulle kunna ansöka om sterilisering, och att sociala skäl även borde inbegripa sådant som dålig ekonomi eller samlevnadsproblem. Evang och Inghe såg alltså sterilisering som ett alternativ till preventivmedel. Och om detta även var RFSU's syn blir kravet på rätt till sterilisering begripligt. Det avsåg i så fall alla individers rätt, även friska, att på medicinsk, eugenisk och framför allt social grund kunna bli steriliserade.

Ottesen-Jensen hade, som tidigare påpekats, hjälpt ett flertal

kvinnor till sterilisering på 1920-talet, dvs. innan den första steriliseringslagen trätt i kraft.²⁵ RFSU's rådfrågningsbyrå fick en del brev om steriliseringar, sammanlagt drygt 30 stycken under 1930- och 1940-talet. Några ville främst ha upplysningar: om skillnaden mellan sterilisering och kastrering, om den sexuella förmågan fanns kvar efter ingreppet och om steriliteten gick att häva. Det förekom också att kvinnor och män skrev till RFSU och bad om hjälp att få bli steriliserade, av olika skäl. De som var friska fick svaret att lagen inte tillät sterilisering i deras fall. Vid några tillfällen hjälpte RFSU personer med besvär eller sjukdom att ansöka om sterilisering. RFSU's brevsvår är inte särskilt utförliga eller resonerande, men vittnar om en relativt liberal syn på steriliseringar. Vid ett tillfälle antyds t.ex. att man försökt hjälpa kvinna att få bli steriliserad, men att man inte trodde att operation skulle bli av då hennes skäl främst var sociala.²⁶

Längre än så sträckte sig inte RFSU's aktiviteter i steriliseringsfrågan. Engagemanget var svalt, men trots allt fanns ändå en egen ståndpunkt. Det rättighetsperspektiv RFSU lade på steriliseringarna, om än halvhjärtat, var man ensamma om i debatten - med ett undantag: Karl Evangs och Ebbe Lindes *Raslära, raspolitik och reaktion* (1935). Boken utkom på Clartés förlag och med säkerhet lästes den och diskuterades i RFSU.²⁷ Bland annat skrev Gunnar Inghe en mycket uppskattande recension av boken i *Populär tidskrift för sexuell upplysning*. Inghe fann Evangs och Lindes bok vara unik i den annars mer eller mindre "raschauvinistiska", ovetenskapliga och reaktionära rashygieniska litteraturen.²⁸

Evangs och Lindes bok var en oförsonlig uppgörelse med den nazistiska rasläran. Nazismens idéer beskrivs som både ovetenskapliga och barbariska, och antisemitismen sägs vara en form av "ras-hat".²⁹ Men Evang och Linde kritiserade även den traditionella rasbiologin, delvis Mjöen men fr.a. den i Sverige främsta företrädaren för denna, Herman Lundborg, vilken utpekades som reaktionär och ovetenskaplig. Att rasblandning skulle vara negativt, vilket Lundborg hävdade, menade Evang och Linde var "vidskepelse".³⁰

Dessutom kritiserade de degenerationsteorin - rashygienens fundament och Lundborgs återkommande hotbild - enligt vilken hela det svenska folket var på väg utför därför att människor med s.k. dåliga arvsanlag fick fler barn än de med goda anlag. Det kapitalistiska samhället befann sig i en avgörande kris, skrev Evang och Linde, och då gällde det att hitta andra orsaker att skylla på, ofarliga för det rådande systemet. Det var då som "villiga reaktionära rashygieniker" drog sitt strå till stacken, genom att påstå att det inte var samhället det var fel på, utan att det var människorna själva som inte höll måttet, att det var människomaterialets dåliga kvalitet som orsakat krisen!³¹ Social misär och ohälsa skylldes, inte på den "härskande klassen" och samhällsförhållanden, utan på folkets arvsanlag, menade Evang och Linde, som i den "reaktionära" rashygienen fann en klar tendens riktad mot "arbetarklassen och socialismens principer".³²

Evang och Linde kritiserade också det bland rashygieniker och i debatten så utbredda talet om s.k. mindervärda människor. En konsekvens av rashygienen var att hela det arbetande folket, "samhällets produktiva lager, kulturens grundval och första förutsättning" stämplades som "mindervärda".³³ Men särskilt starkt vände sig Evang och Linde mot att människor med olika handikapp och sjukdomar - "sjuka medmänniskor" - kallades mindervärda.³⁴ Det var ett inhumant synsätt, menade de.

Trots att Evang och Linde kritiserade rasbiologin och rashygienen skarpt så avfärdade de den inte helt. Vad de båda författarna angrep var, förutom den nazistiska rasläran, den traditionella, rasistiska rasbiologin som i Sverige företrädde av bl.a. Lundborg (och i Norge av Mjöen). Däremot överensstämde många av deras idéer med de som Gunnar Dahlberg framförde - Dahlberg tog över chefsposten efter Lundborg på Statens institut för rasbiologi 1936 - och vad som kallas arvshygien eller reformeugenik. De förkastade heller inte steriliseringar, även om de inte hade samma tilltro till metoden som många av dess tillskyndare. Enligt Evang och Linde höjdes "kvaliten" på människor främst om man höjde deras lev-

nadsstandard. Många sjukdomar och brister som var vanliga i tiden orsakades främst av fattigdom och dålig näring, hävdade de, och flera icke önskvärda beteenden, som sexualbrott och asocialitet, menade de berodde på dåliga uppväxtförhållanden och olyckliga omständigheter. Steriliseringar skulle i dessa fall inte ha någon som helst positiv effekt. Dessutom framförde de att det heller inte var så enkelt att steriliseringsvägen utrota ärftliga sjukdomar då många sjukdomsanlag var recessiva. Men det fanns också tillfällen då Evang och Linde fann steriliseringar vara motiverade. I undantagsfall, då personer bar på ärftliga sjukdomar av ”ödesdiger karaktär”, kunde de acceptera tvångsteriliseringar.³⁵ I övrigt:

Helt annorlunda om steriliseringen görs frivillig, öppen för vem som vill. Det vore otvivelaktigt en vinst ur många synpunkter. Män och kvinnor, som redan anser sig ha fött nog många barn, och för vilka det är ett vitalt intresse att ej riskera fler, skulle genom denna obetydliga operation bli säkra /.../.³⁶

Evang och Linde förordade alltså sterilisering utan samtycke i enstaka fall, och möjlighet till frivillig sterilisering, av ekonomiska eller sociala skäl, eller som alternativ till preventivmedel då flera barn redan fanns i familjen. Och det var en linje som överensstämde med RFSU's krav på rätt till sterilisering.

Att Evangs och Lindes linje var en annan än den som Ottesen-Jensen tidigare gjort sig till uttolkare för, är uppenbart. De utmålade den traditionella rashygienen som inhuman, reaktionär och folkfientlig, ord som måste ha svidit om Ottesen-Jensen läst dem då hon ville vara just humanist, framåtblickande och folklig. Med de nära banden mellan RFSU, Clarté och de socialistiska läkarna, i Norge och Sverige, verkar det orimligt att hon inte gjort det.

Ottesen-Jensens många kontakter med Gunnar Dahlberg, bör också ha gjort henne mer kritisk till den traditionella rashygienen. Dahlberg blev en person hon genom åren konsulterade i frågor om ärftlighet, sjukdomar etc. Han medverkade även i RFSUs tidskrift *Sexualfrågan*.³⁷

Föreställningen om att folket degenererade, och den starka tilltro till rashygien som Ottesen-Jensen uttryckt under 1920-talet, den syntes alltså aldrig i RFSU, varken hos henne själv eller någon annan. Inte heller fanns här någon större tilltro till steriliseringar som metod, även om det verkar som förbundet ställde sig bakom lagen och möjligheterna att sterilisera sinnesslöa av eugeniska eller sociala skäl. Men, som tidigare sagts, förbundet yttrande inte så mycket överhuvudtaget i steriliseringsfrågan på 1930-talet. Kravet på rätt till sterilisering på rasbiologiska, medicinska och sociala indikationer som RFSU hade på sitt program antyder att förbundet också såg steriliseringar som en alternativ preventivmetod för friska människor om vissa skäl fanns, men det var aldrig något man agerade för. I RFSU fanns en ansats till ett perspektiv i steriliseringsfrågan som mig veterligen ingen annan aktör i tiden framförde - sterilisering som en rättighet och ett alternativ till preventivmedel - som aldrig blev annat än just en ansats. Varför det aldrig blev mer än så berodde troligen på att tillgång till preventivmedel ansågs så mycket viktigare och att den kampen prioriterades. Steriliseringar var i detta fall endast ett komplement, och därför mindre viktigt att agera för för RFSU.

Maija Runcis hävdar i sin bok *Steriliseringar i folkhemmet* (1998) att rashygienens och steriliseringarnas "främsta förespråkare" fanns på vänsterkanten och bland de skilda sexualreformrörelserna i USA och Europa.³⁸ Det är riktigt att många av dessa var positiva, för att inte säga entusiastiska, inför eugeniken och steriliseringarnas möjligheter - ett exempel är ju Ottesen-Jensen på 1920-talet - men jag sätter frågetecknet för "främsta" då steriliseringarnas tillskyndare fanns i många olika grupper med skilda syften. Dessutom stämmer inte Runcis bild då hon i detta sammanhang nämner RFSU, eftersom förbundet som framgått knappast kan räknas till de troende i denna fråga. Snarare fanns ju i RFSU ett, om än ljumt omfattat, rättighetsperspektiv på steriliseringarna.

Steriliseringarna i Sverige kopplar Runcis till byggandet av folkhemmet. I första hand ser hon steriliseringspolitiken som ett

vänsterprojekt - i synnerhet ett socialdemokratiskt - och ett socialpolitiskt projekt.³⁹ Utan tvekan hade socialdemokraterna ett stort ansvar i frågan då partiet satt i regeringsställning, och utan tvekan fanns tron att sociala problem kunde förebyggas med hjälp av steriliseringar. Men steriliseringslagarna hade stöd i alla politiska partier, och tilltron till det eugeniska värdet av steriliseringarna - att den svenska folkstammen skulle kunna förbättras - var också stor. Dessutom fanns just på ”vänsterkanten”, i Clarté och kretsen kring *Populär tidskrift för sexuell upplysning*, en stark kritik mot tanken att sociala, samhälleliga problem skulle kunna lösas med steriliseringar, vilket Evangs och Lindes bok *Raslära, raspolitik och reaktion* är ett exempel på. Den kritiken uppmärksammas inte av Runcis.

Den ansats till en alternativ syn på steriliseringarna som fanns i RFSU på 1930-talet, den övergavs efter några år. Inte heller på 1940-talet engagerade sig RFSU nämnvärt i steriliseringsfrågan, men två artiklar i Sexualfrågan bekräftar att RFSU's uppfattning nu var helt i linje med den förda steriliseringspolitiken. I ”Steriliseringsproblemet” skriver den anonyma författaren att steriliseringar visserligen inte banade väg för den rasförbättring och reduktion av sjukdomsanlag som många trodde, men att inget vetenskapligt kunde invändas mot den planerade utvidgningen av steriliseringslagen.⁴⁰ Hjördis Lind-Campbell, läkare på RFSU's rådfrågningsbyrå, visade i artikeln ”Steriliseringsfrågan” en större tilltro till de medicinska effekterna av ingreppen. Steriliseringarna, ”detta för vår folkhygien så viktiga arbete”, borde dessutom effektiviseras, menade hon, t.ex. genom att möjligheterna till tvångssterilisering utökades.⁴¹ Ingen av artikelförfattarna ens antydde att steriliseringar också skulle kunna ses som en rättighet och som ett alternativ till preventivmedel.

Det alternativa synsätt som RFSU lite halvhjärtat utvecklat på steriliseringarna, alternativt i förhållande till lagen och till andra aktörer i debatten, det följdes alltså aldrig upp. Vid revisionen av RFSU's förbundsprogram 1944 slopades kravet på rätt till sterilisering helt.⁴² Och därefter blev det i princip tyst i steriliserings-

frågan. RFSU's utveckling i steriliseringsfrågan kan alltså beskrivas som att förbundet övergav ett politiskt tänkande om rättigheter till förmån för ett medicinskt, och en folklig position till en med staten lierad.⁴³

Epilog

Under 1950- och 1960-talen var RFSU's intresse för steriliseringsfrågan fortsatt svalt. Vid två tillfällen berördes steriliseringarna i förbundets tidskrift som då hette Populär tidskrift för psykologi och sexualkunskap. Georg Ljung, stadsdistriktläkare och föreståndare för RFSU's rådgivningsbyrå i Göteborg, redogjorde i positiva ordalag för steriliseringsoperationer och lagstiftning i en artikel 1953, och några år senare, 1957, togs frågan upp av professor Axel Westman. Även Westman framhöll steriliseringarnas gynnsamma effekter, gynnsamma för samhället:

Samhället får en viss möjlighet att skydda sig från det sociala elände som ligger däri, att själsligt rubbade eller moraliskt defekta individer hämningslöst föda barn, vilka i fortsättningen komma att falla det allmänna till last.⁴⁴

Det var alltså inte främst av hänsyn till de barn som eventuellt skulle födas som Westman förordade sterilisering, utan av hänsyn till samhällets bästa. Westman hävdade också att män i regel hade "en stark motvilja mot att berövas sin befruktningsförmåga" och att många därför hamnade i en psykisk depression efter ett steriliseringsgrepp. Kvinnor däremot, "finner sig i sitt öde", och blev endast undantagsvis neurotiska. Att sterilisera män var betydligt mindre komplicerat än att sterilisera kvinnor ur medicinsk synpunkt, men att låta mannen genomgå operationen i de fall parterna var gifta, trodde Westman ändå inte skulle vara möjligt just pga av deras motvillighet.

Detta var dock inte Elisabeth Sjövals uppfattning. Sjövall var läkare, socialdemokratisk riksdagsledamot och RFSU's ordförande när hon 1960, tillsammans med Olof Palme, motionerade i riksdag-

gen om att även män skulle medges sterilisering på medicinsk indikation. Steriliseringarna hade, genom tillämpningen av lagen, blivit till en kvinnofråga, men, som Sjövall påpekade, så länge det inte fanns jungfrufödslar kunde en kvinna inte ses som ensam ansvarig för sin graviditet.⁴⁵ Någon diskussion i frågan i RFSU vid denna tidpunkt har inte påträffats. Sjövalls engagemang hade alltså knappast sprungit ur RFSU, utan var hennes eget.

Så småningom beslutades att steriliseringslagen skulle ses över, och det betänkande som utredningen lämnade i *SOU* 1974:25, Fri sterilisering, välkomnades av RFSU. Förbundet förordade en liberal lagstiftning med utgångspunkt i individens intressen, inte samhällets. Däremot kritiserades utredningen för inkonsekvens, då den slog fast att endast frivillig sterilisering skulle komma i fråga, samtidigt som den föreslog att s.k. god man skulle kunna ansöka om sterilisering för icke rättskapabel person. I dessa fall var frivilligheten endast formell, hävdade RFSU.⁴⁶ Cirkeln var sluten. På 1970-talet närmade sig RFSU den ståndpunkt man intagit på 1930-talet: att sterilisering skulle ses som en rättighet och som ett alternativ till preventivmedel.

Till sist. Den här artikeln har behandlat RFSU's syn på steriliseringar och på svensk lagstiftning och praxis. På 1950-talet kom ett nytt inslag in i debatten, inte endast i Sverige utan i länder världen över: frågan om steriliseringar skulle genomföras i fattiga länder i syfte att minska befolkningstillväxten. I IPPF, International Planned Parenthood Federation, som bildades av bl.a. Ottesen-Jensen 1953 och vars ordförande hon var 1959-1963, diskuterades steriliseringar som en väg att förhindra "överbefolkning", men förslaget förkastades.⁴⁷ Var det så att steriliseringar aktualiserades som en lösning på tredje världens problem av politiska organ och sexualreformrörelser i västvärlden samtidigt som tilltron till metoden på hemmaplan började avta? Det är i det här sammanhanget en annan historia - men minst lika viktig att någon gång lyfta fram i ljuset.

Noter

1 Jag arbetar för närvarande med ett forskningsprojekt om RFSU's historia, finansierat av SFR, Socialvetenskapliga forskningsrådet. Detta avsnitt kommer att ingå i en bok om förbundet. Om RFSU, Ottesen-Jensen, och steriliseringsfrågan, se Margareta Karlsson, Lena Lennerhed, "Sexualupplysare i ny belysning" *Svenska Dagbladet* under strecket 30.8.1998.

2 Om Ottesen-Jensen kan man läsa i Doris H. Linder, *Crusader for Sex Education. Elise Ottesen-Jensen (1886-1973) in Scandinavia and on the International Scene* (Lanham 1996) och i skriften *Levande livsverk. Elise Ottesen-Jensen och RFSU* av Siv Hackzell (Stockholm 1986). Ett urval av Ottesen-Jensens artiklar i *Arbetaren* och *Brand* - men inte de här omnämnda - finns publicerade i Ingrid Primander, *Arbetarrörelsen - männen eller mänsklighetens rörelse* (Stockholm 1980). Ottesen-Jensens artiklar på 1920-talet analyseras av Margareta Karlsson i en D-uppsats, vilken kommer att läggas fram vid Historiska institutionen, Stockholms universitet 1999. Därtill finns Ottesen-Jensens memoarer, *Och livet skrev* (1965) respektive *Livet skrev vidare* (1966). Jag har utgått från nyutgåvan 1986, *Livet skrev*, del I och II.

3 "Ottar", "Man måste skilja mellan rätten till att leva och rätten till att ge liv" *Arbetaren* 28.4.1923

4 J.A. Mjöen, *Racehygiene* (Oslo 1914) s. 241. Det finns flera exempel. Mjöens ord "Steriliseringens største fordel ligger i frihetskravet. Det krav som reises for at hvert individ skal ha saa meget frihet i samfundet som det er mulig at gi det" (s. 189) dyker upp som Ottesen-Jensens egna ord, på svenska, i *Brand* 49: 1927 i artikeln "Är frivillig sterilisering att förordas?".

5 "Ottar", "Hur rashygienikerna mena, att människosläktets kvalitet kan förbättras" *Arbetaren* 5.5.1923

6 Linder s. 34

7 Nils Roll-Hansen, "Norwegian Eugenics. Sterilizations as Social Reform" i Gunnar Broberg, Nils Roll-Hansen (ed.), *Eugenics and the Welfare State. Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway and Finland* (East Lansing 1996). Mjöen hade studerat i Tyskland och kommit i kontakt med Ploetz ideer. På eugenikkongressen i London 1912 blev Mjöen invald i Permanent International Committee for Eugenics. 1920-31 gav han ut tidskriften *Den Nordiske Race*. Mohr gav 1923 ut boken *Arvelærens grundtrækk* där han förkastade såväl idén om degenerering som att rasblandning var skadligt. Om Mjöen och Lundborg, se Gunnar Broberg, *Statlig rasforskning. En historik över rasbiologiska institutet*, Ugglan 4 (Lund 1995).

8 "Ottar", "Läkarvetenskapliga rön I. Rashygien i teori och praxis" *Brand* 52:1926. Här åberopas "professor H. Lundberg", vilket jag tar för givet är en felskrivning för Herman Lundborg. Ottesen-Jensen påstår här bl.a. att sinnessjuka och sinnesslöa skulle ha en "abnormt stark könsdrift".

9 "Ottar", "Lagmakeriet om sterilisering. Nya lagar obehövliga! Slopa de gamla!" *Brand* 48:1927, "Är frivillig sterilisering att förorda?" *Brand* 49:1927. Något förbud mot steriliseringar fanns inte, men Ottesen-Jensen krävde ändå att de lagar som "eventuellt" fanns skulle slopas. Hon drog sig heller inte för att göra påståenden hon rimligtvis inte hade någon grund för, t.ex. att om person med "sjukligt starka drifter" steriliserades så skulle dessa drifter bli "normala" och personen mer harmonisk. Hon hävdade också att det "påstods" att en steriliserad mans befruktningförmåga kunde återställas om man sydde ihop "sädkanalen".

10 "Ottar", "Är det mänskligt att låta födda idioter leva?" *Arbetaren* 19.7.1924

11 "Ottar", "Lagen och samvetet" *Brand* 1:1926 och "Kriget i praktiken" *Brand* 30:1928. I den sist nämnda artikeln propagerar Ottesen-Jensen ironiskt nog samtidigt för kamp mot dödandet och militarismen, och klämmer avslutningsvis i med orden "Död åt våldet".

12 Paul Weindling, *Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945* (Cambridge 1989) s. 393ff

13 Atina Grossmann, *Reforming Sex. The German Movement for Birth Control & Abortion Reform, 1920-1950* (Oxford 1995) s. 143

14 Nazisterna införde en lag om "barmhärtighetsdödande" 1939, och sammanlagt dödades cirka 200.000 människor med olika handikapp. Lars Lindberg, "Det stängda Sverige" *tlm* ¾ 1997 s. 20

15 Elise Ottesen-Jensen, "En utväg som oftast är stängd" *Människor i nöd* (Stockholm 1932)

16 Ottesen-Jensen (1986, I) s. 165

17 E2:1, i flera brev åberopas boken.

18 Elise Ottesen-Jensen, förord s. 4, i Hilde och Kurt Singer, *Tvångsteriliseringsen i Tredje riket* (1936). Även Hilde och Kurt Singer ställde sig positiva till vissa steriliseringar, kritiken gällde just den nazityska politiken. I skriften hävdas bl.a. att steriliseringar gjordes på "rasgrund" eller som bestraffningar. Politiken sägs vara typisk kapitalismen och endast genom att störta det nazistiska systemet och ställa medicinen och vetenskapens i folkets tjänst skulle steriliseringsproblemet kunna lösas.

19 RFSU 1933-1943 B3:2

20 Om Evang, se Trond Nordby, *Karl Evang: en biografi* (Oslo 1989).

Socialistiska medicinar- och läkarföreningar fanns över hela världen, och samlades i en internationell organisation med säte i Berlin. Målet var en socialisering av hälso- och sjukvården, och man tryckte hårt på behovet av förebyggande socialt arbete. I Tyskland samlade föreningen tusentals läkare; socialdemokrater, socialistister och kommunister. Se Gunnar Inghe, "Socialistisk läkarförening (antydning till ett program)" *Clarté* 6:1932 och Grossmann s. 19

21 Årsmötesprotokoll 11.3.1934, A1:1. Se även "Cirkulär nr. 1 1934" B1:1, kursiv i originalet.

Det är inte bara sexualdriften som varierar, utan även förbundsprogrammet. Det finns återgivet i en mängd sammanhang, med små förändringar. I Ottesen-Jensens memoarer skrivs femte paragrafen "/.../vetenskapligt bedömande av yttringarna av sexualdriftens variationer" (1986, I, s.180). Så står även i 40 år med RFSU (1973) s. 5, och med tillägget "arvsbiologiska" inom parentes efter rasbiologiska i fjärde paragrafen - antagligen för att rasbiologi lät för obehagligt. Så som jag citerat programmet står det, förutom i ovan nämnda protokoll, också återgivet i förbundshistorikerna, *I kamp mot okunighet och fördomar. Riksförbundet för sexuell upplysning 5 år* (1938) s. 29 och historiker från 1948 och 1953.

22 "Rätt till abort och sterilisering på rasbiologiska, medicinska och sociala indikationer" utgår jag från avser rätt till abort på rasbiologiska, medicinska och sociala indikationer respektive rätt till sterilisering på samma indikationer.

23 De diskussioner som bör ha förts vid formulerandet av förbundsprogrammet har inte efterlämnat några spår i materialet - förutom programmet.

24 Karl Evang, Gunnar Inghe, "Sterilisering och kastrering" *Populär tidskrift för sexuell upplysning* 5:1935.

I artikeln hävdade Evang och Inghe att sterilisering var en "ofarlig operation". De påtalade också möjligheten av att skriva ut fler flickor från anstalter om de först steriliserades. Den tyska "rasfanatismen" och de omfattande tvångsteriliseringarna kritiserades. I övrigt behandlade artikeln skillnaden mellan kastrering och sterilisering då många blandade ihop dessa ingrepp. Kastrering gjorde enligt Evang och Inghe människan till en krympling, och kunde möjligen utföras på enstaka sexualbrottslingar.

Enligt Evang och Inghe kunde läkare sterilisera psykiskt frisk person på de grunder de angivit, t.ex. dålig ekonomi, vilket var en missuppfattning (s.211).

Den norska lagen däremot stadgade att varje person över 21 år kunde steriliseras om han eller hon hade tillräckliga skäl ("respektabel grunn"). Vid denna tid ansågs inte att sterilisering som preventivmetod var ett skäl, men det gjorde det under efterkrigstiden, Roll-Hansen (1996) s. 171f. Se även Nils Roll-Hansen, "Missvisande om nordiska steriliseringar" *tlm* ¾ 1997 s. 88.

25 Ottesen-Jensen (1986, I) s. 165

26 De brev om steriliseringar jag påträffat finns i E2:1, E2:5, E2:6, E2:13, E2:15 och är skrivna mellan 1930 (troligen brev till Ottesen-Jensen innan RFSU's bildande som sedan lagts i arkivet) och 1941. Några brev om steriliseringar från senare år har jag inte funnit. Önskemål om sterilisering ställs i dessa brev av 13 kvinnor och 8 män, frågor om sterilisering ställs av 13 män. Då volymerna innehåller tusentals brev, och de som rör steriliseringar ligger utspridda eller blandade med brev om sterilitet, kan jag ha missat några.

Det fall som omnämns omtalas i brev 5.12.1937 i E2:6. I volym E2:1 finns också brevväxling med kvinna som byrån hjälpte med steriliseringsansökan. Kvinnan fick dock avslag då den sinnessjukdom hon hade i släkten inte bedömdes som ärftlig.

Runcis hävdar, s. 239, att kvinnor på 1940-talet inte såg sterilisering som alternativ till preventivmedel då det förknippades med sjukdom och avvikelse, och att det var därför knappt någon skrev till RFSU för hjälp med operation. Under 1930-talet var det dock främst kvinnor som skrev till RFSU för att få hjälp med sterilisering. Runcis kan ändå ha rätt. Visst skrev kvinnor, och män, till RFSU för att kunna bli steriliserade, men totalt sett var breven få. Jag anser det vara troligt att steriliseringar blev komprometterande i och med lagens införande då lagen endast tillät operation av sjuka personer.

Förutom breven till rådfrågningsbyrån har jag funnit ett sorgligt brev från 1946 i Ottesen-Jensen arkiv, vol. 3:3, där en kvinna tidigare blivit steriliserad utan att hon då förstod vad det hela handlade om, och som ber Ottesen-Jensen om hjälp att bli omopererad då hon nu vill ha barn.

Om dem som besökte kliniken, istället för att skriva brev, finns inget material bevarat. Fler människor än vad breven vittnar om har alltså troligen vänt sig till RFSU i ett steriliseringsärende, men de var knappast många.

27 Linde hade 1933 fått i uppdrag av Clartés förlag att skriva en bok om rasbiologi. Strax därefter utkom Karl Evangs bok *Rasepolitikk og reaktion* (1934), vilken till stora delar överensstämde med vad Linde gjort och tänkt göra. Linde översatte därför Evangs bok till svenska, bearbetade den och lade till delar av sitt eget material.

- 28 Gunnar Inghe, recension i *Populär tidskrift för sexuell upplysning* 3:1935
- 29 Karl Evang, Ebbe Linde, *Raslära, raspolitik och reaktion* (Stockholm 1935) s. 74. Jag har inte sett att termen "rashat" användes av andra i debatten. Termen "rasism" har jag inte alls träffat på.
- 30 *ibid.* s. 29. Jag har endast läst den svenska utgåvan av boken. Det finns skäl att anta att Mjöen har en större plats i Evangs norska utgåva.
- 31 *ibid.* s. 95
- 32 *ibid.* s. 111f
- 33 *ibid.* s. 111
- 34 *ibid.* s. 163
- 35 *ibid.* s. 137
- 36 *ibid.* s. 135. Den norska steriliseringslagen (se not 24), stiftad 1934, stöddes av Evang - se Roll-Hansen, "Norwegian eugenics: sterilization as social reform", Broberg, Roll-Hansen (1996)
- 37 Kontakten med Dahlberg verkar ha inletts 1933 då han föreläste på RFSU, Linder s. 279, Ottesen-Jensen (1986, I) s. 183, II s 109. Han skrev bl.a. artikeln "Om rasfrågor" i *Sexualfrågan* 4:1942.
- 38 Maija Runcis, *Steriliseringar i folkhemmet* (Stockholm 1998) s. 41
- 39 *ibid.* s. 170
- 40 "Steriliseringsproblemet" *Sexualfrågan* 1:1940
- 41 Hjärdis Lind-Campbell, "Steriliseringsfrågan" *Sexualfrågan* 1:1943. Lind-Campbell arbetade som läkare på RFSU's byrå från 1941 och tjugofem år framåt. Hon föreläste om steriliseringar på RFSU's Jakobsbergskurs 1946 - se *Sexualfrågan* 1946. Lind-Campbell blev även föreståndare för RFSU's adoptionsbyrå som öppnade 1948, Ottesen-Jensen (1986, II) s. 36f.
- 42 Tyvärr saknas protokoll från 1944 års kongress. Inför kongressen diskuterades det nya programmet på två styrelsemöten, 13.9.1943 och 2.2.1944, vol. A2A:2, men av vad som går att utläsa av protokollen diskuterades inte steriliseringarna alls, endast abortkravet och de andra punkterna. Kravet verkar alltså ha släppts utan någon som helst diskussion, vilket stödjer tesen att förbundet ansåg den förda politiken riktig.
- 43 Denna slutsats stöds av min undersökning av RFSU's linje i abortfrågan och sexualundervisningen, vilket redovisas i kommande skrift om RFSU.
- 44 Axel Westman, "Steriliseringen ur medicinsk och social synpunkt" *Populär*

tidskrift för psykologi och sexualkunskap 3:1957. Ljungs artikel publicerades i 1:1953.

45 Runcis s. 248ff

46 RFSUs remissvar till *SOU* 1974:25, Regeringskansliets centralarkiv

47 Linder s. 175, 229, Ottesen-Jensen (1986, II) s. 182f.

Källor

Otryckta källor

Riksförbundets för sexuell upplysning arkiv, Arbetarrörelsens arkiv och bibliotek

Elise Ottesen-Jensens arkiv, Arbetarrörelsens arkiv och bibliotek

Regeringskansliets centralarkiv

Tryckta källor

Arbetaren

Brand

Evang, Karl, Linde, Ebbe, *Raslära, raspolitik och reaktion* (Stockholm 1935)

I kamp mot okunnighet och fördomar. Riksförbundet för sexuell upplysning 5 år (Stockholm 1938)

Inghe, Gunnar, "Socialistisk läkarförening (antydning till ett program)" *Clarté* 6:1932

Mjöen, Jon Alfred, *Racehygiene* (Oslo 1914)

Ottesen-Jensen, Elise, *Livet skrev. Memoarer 1886-1966* (Stockholm 1986, orig. 1965, 1966)

Ottesen-Jensen, Elise, *Människor i nöd* (Stockholm 1932)

Populär tidskrift för sexuell upplysning

Populär tidskrift för psykologi och sexualkunskap

Sexualfrågan

Singer, Hilde, Singer, Kurt, *Tvångsteriliseringen i Tredje riket* (1936)

Vi kvinnor

40 år med RFSU (Stockholm 1973)

Litteratur

Broberg, Gunnar, Nils Roll-Hansen (ed.), *Eugenics and the Welfare State. Sterilization policy in Denmark, Sweden, Norway and Finland* (East Lansing 1996)

Broberg, Gunnar, *Statlig rasforskning. En historik över rasbiologiska institutet*, Ugglan 4 (Lund 1995)

Grossmann, Atina, *Reforming Sex. The German Movement for Birth Control & Abortion Reform, 1920-1950* (Oxford 1995)

Karlsson, Margareta, Lennerhed, Lena, "Sexualupplysare i ny belysning" *Svenska Dagbladet* 30.8.1998

Linder, Doris H., *Crusader for Sex Education. Elise Ottesen-Jensen (1886-1973) in Scandinavia and on the International Scene* (Lanham 1996)

ilm 3/4 1997

Nordby, Trond, *Karl Evang: en biografi* (Oslo 1989)

Runcis, Maija, *Steriliseringar i folkhemmet* (Stockholm 1998)

Weindling, Paul, *Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945* (Cambridge 1989)

Abortpolitikens dolda dagordning under trettio- och fyrtiotalen

Eva Palmblad

Social- och välfärdspolitikens dubbla ansikte

Av de över sextiotusen människor som under åren 1935-1975 steriliserades i Sverige var över nittio procent kvinnor. Ofta handlade det om unga kvinnor som stämplats som olämpliga mödrar. De steriliserades inte sällan i samband med att de ansökte om abort. Under samma period genomgick tusentals kvinnor, på grund av abortlagens restriktivitet, illegala aborter med allt vad det innebar av risktagande i hälsomässigt, moraliskt, rättsligt och ekonomiskt hänseende. De få som fick en legal abort beviljad enligt 1938 års abortlag tvingades underkasta sig förödmjukande undersökningar.

Det uppseendeväckande är att denna reproduktionspolitik initierades i samband med de stora välfärdsreformerna på trettio- och fyrtiotalen. Än mer anmärkningsvärt blir detta faktum då välfärdsbygget, och dess tankar om det goda livet, i hög grad var centrerat kring familjen. För ledamöterna av de svenska befolkningsutredningarna spelade kvinnor – och barn – en stor roll, då det var hemmet som stod i centrum. Kvinnors fundamentala betydelse för den svenska välfärdspolitik, men också deras underordnade ställning i denna politik, har dokumenterats.¹ Familjepropagandan uppstod emellertid inte med folkhemmet. Men framlyftandet av familjeinstitutionen som självständigt politiskt objekt var något nytt. Bakgrunden till denna fokusering var att äktenskapet och barnafödandet upplevdes som hotat. På sikt ansågs folkstammen, såväl i kvan-

titativt som i kvalitativt hänseende, vara i fara. Den moderna nationalstatens sociala ingenjörssambitioner blev klart uttryckta i stadfastandet av en statlig sexual- och fortplantningsmoral. Sexualitet och barnafödande blev nu reproduktionspolitik i egentlig mening. Aborter och steriliseringar blev instrument i det socialpolitiska projektet. Det blev närmare bestämt tekniker i de sociala och politiska ingenjörssambitionerernas tjänst. Ett av de mest nakna – och bittra – beviset på reproduktionslagarnas betydelse som socialpolitiskt styrinstrument är observationen att införandet av det allmänna barnbidraget 1948 resulterade i en epidemi av 'sinnesslöhet' med åtföljande steriliseringsingrepp.²

Ideologier om välfärd har ett dubbelt ansikte. Dubbelheten består i att de idéer om det goda samhället som – jämte främjandet av lycka, harmoni och ordning – skall förkroppsliga välfärdens normativa grundvalar, på andra nivåer opererar disciplinerande. Utvecklandet av välfärdsideologier och -strategier åtföljs av ett utbildande av normaliserande tekniker med syfte att korrigera individer som avviker från normerna.³ Inbäddade i idéerna om det goda samhället ligger föreställningar om social ordning och hur denna ordning skall bevaras och förstärkas. Inom alla välfärdsideologier elaboreras en uppsättning normer och tekniker för att avvärja attityder och beteenden som, reellt eller potentiellt, stör denna sociala ordning. Utifrån ett sådant perspektiv kan reproduktionsslagarna betraktas som normaliserande åtgärder riktade mot ordningsstörare i folkhemmet.

Arvet från Malthus

Den malthusianska doktrinen – som härbärgerar såväl familjeideal som sexualitets- och fortplantningsnormer – har dominerat både demografi och befolkningspolitik under tvåhundra år. Ett av de mest centrala budskapen i malthusianismen är den kalkylerade reproduktionen. På kollektiv nivå ser vi budskapet gestaltat i idén om en optimal befolkning, dvs. en befolkningsstorlek som är

optimalt anpassad till befintliga näringsresurser. Men tanken fördes även ner till individnivån. Flera forskare, däribland Philippe Ariès och André Burguière, har daterat den moraliska ekonomi som Malthus kodifierar snarare än uppfinner till den tidiga kapitalismen.⁴ Den borgerliga etiken, alltså tanken att man bör begränsa sitt barnantal med hänsyn till sin möjlighet att sörja för, kom snabbt att föras ut till befolkningen.

Praktiserandet av direkt födelsekontroll fick sin alldeles speciella betydelse i den borgerligt-patriarkala kulturen. Både Ariès och Burguière beskriver denna ideologi i weberianska termer. De talar om en familjeplaneringsanda. Det är en mentalitet som föreskriver att man kalkylerar barnafödandet i enlighet med sina resurser. Detta familjebeteende må ha haft sin prototyp i det förindustriella samhället, bland adel och bönder, vilka med sina landegendomar för ögonen utövade födelsekontroll. Men den historiskt sett betydande förändringen kom när det äkta paret började att planera sina liv och barnens plats i denna livsplan. Nu introducerades förutseendet och organiserandet. Med detta infogades barnalstringen och den sexuella akten i en sfär som behärskades av rationella och vetenskapliga metoder – vi får en sorts biologisk taylorism.⁵ Man organiserar från och med nu sin familj i enlighet med en plan.

Familjen skall enligt det nya normsystemet fungera självförsörjande. Äktenskapet blir på en och samma gång ett medel för driftskontroll och det enda tillåtna målet för driftsutlevelsen. Det äkta paret betraktas som normen. Till denna äktenskapliga norm fogas en pronatalistisk komponent som säger att 'äktenskap medför barnalstring'. Barnafödande blir mer eller mindre till ett obligatorium för dem som gifter sig; de sociala förväntningarna är här oerhört starka.⁶ Ytterligare en aspekt av malthusianismen är idén om kvalitetsbarn. 'Färre men bättre'-normen sammanfaller med en förstärkning av moderskapet som institution. Kvalitetsbarn produceras av kvalificerade mödrar. I den nya borgerliga familjen blev föräldrarnas, framför allt moderns, allt överskuggande uppgift att hjälpa barnen framåt i livet. Omsorgen om barnen ansågs för bety-

delsefull för att lämnas åt slumpen. Färre barn innebar inte mindre av omsorger. Färre barn innebar att mer tid kunde ägnas åt varje barn. Det är alltså ironiskt att begränsningen av barnantalet innebar ett utökande av modersplikterna. Med eugenikens frammarsch försågs begreppet kvalitet med än fler innebörder. Detta ökade i synnerhet moderns plikter och ansvar.

Malthusianismen kan betraktas som en doktrin med både klass- och könsmässiga implikationer. Den var innesluten i ett ramverk som förutsatte patriarkal kontroll över kvinnor. Kvinnan hänvisades till moderskapet – inom äktenskapet. Samtidigt fanns inom doktrinen progressiva komponenter, vilka verkade tilltalande för såväl de socialistiska födelsekontrollförespråkarna som kvinn rörelsen. Den malthusianska doktrinen främjade i viss mån kvinnors befrielse från slaveriet under biologin. Den verkade även för en uppvärdering av moderskapet, erkännandet av kvinnans betydelse för hem, familj och barn – ett synliggörande av ett osynligt arbete. Men samtidigt som den framväxande familjenormen alltså bar på fri- och välgörande drag, hade den mörka, socialt kontrollerande sidor. Den lade den nya band på kvinnan. Kvinnlig kontroll över sexualitet och barnafödande sågs på intet sätt en rättighet. Normen utmärktes därtill av en repressiv hållning gentemot de fattiga.

Styrkan i det malthusianska familjeidealet och dess sexualitets- och fortplantningsetik skall inte underskattas. Där upprättas för det första 'naturliga' band mellan äktenskap, sexualitet och fortplantning. Giftermål blir en nödvändig förutsättning för reproduktion. För det andra stipulerar den 'naturliga' band mellan familjestorlek och försörjningsförmåga. Man skaffar inte fler barn än man materiellt och emotionellt kan sörja för. De som inte har försörjningsförmåga skall heller inte skaffa barn. För det tredje inpräntar den önskvärdheten av kvalitetsbarn och kvalitetsföräldrar. Kraften i det normativa ramverk vi här talar om blir synlig när normen anses hotad. Den process som ledde fram till trettio- och fyrtioalens reproduktionslagstiftningar har i mycket sin bakgrund i förmenta hot mot den malthusianska doktrinen. Det var i det tidiga folkhem-

met man på allvar tog itu med normbrytarna. De kvinnor som drabbades av abort- och steriliseringslagarna hade i ett eller flera avseenden förbrutit sig mot de gällande doktrinen. Man kan säga att dessa kvinnor är de som fick betala priset för upprätthållandet av den malthusianska doktrinen.

Vägen till legal abort

'Samhället' hade problematiserat vissa sexuella- och fortplantningsbeteenden bland i synnerhet kvinnor, och bestämt sig för en uppsättning sanktioner i form av lagar och tillämpningsföreskrifter. När det gäller steriliseringslagen så var målet att minska de mindervärdigas andel av befolkningen. Abortlagen tillkom med syftet att förhindra den fara som den illegala abortverksamheten innebar, för individen men framför allt för samhället. Samhällshotet var styrande för lagens utformning i båda fallen. Den abortlag som tillkom 1938 var, kan man säga, resultatet av en ohelig allians mellan å ena sidan medkännande och å den andra sidan paranoida krafter i samhället. Dvs. mellan dem som hade en allvarlig önskan att hjälpa de abortönskande kvinnorna och dem som betraktade denna hjälp som ett försvar mot de tärandes och de sexuellt omoraliskas utbredning. Spänningen mellan ett humanitärt perspektiv (orienterat mot individens intressen) och ett organisatoriskt (orienterat mot statens intressen) präglar reproduktionsfrågan. Man kan säga att det organisatoriska intresset genomgående hade övertaget. Genom länkandet av abortlagen till steriliseringslagen underlättades förmodligen genomförandet av den förra. Genom alternativet att kunna villkora abort med sterilisering, bröts med stor sannolikhet en hel del motstånd mot att ge kvinnor – om än aldrig i så begränsad utsträckning – möjlighet att avbryta ett oönskat havandeskap.

Vi skall nu närma oss reproduktionens område med hjälp av den dokumentation som utgörs av aborthandlingar hos medicinalstyrelsen.⁷ Den abortönskande kvinnans första steg då hon önskade få sitt havandeskap avbrutet på laglig väg, var att vända sig till en

läkare för att få ett intyg att bifoga sin ansökan. C-intyget, avfattat av legitimerad läkare, var ett obligatorium. Därtill skulle ansökan åtföljas av ytterligare ett intyg, det så kallade a-intyget, från någon utomstående person. Oftast var detta upprättat av en socialkurator. Den intygsskrivande läkarens yttrande, vilket grundade sig på en omfattande personutredning, utmynnade i en tillstyrkan eller avstyrkan av abort samt på vilka grunder detta sker. Läkaren kunde även ta ställning i frågan om sterilisering. Angavs abortindikationen vara eugenisk, krävdes ingen särskild steriliseringsansökan; beslutet blev med automatik en med sterilisering villkorad abort. Medicinalstyrelsen kunde sedan besluta sig för att följa eller inte följa läkarens rekommendation. När det gäller medicinalstyrelsens register av utfall på abortansökningar förekom under de år vi talar om följande: – tillstånd abort; – tillstånd abort, villkor sterilisering; – tillstånd abort, tillstånd sterilisering⁸; – ej beviljad abort; – ej beviljad abort, tillstånd sterilisering⁹; – ingen åtgärd.

I spelet om åtgärder fanns steriliseringsåtgärder hela tiden med. En kvinna som enbart ansökte om legal abort kunde alltså få beslutet abort med villkor sterilisering. Från 1941 förekommer att kvinnor ansöker om såväl abort som sterilisering. Kvinnan kunde då få beslutet 'tillstånd abort, tillstånd sterilisering'. Men hon kunde även i detta fall få en villkorad abort. Samtidig steriliseringsansökan var alltså ingen garanti för att undslippa stigmatiserande beslutet om 'tillstånd abort, villkor sterilisering'. För att komplicera förhållandet mellan de båda utfallen 'tillstånd abort, villkor sterilisering' och 'tillstånd abort, tillstånd sterilisering' ytterligare, tyder materialen på att kvinnor bearbetades av funktionärerna att själva ansöka om sterilisering för att slippa hamna i den förnedrande situationen att få sin abort villkorad. Kanske skedde detta under förespeglingen att aborten skulle ha större chans att beviljas om ansökning om sterilisering inlämnades samtidigt. Vissa av de fall som är benämnda 'tillstånd abort, tillstånd sterilisering' har karaktären av förtäckta villkorsfall.

Det som jag här har beskrivit var den långa proceduren. Det

fanns en kortare procedur som bestod i abort på tvåläkarintyg. Tvåläkarintyget fick inte tillämpas i de fall av rättsinkapacitet samt då eugenisk indikation var förhanden; dessa fall skulle beslutas av högre instans. När ingrepp hade utförts så ålåg det läkarna att inom en viss tid skicka in utlåtande och berättelse till medicinalstyrelsen.

Vi kan räkna med att betydligt fler kvinnor än de som syns i arkiven på central nivå önskade få legal abort. Vägen från abortönskan till genomförd abort kunde vara både lång och besvärlig. Först gällde det för kvinnan att finna läkare som var villig att hjälpa henne med ansökan, och helst vara beredd att tala för hennes sak. Sedan skulle ärendet behandlas i medicinalstyrelsen. Hade hon väl fått beviljande från medicinalstyrelsen så gällde det för henne att finna en gynekolog som åtog sig att utföra ingreppet. Det fanns ingenting i lagen som stipulerade läkares skyldighet att vare sig pröva eller utföra ett legalt avbrytande av havandeskap. Abortönskande kvinnor kunde antingen helt avvisas, eller hänvisas runt till olika instanser i ibland uppenbara försök att fördröja saken tills det blev för sent.

Den disciplinära maktens mikronivå

Konformitetssträvanden är starka i vårt moderna samhälle. Disciplinerande åtgärder mot avvikare har elaborerats och alltmer trängt ner i vardagens liv. Vår tids disciplinering utmärks, om vi följer Michel Foucault, av normaliserande strategier. Med normalisering avses åtgärder som skall återbörda normbrytare till den normativa ordningen – och medvetandegöra de övriga medborgarna om denna ordning.

Den legala abort- och steriliseringshanteringens uppfostrande sida kan egentligen inte överskattas. Lagarna användes alldeles uppenbart för att kontrollera icke-konforma beteenden. Vi kan urskilja ett normaliseringsförfarande, organiserat kring respektabilitet, bekännelse och ånger. Momenten i normaliseringsprocessen har karaktären av prövning, som syftar till att möjliggöra en

karaktärsbedömning utifrån rådande normer för kvinnlig skötsamhet. Denna karaktärsbedömning utgör sedan basen för de åtgärdsförslag som förprövningsinstansen – den intygsskrivande läkaren – avger och de beslut som den centrala prövningsinstansen – medicinalstyrelsen – slutligen fattar.

Respektabilitetsprövningen

Den lokala förprövningsinstansen, vilken genomför abortutredningen, är i mycket inriktad på att pröva ansökande kvinnans respektabilitet.¹⁰ Funktionärerna (läkare, kuratorer) kan betraktas som auktoriserade moraliska entreprenörer. Deras arbete präglas nämligen av den yttersta uppmärksamhet på laster och dygder hos kvinnorna, framför allt det förra. De är mycket känsliga för försök till manipulationer. Beslås kvinnan med undanhållanden, förnekanden och lögner tenderar detta att generera misstänksamhet, ja, till och med fientlighet från funktionärernas sida.

Låt oss se på situationer där funktionärerna alldeles uppenbart sysslar med respektabilitetsprövningar. En sådan handlar om en tjuugoårig gift kvinna som är gravid i andra månaden. Skälen till abortönskan framgår inte klart, men hennes make har alkoholproblem till den grad att han vårdats på alkoholistanstalt. Han är dessutom dömd till fängelse för stöld och förfalskning. Både kurator och läkare anger ärftligheten på faderns sida som skäl för abort. I kuratorsintyget görs en bedömning av den unga kvinnans respektabilitet:

Sökanden verkar ganska omdömeslös. Tycks reagera abnormt litet på makens alkoholism och stölder. Enligt handlingar om mannen på alkoholisthemmet X, skulle hon mer eller mindre rymt från [hemorten] och sin välbärgade fader, som gärna ville ta hand om henne. Hon har visat sig mycket litet ansvarskännande och mycket nöjeslysten (enligt riksdagsman NN).¹¹

Vi ser här hur funktionärerna anlitar informatörer för att kontrollera kvinnans respektabilitet – eller snarare för att bekräfta en redan gjord bedömning. Källorna utgörs dels av handlingar från alkoholistanstalten där maken vårdas. Vad som avses med den därur hämtade uppgiften ”mer eller mindre rymt” framgår inte. Dels har vi den kvinnliga riksdagsmannen; hur denna känner kvinnan framkommer inte. På dessa ganska lösa grunder avslås kvinnans ansökan av styrelsen, med motiveringen att tillräckliga skäl inte föreligger.

Nästa fall exemplifierar de svårigheter läkaren hamnar i när han har starka misstankar att kvinnan manipulerar honom, genom att skapa en bild av dygd där motsatsen är förhanden. Det är en ogift kvinna på tjugofyra år, gravid i sextonde veckan, som inkommer med abortansökan. Den blivande barnafadern är en tillfällig bekantskap, så tillfällig att hon inte kan uppge hans namn. Hon berättar att mannen bjöd på sprit och att hon förlorade kontrollen över sig själv. Efter detta enda sammanträffande med mannen blev hon med barn. Läkaren är, mot denna bakgrund, tveksam huruvida kvinnan är respektabel eller inte. Omständigheterna kring det hela innehåller inte särskilt mycket som tyder på dygdigt leverne: alkohol, uteliv och tillfälliga förbindelser. Kvinnans försöker kompensera detta genom följande uppgift. Hon har inte haft någon intim förbindelse förrän hon flyttade till storstaden, då hon hade ”fästman”. Fadern uppger att dottern endast ”ytterst lite” haft sällskap med pojkar då hon vistades i hemorten. Honom veterligen har hon aldrig tagit med någon pojke med hem ensam. Enligt faderns uppfattning har hon aldrig varit mycket för att vara ute och roa sig; hon har mest legat hemma och läst lånade böcker. När det kommer till användandet av sprit medger både fadern och kvinnan själv att hon ibland druckit sig berusad på vin eller konjak när hon varit ensam på sitt rum i storstaden.

Bilden av kvinnans dygd blir nu motsägelsefull för läkaren. Informatörerna – fadern samt en väninna som bara delvis kan bekräfta händelserna som inträffade den kväll kvinnan blev gravid – tillför inte heller så mycket. Genom akten kan vi tämligen klart

följa läkarens resonemang. Under observationstiden uppträdde kvinnan som sig bör. Men ”vid utskrivningen från sjukhuset, där patienten ej fick ett bestämt besked huruvida abortintyg skulle utfärdas eller ej, uppförde hon sig dramatiskt, talade om självmord, försvann in på toaletten, där man fann henne gråtande på golvet osv.” Läkaren för in sina reflektioner i utredningen. Han säger sig ha ett intryck av att hennes beteende inte är helt äkta,

utan att hon med viss beräkning spelar sin roll som oskuldsfull och vilseförd stackars flicka. Häremot kontrasteras hennes goda kännedom om mindre välkända restauranger, hennes sakkunniga sätt att tala om abortörer samt hennes spritvanor. Då man pressar henne på detaljer angående händelserna på [dansrestaurangen] och efteråt, blir hon ganska svävande i uppgifterna – det är sålunda osäkert, huruvida de äro helt sanningsenliga.

Läkaren tillstyrker abort på medicinska grunder, vilket också beviljas av medicinalstyrelsen. Men han visar alltså att han inte har låtit sig vilseföras. Självmordshotet har sannolikt inverkat på ställningstagandet.¹²

Liknande misstanke om manipulation illustreras i ett fall som rör en trettiofemårig gift kvinna. Kuratorsutredningen förmedlar bilden av en inte helt oproblematiske barndom. Kvinnan blev tidigt moderlös och växte upp hos fosterföräldrar. Hon har ett trassligt förhållande bakom sig med en make som missbrukade alkohol och vårdades på anstalt för detta. Fosterföräldrarna, som inte gillade mannen, tog dock hand om två av de tre barn som paret fick. När kvinnan väntade det tredje barnet träffade hon en ny man. De gifte sig så snart deras respektive skilsmässor trätt i kraft. I det nya äktenskapet har fötts tre barn. Kvinnan uppger som skäl för sin ansökan sina svårigheter att ta emot ytterligare ett barn. Kuratorn uppehåller sig framför allt vid kvinnans båda män. Den nuvarande maken beskrivs som besvärad av situationen. Han uppges ha skulder. Kuratorns slutsats är att det väsentligaste skälet till abort är för det första ”viss förutsedd svaghet hos för övrigt rejäl och duktig kvinna

med sex barn”, för det andra ”eventuella eugeniska indikationer från barnafadern”.

Läkarintyget innehåller likaledes en omfattande utredning om den nuvarande maken och dennes släkt, vilken uppges innefatta en del ”konstiga” individer. Den förste makens alkoholproblem och arbetsskygghet accentueras i läkarutredningen. Nu betonas också den nuvarande mannens svartsjuka som ett skäl till kvinnans svårigheter. Kvinnan är besvärad av att maken anklagar henne för att vilja inleda sexuella förbindelser med ”vem som helst”. Hon fruktar att hans svartsjuka, som blir särskilt elakartad i samband med spritföräring, skall övergå i sinnessjukdom. I läkarintyget uppges att kvinnan under sina ungdomsår haft ett flertal intima förbindelser med pojkar i hemtrakten samt att hon är häftig i humöret.

Läkaren tycker sig finna en misstämning mellan kvinnans sätt och hennes utseende. Vid första påseende gör hon ett sympatiskt intryck; hon är lugn, mjuk och lägger sina ord väl.

Rätt snart märker man dock hennes ouppriktighet och känslökyla. Sökanden framhåller vid varje tillfälle sin makes fel, medan hon ej ser några hos sig själv. Starkt egocentrisk. Kallt beräknad. Vid noggrann utfrågning rätt svävande besked med avseende på tiden för sista mens.

Enligt läkaren förnekar kvinnan varje reell orsak till mannens svartsjuka.

Visar ingen affektiv reaktion inför förra makens uppträdande, varför hennes plötsliga fruktan för nuvarande makens eventuella sinnessjukdom verkar rätt opportun. Tar med stort lugn det faktum att hennes båda äldsta barn vårdas hos hennes fosterföräldrar.

Här ser vi hur läkaren radar upp faktorer som understödjer misstanken om att kvinnan försöker göra sig bättre än hon egentligen är. Det handlar om faktorer som talar till kvinnans nackdel: hon har brösttit i moderskapet (genom att inte ha tagit hand om sina äldre barn); hon visar inte adekvata känslor inför problemen i det tidigare äktenskapet; hon håller inte reda på sina menstruationer (vilket är en kvinnas plikt).

Läkaren står inför ett dilemma: hustruns uppgifter stämmer inte med makens. Vem talar sanning? Läkaren väljer att sätta sin tilltro till maken, som hon tycker sig få god kontakt med och som ”verkar tacksam få tala ut”. Hans påståenden tycks enligt hennes förmenande ha ”en rätt stark verklighetsgrund”. Maken meddelar läkaren uppgifter som slutligen stjälpur kvinnans alla möjligheter att bestå respektabilitetsprovet:

'Hon hade ganska mycket karlar då hon var gift med förra maken. Hennes fosterfar kan intyga det också.' En kollega till barnafadern sade som varning till barnafadern, då han började sällskapa med nuvarande hustrun: 'Hon är så svår med karlar att hon till och med ber dom.' Enligt barnafadern vill hustrun också nu 'ha samlag hur ofta som helst'. Hon är mycket sexuellt intresserad, köper böcker med sexuellt raffel, osv.

Utredningen utmynnar i en tillstyrkan av abort på eugeniska grunder hos såväl barnafadern som kvinnan. Medicinalstyrelsen instämde och beslutade om abort med villkor sterilisering, ett ingrepp som verkställdes.¹³

Låt oss nu kontrastera dessa fall som fyller funktionärerna med tveksamhet och tvivel med följande, i vilket tvåläkarproceduren tillämpades. Det handlar om en trettioårig änka som blivit gravid med sin utländske fästman. Kvinnan hade två barn i det tidigare äktenskap. Hon har två barn i det nya förhållandet. Kvinnan uppger att hennes äktenskap varit lyckligt men att det fick ett tragiskt slut när maken föll så illa i en trappa att han avled. Två år efter makens död dör hennes dotter i tuberkulos. Tillvaron tillsammans med fästmannen har kännetecknats av osäkerhet på grund av att denne ständigt hotats av utvisning.

Läkaren uppger i sitt utlåtande att kvinnan, trots att hon nu önskar få sitt havandeskap avbrutet, tycker om barn. Detta understryks genom ett citat från kvinnan som handlar om hennes känslor inför den andre sonens födelse, en händelse som förmörkades av hot om att mannen genom utvisning skulle lämna henne: ”ingen

annan än en mor kan förstå den saliga känsla jag kände, när jag åter hade ett barn i mina armar”. Läkaren lyfter fram kvinnans skörhet genom hänvisning till att de senaste grossesserna varit ansträngande för henne. Hon är trött, yr och får avdomningsanfall. Utlåtandet framhåller även fästmannens skötsamhet och hans kvaliteter som ”utmärkt arbetare”.

Läkarens bedömning av kvinnan utmynnar i yttrandet att: ”Patienten är en begåvad pykniker. Mjuk, moderlig med kvinnlig värme.” På alla sätt ser man hur han söker bana väg för abort (utan sterilisering). Kvinnan är moderlig och hon önskar senare få flera barn. Svagheten är endast av tillfällig karaktär; dock av så pass allvarlig art att en abort är nödvändigt:

Man kan riskera en allvarlig en allvarlig psykisk ohälsa och oförmåga att sköta hemmet, där två barn kommit tätt på varandra, om hon får bära fram barnet. Om hon däremot får vila från barnsörder under några år och om fästmannen får stanna här i landet och bli fast anställd, så att de kunna gifta sig, kommer nog den trygghet, hon i många år saknat, att fullt återställa henne.

Utredningen visar att kvinnans skuld är begränsad. Hon har råkat ut för tragiska livshändelser som varit bortom hennes påverkansmöjligheter. Kvinnan uppvisar den rätta inställningen till sexualitet, äktenskap och barn. Läkaren ser det uppenbarligen som en av sina uppgifter att bidra till att kvinnan åter hamnar i äktenskaps trygga hamn. Hans omsorger omfattar alla de förhållanden i hennes liv som kan medverka till att detta mål kan uppnås, så som kvinnans hälsa och välbefinnande, fästmannens uppehållstillstånd och anställning. Abort utfördes på diagnosen ”psykisk insufficiens”.¹⁴

Ångerfullhetsprövningen

Syndabekännelsen är central eftersom den innebär ett erkännande av den gällande samhällsnormen och därjämte ett erkännande av

det personliga ansvarets princip. Bekännelse är något mer än att redogöra för ett händelseförlopp eller bara berätta om sig själv i största allmänhet. Det handlar om att själv bli övertygad om sin egen dålighet. Av normöverträdaren förväntas det att hon utan omsvep berättar allt om sig själv gentemot en officiell representant, att göra sig känd, inte för allmänheten, men väl för en avgränsad och auktoriserad offentlighet.¹⁵ Inför bekännelsens publik, dvs. en liten skara av professionella funktionärer, prövas kvinnans förmåga att tala ut och att fullt ut lägga ansvaret på sig själv. En bekännelse där normöverträdaren förlägger skulden utanför sig själv, på omgivande personer eller omständigheter, visar att personen inte tar på sig detta ansvar.

Dessutom har bekännelse att göra med prognos. Bekännelsens närvaro eller frånvaro påverkar i hög grad funktionärernas prediktioner. Genom att tillstå sina försyndelser utlovar man också åtminstone vilja till bot och bättring; ånger blir därför ett tecken på att risken för nya normöverträdelser blivit mindre.¹⁶ Frånvaron av bekännelse och ånger påverkar på motsvarande sätt prognosen i negativ riktning. Förnekelse eller tystnad är besvärande för samhället och dess representanter. Viljan att framlocka bekännelser är därför stark också i vårt samhället; ingenting har därvidlag egentligen förändrats sedan inkquisitionen.¹⁷ Andra instanser har tagit över, andra metoder används – men viljan att framkalla bekännelse är densamma över tid.

Jag skall illustrera på funktionärernas stora intresse för ånger- och bekännelsetemat. Den första rör en ung ogift kvinna, ett affärsbiträde, som är gravid i sextonde veckan. Bakgrunden till hennes abortansökan är följande. Sedan ett års tid har hon sällskap med en man som hon håller av. Relationen är emellertid ganska tillkrånglad. Graviditeten är nämligen resultat av förbindelse med en annan man än fästmannen. Kuratorn skriver att man får ett klart intryck av att ”sökanden är en ansvarskännande och allvarligt reflekterande flicka, som plågas lika mycket av den ’orätta handling’ som detta samlag utom äktenskapet varit, som av den för henne svåra situa-

tionen." Flickans inställning tycks, fortsätter kuratorn, i stort som i smått vara präglad av inställningen att "inte vilja göra något orätt". Läkaren understryker denna bedömning: flickan har "lätt att tala och uttrycka sig, berättar utförligt och med ovanligt god introspektion och förmåga av självanalys om sina upplevelser." Han fortsätter vidare: "hon har en ovanligt reflekterande livsinställning med höga etiska krav." Läkaren tillstyrkte abort på medicinska grunder, vilket även beviljades av medicinalstyrelsen; ingreppet verkställdes.¹⁸

Ett liknande fall gäller en gift kvinna på tjuogoåtta år som då hon ansöker om abort är gravid i trettonde veckan. Kvinnan, som är nygift med en man som är i färd med att uppföra deras gemensamma bostad på annan ort, har blivit gravid i en tillfällig förbindelse med en man hon känt under en längre tid, men inte hyst varmare känslor för. Samlaget skedde i en tillfällig stämning inför hans avresa till sitt hemland. Kuratorn informerar om att ingendera parten var spritpåverkad. Hon uppger även att kvinnan säger sig ha känt starka samvetskval över otroheten redan innan graviditeten kunde konstateras. Den kvinnliga läkaren bedömer sökanden som intelligent, ambitiös och plikttrogen, med ett starkt överjag. "Man kan ej utesluta att sökanden skall tillgripa desperata lösningar. Hennes starka överjag hindrar henne att acceptera sitt handlingssätt och föda barnet. Hon fördömer starkt personer som handlar som hon själv har gjort", avslutar läkaren sin utredning, vilken utmynnar i en tillstyrkan av abort. Medicinalstyrelsen beviljade (det är dock oklart om ingreppet verkställdes).¹⁹

Kvinnorna ovan bestod provet. Det är intressant att följa hur kuratorerna i båda fallen är uppmärksamma på om kvinnornas vändor har rätt källa. Alltså, om plågorna uppkommit i samband med att de varit otrogna eller om de infann sig när graviditeten konstaterades. Sökarluset är med andra ord inställt på att urskilja om det är fråga om en äkta ånger eller en falsk sådan. En ånger som uppstår när saker och ting börjar trassla till sig och vid fara för upptäckt är inte särskilt mycket värd.

Indikatorer på ångerfullhetens betydelse utgörs av de reaktio-

ner som uppstår hos funktionärerna vid avsaknad av ånger eller vid misstanke om falsk ånger. En ogift kvinna som vårdas på mental-sjukhus (för vad framgår inte) ansöker om abort. Socialkuratorn föreslår abort med hänvisning till kvinnans sjukdom och allmänna hållningslöshet. Systemen vittnar om hennes oförmåga att ta vara på sig och sin sexualitet. Enligt både kurator, tidigare behandlande läkare och intygsskrivande läkare uppträder kvinnan olämpligt. I c-intyget beskrivs hennes beteende på följande sätt: "Under hela sjukhusvistelsen skränig, cynisk, vulgär, tidvis orolig och exalterad." Hon uppträder "självsäkert, nonchalant och är anmärkningsvärt sorglös och obekymrad." Kvinnans abort blev villkorad.²⁰ För funktionärerna är kvinnans uppförande i sig ett bevis på avsaknad av ånger. Ånger är förbundet med ett mer diskret uppträdande än det larmande som kvinnan uppvisar.

Nästa fall speglar, om inte falsk, så felaktig sorts ånger. En kvinna har genom otrohet velat hämnas på sin make. Maken beskrivs som flirtig; han lever sitt eget liv, går utan hustrun ut på dans och liknande. Efter att han bekänt sin otrohet inför henne, hämnas hon genom ett tillfälligt samlag med en annan man. Eftersom hon under samma tid hade samlag med maken, vet hon nu inte vem som är barnafadern. Hon har bekänt sin otrohet inför sin man. Makarna har försonats med varandra men de vill inte ha det väntade barnet. Kvinnan beskrivs av kuratorn som "blomstrand". Hon "småler vänligt och verkar absolut inte deprimerad" och har ingen svårighet med kontakten. "Är mycket förtroendefull. Säger att 'detta är ju tråkigt', 'jag är ledsen'. Inget fel på sömn eller arbetslust." Av kuratorns skrivningar förstår vi att kvinnan inte uppvisar den ånger som förväntas av henne. Hon är vare sig nedstämd eller ledsen. Makarna argumenterar för abort med hänvisning till att ett barn, där det på detta sätt råder oklarhet faderskapet, skulle ge upphov till missämja i äktenskapet. För kuratorn utgör detta inte något skäl för ett avbrytande. Visst kan situationen tyckas svår, "men min uppfattning är att makarna absolut kommer att klara upp den tillsammans om hon föder barnet."

Läkarens bedömning överensstämmer med kuratorns. Han är visst medveten om motivet för abort, dvs. kvinnans oro för att maken vid åsynen av barnet skall vända hennes otrohet emot henne. Detta är emellertid inte ett tillräckligt skäl för läkaren att tillstyrka abort. Kvinnans ånger ter sig för läkaren som förbunden med hennes egna besvär, inte med den begångna otroheten. I funktionärernas ögon ångrar hon handlingen på grund av att den försette henne i svårigheter, inte därför att hon anser den vara i grunden felaktig. Detta blir tydligt i läkarintygets slutskrivningar. ”Säger sig ej vara det minsta kär eller fixerad vid den andra mannen, utan det hela var mera att hon ville hämnas på maken, vilket hon djupt ångrar nu.” Kvinnan ”företar endast en normal reaktion på en för henne tillkrånglad situation”. Läkaren avstyrker abort; medicinalstyrelsen följer samma linje.²¹

Den positiva bedömningen av ånger och bekännelse motsvaras av den negativa bedömningen av ångerns motsats, ursäkten. Om kvinnan kommer med motdefinitioner av situationen eller skjuter skulden på omgivningen och ’samhället’ leder detta till omedelbara reaktioner från funktionärernas sida. En kvinna beskrivs exempelvis som ”synnerligen egocentrisk och självbespeglade, men har stor benägenhet att förklara sina misslyckanden och sin ’missanpassning’ som beroende av miljöpåverkan, framför allt det olyckliga förhållandena under uppväxten.”²² I dessa situationer drar funktionärerna slutsatsen att någon moralisk bättring inte skett. De använder då beskrivningar av typen ”visar inga tecken på ångerfullhet”, ”brist på ansvarskänsla”, ”avsaknad av etiskt omdöme” eller ”moraliskt indifferent”, vilka likaledes signalerar tvivel på kvinnans förmåga och vilja att bekänna, ångra och ta sitt personliga ansvar.²³

Betydelsen av ånger vägs emellertid in i totalbedömningen av individen, vilken inkluderar en värdering av individens förmåga att sörja för sig och de sina, nu och i framtiden. Ångerns förmåga att öka kvinnans förhandlingsutrymme är således villkorad. Omvändelsesymboler tjänar lite till om man bedöms tillhöra de skadliga och tärande i samhället. För följande kvinna spelar viljan att ta på

sig all skuld inte någon större roll. Hon är vid ansökningstillfället trettiofem år och har fött sju barn samt fått två missfall. Läkaren beskriver de ekonomiska svårigheter som tynger familjen. Mannen, som är stuveriarbetare, är ofta arbetslös. Familjen har anlitat fattigvården vid upprepade tillfällen. Båda makarna är "opålitliga", beroende på att de lämnat felaktiga inkomstuppgifter till fattigvården. Barnen uppges vara vanvårdade och samtliga omhändertagna för skyddsuppfostran. Kvinnan säger vid läkarundersökningen att hon länge känt sin oförmåga att hålla ihop hemmet, saknar uthållighet, orkar ej med grovsysslor. "Ger uttryck för vaga försyndelseidéer, tycker att hon gjort orätt, som satt så många barn till världen att hon ej orkar sköta om dem." Som skäl för abort uppger läkaren "eugeniska samt bidragande medicinska indikationer", vilket leder till att medicinalstyrelsen förser abortbeslutet med steriliseringsvillkor.²⁴ Äktheten i kvinnans ånger ifrågasätts inte av funktionärerna. Men den uppvägs lätt av det faktum att hon och hennes familj regelmässigt legat samhället till last. Uppgiften att maken är av tatarläkt har förmodligen även den vägt in i den motsatta vågskålen. Det finns i detta och liknande fall ett antal faktorer som drastiskt bidrar till att minska beaktelsens betydelse.

Medicinsk normering av skötsamt kvinnoliv

I sin syn på normalt och hälsosamt kvinnoliv reflekterade funktionärerna socialt förhärskande uppfattningar, nämligen att det var synonymt med äktenskap och moderskap. Scenen var helt och hållet styrd av experternas förväntningar och försanthållanden rörande havandeskap, barnafödande, moderskap, familjeliv. Kvinnornas förväntningar eller önskemål var inte intressanta i sammanhanget. De malthusianska normerna och idealen är inte entydiga och avgränsade. Tvärtom, de är synnerligen mångfasetterade och diffusa. Skötsamheten är emellertid den organiserande principen i sammanhanget. Men normerna för skötsamhet varierar med civilstånd och med klass. För den ogifta kvinnan handlar normen i

mycket om skyldigheten att iaktta sexualitetens och fortplantningens ram: den monogama, fasta förbindelsen – helst i äktenskapets form. Den gifta kvinnans skötsamhetsnorm gäller snarast skyldigheten att reglera antalet barn efter försörjningsförmåga. Vad som ansågs vara lämpligt antal barn skiftade med kvinnans klasstillhörighet. Det är alldeles uppenbart att det ansågs tillhöra något av arbetarkvinnans lott att föda många barn. Samtidigt börjar många barn vid denna tid att betraktas som socialt stigmatiserande. Det moraliska budskapet var dubbelbottnat.

Sexualiteten blir i detta sammanhang centralt. För funktionärerna tycks det vara så genom sexualiteten kan skötsamheten friläggas; här framträder skötsamheten i sin mest avskalade form. Genom funktionärerna blick får vi hjälp att, åtminstone i någon mån, greppa den kvinnliga sexualnormens mångdimensionella väsen. Det handlar inte endast om när samlag skedde (ålder vid samlagsdebut, före eller efter förlovnings/äktenskap), det handlar om vem man har samlag med – en skötsam man eller en i något avseende belastad man (kvinnan blir i viss mån påverkad av sin partners skötsamhet). Det finns självfaller och normer för antal sexuella relationer; det finns därtill normer för sexualumgängesfrekvens. Driftens intensitet är också föremål för normbildning, vilket uppmärksamheten på förekomst av njutningsupplevelse vittnar om (gäller särskilt fall av våldtäkt och otrohet).

Men skötsamhet handlar inte bara om den kvinnliga sexualnormen, även om denna utgör en viktig del av malthusianismen. Skötsamhet för den gifta kvinnan handlar i mycket hög utsträckning om att klara av hem, make och barn. En viktig aspekt i detta sammanhang är, som nämnts, förmågan att avpassa antalet barn till parets emotionella och materiella resurser. Att skaffa fler barn än man kan sörja för är ett allvarligt brott mot skötsamhetens ideal. Vi har starka normer kring ansvarsfullhet, lojalitet och uppoffringsvilja, vilka sammanfattas i det positivt värderade begreppet 'moderlighet'. Tacksamhet och stoicism hör vidare till bilden av den skötsamma kvinnan, både den gifta och den ogifta.

Disciplineringens konsekvenser

Omfattningen av ett samhälles illegala abortverksamhet är givetvis oerhört svår att få grepp om. Under trettio- och fyrtyotalen förekommer beräkningar som varierar mellan tiotusen och hundratusen fall. Mellan tio- och tjugotusen är den siffra som är vanligast förekommande. Orsakerna till svårigheterna att beräkna antalet fall är givna. Det handlade om en olaglig verksamhet som alla involverade parter var angelägna att dölja. De flesta fallen uppdagades inte. De illegala abortfall som uppdagades var oftast sådana som slutade i katastrof för kvinnan: antingen blev hon mycket sjuk eller så avled hon. Några fall uppdagades i samband med att abortörens verksamhet avslöjades.

Tidningarna rapporterade under dessa år regelmässigt om kriminella aborter. Massmedia har ju på ett intressant sett fått rollen av kontrollinstrument i vår tid. Förr i tiden skedde de korrigerande insatserna gentemot avvikare på offentliga platser. Publiken fick med detta möjlighet att på ett mycket direkt sätt ge utlopp för sitt intresse. I det moderna samhället visas inte längre skulden upp på offentliga platser. Istället konfronteras vi med ett flöde av massmediala rapporter, som i mycket fyller en liknande funktion: att tydliggöra linjerna för samhällets normativa gränser.²⁵ Den nära bevakningen av den kriminella abortverksamheten kan nog sägas ha haft denna funktion. Den etablerade bilden av abortören var den av en socialt misslyckad individ, styrd av vinningsmotiv. Tidningsrapporteringen stödjer på många sätt denna bild, men differentierar den något. Genom tidningarna får vi exempelvis upplysningar som säger att det inte var helt ovanligt att läkare var kvinnorna behjälpliga i avbrytande av havandeskap.

Ett exempel. År 1942 uppdagades att en läkare i Värmland gjort abortiva ingrepp. Polisen hade haft misstankar mot mannen under en längre tid. Tillslaget skedde efter 'fixerat uppslag att arbeta efter'. Läkaren uppgav att ingreppen hade ideell bakgrund och att han hade velat hjälpa dem som behövt hans hjälp. I en del fall hade

han tagit betalt för ingreppen. Ingen av kvinnorna uppges ha fått skador efter operationerna. Flera hjälpsökande har också avvisats. Detta används som ett försvar av läkaren, dvs. att han inte urskillningslöst hjälpt samtliga som bett om det, utan valt ut de mest ömmande fallen. Enligt pressen kan det ha rört sig om hundratals fall som abortören utfört eftersom verksamheten pågått i ett tiotal år.²⁶ Vid första förhöret i rätten ställdes läkaren till svars för sju kända fall av fosterfördrivning. Han tycks ha haft ett visst stöd bland allmänheten. Insändare pekar på att risken för dödsfall bland kvinnorna ökar om kvacksalveriet på området breder ut sig. Att avvisa kvinnorna hade varit hjärtlöst av läkaren, menar skribenten, som förklarar sig vara övertygad om att denne haft de 'bästa bevekelsegrunder' för sitt agerande. Domen mot läkaren kritiserades.²⁷ Läkaren dömdes till vård på sinnessjukhus, så kallad straffrihet enligt strafflagens femte kapitel, femte paragrafen, för fosterfördrivning i sju fall "vilket han gjort vanemässigt och för att bereda sig vinning."²⁸

Men här fanns givetvis abortörer utan sjukvårdsutbildning. Ett omtalat fall i början av fyrtioalet var en kvinna som benämndes Röda Karin, verksam i Hagalund. Röda Karins verksamhet avslöjades med hjälp av anonyma anmälningar. Ett skäl till att detta fall blev så uppmärksammat var att gränsen mellan abort och barnamord här ställdes på sin spets. Aborten som ledde till uppdragandet utfördes mycket sent, i åttonde-nionde graviditetsmånaden. Barnet levde, skrek och sparkade efter förlossningen; det dränktes i en hink med vatten direkt därpå av abortören. Röda Karin var vid tillfället för rättsprocessen fyrtioett år gammal och hade bedrivit sin abortverksamhet i ca fem år. Vid förhör hos polisen uppgav abortören att hon behandlat 'många kvinnor'²⁹ och att hon varit verksam sedan 1935-36.³⁰ Betalningen för ingreppen uppgick till mellan trettio och sjuttiofem kronor.³¹ Inga motiv eller försvar framkom i pressen. Röda Karin dömdes till tre år och sex månaders straffarbete för fosterfördrivning på trettio kvinnor vid sammanlagt fyrtio tillfällen. Två av hennes medhjälpare dömdes också, en till tre måna-

der villkorligt, en till femtio dagsböter. De aborterande patienterna dömdes till mellan fyrtio och femtio dagsböter; ett par personer fick mellan fyra och sex månaders villkorlig dom.³²

I vissa fall handlade det om abortörer som gjorde enstaka ingrepp, men ibland kunde det handla om en mer organiserad verksamhet. Så var det exempelvis med fallet Olofsson, ett av de mest omskrivna under trettioalet, med över hundra kvinnor involverade i en utdragen rättsprocess.³³ Ivar Rudolf Olofsson genomförde under åren 1932 och 1934 närmare ettusen aborter på kvinnor från olika delar av landet. Verksamheten bedrevs dels i en lägenhet på Folkungagatan i Stockholm, dels i Olofssons bostad, en villa i Salt-sjö-Duvnäs. Genom att presentera sig som läkare fick Olofsson patienter hänvisade till sig via läkare. Några komplikationer eller dödsfall på grund av ingreppen rapporterades inte. I samband med att en patient drabbades av lunginflammation och direkt efter aborten måste föras till sjukhus, uppdagades Olofssons olagliga verksamhet. Han anhölls, förhördes och dömdes till straffarbete i tre år och sex månader. De personer som arbetat för Olofsson – två biträden, en praktikant, ett hembiträde – anhölls och förhördes under rättegången. Utöver dessa personer hade Olofsson en chaufför anställd. Över etthundra kvinnor, Olofssons patienter, ställdes också inför rätta.

Genom dokumentationen från rättsläkarna kan vi få vittnesbörd om de livets realiteter som gällde för kvinnor under en tidsperiod av restriktiva abortlagar och sträng sexualmoral. Den abortutredning som tillsattes 1949 inhämtade uppgifter från rättsläkarstationerna angående kvinnliga gravida självmördare samt kriminella aborter med dödlig utgång. Lund sände in uppgifter från sitt rättsläkardistrikt för åren 1944-1950.

Kriminella aborter med dödlig utgång 1944-1950, Lunds rättsläkardistrikt:³⁴

<i>År</i>	<i>Civilstånd</i>	<i>Ålder</i>	<i>Metod</i>
1944	frånskild	35	instrument; infektion
1944	ogift	20	instrument; infektion
1945	gift	29	instrument; infektion
1945	ogift	24	mjölksyrespruta; infektion
1945	gift	26	spruta; perforation av uterus
1945	ogift	23	instrument; skada. Ej gravid
1946	ogift	23	instrument; luftemboli
1946	gift	35	fosfor
1948	ogift	24	metallrör; luftemboli
1949	ogift	23	sond; infektion
1950	gift	39	fosfor
1950	ogift	30	fosfor

Hur stor kvinnors desperation kunde vara förstår vi när vi ser fallet med kvinnan som, utan att vara gravid, företar livsfarliga ingrepp. Rättsmedicinaren Einar Sjövall skriver om detta fall att kvinnan redan två dagar efter samlaget (i en tillfällig förbindelse), förde upp en strumpsticka i underlivet för att oskadliggöra en möjligen inträffad befruktning. Fall som detta var inte helt exceptionella. Sjövall hänvisar till Hedréns undersökning av något mer än fjortonhundra fall där syftet med den företagna åtgärden varit fosterfördrivning och kvinnan dött samt obduktion genomförts: i inte mindre än sex procent av dessa fall hade kvinnan inte varit havande när ingreppet utfördes.³⁵ Det framgår av rättsläkarnas kommentarer att kriminella aborter som lett till rättsmedicinsk obduktion minskade i frekvens efter tillägget i lagen 1946, vilken innebar en utvidgning av den blandat socialmedicinska indikationen.

Ett av skälen för RFSU att tillhandahålla möjligheten till graviditetstest under anonymitetsskydd, var just att förhindra liknande förhastade och ödesdigra åtgärder från kvinnornas sida. Läkarnas reaktion på att graviditetsdiagnos fick utföras utan läkarremiss var

på många sätt symtomatisk. Enligt en skrivelse till RFSU från Sveriges läkarförbunds centralstyrelse hävdades att detta förfarande skulle detta verka abortbefordrande, genom att kvinnorna då undandrogs läkarnas påverkan och övervakning. Genom att kvinnan kunde få graviditeten fastställd utan läkares inblandning, stod det henne fritt att söka få sitt havandeskap avbrutet. Som svar på detta framhöll RFSU att många abortprovokationer företogs på blotta misstanken om graviditet, och att möjligheten till test utan läkarremiss kunde minska risken för desperata handlingar. Graviditetsproven var i femtio procent av fallen negativa, vilket enligt förbundets sätt att se tydde på att ett betydande antal kvinnor kunde undandras abortörernas intervention.³⁶

En utväg som kvinnor kunde ta till i sin desperation inför ett önskat havandeskap var självmord.

Gravida kvinnliga självmördare, Lunds rättsläkardistrikt

1944-50:³⁷

År	Nr	Civilstånd	Ålder	Metod	
1945	1	ogift	23	iu	
1948	2	ogift	33	förgiftning	trol. koloxid
1948	3	ogift	22	hängning	
1949	4	ogift	18	drunkning	

Från Stockholms rättsläkarstation inrapporterades två fall av gravida självmördare för åren 1947-1950. Det ena fallet rörde en gift kvinna som berövat sig livet genom förgiftning. Det andra handlade om en barnsköterska som skurit av sig pulsådren och kastat sig ut genom ett fönster. Omständigheterna kring den senare händelsen, som inträffade år 1950, finns närmare skildrad i en polisrapport. En lördag i september larmades polis och ambulans till ett bostadsområde alldeles i närheten av stadens sjukhus. En till synes livlös kvinna och endast iklädd nattdräkt, hade anträffats liggande på marken av en förbipasserande dam. Då poliskonstapeln kom till platsen var kvinnan redan omhändertagen av personal från

det intilliggande sjukhuset. En av läkarna hade konstaterat att hon var död. Kvinnan hade skärsår på båda handledernas insida, skador i huvudet samt utgjutning på halsens framsida. Då poliskonstapeln kom in i kvinnans bostad fann han att hennes säng var fläckad med blod. I bädden intill huvudgården låg en blodig näsduk och ett blodigt rakblad. På golvet stod en hink i vilken fanns vatten och leverat blod. Från sängen och vidare fram till fönstret fanns blodfläckar på golvet. Den vänstra fönsterhalvan stod öppen. På fönsterbrädan och fönsterblecket syntes tydliga blodspår. På stenläggningen, där kvinnan anträffades, fanns blodspår. Denna plats var belägen mitt under hennes rumsfönster; avståndet från fönstret till markytan var tolv meter.

Förhören med en arbetskamrat gav följande uppgifter om händelserna som föregått självmordet. Barnsköterskan hade under en semesterresa blivit bekant med en man; bekantskapen hade så småningom utvecklats till tycke. Kvinnan hade verkat fästad vid mannen och talade ofta om honom. Så småningom började kvinnan misstänka att hon var gravid, något som konstaterats vid en läkarundersökning. Hon hade underrättat mannen om sitt tillstånd men då fått till svar, att han inte längre ville ha med henne att göra. Arbetskamraten hade vid sista mötestillfället med kvinnan, dagen före självmordet, uppfattat henne som nedstämd. Hon hade dock inte yttrat något som kunde tyda på att hon umgicks med självmordsplaner. Kvinnans närmaste släkting, en faster hos vilken hon som varande moderlös växt upp, förklarade sig villig att ombesörja och bekosta kvinnans begravning. Fastern uppgav att kvinnan vid sitt senaste besök, fjorton dagar innan dödsfallet, berättat att hon snart skulle förlova sig och kort därpå ingå äktenskap. Hon hade inte visat några tecken på oro eller livsleda.

Disciplineringens logik

Vi har, när det gäller administreringen av aborter och steriliseringar, att göra med en synnerligen brokig verksamhet. Här möts männi-

skobehandlande professioner, juridik, socialpolitik och sociala kontrollambitioner. Här sker en egenartad sammansmältning mellan rätt och medicin. Kontrollen över verksamheten låg i en händerna på medicinare. Men till formen liknade det hela domstolsförfarandet. Det var emellertid process utan jurister.

Process

I boken *De svikna arven* skriver författaren Milan Kundera att Europa under nittonhundratalet lever under en processordning.³⁸ Denna processordning har i skönlitterär form gestaltats av Franz Kafka.

Kafka låter tack vare processen oss ärva två nyckelbegrepp som har blivit oundgängliga för att kunna förstå den moderna världen: domstol och process. Har ger oss dem i arv; det vill säga han ställer dem till vårt förfogande, för att vi skall använda, tänka och tänka över dem i ljuset av vad vi själva gör. Domstolen: det handlar inte om en juridisk instans som skall straffa dem som har brutit mot statens lagar; domstolen är i den mening Kafka har givit den en makt som dömer och som dömer därför att den är makt; det är domstolens makt och ingenting annat som legitimerar den; när K ser de båda objudna gästerna tränga in i hans kammare känner han omedelbart igen denna makt och underkastar sig den.³⁹

Den process som öppnas mot individen av domstolen är hela tiden absolut. Med detta menas att processen inte riktar sig mot någon enskild handling, ett bestämt brott som individen begått. Processen gäller individen som han eller hon är, den avser hela varat.

Kafka ger den konstnärliga, poetiska gestalten åt Max Webers avförtrollade värld, där det inte längre finns plats för värden och det mänskligt unika. Det är en värld där den instrumentella rationaliteten har herraväldet och där människan blivit ett verktyg för anonyma krafter vilka är dolda i politiken, i byråkratierna och bakom

vetenskaplig-teknisk retorik. De anonyma makterna är fördolda för den enskilde, som samtidigt blir alltmer genomlyst. Processordningarna kan drabba alla i det moderna samhället. Politikerna är utsatta, organisationer och rörelser likaså. Men detta är inget mot det lidande som processen kan åstadkomma mot en vanlig anonym människas liv och heder.

Abort- och steriliseringsverksamheten kan betraktas som illustrationer av dessa kafkaartade processordningar. Velfärdsstatens funktionärer har blivit auktoriteter i denna gråzon, där domstolsliknande förfaranden utbildas. Naturligtvis fanns inte denna sida av saken – domstolsförfarandet – synligt i retoriken. Där förmedlas bilden av en vetenskapligt och rationellt-byråkratiskt ordnad verksamhet, som ägnar sig åt anamneser, diagnoser, indikationsställande, prognoser, beslut och verkställande ingrepp. Och, på en övergripande nivå, åt samhällelig problemlösning. Det handlar inte om synd, skuld, ansvar och straff. Men denna senare tematik, som representerar något av en historisk konstant, är ständigt närvarande.

Den processordning som kvinnorna ställdes inför då de hamnade i abort- och steriliseringshanteringen var på en och samma gång verklig och obestämd. Obestämdheten var dock inte tecken på avsaknad av en ordning. Den fanns en ordning, en hemlig, som inte visade sig annat än antydningssvis. Ordningen kom till synes i det ögonblick då kvinnorna gjorde det som avkrävdes dem: avlade bekännelse, visade ånger och utlovade bot och bättring. Processen gällde inte en enskild handling – i detta fallet kvinnans oförmåga att hantera sin sexualitet och fertilitet. Processen omfattade hela hennes vara. Skulden söktes i hela liv. Det var som totalitet som hon var föremål för funktionärernas intresse. Människan görs inom processordningen 'skyldig till skuld'.

Skuldbeläggning

Processens syfte är inte att skipa rättvisa utan dess syfte är disciplinering av den anklagade. Varför underkastar sig då den moderna

människan processordningar? Svaret är – skuldbeläggning. Byråkratiskt sker screeningen av skuld genom upprättandet av en speciell sorts biografi: en kriminografi. Den första fråga man ställer sig när man går in i medicinalstyrelsens abortansökningsmaterial är: vad motiverar all denna informationsinsamling om individen? Upprättandet av den levnadsbeskrivning som åtföljer ansökningen sker inom ramen för ett institutionellt möte mellan individer med skilda maktresurser: den ansökande och funktionärerna. Det är den ansökandes skyldighet att ge information om sitt förflutna – för normbrytare gäller generellt att biografien upphör att vara en privat-sak. Funktionärerna har makten att tolka och konstruera individens biografi. Personutredningens syfte är att skapa en enhetlig bild av individens karaktär. Det intressanta i detta sammanhang är att biografien reduceras till en kriminografi. Den är med andra ord praktiskt taget uteslutande fokuserad på social information av stigmatiserande karaktär: tillkortakommanden, misslyckanden, svagheter hos individen.

Skuldbeläggningsprocessen⁴⁰ kan studeras på flera olika nivåer. Låt mig illustrera. År 1949 ansökte en trettiosjuårig ogift kassörska om abort. Barnafadern har kvinnan känt i cirka ett år. Anledningen till att hon inte vill fullfölja sitt havandeskap är att hon inte är säker på sina känslor för mannen; hon vet bland annat inte om han är lämplig som styvfar åt hennes tidigare barn. Hon säger sig vara böjd att bryta med honom när abortfrågan är avklarad. Kuratorn uppger att kvinnan uppträder närmast affärsmässigt, förbindligt och älskvärt, men att man inte når någon kontakt med henne. Hon är lugn och saklig och ger intryck av att ha kämpat sig till såväl sin yttre attityd som de praktiska anordningarna i sitt liv. ”Hon är mån om att framhålla sin oförvitlighet i alla avseenden, ’finns inga skuggmoment’, och blir ibland smått irriterad av den ingående utredningen.” Kvinnan anser sig, säger kuratorn, ha styrka och goda nerver. Hon sätter en ära i att inte låta sig brytas ned av någonting. ”Ser på abortfrågan närmast som en självklar rättighet i sitt fall, dels emedan hon ser svårigheterna med ett barn till så uppenbara, dels

anser hon sig välförtjänt av denna lilla uppmuntran efter allt svårt hon gått igenom – och klarat av.” Barnet, som är med sin mamma vid varje besök, är ytterst väldisciplinerat.

Läkaren bekräftar i sitt intyg kuratorns bild. Sökanden ger ett mycket kontrollerat intryck; hon säger inget utan att först tänka sig för. Det är uppenbart, menar läkaren, att kvinnan inte vill göra intryck på undersökaren med oriktiga uppgifter. Hon framhåller tvärtom att hon är frisk och att hennes fall förmodligen inte kan pressas in i någon lagparagraf. Trots att hon förstår vad som kan anföras mot hennes ansökan, kan hon inte förmås att ändra åsikt. Hon förklarar att hon är skeptiskt till den blivande barnafadern och att hon inte vill ta risken att sonen skall få det sämre. Läkaren avstyrker abort; medicinalstyrelsen följer läkarens rekommendation.⁴¹

Detta att drivas in i en situation där man tvingas bete sig som skyldig utan att vara det är en förödmjukande situation. Individens försöker på olika sätt att upprätthålla sin integritet. Det vi ser illustreras i detta fall är en första aspekt av skuldbeläggningen: fåfång kamp för förlorad värdighet.

En ogift kvinna i samma ålder ansökte år 1943 om att få legal abort. Kuratorn uppger att kvinnan vuxit upp i sitt föräldrahem. Sexton år gammal kom hon till släktingar för att hjälpa dessa i bageri. Hon for därefter vidare till Malmö för att hjälpa andra släktingar i livsmedelsaffär. Flyttade därefter återigen och har haft olika anställningar som servitris. Under tre års tid vårdades hon på sinnessjukhus, men är numerä utskrivna och planerar för ny servitrisplats. Den viktigaste anledningen till abort är, enligt kuratorn, ”sökandens sjukdom och allmänna hållningslöshet.” En syster bekräftar hållningslösheten genom att uppge att kvinnan sällskapar med vem som helst utan tanke på följderna. Sökanden motsätter sig sterilisering, med hänvisning dels till farorna med ingreppet och dels till sin önskan att i framtiden kunna få barn. Läkaren uppger att kvinnan

uppträder självsäkert, nonchalant och är anmärkningsvärt

sorglös och obekymrad. Vill ha 'abort ordnad', hoppas det kan ske omedelbart. 'Som servitris har jag hundratals gånger serverat mer än 15 cl, ni kan väl lika lätt ordna abort utan prat om lagen.' Saknar fullkomligt insikt om sin situation. 'Dr Y [en psykiatriker på sinnessjukhuset; min anm] är den största knöl i ett par skor' osv. pladdra patienten på i obekymrad vulgär ton.

Läkaren tillstyrker abort på eugeniska grunder. Medicinalstyrelsens beslut blir abort med villkor sterilisering.⁴²

I det här fallet åskådliggörs en andra aspekt av skuldbeläggningssituationen: styrkeprovet. I kampen för att värja sig emot skuldbeläggning och anklagelser, uppträder människan ibland enligt principen att anklaga de som anklagar henne. Hon utmanar sina rannsakningsdomare och glömmer därvid lätt hur maktförhållandena ser ut.

På sommaren 1947 inkom en ogift tjugosexårig hemmadotter med en abortansökning. Kvinnans far är alkoholist och periodvis sinnessjuk; modern efterbliven. Kvinnan är, berättar kuratorn, upp vuxen i föräldrahemmet. Hon har genomgått folkskola, fortsättningsskola och därefter lanthushållsskola. Kvinnan har tidigare ett utomäktenskapligt barn. Efter en tid som hembiträde på annan plats har hon nu flyttat hem för att bistå föräldrarna. Modern är så gott som arbetsoförmögen. "Enligt provinsialläkaren i trakten lär patienten ha fört ett rätt – lättsinnigt liv. Sedan ett år tillbaka har patienten haft 'sällskap' med en fyrtiosjuårig man, som sagt henne, att han var inkapabel att bli far, vilket han skulle ha läkarintyg på." Patienten har sedan i god tro haft samlag med denne man, som dock har barn i tidigare äktenskap. Han vill inte höra talas om äktenskap. Patienten verkar, avslutar kuratorn, lättrogen och naiv. Något efterbliven.

Läkaren betecknar kvinnan som "närmast av typen lantlolla." Hon är mycket barnslig och outvecklad. Kvinnans barn är, enligt dr B [annan läkare, min anm.] 'påfallande psykopatisk'. Kvinnan "anses i hemorten ha fört 'ett tämligen lättsinnigt leverne', enligt dr

B. Intet känt angående mera framträdande insufficienstillstånd tidigare, men anses i hemorten 'naiv och lättrogen'.” Läkaren tillstyrker abort på eugeniska och medicinsk-sociala grunder. Medicinalstyrelsen beslut blev abort med villkor sterilisering. Ingreppet utfördes inom en månad.⁴³

Trots att processen inte är allmänt offentlig, ingår den på något märkligt sätt i alla människors medvetande. Alla känner på sig att den pågår. Ingen tycks heller tvivla på att den utpekade är skyldig (jämför även med föregående fallet, där kvinnans syster bidrar med information som driver processen framåt). Ingen syns i vart fall protestera eller bli upprörd över den anklagades situation. Samhället har, verkar det, internaliserat anklagelsen och understödjer den. Det handlar här om processens socialisation; den tredje aspekten av skuldbeläggningen.

En gift fyrtioåttårig kvinna, hemmafru, ansökte 1948 om abort. I kuratorsintyget uppges att kvinnan växt upp under mycket torftiga förhållanden. Hon har genomgått fem graviditeter, varav ett missfall. Ett barn dog vid tidig ålder. Sökanden önskar abort på grund av nervositet och oro som gör att hon inte kan sköta hemmet. ”Känner sig fullständigt misslyckad som uppfostrare: alla barnen har varit matvägrare ända upp tills skolåldern.” Det yngsta barnet har blivit ansträngande för henne. Hon är emellertid, säger kuratorn, ”medveten om att det är hennes egen nervositet som orsakat flickans matvägran. /.../ Medger också att hon uppfostrat de äldre barnen felaktigt: de är bortskämda och hjälper henne aldrig i hemmet.” Äktenskapet är spänt och verkar nära ett sammanbrott

Läkaren uppehåller sig också vid kvinnans fostran av barnen. Alla har varit svåra med maten, ”det beror på henne själv för att hon tjarar och försöker tvinga dem. Det är sökanden medveten om, men rår inte för det.” Kvinnan kan inte tänka sig att börja samma procedur igen, uppger läkaren. Han bedömer att kvinnans personlighet har ”asteniska, hysteroida och oligofrena drag, och att hennes reaktion inför nuvarande situation är mycket primitiv.” Affekterna är obalanserade, hon gråter för det mesta och är oemottaglig för

förnufts-skäl. ”Man finner en del positiva drag också, bland annat viljan att inse de egna svagheterna och den egna skulden för barnens dåliga uppfostran etc.” Läkaren tillstyrker abort på socialmedicinska skäl. Medicinalstyrelsen beviljar ett ingrepp, vilket också utförs.⁴⁴

För att försvara sig mot diffusa anklagelser kan människor själva börja söka efter begångna fel. Särskilt benägna att börja leta efter fel i det förgångna är sannolikt de människor som varit illa hanterade av livet. Frågan som inställer sig vid nya olyckor är då av karaktären: vad har jag gjort för ont för att drabbas av detta? Man börjar rannsaka inte bara sina handlingar utan även ord man uttalat och tankar man tänkt. Den anklagade servar således – genom att själv försöka finna de grundläggande feLEN – den som anklagar. Skuldbeläggnings fjärde aspekt består just i denna självkritik.

År 1947 ansökte en trettioåttårig ogift kvinna, sjukvårdsbiträde, om abort. Kvinnan har ett barn utom äktenskapet. Hon hade gärna velat gifta sig med barnafadern, men böjde sig för föräldrarnas vilja. Föräldrarna har tagit hand om barnet, vilket var ett löfte då hon avstod från giftermålet med barnafadern. Den nuvarande barnafadern har hon känt cirka ett halvår och vill gärna gifta sig med honom, men han vill inte. ”Sökanden är påfallande blyg och tafatt i sitt uppträdande, niger djupt, då hon hälsar – har svårt att redogöra för sina förhållanden.” Hon gråter ohejdat vid de första besöken. Hon hoppas på abort eftersom det råder stor personalbrist på sjukhuset där hon arbetar. Dessutom tycker hon att det vore en stor skam att behöva berätta om det hemma.

Inför läkaren berättar kvinnan att när hon väntade sitt förra barn vågade hon inte tala om det föräldrarna förrän strax före förlossningen. ”Föräldrarna ’tyckte det var hemskt, att jag skulle få oäkta barn,’ ville ej heller att sökanden skulle gifta sig, ’tyckte inte jag hade något att gifta mig på’.” Kvinnan var mycket nedstämd under graviditeten och förbjöds efter förlossningen att visa sig hemma under flera år. ”Nu har hon dock försonats med föräldrarna igen och tycker undergivet, att de handlat rätt mot henne.” Hon vill

inte ha det nu väntade barnet, eftersom mannen inte vill ta hand om henne. Kvinnan är pressad och lider av sömnrubbingar, ångest samt magrar. ”Önskar egentligen inte sterilisering, ’om jag skulle bli gift någon gång’, ’men går det inte på annat vis så’ /slappt och utan större affekt /.../ Timid och artig med slappa affekter, grund.” Läkaren tillstyrker abort på medicinska och eugeniska grunder. Medicinalstyrelsen beviljade abort med villkor sterilisering; ingreppet utfördes.⁴⁵

När skuldbeläggningen är massiv och individens resurser att bemöta dessa är uttömda kan hon gå så långt att hon bejakar omgivningens negativa sanktioner. Hon tycker att de som fördömer henne har rätt när de gör detta. Här exemplifieras den yttersta självkritiken: offrets identifikation med bödeln.

Bestraffning

Synd- och strafftematiken representerar något av en historisk konstant i detta sammanhang. Temat är ständigt närvarande i abort- och steriliseringshanteringen, trots verksamhetens vetenskapliga och byråkratiska form. Tydligast blir detta ifråga om de för kvinnan allra mest negativa utfallen nämligen avslag eller abort med villkor sterilisering.

1947 ansöker en ogift trettiofemårig diversearbeterska om abort. Kvinnans uppväxt var, berättas i kuratorsutredningen, präglad av fattigdom och stridigheter. Kvinnan lämnade hemmet redan vid fjorton års ålder för att arbeta. Hon for till Malmö vid tjugo års ålder, och har där haft en mängd olika anställningar vid serveringar, affärer och sjukhus. ”Hon uppger diverse obetydliga abortmotiv, som att hon kommer att vara stängd av barn, inte kommer att kunna köpa sig saker som förut osv.” Hon betonar sin ovilja för barn. Sökanden för en mycket orolig tillvaro, men tycks trivas med detta, menar kuratorn. Barnafadern har hon känt ett år, men de har inte diskuterat äktenskap; det hela tycks vara av tillfällig art. Kvinnan har ett ”mycket odifferentierat psyke. Tager mycket lätt på

abort- och steriliseringsfrågan. Ej deprimerad. Rätt vulgärt uppträdande." Som skäl för abort anger kuratorn att varken kvinnan eller mannen torde kunna anses lämpliga som föräldrar. Läkarens skrivelser går i samma riktning. Kvinnan är torftig intellektuellt.

Förefaller helt sakna ansvarskänsla, har inget som helst intresse för barn, vare sig nu eller senare. Det enda som överhuvud intresserar henne i den aktuella situationen är att komma undan så billigt och smärtfritt som möjligt. Går med förtjusning med på sterilisering, 'för jag vill aldrig ha några barn'.

Läkaren tillstyrker abort på eugeniska grunder. Medicinalstyrelsen beslutar om abort med villkor sterilisering. Ingreppet verkställdes.⁴⁶ Funktionärerna är här påtagligt störda över kvinnans reaktion på steriliseringsshotet, över att hon inte tycks inse den djupare innebörden i sanktionen. Avsikten var, som vi kan se, att sätta henne på plats. I sina försök att bevara sin integritet och försvara sig mot skuldbeläggningen, prövar hon sin styrka gentemot funktionärerna. Hon förbiser maktbalansens karaktär.

En kvinna från högre samhällsklass, tjuugoåttå år gammal och frånskild ansöker om abort. Kvinnan har ett äktenskap bakom sig, med ett barn. Hon är nu åter gravid med en man som hon varit tillsammans med en tid, och som hon ämnar ingå äktenskap med. I kuratorsintyget kan man läsa att kvinnan är helt inställd på att hon måste få abort, "tycker vanäran vore mer än hon kunde bära." Läkaren uppger även han att kvinnan är helt inriktad på abort och omöjlig att övertala. "Står inte ut med skandalen att få ett barn som gift, vill heller inte börja ett andra äktenskap med 'tvång'." Hon är snarast arrogant, nästan barnsligt envis då andra alternativ än abort diskuteras. Hotar med att uppsöka kvacksalvare om hon inte får legal abort. Hon har visat förargelse över obenägenheten att tillstyrka abort; hänvisar till en gynekolog som sagt att 'vem som helst' kan få abort, eftersom lagen är till för att förhindra kvacksalvaraborterna. Läkaren antecknar "imperativ abortönskan med dysfori, irritabilitet, framsprungen väsentligen ur vanäremotiv. Ingen påtag-

lig insufficiens” samt att kvinnan och hennes mor är naivt bördstolta ”och skäms gruvligt över den väntade skandalen.” Läkaren tar inte ställning, utan överlåter åt medicinalstyrelsen att göra bedömningen om indikation föreligger. Styrelsen avslår.⁴⁷

Den här kvinnan begår ett fatalt misstag, nämligen att framhålla skam- eller vanäremotivet, alltså sin rädsla för omgivningens reaktioner i samband med utomäktenskapligt barn. Det oönskade havandeskapet är i det långa historiska perspektivet generalsanktionen mot kvinnor som bryter mot gällande sexualmoral. Detta är sannolikt en viktig förklaring till att de så kallade konventionella abortskälen verkar så oerhört provocerande på funktionärerna. Vanäran har en stor symbolisk laddning; den är grundad i ett djupt rotat strafftänkande som inte ens representanter för rationella, vetenskapliga synsätt förmådde att befria sig ifrån.

Rationaliserad maktutövning

I ett historiskt perspektiv är det ingen ovanlighet att människor i nöd skuldbeläggs. Detta att betrakta de fattiga som ansvariga för sin eget belägenhet, de sjuka som delaktiga i sitt eget tillstånd, de arbetslösa som medverkande till sin egen situation är något som har en lång historisk tradition. När den fattige sägs kunna öka sitt välstånd genom lite mer sparsamhet och förtänksamhet i fråga om barnalstring, när den sjuklige uppmanas att frisk- och egenvårda sig lite bättre, när den arbetslöse får höra att den som bara vill kan få arbete – då handlar det om skuldbeläggning av enskilda individer.

All makt och överhet har, enligt Max Weber, behov av att rättfärdiga sig själv.⁴⁸ Rättvisa är ett villkor för att makten skall uppfattas som legitim. Maktens representanter måste kunna hävda att den rådande samhällsordningen är rättvis. Om de fattiga är fattiga, om de arbetslösa är arbetslösa, om de barnrika är barnrika så beror det primärt på dem själva. Det är mycket frestande för överhetspersoner av skilda slag att exempelvis moralisera över fattigdom, arbetslöshet, barnrikedom hellre än att diskutera fattigdom, arbetslöshet, över-

befolkning som strukturella fenomen. Mer precis handlar det givetvis om att varje herravälde strävar efter beständighet. Det är för att kunna bestå över tid som herraväldet måste legitimeras. Beständighet förutsätter att ingen bråkar. Moraliserandet har här en viktig funktion utöver att legitimera rådande samhällsförhållanden, nämligen att skapa skam och tystnad.⁴⁹ Om man är framgångsrik i att få sociala problem att framstå som individualmoraliska och saknar samband med eliternas göranden och låtanden, minskar risken för att det uppstår oro bland de underprivilegerade. Som politisk strategi har den sina begränsningar. När de sociala problemen nått en viss grad, bryts tystnaden och oro uppstår.

Processen är en manifestation av rationaliserad maktutövning. Denna form av maktutövning innefattar flera faktorer, vilka sammanlagt bidrar till att sätta moraliskt och socialt förstående principer ur spel. De maktutövande aktörerna försätts genom detta i en ny psykisk och social situation, som i grunden påverkar deras handlande i riktning bort från värdeorientering och mot instrumentell orientering. Några sådana interrelaterade faktorer kan vi urskilja. Genom fenomenen auktorisation, byråkratisering, och avpersonalisering tenderar funktionärerna att bli alienerade i förhållande till sina uppgifter.⁵⁰ Hela verksamheten kommer att bli strukturerad på ett sådant sätt att funktionärerna kommer att styras bort ifrån den verkligt väsentliga frågan i all verksamhet som rör människor: Vilka konsekvenser kommer mina handlingar, mina beslut, att få för de människor som är involverade? Samtliga dessa strukturella fenomen är djupt rotade i vår politiska och sociala struktur. De är centrala faktorer som medför att de organisatoriska intressena ges företräde över de humanitära. Det är i dessa strukturella företeelser vi bör söka determinanterna till processen och den massiva skuldbeläggningen. Pendangen till den enskilde individens ansvar och skuld utgörs alltså av funktionärernas ansvars- och skuldfrihet. Medan de enskilda individerna oupphörligen inpräntas budskapet om i sin delaktighet i den belägenhet de råkat i, förblir funktionärerna utan personligt ansvar.

Det socialpatologiska paradigmet

Hela nittonhundratalets debatt kring sociala problem, både den politiska och den professionella, avslöjar en stark inverkan av ett socialpatologiskt tänkande. Inom socialpatologin uppfattas sociala fenomen som kriminalitet, drogmissbruk, mentalsjukdom, sinnesslöhet, sexuella avvikelser och liknande som sjukdomar. Dessa företeelser betraktas således som sjukdomsalstrande sociala tillstånd, som hotar den moraliska ordning som samhället eller delar av samhället vilar på. Det finns inom socialpatologin en stark tendens att betrakta de handlingar som strider mot tidens och kulturens ideal och normer som anomalier. Normativ gränsbevakning – utifrån ett register som sträcker sig från ingrepp av mer tvingande karaktär till vägledning – blir av stor vikt.

Det socialpatologiska paradigmet har en stark förankring i det sena artonhundratalets medicin.⁵¹ Inom socialpatologin betraktades olika former av avvikelser som, mer eller mindre, länkade till varandra. Vi har att göra med ett spektrum av avvikelser som i högre eller lägre grad är förbundna med varandra. I centrum för den socialpatologiska modellen befann sig alltsedan sekelskiftetiden den socialt differentierade fruktsamheten och dess förmenta effekter i form av en degenerativ rasförsämring. Även fosterfördrivningarna kom att betraktas utifrån denna tankemodell. De tilltagande aborterna tolkades som ett samhällsont. Dock inte i första hand som följder av socialt-strukturella förhållanden utan som konsekvens av en mentalitet eller en anda. Aborternas ökning var, med denna utgångspunkt, snarast en tidens sjukdom, en farsot.

Inom såväl socialpolitiken som (social)medicinen återfinner vi likartade resonemang: staten borde vidta åtgärder för att motverka olika slag av moralisk och social abnormalitet och undermålighet. I det nya socialpolitiska språk som etablerades i folkhemmet talades om 'behoven' av 'åtgärder' bland vissa individer i relation till vissa normer. Dessa 'behov' kom emellertid, i socialpatologisk anda, att uttrycka någonting djupare hos individen – nämligen någon

form av brist eller tillkortakommande. Individen var 'inadekvat' i ett eller flera avseenden.⁵² När 'behoven' betraktades på detta sätt, antyddes också att hon åtminstone delvis hade sig själv att skylla. Det är en individualiserande social analys vi har att göra med. Det är inte fattigdom, det är inte klass- och könsförtryck som är orsaken till anomalierna utan – inadekvata människor. I paternalistisk anda ansågs den åtgärdsbehövande inte själv kunna avgöra sina 'behov'. För detta avgörande fordrades särskilt auktoriserade instanser och personer. Dessa krävdes inte minst för säkra skiljandet av 'sanna' behov från 'falska'. För att komma i åtnjutande av en förmån – såsom abort – måste medborgarna förhålla sig till välfärdsstatens klientelkategorisering, till diagnoser, indikationer etc. Utan en 'rätt' presentation av sig själv – som inadekvat i ett eller annat avseende – beviljas inga förmåner, inga resurser.

I projektet att avskilja och åtgärda det avvikande och icke önskvärda sker en ökad konvergens mellan expertis och stat. Social kontroll, professionalitet och vetenskap blir alla delar av samma projekt: att belysa 'missanpassningens' problem i det moderna samhället. När individer befinner sig vara fattiga, sinnesrubbad, kriminella, vanartiga eller socialt störande på annat sätt, ingriper samhällets auktoriserade funktionärer. Myndigheterna är inriktade på att placera problematiska medborgare i kategorier, för att med utgångspunkt från dessa effektivisera disciplinerande och normaliserande åtgärder. Professionernas, på vetenskaplig kunskap grundade, problemformuleringar och etiketteringar går myndighetsutövandet till mötes. Vetenskapen använder sig av den individkunskap som möjliggörs genom myndighetsåtgärder gentemot normbrytare. Vetenskapen och kontrollstrukturen förutsätter därmed varandra.⁵³

Reproduktionspolitik och civilisationsprocesser

Abort- och steriliseringspolitikens historia kan betraktas utifrån ett civilisationsperspektiv. Ur en sådan horisont ter sig vägen från trettioalet till sjuttioalet som en allmän utveckling mot civilisering

och pacificering. Drakoniska lagar och fördömande uppfattningar ersätts efterhand med toleranta förhållningssätt och erkännande av kvinnans rättigheter. I en mening har ett sådant synsätt givetvis fog för sig. Lagförändringar och värdeförskjutningar – även de minsta sådana – är naturligtvis av stor betydelse för de drabbade. Den frigörande effekten av preventivmedelsrevolutionen och den friare aborten skall på intet sätt underskattas. Reproduktiv kontroll har visat sig vara avgörande för kvinnors frigörelse, liv och hälsa.⁵⁴ Kvinnors slaveri under många och täta graviditeter och deras bundenhet till långa perioder av barnavård och barnuppfostran har under vårt århundrade minskat, åtminstone i vissa delar av världen. Många kvinnor i historien har blivit mödrar utan att själva vilja det; åtskilliga är det kvinnor som mist sina liv då de satt liv till världen.

Ändå bär civilisationsperspektivet i denna framstegsvariant på svagheter och brister. Civilisationsprocessen är, som Zygmunt Bauman med kraft belyst med Förintelsen som exempel, långtifrån en entydig process. Civilisationsprocessen kan inte fångas i den vanligt förekommande formeln om en mänsklig utveckling från irrationellitet, vidskepelse och barbari till rationalitet, upplysning och humanism. En formel som säger att det samhällsfientliga våldet alltmer undertrycks och elimineras från det sociala livet. Den vision som hägrar i ett sådant framstegsperspektiv är det civiliserade västerländska samhället som en

...först och främst moralisk kraft; som ett system av institutioner som samverkar och kompletterar varandra i upprättandet av en normativ och rättslig ordning, vilken i sin tur tryggar förutsättningarna för den sociala fred och individuella säkerhet som i ett preciviliserat sammanhang är dåligt skyddad. Denna vision är inte nödvändigtvis vilseledande. I Förintelsens ljus framstår den emellertid helt klart som ensidig. Samtidigt som den upplåter viktiga trender i den moderna historien för granskning, utesluter den ur diskussionen tendenser som inte på något sätt är mindre viktiga. /.../ Den avleder /.../ uppmärksamheten från civilisationsprocessens alternativa,

*destruktiva potential, och tystar och marginaliserar eftertryckligt de kritiker som betonar det moderna samhällets dubbla väsen.*⁵⁵

Civilisationsperspektivet kan inte förklara de händelser som inträffade under reproduktionslagarnas tid. Utvecklingen kan inte entydigt sägas ha inneburit en frigörelse för kvinnorna. Vetenskapliggörandet och politiseringen av reproduktionsfrågorna medförde inte någon lättnad, snarare tvärtom. Vi kan till och med tala om skärpta attacker, från politiker och professioner, mot det frivilliga moderskapet. Den policy kring aborter och steriliseringar som kodifierades under trettioalet kan betraktas som ett inlägg i kvinno- och i klassfrågan. Med detta blev konkreta kvinnors konkreta kroppar scen för en från statsmakterna sanktionerad reproduktionspolitik. Kvinnans sexualitet och fertilitet blev ett politiskt fält och i detta fält tog många av välfärdssamhällets reformer sin startpunkt. Om det var i produktionssfären som de potentiella samhällskonflikterna var inneslutna så fanns lösningen i den sociala reproduktionens sfär.⁵⁶ Foucaults begrepp bio-politik illustrerar denna rörelse: en politik riktad mot befolkningen och med sin utgångspunkt i samspelet mellan det biologiska och det sociala.⁵⁷ När ambitionerna att reglera befolkningens reproduktion – såväl kvantitativt som kvalitativt – tilltog, kom könet, sexualiteten och barnafödandet i fokus.⁵⁸

Folkhemmets abort- och steriliseringspolicy hör hemma inte i detta samhälles marginal, utan i själva dess hjärtpunkt. De händelser som utspelade sig under abort- och steriliseringslagarnas tid kan inte betraktas som ett avbrott i en allmän civiliseringsutveckling. Inte heller kan händelserna betraktas som uttryck för några oorganiserade impulser, för några oplanerade infall. Det var moderniteten, med dess tillgång till en välutvecklad byråkratisk och vetenskaplig-teknisk organisation, som var den nödvändiga förutsättningen för de händelser vi talar om. Händelserna uppstod ur och genomfördes i vårt moderna, rationella samhälles mittpunkt. Förklaringar till abort- och steriliseringslagarnas konsekvenser i termer

av orsaker som var inneslutna i en bestämd tid och i en begränsad, nu lyckligtvis avslutad, tid missar det väsentliga. Dessa typer av förklaringar är givetvis tilltalande för oss. Det hände 'då' men kan inte hända 'nu'. Det beslutades och genomfördes av 'dem' men skulle inte ha kunnat genomföras av 'oss'. Det tilltalande består i att dessa förklaringar fördelar ansvar och skuld på ett för oss fördelaktigt sätt.

Reproduktionspolitiken utgör det moderna, rationella samhällets logiska konsekvens. Den hör intimt samman med de spänningar som uppstod under de nya villkor som moderniteten medförde. Vi har för det första sammanbrottet för den traditionella samhällsordningen och de sociala band och hierarkier som denna byggde på, inklusive könsrelationerna. Vi har för det andra befästandet av den moderna nationalstaten med dess våldsmonopol. I tredje hand moderna auktoritetsmönster vilka, som Max Weber visat, uppstår och utvecklas till fulländning i den moderna byråkratin. För det fjärde den sociala ingenjörskonstens ambitioner och den vetenskapliga retorikens roll för att legitimera dessa ambitioner.⁵⁹ I mötet mellan dessa olika villkor möjliggjordes de händelser som blev abort- och steriliseringslagarnas konsekvenser. Inte minst viktigt var mötet mellan moderna byråkratiska organisations- och auktoritetsmönster, och den politiska staten och dess sociala ingenjörskonst. Vi kan knappast hävda att vi i vår tid i något väsentligt avseende gjort upp med dessa modernitetens villkor. Det är därför jag menar att man kan föra in kunskaperna från abort- och steriliseringslagarnas tid rakt in i centrum för våra diskussioner om modernitet, civilisationsprocesser samt klass- och könsmakt.

Makten är som produktivast när den inte framträder för de berörda som just makteffekter. När det börjar framträda som sådana mister de sin effektivitet.⁶⁰ När det gäller aborterna blev legitimitetsproblemet akut på sextioalet, i neurosedynkatastrofens och kölvatten och inte minst i samband med de så kallade Polenresorna. Problemen kunde då inte längre göras osynliga; medborgarna inte längre förmås hålla sig lugna. Abortlagens karaktär av

köns- och även klasslag blev uppenbar. Makten måste i ett sådant läge söka sig nya nivåer att operera på – nivåer som flyttar in i individen och onödiggör ett utifrån kommande reglemente. På reproduktionsområdet bidrog de nya kontraktiva teknikerna och den allmänna liberaliseringen på sexualområdet till att öppna möjligheterna för detta. Mot bakgrund av de historiska erfarenheterna måste man ställa frågan om det är en tillfällighet att trettioalets abort- och steriliseringslagar upphävdes när preventivteknik och fosterdiagnostik hade utvecklats. Det faktum att svenska förståndshandikappade kvinnor föder barn i så anmärkningsvärt låg grad⁶¹ kan ju betraktas som ett av uttrycken för disciplineringsstrategins framgång.

Jag tror att det är viktigt att vara försiktig med att dra några slutsatser angående en allmänt humaniserande utveckling i vårt samhälle. Innan vi drar några sådana slutsatser behöver vi ställa oss frågan om vi inte snarare har att göra med transformationer och förflyttningar av våldet och övergreppen i det sociala systemet snarare än med några allmänna värdeförändringar. Vi bör fråga oss om inte det statliga våldet och övergreppen kommit att riktas mot nya ångest- och hotbilder, mot nya målgrupper – jag tänker på flyktingarna. Och – handlar det här inte om i grunden samma problematik: vilka människor skall vår svenska befolkning bestå av?

Forskningsprojektet: ”Kvinnor i nöd’ – Aborter som brännpunkt för medicin, moral och moderskapspolitik under trettio- och fyrtiotalen” har projektstöd från Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet.

Noter

1 Se Yvonne Hirdman, *Att lägga livet tillrätta: Studier i svensk folkhemspolitik*, Stockholm 1989; Margareta Lindholm, *Talet om det kvinnliga: Studier i feministiskt tänkande i Sverige under 1930-talet*, Göteborg 1990. Monograph from the Department of sociology, University of Gothenburg No 44.

2 Maija Runcis, *Steriliseringar i folkhemmet*, Stockholm 1998.

3 Peter Squires, *Anti-social policy: Welfare, ideology and the state*, London 1990, 41f.

4 Philippe Ariès, "Two successive motivations for the declining birth rate in the West", *Population and development review/New York Population*, 1975: 645-650; André Burguière, "From Malthus to Max Weber: Belated marriage and the spirit of enterprise", i Robert Forster & Orest Ranum (eds), *Family and society: Selections from the Annales*, Baltimore/London 1976.

5 Ariès, 1975, s. 646.

6 Joan Busfield, "Ideologies and reproduction", i Martin P.M. Richards (ed.), *The integration of a child into a social world*, Cambridge UP 1979, s. 16.

7 Jag har inom ramen för projektet gått igenom ansökningar och berättelser om abort i medicinalstyrelsens och socialstyrelsens arkiv för perioden 1939-1949. Abortärendena handlades fram till 1946 av Rättspsykiatriska nämnden (detta material förvaras på Riksarkivet) och därefter av Socialpsykiatriska nämnden (förvaras på Socialstyrelsens arkiv). Jag har läst sammanlagt omkring ettusen akter; av dessa har hundrafjorton specialgranskats. Fallen har valts ut på så sätt att de skall spegla 1) spektrumet av abortsituationer 2) spektrumet av ställningstaganden och beslut dels från den lokala förvårningsinstansen (den intygsskrivande läkaren), dels från den centrala förvårningsinstansen (medicinalstyrelsen). Huvudsyftet med granskningen har varit att beskriva och analysera de attityder och värderingar som möjliggjorde den disciplinära reproduktionspolitiken. Aktmaterialet har kodats.

8 Efter 1/7 1941.

9 Efter 1/7 1941.

10 Donald Ball, "The problematics of respectability", i Jack Douglas (ed.), *Deviance and respectability: The social construction of moral meanings*, New York 1970, s 347.

11 Akt 29. 1941.

12 Akt 44. 1946.

13 Akt 56. 1947.

14 Akt 49. 1946.

1512 Mats Börjesson, *Sanningen om brottslingen: Rättspsykiatri som kartläggning av livsöden*, Stockholm 1994, s. 124.

16 *ibid.*, s. 83.

17 Angående bekännelsens betydelse i västerlandets historia, se Mike Hepworth & Bryan S. Turner, *Confession: Studies in deviance and religion*, London 1982.

18 Akt 51. 1947.

19 Akt 95. 1949.

20 Akt 32. 1943.

21 Akt 105. 1949.

22 Akt 96. 1949.

23 Jfr Börjesson, 1994, s. 84.

24 Akt 16. 1941.

25 Kai T. Erikson, "Notes on the sociology of deviance", *Social problems*, vol. 9 (1962), s. 310.

26 *Arvika Nyheter*, 21/10 1942.

27 *Värmlands Folkblad*, 2/11 1942.

28 *Göteborgstidningen*, 12/6 1943.

29 *Aftonbladet*, 8/3 1941.

30 *Dagens Nyheter*, 8/3 1941.

31 *Stockholms Förstadsblad*, 7/4 1941.

32 *Dagens Nyheter*, 3/6 1941.

33 Riksarkivet. Kommittéarkivet. *Kommitté nr 651*, Abortkommittén 1934. Volymerna 6-9: Utdrag ur rättegångsprotokoll.

34 Riksarkivet. Kommittéarkivet. *Kommitté nr 1304*, Abortutredningen 1949. Volym 9, Handlingar rörande självmordsundersökning.

35 Einar Sjövall, *Rättsmedicin*, Stockholm 1946, s. 154. Skriften ingår i serien *Kriminologisk handbok* (nr 3), utgiven av Karl Schlyter. Den studie Sjövall hänvisar till är Gunnar Hedrén, *Fosterfördrivning från rättsmedicinsk syn-*

punkt, särskildt med hänsyn till svenska förhållanden och svensk lagstiftning (Stockholm 1901).

36 "Biologiska graviditetsreaktioner. En diskussion", *Sexualfrågan* nr 2, s. 1944, 12-14.

37 Riksarkivet. Kommittéarkivet. *Kommitté nr 1304*, Abortutredningen 1949. Volym 9, Handlingar rörande självmordsundersökning.

38 Milan Kundera, *De svikna arven*, Stockholm 1993, s. 211.

39 *ibid.*, s. 207f.

40 jfr *ibid.*, s. 191ff.

41 Akt 104. 1949.

42 Akt 32. 1943.

43 Akt 60. 1947.

44 Akt 78. 1948.

45 Akt 52. 1947.

46 Akt 67. 1947.

47 Akt 109. 1949.

48 Max Weber, *Ekonomi och samhälle: Förståendesociologins grunder 1*, Lund 1983, s. 144.

49 Majgull Axelsson, *...och dom som inte har*, Stockholm 1996, s. 30f.

50 För en fin analys av auktorisationens etiska, psykologiska och moraliska konsekvenser, se Herbert Kelman, "Violence without moral restraint: Reflections on the dehumanisation of victims and victimizers", *Journal of social issues*, vol. 29, 1973; s. 38f. En insiktsfull sociologisk studie om det moderna samhällets grundstruktur (inte minst byråkratin) och dess moraliska effekter är Zygmunt Baumans, *Auschwitz och det moderna samhället*, Göteborg 1989.

51 Se Robert Nye, *Crime, madness and politics in modern France: Medical concept of national decline*, Princeton 1984.

52 För en diskussion av socialpatologins ställning inom socialpolitiken, se *Squires*, 1990, s. 157f, 169.

53 Se Mats Börjesson, "Klienter och klientel: Om sociala kartläggningar", *Kulturella Perspektiv*, 6 (1997), nr 3. s. 37f.

54 Richard M. Titmuss, *Essays on 'The welfare state'*, London 1976, kap 5.

Christopher Tietze, John Bongaarts & Bruce Shearer, "Mortality associated with the control of fertility", *Family Planning Perspectives* 1976; 8 (1), s. 6-14. Howard Ory, Jacqueline Darroch Forrest & Richard Lincoln, *Making choices: Evaluating the health risks and benefits of birth control methods*, New York/Washington 1983. A publication of The Alan Guttmacher Institute.

55 Bauman, 1989, s. 52.

56 Bente Rosenbeck, "Politik, videnskab og køn", i Kåre Tønnesson (red.), *Fra kvinnehistorie til kjønns historie?, Rapport III från det 22. nordiska historikermøte Oslo 13.-18 august 1994*, Oslo 1994, s. 38ff.

57 Michel Foucault, *Sexualitetens historia 1. Viljan att veta*, Stockholm 1980.

58 Angående befolkningspolitiken och förhållandet mellan kvantitet och kvalitet, se Karin Johannisson, "Folkhälsa som samhälleligt projekt", *Lychnos* 1991.

59 Se Baumans, 1989, diskussion av dessa (och flera) det moderna samhällets ordinära och allmänna egenskaper som grundläggande förutsättningar för övergreppen och i Tyskland, i förordet.

60 Mats Beronius, *Den disciplinära maktens organisering: Om makt och arbetsorganisation*, Lund 1986, 41.

61 Evy Kollberg, *Omstridda mödrar: En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade* (Göteborg 1989).

Steriliseringspolitikens tillämpning på Västra Mark

Kristina Engwall

Fråga är om icke sterilisering måste anses såsom en humanare och lämpligare behandlingsform av de till den förstnämnda typen hörande fallen (beskedliga, lättskötta och arbetsföra imbecilla vilka mera tillfälligtvis 'råkat i olycka') än internering på slutna anstalt.¹

Ovanstående citat är hämtat från den årsberättelse som överläkaren på sinnessjukhuset Västra Mark skrev år 1931 till Medicinalstyrelsen. Västra Mark var ett statligt sinnessjukhus, men avsett för s.k. asociala och imbecilla kvinnor, d.v.s. med dagens begrepp mycket lindrigt utvecklingsstörda kvinnor som ansågs uppträda "asocialt". Asocialiteten tycks för dessa kvinnors del ha bestått av "sexuell opålitlighet" eller våldsamhet. Även "imbecilla" kvinnor som begått brott och straffriförklarats kom till Västra Mark.

Det inledande citatet från överläkaren visar mycket tydligt att steriliseringspolitiken hade en plats i Västra Marks verksamhet. Den här artikeln handlar om steriliseringspolitikens tillämpning på Västra Mark 1931-1967. Syftet är främst deskriptivt, men en diskussion kring eventuella orsaker som gjorde att patienter inte steriliserades kommer att föras liksom en diskussion om relationen mellan sinnesslöa kvinnor, sexuella övergrepp och sterilisering.²

Västra Mark hade 350 vårdplatser. År 1967 omvandlades Väst-

ra Mark till specialistsjukhus och övertogs av Landstinget. 1960- och 1970-talen innebar stora förändringar inom vården av de utvecklingsstörda och med tiden kom Västra Mark i sina gamla regementslokaler att bli allt mer omodernt. År 1981 lades Västra Mark ner.

Artikeln bygger främst på journalmaterial från Västra Mark. Urvalet av journaler utgörs av samtliga nyintagna patienter vart femte år med början år 1931. Eftersom samtliga vårdplatser fylldes 1931 och många av dessa patienter kom att stanna en längre tid på Västra Mark blev antalet platser för nyintagna följande år färre.

Tabell 1

Antal nyinskrivna patienter vart femte år vid Västra Mark samt antalet befintliga journaler på Landsarkivet i Uppsala

	<i>Antal intagna</i>	<i>antal på ULA</i>
1931	312	200
1936	52	44
1941	42	39
1946	53	52
1951	41	39
1956	44	42
1961	42	37
1966	20	17
summa	606	470

Källa: ULA VMS Årsberättelser samt patientjournaler FIa och FIb

Antalet steriliserade på Västra Mark

Av de 470 patienter på Västra Mark som undersökningen omfattar har 150 stycken kvinnor blivit steriliserade. Av dessa 150 kvinnor har 87 kvinnor steriliserats på Västra Mark. De övriga 63 kvinnorna har steriliserats innan de tagits in på Västra Mark.

Tabell 2

Antal steriliserade på Västra Mark samt steriliserade före Västra Mark

<i>intagningsår</i>	<i>steriliserade på VMS</i>	<i>steriliserade före VMS</i>	<i>summa</i>
1931	16	0	16
1936	9	2	11
1941	17	9	26
1946	20	17	37
1951	5	15	20
1956	9	10	19
1961	7	8	15
1966	4	2	6
summa	87	63	150

Källa ULA VMS Patientjournaler F1 a samt F1 b

Tabellen ovan ska jämföras med antalet nyintagna/år (tabell 1). Tillsammans säger de båda tabellerna något om hur många som var steriliserade redan då de kom till Västra Mark. Antalet patienter som redan var steriliserade vid ankomsten till Västra Mark ökade fram till 1950-talet, för att sedan minska igen.

Tabell 3

Andelen patienter i procent som redan var steriliserade vid intagningen på Västra Mark

	<i>steriliserade i %</i>
1931	—
1936	4,5
1941	22,5
1946	32,5
1951	38
1956	24
1961	21
1966	12

Källa: ULA VMS befintliga patientjournaler F1a och b

Även överläkaren noterade med tiden att allt fler patienter var steriliserade redan då de anlände till Västra Mark. I årsberättelsen år 1951 skriver han att „ett stort antal patienter är numera steriliserade redan vid intagningen...”.³ Av dem som steriliserats före intagningen på Västra Mark har åtta stycken opererats under vistelse på sinnessjukhus och 26 stycken på sinnesslöanstalter, barnhem eller skyddshem. I nio fall är en trolig orsak till sterilisering att kvinnorna redan hade många barn eller barn som var utackorderade.

Tio stycken har steriliserats i samband med aborter. Medelåldern bland dessa var 22 år. Samtliga var ogifta med undantag av en frånskild kvinna och en gift kvinna. Två av de ogifta hade redan barn.⁴ Den frånskilda kvinnan hade två barn och kvinnan som var gift hade sex barn. Dessutom finns tio patienter där orsaken till steriliseringen inte framgår. Sammantaget visar dessa siffror att knappt hälften av dem som steriliserats innan de kom till Västra Mark, opererats på någon typ av anstalt.

Steriliseringspraxis före steriliseringslagstiftningen

Den första steriliseringslagen trädde i kraft år 1935, men redan då Västra Mark öppnade år 1931 argumenterade överläkaren för en steriliseringslag i årsberättelsen och i samtal med överinspektören för sinnessjukvården. Engagemanget för en steriliseringslag från överläkarens sida syns även i journalmaterialet. Det visar sig att så tidigt som år 1931 diskuterade överläkaren steriliserande operationer med åtminstone två av sina patienter.⁵ Flera exempel visar att överläkaren räknade med att en steriliseringslag snart skulle komma. År 1932 skrev överläkaren till överinspektören angående en patient att hon „... hör till den kategori beskedliga och oförargerliga imbecilla, vilka efter företagen sterilisering skulle kunna utskrivs från sjukhuset.”⁶ Kvinnan steriliserades 1935 innan hon skrevs ut.

Vid ett föredrag år 1933 om “Några ord om erfarenheterna

från statens anstalt för asociala imbecilla kvinnor i Örebro” sade professor Jacobowsky följande:

Enligt min mening är tiden mogen för en obligatorisk sterilisering av sinnesslöa. Doktor Wåhlén har på min begäran gjort ett överslag över det antal patienter som efter sterilisering skulle kunna skrivas ut och kommer till siffran 20%. Dessa, menar han, skulle efter sterilisering kunna skrivas ut utan risk för graviditet, varvid deras fortsatta vårdbehov skulle kunna prövas.⁷

Vårdbehovet för 20 procent av kvinnorna berodde således på deras fertilitet, ansåg överläkaren, om fertiliteten upphävdes behövdes inte interneringen. Överinspektören för sinnessjukvården var dock inte lika övertygad som överläkaren på Västra Mark att steriliseringar skulle bidra till att färre patienter behövde vårdplatser. Han menade att behovet av platser fortfarande skulle vara stort eftersom medelåldern på Västra Mark var så pass låg att “...avgång genom dödsfall eller på grund av ålderdom minskad asocialitet...” inte kunde påräknas.⁸

Att överläkaren var nöjd när steriliseringslagen gick igenom bekräftades år 1935 då han skrev: “En ökad möjlighet att vistas utanför sjukhuset har genom den med början av år 1935 ikraftträdande steriliseringslagen inträtt för vissa av sjukhusets patienter.”⁹ Om enskilda patienter kunde överläkaren yttra sig på följande sätt:

Hennes uppförande på sjukhuset har varit gott och hon har arbetat flitigt och ordentligt med knyppling. Hennes behov av vård härstädes är därför helt beroende av de risker i sexuellt avseende, som man har att räkna med, därest hon skulle få vistas utanför sjukhuset. Sedan nu steriliseringslagen trätt i kraft, har man möjlighet, att genom steriliseringsoperation omöjliggöra ett havandeskap. Om /namn/ bleve steriliserad, skulle man kunna våga låta henne som försöksutskriften visas utanför sjukhuset...¹⁰

Av flera anledningar sågs sterilisering även som en ekonomisk besparing. “Om hon steriliserades, anser jag, att hennes vård på slu-

ten anstalt ej vore trängande. Hon kunde då förtjäna sitt uppehälle ungefär halva året” står det i en av journalerna.¹¹ Det var billigare att sterilisera än att betala vårdplats och steriliserade kvinnor kunde eventuellt i viss mån bidra till sin egen försörjning. Fattigvården riskerade inte heller att få fler fattigvårdstagare i form av fler barn, om kvinnorna steriliserades.¹²

Det fanns dock patienter som blivit steriliserade innan lagen gått igenom. Några steriliserande operationer före år 1935 förekom inte på Västra Mark av de patienter som ingår i denna undersökning. Överläkaren talade om sterilisering med sina patienter och begärde i ett fall tillstånd, men några operationer kom inte till stånd. De patienter på Västra Mark som steriliserats innan lagen trätt i kraft hade opererats i andra sammanhang. En patient hade t.ex. steriliserats år 1934 på en sinnesslöanstalt.¹³

Ett annat intressant fall är en kvinna som enligt journalen röntgensteriliserades 1926. Steriliseringen misslyckades dock och kvinnan födde ett barn 1929.¹⁴ Röntgensterilisering var en innovation av tysken Manfred Fraenkel. Han rekommenderade detta som ett alternativ för dem som inte tyckte om kirurgiska ingrepp.¹⁵ Röntgensterilisering inkluderades i den tyska lagen 1936. Senare kom röntgensterilisering att bli ett enkelt sätt att sterilisera utan den bestrålades vetenskap.¹⁶

Röntgenbestrålning finns omnämnd som metod för sterilisering (och kastrering) även i Sverige i den statliga steriliseringsutredningen 1929. Två skäl angavs dock för att inte använda metoden. För det första var det inte bevisat att sterilitet som orsakades av röntgenbestrålningen var bestående. För det andra visste man inte om röntgenbestrålningen kunde medföra upphörande av hormonproduktionen, vilket skulle innebära att det inte längre handlade om sterilisering utan om kastrering. Operation blev den metod som förordades för sterilisering.¹⁷ Att sterilisering med hjälp av röntgen misslyckades ibland visar exemplet från Västra Mark. Patienten i fråga var intagen på Västra Mark ända fram till sin död.

Steriliseringslagen – ett oreglerat område regleras

Frånvaron av en steriliseringslag medförde att det saknades kontroll över läkarnas insatser. Däremot innebar inte frånvaron av en steriliseringslag att det inte utfördes steriliserande operationer. De som steriliserade på arvshygieniska grunder hade inte ett officiellt stöd, vilket markerades av att Medicinalstyrelsen inte gav tillstånd till sterilisering. Det framkom dock att flera steriliseringar genomförts av andra skäl än rent medicinska.¹⁸ En steriliseringslag medförde därför att det på ett annat sätt, om än begränsat, fanns möjligheter för individen att överklaga och vägra sterilisering. Utan lag utlämnades individen åt läkarnas godtycke. En ny lag behöver inte innebära att något nytt introduceras, utan att ett tidigare oreglerat område regleras och kontrolleras. Sterilisering är ett exempel på ett sådant område.

Om steriliseringslagen som ett skydd för alltför stor godtycklighet i fråga om steriliseringar skriver kriminologen Kjersti Ericsson. I en undersökning av ett ungdomshem för flickor i Norge på 1950-talet visar hon att den norska steriliseringslagen kunde fungera som en bromskloss då lokalsamhällellenas representanter önskade få flickor steriliserade. De önskade sterilisering i större omfattning än vad lagen tillät av både moraliska och ekonomiska skäl. Det var kommunen som fick bära kostnaderna för eventuellt understöd till ensamstående mödrar med barn.¹⁹ En lag som reglerade steriliseringsförfarandet legitimerade således sterilisering, men kunde även sätta stopp för en alltför stor godtycklighet.

Steriliseringarna på Västra Mark under 1930-talet

Forskning om svensk steriliseringspolitik bygger främst på källmaterial på central nivå. Ett annat perspektiv ger journalmaterialet från Västra Mark. Tidigare forskning har t.ex. visat att den "frivillighet" som skulle stå bakom steriliseringen ofta var en chimär. Ett tydligt tecken på detta var att en del av dem som "frivilligt" begärt sterili-

sering sedan inte infann sig till steriliseringsoperationen. I journalerna från Västra Mark kan vägran till sterilisering, övertalning och villkor om sterilisering för utskrivning beläggas.

När Västra Mark öppnades motiverades ett tiotal patienters intagning med att de annars riskerade föda barn. Trettioalets lösning på problemet med de fertila sinnesslöa kvinnorna var således internering. Öppnandet av Västra Mark var ett led i denna politik. Steriliseringslagen år 1934 förändrade dock politiken till en del.²⁰ Möjligheten gavs att sterilisera istället för att internera. Denna möjlighet utnyttjades dock inte i någon större omfattning på Västra Mark. T.o.m. år 1941 när den andra steriliseringslagen kom steriliserades knappt tjugo kvinnor, av dem som ingår i undersökningen, på Västra Mark.

Redan år 1932 ansökte överläkaren om tillstånd för sterilisering av en patient med "tattarpåbrå" hos Medicinalstyrelsen. Överinspektören lät dock meddela att tillstånd inte gavs eftersom "...sterilisering ej torde leda till åsyftat resultat...".²¹ Kvinnan steriliserades istället år 1935 då steriliseringslagen trätt i kraft.

Den s.k. "tattarfrågan" var en samtida diskussion med steriliseringsfrågan på 1930-talet. Socialstyrelsen drev bl.a. frågan att "tattare" var en genetiskt urskiljbar grupp som borde steriliseras.²² Något generellt steriliseringspåbud av "tattarna" stod inte att utläsa av någon av steriliseringslagarna. Däremot kunde vissa av indikationerna i lagen tolkas som tillämpningsbara på "tattarna". I ansökningarna till Medicinalstyrelsen var "tattare" ett begrepp som förklarade behovet av sterilisering.²³

På Västra Mark fanns åtta patienter med "tattarpåbrå". De officiella orsakerna till att de vistades på Västra Mark var att de ansågs vara "imbecilla" och "asociala".²⁴ Troligtvis spelade deras "tattarpåbrå" en roll vid bedömningen av dem, men i vilken grad går inte att utröna.²⁵

1940-talet - på Västra Mark enbart i steriliseringssyfte

De flesta steriliseringarna i undersökningsmaterialet kom att ske under 1940-talet och de första åren av 1950-talet. Då steriliserades drygt ett fyrtiotal av patienterna.

Under 1940-talet placerades ett knappt tiotal kvinnor på Västra Mark enbart i syfte att steriliseras. Tankarna som framförts redan på trettioalet att sterilisering kunde ersätta internering realiserades på 1940-talet. Det kunde dock uppstå problem att övertyga kvinnorna om att sterilisering var det bästa för dem. Internering på Västra Mark en kortare period kunde i dessa fall förmå kvinnorna att acceptera sterilisering, resonerade man. I valet mellan fortsatt internering på Västra Mark eller att steriliseras och komma ut, framstod ofta steriliserad men fri som det bättre alternativet, vilket bl.a. läkare och fattigvårdsnämnder visste. Ansökningshandlingarna som rekommenderade en kortare tids vistelse på Västra Mark i syfte att sterilisera kvinnan skrevs i vissa fall av läkare. I andra fall framgår av brevväxling mellan överläkaren på Västra Mark och fattigvården att vård inte längre behövdes i och med att patienten blivit steriliserad.

Straffriförklarade kvinnor kunde anses vara i behov av sterilisering. En straffriförklarad kvinna undersöktes på Ulleråker år 1946 och den behandling som rekommenderades var en kortare tids vistelse på sinnessjukhus under vilken en sterilisering borde komma till stånd.²⁶ I undersökningsjournalen från häktet år 1946 för en kvinna som hade tre barn med sin styvfar och dömdes för otukt stod följande:

Det ur samhällets synpunkt viktigaste är att snarast möjligt låta expl. undergå sterilisering för att hindra en fortsatt avling av en med mindervärdiga anlag behäftad avkomma. En särskilt kraftig tankeställare i detta hänseende ger expl.:s sistfödde gosse, vilken framförts som missbildad idiot. Expl. är heller icke lämpad att omhänderta vårdnaden av barn. Hon bör för att avbryta de olyckliga förhållanden, som uppstått

*genom hennes brott samman med en lika imbecill styvfader, intagas på sinnessjukhus för åtminstone så lång tid, att hon där kan undergå sterilisering, och det kan ordnas med för henne speciellt lämpade och övervakade former, då hon kan på försök utskrivas.*²⁷

En kvinna som själv medgivit sterilisering, vägrade när operationen skulle verkställas. I ett brev den 28 maj 1946 till överläkaren anfördes följande skäl till att kvinnan borde intas på Västra Mark: "... med anledning härav /vägrar sterilisering/ hemställes att hon med det snaraste kunde beredas vård å sjukhuset för en kortare tid då hon troligtvis kommer att gå med på steriliseringen när hon kommer till sjukhuset." I brevet erbjöds överläkaren även att få steriliseringshandlingarna sig tillsända. Samma år den 7 november skrev överläkaren till den fattigvårdsstyrelse som betalade för patientens vårdplats att patienten "... sedan hon nu undergått steriliseringsoperation, ej längre är i behov av vård å sjukhuset."²⁸ I detta fall står det helt klart att orsaken till intagningen var att verkställa steriliseringsoperationen.

En kvinna som hade barn med två män upptäcktes under en vårdperiod på sanatorium vara gravid med en tredje man. Hon fick tillstånd till abort och sterilisering, men vägrade. Hon födde sitt tredje barn, men på läkarens initiativ intogs hon på Västra Mark. "Den undersökta kan omöjligen tillåtas fortsätta med sitt asociala levnadsätt och sin ansvarslösa barnalstring, varför hon snarast möjligt bör intagas på anstalt för kvinnliga asociala imbecilla."²⁹ På Västra Mark talade hon med överläkaren och i journalen står det:

*Hon blir förlägen och rodnar litet, då det olämpliga i att sätta barn till världen, utan att kunna taga försorg om dem, påtalas, men protesterar och försvarar sig med att samhället endast behövt ta hand om det sista, och det oombett. De övriga försörjas av sina fäder. -Pat. vill ej gå med på sterilisering, men ger med sig och säger sig villig till det, om hon därigenom skulle kunna komma ut från sjukhuset.*³⁰

1950- och 1960-talen: en ny syn bryter fram

Även under 1950- och 1960-talen utfördes steriliseringar på patienter på Västra Mark, men inte i samma omfattning som tidigare. Sterilisering var inte längre ett krav för abort eller utskrivning. År 1963 och 1966 beviljades två patienter på Västra Mark enbart abort och inte under förutsättning att de steriliserades.³¹ Det finns exempel på kvinnor som beviljades abort två gånger utan att sterilisering ställdes som villkor.

Orsakerna till steriliseringspolitikens förändring måste sökas i förändringarna i samhället i stort. Nya preventivmedel stod till buds och sterilisering var inte längre det enda sättet att undvika graviditeter. År 1964 godkändes t ex p-pillren i Sverige. I ett samtal mellan överläkaren och en patients moder var modern mycket negativ till en sterilisering av dottern. Modern åtog sig istället att ge sin dotter p-pillen, vilket överläkaren samtyckte till.³² Tillgången till preventivmedel gjorde att ca tio patienter på Västra Mark rekommenderades att använda preventivmedel. P-pillen, pessar och spiral var de preventivmedel som användes.

Sexualitet och föräldraskap separeras

En av förändringarna på sextiotalet var en växande förståelse för människors med utvecklingsstörning sexualbehov. Sexuella relationer mellan utvecklingsstörda kunde accepteras, men det ansågs fortfarande viktigt att de inte fick barn. På trettioalet var målet att sinnesslöa kvinnor inte skulle få barn, men det kan även tolkas som att sinnesslöa kvinnor inte heller hade rätt till sexuella relationer. Genom äktenskapsförbudet förhindrades sinnesslöa att gifta sig. I en tid då äktenskapet var den enda accepterade arenan för kvinnors sexualitet, markerade äktenskapsförbudet att de sinnesslöa kvinnornas sexualitet var oönskad. Kvinnors sexualitet syftade enligt samtiden till barnalstring. Då sinnesslöa kvinnor främtogs sin fertilitet via sterilisering, fanns ingen accepterad anledning till sexuella rela-

tioner. Rätten till sexualitet var nära förbunden med rätten till föräldraskap för kvinnor. Äktenskapsförbudet och steriliseringen markerade att eventuella barn var oönskade, men kan även tolkas som att sinnesslöas sexuella relationer var oönskade.

Under sextioalet kom föräldraskapet att skiljas från sexualiteten. Sexualiteten tilldelades ett värde i sig. I debatten gjorde sig främst mäns röster sig hörda, men sexualitet och föräldraskap som två skilda företeelser fick betydelse för alla.³³ Denna åtskillnad gjorde att även utvecklingsstörda kunde tänkas ha sexuella relationer, där föräldraskapet förhindrades genom preventivmedel. Det hade skett en förändring i synen på sinnesslöa kvinnor och sexualitet från trettiotalet till sextioalet, men synen på sinnesslöa/utvecklingsstördas föräldraskap var densamma. Utvecklingsstörda kunde på 1960-talet tänkas ha en sexuell relation, men de borde inte vara föräldrar.³⁴

Vägran

Av de genomgångna journalerna framgår att flera kvinnor vägrade att gå med på sterilisering. Ibland respekterades vägran, men oftast inte. I ett femtontal fall under hela Västra Marks tid finns patienternas vägran till sterilisering noterad. Två tredjedelar av dessa fall slutade med att kvinnorna steriliserades trots sin vägran. Om kvinnorna väl var intagna på Västra Mark var det naturligtvis svårt att fortsätta vägra. De möjligheter som annars stod till buds för kvinnor som inte var på anstalt t.ex. att inte infinna sig till operation eller att inte söka sig till läkare, fanns inte för kvinnorna på Västra Mark. Dessutom var ofta villkoret för utskrivning en steriliseringsoperation.

Från första stund Västra Mark öppnade vägrade patienter att gå med på sterilisering. Ett av de tidigaste exemplen är en kvinna som hade fött två barn där det visade sig att hennes bröder var fäder. Hon dömdes för otuktsbrott 1929, men straffriförklarades

och kom till Västra Mark 1931. I hennes journal finns följande anteckningar:

5/6 1931 samtal med överläkaren Vid tillfrågan om pat. skulle vilja bli opererad, så att hon ej kunde få flera barn, svarar hon till en början ej utan börjar gråta tyst. Vid en ny förfrågan säger hon bestämt att hon inte vill vara med om en dylik operation. /—/

4/10 1932 samtal med överinspektören: Pat säger sig längta ut, hon vill hem och ta sig en plats. Försäkrar att hon 'skall nog sköta sig'. Nödvändigheten av en sterilisering före utskrivningen framhålls av Överinspektören.³⁵

Kvinnan steriliserades 1936, trots att flera anteckningar visade att hon inte ville detta.

Åtskilliga fall visar att sterilisering togs upp till diskussion av överläkaren vid patientmöten. Patienterna vägrade först, men efter det att frågan förts på tal flera gånger och dessutom förenats med löften om utskrivning eller hot om att inte bli utskriven har patienterna ändrat sig. I flera fall finns ingenting som bekräftar att patienten verkligen ändrat uppfattning i steriliseringsfrågan i journalen. Den enda notering som finns är datum för steriliseringsoperation.

Vägran i samband med abort

I några fall gäller patienternas vägran sterilisering i samband med abort. Lagstiftarna hade nämligen gjort en direkt koppling mellan abort och sterilisering. Enligt 1938 års abortlag fick abort på grund av eugenisk (rashygienisk) indikation enbart företas om sterilisering samtidigt utfördes.³⁶

I åtta fall företogs både abort och sterilisering på kvinnor som var intagna på Västra Mark. Tre fall inträffade under 1940-talet, två fall under 1950-talet och tre under 1960-talet. Den sista aborten med samtidig sterilisering skedde 1965. Patienterna på Västra Mark var gravida vid intagningen eller blev gravida under rymningar eller

försöksutskrivningar. Medelåldern på de kvinnor som steriliserades i samband med abort på Västra Mark var 23 år med en spridning mellan 18 och 28 år. Samtliga kvinnor var ogifta, men tre av dem hade barn sedan tidigare.³⁷ En av kvinnorna hade haft ett missfall vid 17 års ålder och steriliserades vid nästa graviditet 18 år gammal.³⁸

En patient rymde från Västra Mark år 1957 och blev gravid. I ett samtal med överläkaren tillfrågades patienten hur hon ställde sig till abort. Kvinnan förklarade att hon kunde tänka sig att abortera detta foster, men att hon i framtiden ville ha barn. Överläkaren talade då om för henne att sterilisering kunde bli ett villkor för att abort skulle utföras. Hon svarade "...med bestämdhet att hon absolut inte ville gå med på sterilisering- 'då får det hellre vara'."³⁹ Kvinnan aborterades och steriliserades trots detta en kort tid senare.

Några patienter respekterades dock i sitt val att vara fortsatt fertila och steriliserades inte. Det gäller t.ex. den kvinna vars journalanteckning från 1968 lyder: "Visat sig mycket förtjust i pojkar och är hållningslös och opålitlig. Vägrar gå med på sterilisering. 'Om ni kommer med några papper så river jag sönder dem.'"⁴⁰ Samma patient hade varit med om två aborter. Slutligen flyttade hon ihop med sin fästman och de fick ett barn som de själva behöll vårdnaden om.

“Frivillig” sterilisering

Samtidigt som det är uppenbart att vissa patienter vägrat sterilisering, men ändå steriliserats, finns det anteckningar i journalerna om patienter som frivilligt gått med på sterilisering. Det finns anteckningar som "...går mer än gärna..." med på steriliseringsoperation samt "hon säger sig vilja bli steriliserad".⁴¹ Frågan är hur pass mycket frivillighet som kan läggas in i dessa anteckningar. Patienten har säkerligen yttrat detta, men i sin kontext måste det ifrågasättas hur mycket patienterna egentligen har förstått. Patienten som yttrade att hon gärna ville bli steriliserad har vid samma tillfälle

yttrat andra artighetsfraser och samtalet avslutades med att hon negartigt och sade "Tack så mycket, herr överläkare".⁴² Hela samtalet ger intryck av att överläkaren talade och patienten svarade artigt.

I ett brev till en patients moder skrev överläkaren: "/namn/ har av fri vilja och med full förståelse undertecknat ansökan att bli steriliserad...".⁴³ Det intressanta i detta fall är att patienten är straffri-förklarad, d.v.s. hon har inte dömts till straff eftersom hon inte ansågs förstå innebörden av sina handlingar på grund av sin imbecillitet. Ändå ansågs hon kapabel av läkaren att själv begära sterilisering.⁴⁴

Det problematiska med att människor med utvecklingsstörning själva godkänner och begär sterilisering diskuteras i det amerikanska arbetet *Mental retardation and sterilization. A problem of competency and paternalism*. Ett av de utmärkande dragen för utvecklingsstörda är just deras svårigheter att förstå konsekvenser av sitt handlande på lång sikt. Det kan därmed vara svårt att inse att sterilisering innebär att beslutet att inte få barn är taget för livstid. Dessutom, påpekar författarna, är många med utvecklingsstörning lättare att övertala än icke-utvecklingsstörda och många kämpar ofta för att göra andra nöjda och till viljes.⁴⁵ Uppgifter om att människor med utvecklingsstörning begär sterilisering frivilligt eller gärna går med på sterilisering måste därför kritiskt granskas.

Att patienter inte förstått innebörden av sterilisering visar sig i detta brev, där en tidigare patient på Västra Mark tillsammans med sin make skrev följande brev till överläkaren. Kvinnan hade steriliserats år 1945.

...jag tillskriver eder för att ni möjligen skulle vilja hjälpa os med en sak som ni vett är /namn/ ju steriliseratt och då vill vi fråga ... om ni skulle ville hjälpa os till att få medisinalstyrelsens tillstånd till att taga det upp igen som ni kanske vett är vi gifta nu venligen ...

Överläkarens svar till paret blev följande:

Till svar på edert brev får jag meddela, att jag icke anser mig böra medverka till att Eder hustrus sterilitet bleve upp-

*hävd. Hon är icke lämplig att taga vård om barn och det vore även i ärftlighetsynpunkt riskfyllt att hon födde barn. Dessutom torde det vara så att ett återställande av hennes fortplantningsförmåga ej är tekniskt möjligt. 8.10 1953*⁴⁶

Det var emellertid inte bara patienter som övertalades till samtycke till steriliseringar. Även anhöriga kunde övertalats, för att sedan ångra sig. En fader skrev i besvikelse till överläkaren 1946 att "Vi medgav sterilisering enbart med tanke på att hon skulle få komma hem, men det blev sedan icke av."⁴⁷

Ålder och äktenskap

Med tanke på steriliseringslagens intention är det inte förvånande att patienter på Västra Mark steriliserades. Det är snarare värt att uppmärksamma de patienter som inte steriliserades. De vanligaste orsakerna till att patienterna inte steriliserades var att de förflyttades till en annan anstalt eller att de redan var infertila p.g.a. ålder eller gynekologiska besvär. En del av patienterna hade ett förflutet som prostituerade och hade blivit infertila av könssjukdomar. De övriga patienter i fertil ålder som skrevs ut utan att ha steriliserats är få till antalet och därmed går det inte att dra några generella slutsatser. Det tycks dock finnas vissa tendenser som är värda att diskutera.

Fyra unga kvinnor skrevs ut från Västra Mark och journalerna nämner ingenting om sterilisering. En av dessa kvinnor skrevs ut redan 1940. Hon kom till Västra Mark som sextonåring efter att ha blivit straffriförklarad för stöld. Journalen uttrycker stor förhoppning om att hon ska kunna "tillfriskna".⁴⁸ Under en tioårsperiod runt 1950 skrevs de tre andra unga patienterna ut till sina föräldrar och till ordnat arbete. De tre kvinnorna var 16 år, 17 år och 21 år vid utskrivningen.⁴⁹ Dessa tre kvinnor hade innan de kommit till Västra Mark tillbringat tid på Statens uppfostringsanstalt för vanartade sinnesslöa flickor i Vänersborg och de var unga när de kom till Västra Mark, mellan fjorton och sexton år. Föräldrarna var i

ovanligt hög grad engagerade i sina döttrars framtid. En av fäderna anlätade t.o.m. advokat för att få ut dottern från Västra Mark.⁵⁰ Flera av patienterna saknade detta föräldrastöd p.g.a. den brokiga uppväxt de hade med vistelser i fosterhem och på anstalter.⁵¹

Vilken betydelse tillmättes ålder?

Frågan är om patienternas unga ålder och föräldrarnas engagemang kan ha haft betydelse för att de inte steriliserades? Tidigare forskning visar på en godtycklighet bland läkarna när det gäller ålder och sterilisering. Barn kunde steriliseras, men ibland avvaktade man tills barnen blivit äldre. Protester från föräldrar hjälpte inte alltid.⁵²

Generellt sett fanns ingen åldersgräns för sterilisering, vilket en statlig utredning om sterilisering år 1936 noterade:

I nu gällande steriliseringslag är ingenting stadgat om viss ålder hos den som ska steriliseras. Saknaden av bestämmelser är här fullt naturlig; när det kan anses fastställt, att en person varaktigt saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden, bör sterilisering uppenbarligen kunna verkställas oberoende av hans ålder. I praktiken komma steriliseringar långt före pubertetens inträdande knappast i fråga.⁵³

Ulf Jönsson har i sin avhandling visat med exempel från en rådgivningsbyrå i Stockholm att även barn steriliserades. Han visar också hur en mycket ung flicka fick vänta på sterilisering då en läkare ansåg henne alltför ung.⁵⁴ Det är möjligt att läkarna på Västra Mark ändå trodde att det fanns chans till "förbättring" för dessa unga flickor. I ett fall där patienten blev straffriförklarad efter snatterier och klädstöld, tyder journalanteckningarna på detta.⁵⁵

På Västra Mark hade knappt hälften av patienterna vuxit upp på anstalter eller i fosterhem, vilket ofta innebar en försvagad kontakt med föräldrarna. Frågan kan ställas om den knappa anhörigkontakten för patienterna medförde en svagare ställning i samhället, då ingen förde patienternas talan samt om detta kunde resultera i att sterilisering lättare kunde genomföras.

Även om ålder hade betydelse steriliserades också på Västra Mark kvinnor i ung ålder under samma period. Den yngsta patienten av dem som ingår i undersökningen på Västra Mark var sexton år vid steriliseringen som skedde år 1956. När hon kom till Västra Mark ansågs hon enligt journalen ha varit prostituerad.⁵⁶ Detta kan ha haft betydelse för steriliseringen. De unga patienterna som inte steriliserades var på Västra Mark för att de var våldsamma, inte för att de var "sexuellt opålitliga". Framtidsutsikterna för patienterna tycks ha spelat en roll vid beslut om sterilisering.

Äktenskap istället för sterilisering

Det tycks således som ålder kan ha haft ett visst inflytande på huruvida sterilisering skulle tillgripas eller inte. Dessutom tycks kvinnornas relationer till män ha haft betydelse. Patienter som hade en fast relation med en man kunde undantas från sterilisering. Ett parförhållande sågs i flera fall som uppbyggligt för kvinnorna.⁵⁷

En 24-årig kvinna var straffriförklarad och togs in 1951 på Västra Mark. Hennes mor motsatte sig sterilisering mycket starkt vid samtal 1951 med överläkaren. Medan diskussionen om sterilisering pågick, diskuterades även kvinnans önskemål att gifta sig. Resultatet blev att hon gifte sig och att hon inte steriliserades.⁵⁸

En annan kvinna skrevs ut, inte till äktenskap, men till samboförhållande utan att steriliseras. Detta skedde på 1960-talet och synen på äktenskapet hade förändrats. Idén om den heterosexuella parrelationen som norm rådde dock fortfarande, även om den inte längre behövde legitimeras via äktenskap. Kvinnorna skrevs således ut till sina fästmän. Kvinnan hade i ett tidigare skede ställt sig positiv till sterilisering, men förälskade sig under sin försöksutskrivningsperiod och blev gravid. Hon skrevs då ut till sin fästman och steriliserades inte.⁵⁹

I detta sammanhang passar även kvinnan som vägrade sterilisering och hotade med att riva sönder papperen in. Hon skrevs ut

till sin fästman och en traditionell kvinnoroll. Hon hade inte något yrkesarbete utan skötte hemmet och så småningom barnet.⁶⁰

Sexualitet var för kvinnor i viss utsträckning accepterad inom äktenskapet och senare inom samboförhållandet. Så länge den kvinnliga sexualiteten höll sig inom äktenskapets ramar var den inte hotande. Historien igenom har det varit den ensamstående kvinnans sexualitet som varit det största hotet och den måste därför kontrolleras. På Västra Mark kontrollerades patienternas sexualitet via interneringen och sterilisering. Vissa förhindrades från äktenskap genom det s.k. medicinska äktenskapshindret. För andra patienter blev tillåtelsen att gifta sig en väg till normalisering.⁶¹

Det "normala" för en kvinna var att ingå i en heterosexuell parrelation. Kvinnors status i samhället är utifrån detta synsätt beroende av deras relation till män. Erkännandet som accepterad kvinna i samhället baserades på hennes tillhörighet till en enda man, som utåt visade att det var "hans" kvinna, t.ex. genom att flytta samman med henne, gifta sig med henne eller ta ansvar för hennes (och hans) barn.

Risken för ökad omoral

På 1920- och 1930-talen sågs dock ett problem med steriliseringspolitiken, nämligen risken för ökad omoral. Om sinnesslöa kvinnor steriliserades fick de inga barn, men risken att de fortsatte sitt påstådda promiskuösa leverne kvarstod. Sterilisering hindrade inte kvinnorna från att ha sexuella relationer. Risken ansågs till och med vara stor att de steriliserade kvinnorna skulle leva ännu mer promiskuöst om de förstod att de inte kunde bli gravida.⁶²

I trettioalets Sverige, då steriliseringslagen tillkom, ansågs det "naturliga" för en kvinna vara att föda barn inom äktenskapet. För kvinnorna gällde det att se till att barnen föddes inom äktenskapet, vilket i tider av brist på preventivmedel innebar att de måste "hålla på sig". Att bli gravid kunde därmed antingen vara ett hot eller en glädje beroende på omständigheterna kring barnets tillkomst. Så

hade det varit sedan flera hundra år tillbaka.⁶³ Risken att bli gravid skulle avhålla kvinnor från utomäktenskapliga sexuella förbindelser. Ett barn fött utom äktenskapet var en symbol för kvinnans omoral och stigmatiserade modern så väl som barnet. I och med införandet av steriliseringar borttogs denna "naturliga" restriktion för kvinnors sexuella relationer. Den överhängande risken ansågs vara att kvinnor som redan före steriliseringen levt ett osedligt liv efter steriliseringen skulle bli ännu mer promiskuösa i och med att "hotet" om barn avskaffades. Steriliseringen tog bort konsekvenserna, graviditeten, av sexuella relationer för kvinnors del.

Vinsterna med sterilisering ansågs dock större än den moraliska förlusten och sterilisering lagstadgades. En lösning på det moraliska problemet var att inte poängtera för kvinnorna som steriliserades att de faktiskt inte kunde få barn. Helst skulle de som skulle steriliseras själva underteckna sin ansökan, men det betydde inte att de alltid insåg innebörden av ansökan. Följande exempel visar på den "hemliga natur" som steriliseringar hade.

En patient på Västra Mark hade tidigare varit på sinnessjukhus i början av 1940-talet. Där fick hon tillstånd till sterilisering, men hon skrevs ut före operationen. I ett brev år 1944 skrev patientens fader till läkaren på sinnessjukhuset och meddelade att hans dotter blivit religiös och inte längre var i behov av en steriliserande operation. Svaret blev:

Den förändring i religiöst hänseende som Ni uppger ha inträtt efter hennes hemkomst, bör ej få bli orsak till uppskov med operationen, utan önskar D:r /namn/ att Ni ofördröjligen sätter Er i förbindelse med kirurgöverläkaren vid /namn/ lasarett och rådgör med honom om tiden för operationens genomförande.

Då dessa operationer äro av s.k. hemlig natur, bör Ni enbart rådgöra med ovannämnde överläkare på lasarettet och rätta Eder efter hans råd.⁶⁴

Patienten som ovanstående brev gällde blev steriliserad år 1944. År 1946 togs hon in på Västra Mark som straffriförklarad för stöld.

Det var dock inte bara de olovliga tillgreppen som var bekymmersamma, enligt journalen, utan även hennes natt- och nöjesliv ifrågasattes. I detta uteliv ansågs hon av föreståndarinnan på den anstalt hon vistades ha dragit nytta av sin sterilisering.

Vid hämtning av pat. meddelade föreståndarinnan att pat. fränsett de första dagarna varit ett ständigt orosmoment, associerat sig med en likasinnad flicka och några andra och börjat ett ständigt natt- och nöjesliv, flitigt besökt dansbanor och nattetid kommit hem med olika män, som stannat kvar hos henne över natten. Hon gjorde reklam med att hon var steriliserad och blev mycket populär.⁶⁵

Interneringen spelade således inte ut sin roll efter steriliseringsens införande. För vissa patienter var den sociala fostran som Västra Mark ansågs stå för nödvändig som ett komplement till steriliseringen, vilket framgår av t.ex. denna skrivelse från överläkaren angående en patient:

Jag har diskuterat möjligheten av en steriliseringsoperation med patienten. Hon ställer sig själv numera icke avvisande, men då hennes ställning till frågan torde sammanhånga med hennes längtan ut, har jag, särskilt med tanke på faderns inställning till dotterns intagning härstädes, hittills icke ansett mig böra göra något däråt. Min avsikt har nu varit att låta henne gå kvar här ännu någon tid för att vänjas vid regelbundet arbete och att därefter om möjligt söka ordna med en försökspermission under lämplig tillsyn och övervakning.⁶⁶

Sterilisering följer sexuella övergrepp

Vid genomgång av journalerna visar det sig att ett sextiotal patienter har varit utsatta för sexuella övergrepp. Dessa övergrepp finns dokumenterade i journalerna, även om de av samtiden inte betraktats som sexuella övergrepp. Flera av övergreppen uppmärksammades i samband med graviditeter, t.ex. incestövergrepp och våldtäkter. Detta var fallet med en ung kvinna som år 1931 straffrättsförklarades

des för incestbrott med sin far.⁶⁷ Eftersom hon var straffriförklarad var det Sinnessjuknämnden som avgjorde då hon kunde försöksutskrivnas och skrivnas ut för gott från Västra Mark. Av misstag försöksutskrev dock överläkaren henne år 1935. I en skrivelse till Sinnessjuknämnden förklarar överläkaren sitt misstag och redogör för patientens liv samt även orsakerna till att patienten steriliserats före utskrivning.

Har ej visat annan asocialitet än sitt incestbrott. Hon torde dock på grund av sitt klena omdöme och sin foglighet vara utsatt för viss risk i sexuellt avseende. /—/ Med hänsyn till / namn/ ådagalagda och sannolika fortfarande bestående bristande motståndskraft mot sexuella närmanden framhöll jag för fattigvårdsstyrelsen, att hon borde steriliseras före en ev. försöksutskrivning och var även fattigvårdsstyrelsen av denna mening.⁶⁸

Med anledning av incestbrottet blev således kvinnan steriliserad. Någon annan asocialitet än incesten hade inte kvinnan visat enligt överläkaren, men det var en tillräcklig orsak till hennes sterilisering. Hennes "bristande motståndskraft" utsatte henne för risker till nya sexuella närmanden, vilket underförstått kunde leda till graviditeter.

I början av seklet uttrycktes en mycket ambivalent inställning till sinnesslöa kvinnor och sexualitet. De sinnesslöa kvinnorna anklagades för att leva mer osedligt än andra kvinnor, samtidigt som man också tycktes medveten om att de sinnesslöa kvinnorna i högre grad utnyttjades sexuellt än andra kvinnor.⁶⁹ Sexuella övergrepp avslöjades ofta i samband med graviditeter. Då de sinnesslöa kvinnorna steriliserades kom troligtvis en del sexuella övergrepp att döljas. Steriliseringen skyddade inte kvinnorna mot sexuella övergrepp men samhället (och ev. kvinnorna) från oönskade graviditeter. Det finns exempel på anhöriga som resonerade på liknande sätt. Ett par föräldrar ansökte om sterilisering efter det att deras dotter vid ett flertal rymningar utnyttjats sexuellt.⁷⁰

Rädslan för sinnesslöa/utvecklingsstörda kvinnors graviditeter

var stor. Trots att ansökningarna om sterilisering ibland uttryckligen säger att kvinnor lätt kunde utnyttjas var det de befarade graviditeterna som åtgärdades. Riskerna för kvinnorna att utnyttjas sexuellt var underordnade riskerna för samhället att få oönskade barn. Det stora samhällsförbättringsprojektet gick före enskilda kvinnors öde.

Sammanfattning

Steriliseringpolitiken var en viktig del av verksamheten på Västra Mark. Överläkaren propagerade från det att Västra Mark öppnades för en steriliseringslag. På så sätt hoppades man att vissa patienter kunde steriliseras istället för att vistas på Västra Mark. Vårdbehovet för dessa patienter bestod således av deras fertilitet. I vissa fall ansågs dock steriliseringen behöva kompletteras med en social fostran.

Under 1940-talet intogs några patienter enbart med syftet att de skulle steriliseras. Villkoret för utskrivning för dessa patienter var sterilisering och därmed antog man att kvinnorna hellre accepterade sterilisering än fortsatt internering på Västra Mark. I dessa fall går det inte att tala om frivillig sterilisering.

Det accepterade utrymme som fanns för kvinnors sexualitet var inom äktenskapet där sexualiteten syftade till barnafödande. Då sinnesslöa kvinnor förhindrades från äktenskap via lagstiftningen och dessutom kunde steriliseras kan dessa åtgärder tolkas som att sinnesslöa kvinnor inte borde ha sexuella relationer överhuvudtaget. Rätten till sexualitet var tätt förknippad med rätten till föräldraskap.

Under slutet av 1950-talet, men framför allt under 1960-talet, blev steriliseringarna färre. Möjligheter fanns då att skilja på sexualitet och reproduktion, via exempelvis preventivmedel som p-piller och spiral. Dessutom fanns en större förståelse i samhället för lindrigt utvecklingsstördas sexuella relationer. Däremot fanns det fortfarande en enighet i att förhindra utvecklingsstördas föräldraskap.

Speciella problem kan ses på Västra Mark då patienterna

antogs vara "imbecilla" d.v.s. lindrigt utvecklingsstörda. Dels ambivalensen mellan sinnesslöa kvinnors förmodade promiskuösa leverne och risken att de utnyttjades sexuellt. Flera av patienterna hade utnyttjats sexuellt och övergreppen hade uppdragats i samband med graviditet. Det fanns en risk att sterilisering dolde fortsatta sexuella övergrepp på dessa kvinnor. Dels fanns en problematik med de patienter som även med dagens ögon skulle ha haft en lindrig utvecklingsstörning och med dessa patienters samtycke till sterilisering. Vad stod samtycket för? Insåg patienterna de långsiktiga konsekvenserna av en steriliserande operation?

Alla patienter som skrevs ut steriliserades inte. Undantagna var de som flyttades till andra anstalter och de som redan var sterila p.g.a. ålder eller gynekologiska besvär. Dessutom tycks en bedömning av patienternas framtidsmöjligheterna ha spelat en roll. Unga patienter som inte ansågs vara "sexuellt opålitliga" och som bedömdes ha relativt goda framtidsutsikter kunde skrivas ut utan steriliseringar. Även patienter som hade en "godkänd" pojkvän kunde ibland skrivas ut utan att ha steriliserats. Äktenskap eller samboende blev en väg mot "normalitet" där det fanns ett utrymme för graviditeter.

Noter

1 ULA (*Landsarkivet i Upp sala*) VMS (*Västra Marks Sjukhus*) Årsberättelser 1931 Sjukhuschefen BII:1

2 Sinnesslö var det begrepp som användes i språkbruket en stor del av 1900-talet. Sinnesslö inkluderade fler människor än vad dagens begrepp utvecklingsstörd gör . Att byta ut ordet sinnesslö mot utvecklingsstörd fungerar därför inte.

3 ULA VMS Årsberättelse 1951 sjukhuschefen BII:2

4 ULA VMS *Patientjournaler* 18/56 FI:a72 och 9/56 FI:a83. Nedan anges bara journalnummer och arkivlådenummer.

5 109/31 FI:a11 och 276/31 FI:a25

6 285/31 FI:a33

7 B. Jacobowsky, "Några ord om erfarenheterna från statens anstalt i Örebro för asociala imbecilla kvinnor (Västra Marks sjukhus)", *Nordisk tidskrift för sinnesslävård*, häfte 3-4 (1934) s 59-60.

8 RA, Medicinalstyrelsen, Sinnessjukvårdsbyrån, *Överinspektörens berättelser* EII:c 10 (år 1933)

9 ULA VMS årsberättelse 1935 sjukhuschefen BII:1

10 285/31 FI:a33

11 252/31 FI:a14

12 Se t ex *SOU* 1929:14 s 12

13 5/41 FI:a30

14 197/31 FI:a23

15 C. Osborne, *The politics of the body in Weimar Germany. Women's reproductive rights and duties*. London 1992, s150.

16 G. Bock, "Racism and sexism in Nazi Germany: Motherhood, Compulsory Sterilization, and the State", i R. Bridenthal, A. Grossman and M. Kaplan (red), *When biology became destiny. Women in Weimar and Nazi Germany*, New York 1984, s 277.

17 *SOU* 1929:14 s 22.

18 *SOU* 1929:14 s17

- 19 K. Ericsson, *Drift og dyd. Kontrollen av jenter på femtitallet*, Oslo 1997, s 72.
- 20 Lagen kom 1934, men trädde i kraft 1935.
- 21 165/31 FI:a23
- 22 G. Broberg och M. Tydén, *Oönskade i folkhemmet. Rashygien och sterilisering i Sverige*, Stockholm 1991, s 150-151.
- 23 G. Broberg och M. Tydén, s 157.
- 24 På Västra Mark fanns sammanlagt åtta patienter som var "tattare" eller hade "tattarpåbrå". Samtliga steriliserades. Hälften av dem var redan steriliserade då de kom till Västra Mark. De övriga steriliserades på Västra Mark mellan 1935 och 1959.
- 25 Flera feministiska teorier som framlagts framför allt i USA menar att det inte går att skilja rasism och sexism åt. Se t ex E.V. Spelman, *Inessential woman. Problems of exclusion in feminist thought*. Boston och London 1988. Även historikern Gisela Bock påpekar i sitt arbete om steriliseringspolitiken i Nazityskland att rasism och sexism inte är två olika former utav förtryck, utan att de ingår i ett komplext sammanflätat förbund. G. Bock s 273 och 287-288.
- 26 31/46 FI:a18
- 27 14/46 FI:b12 expl. är förkortning för explorand.
- 28 24/46FI:b19
- 29 40/46 FI:b20
- 30 40/46 FI:b20 Pat. är förkortning för patient i journalerna.
- 31 3/66 FI:a110 samt 1/61FI:a99
- 32 10/66FI:a115
- 33 Om sexualdebatten i Sverige på 1960-talet se L. Lennerhed, *Frihet att njuta. Sexualdebatten i Sverige på 1960-talet*. 1994
- 34 Om mödrar med utvecklingsstörning se E. Kollberg, Omstridda mödrar: en studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Göteborg 1989.
- 35 109/31 FI:a11
- 36 E. Elgán, *Genus och politik. En jämförelse mellan svensk och fransk abort- och preventivmedelspolitik från sekelskiftet till andra världskriget*. Uppsala 1994, s 80.

- 37 34/41 FI:a48; 27/46 FI:b27 samt 2/56FI:a79.
- 38 42/46 FI:b30
- 39 2/56 FI:a79
- 40 15/66 FI:a117
- 41 201/31 FI:a30 samt 6/41 FI:a52
- 42 201/31FI:a30
- 43 37/46 FI:b29
- 44 Medicinalstyrelsen kommenterade detta med egen underskrift av rättsin-
kapabla i ett meddelande 84/1939 enligt M. Runcis, *Steriliseringar i folk-
hemmet*, Stockholm 1998, s 102.
- 45 *Mental retardation and sterilization. A problem of competency and paterna-
lism*, R. Macklin and W. Gaylin (red), New York 1981, s 106.
- 46 45/46 FI:a65
- 47 7/46 FI:b26
- 48 35/36 FI:a53
- 49 15/46 FI:b33; 39/51 FI:a89 och 29/51 FI:a87
- 50 29/51FI:a87
- 51 45 % av patienterna hade före 16 års ålder erfarenheter av fosterhem och/
eller anstalter.
- 52 Se t ex U. Jönsson, "Rådgivning, rashygien och sterilisering", i R. Qvar-
sell och B-E. Eriksson (red), *Hur skall själen läkas?* Stockholm 1997 eller M.
Runcis s258-263.
- 53 *SOU* 1936:46 s 73.
- 54 U. Jönsson s 161.
- 55 35/36 FI:a53
- 56 33/56 FI:a97
- 57 Jfr *SOU* 1960:21 s 38 om borttagning av medicinskt äktenskapshinder.
"...ett äktenskap kunna innebära ett gott stöd och underlätta vederbörandes
anpassning till samhället."
- 58 3/51 FI:b28
- 59 19/61 FI:b37

60 15/66 FI:a117

61 Jämför med kvinnorna på Sprogö, den danska motsvarigheten till Västra Mark. N.B. Wingender, ”...en knugende laengsek efter Frihed’. Sprogöpiger i 1920’erne og 30’erne”, i K. Hjorth, G. Ilsöe och M. Kragelund (red), *BUR. Kan, kan ikke. Vil, vil ikke. Kvindeliv i perspektiv*. Köbenhavn 1996.

62 Se t ex *SOU* 1929:14 s 23

63 M. Lindstedt Cronberg, *Synd och skam. Ogifta mödrar på svensk landsbygd 1680-1880*, Lund1997.

64 18/46FI:b25

65 18/46FI:b25

66 173/31 FI:a17

67 T.o.m. 1937 betraktades incest som ett brott med två förövare och således dömdes båda inblandade till straff om båda var straffmyndiga. Dvs. med dagens termer dömdes även offret till straff om hon var över femton år gammal då brottet uppdagades.

68 223/31 FI:a35

69 Se t.ex. motion nr 210 år 1916 AK

70 14/71 FI:a116

Bör först steriliseras

Anstalt, patient och steriliseringar vid
Salberga sjukhus

Mikael Eivergård

*“Men Berglund vet, att det också gäller nånting annat.
Nämnden har ju inte precis rätt att fordra det av er, men det
skulle alldeles säkert påskynda er utskrivning“.¹*

Det var inget allvarligt brott. Ett bedrägeri och femtio ohederliga kronor i plånboken. På ett sätt började Lars-Oves väg till anstalten där. Inte så att brottet i sig kvalificerade för sinnessjukvård. Men det satte honom och hans liv under den psykiatriska expertisens blick. Och den observerade, inte främst en brottsling, utan en undermålig, samhällsoduglig individ med tvivelaktiga karaktärsegenskaper.

På ett annat sätt hade vägen till anstalten börjat långt tidigare. Lars-Ove var uppvuxen i en familj uppmärksammanad och granskad av lokala myndigheter och sociala funktionärer. Redan innan Lars-Oves bedrägeribrott fanns dokumenterade kunskaper om familjens karaktär och sätt att leva. Enligt fattigvårdens bokföring var modern skötsam men nervös, i fadern igenkändes en opålitlig karaktär med klen arbetsmoral. Av de åtta barnen ansågs en klen begåvad, en annan mindre skötsam. I Lars-Ove sågs en opålitlig, lögnaktig och arbetsovillig odåga, det svarta fåret i en familj svår att komma till tals med. Ja, familjen var rent av, menade fattigvårdsnämndens ordförande, “i opposition mot samhället och dess representanter.“

Detta läser jag i Lars-Oves journalakt², numera placerad i en liten källarskrubb på Salberga sjukhus. Det var hit 20-åriga Lars-Ove kom i mitten av 1940-talet, efter att sinnesundersökts och för-

klarats imbecill. Salberga var ett specialsjukhus för sådana som honom, en sinnessjukanstalt särskilt avsedd för asociala imbecilla män. Här blev han i knappt två år, sedan skrevs han ut och kunde återvända hem. I journalens högra hörn har läkarens penna noterat ett "förbättrad" bredvid utskrivningsdatumet.

Att så här i efterhand förstå vari förbättringen låg, vad den egentligen bestod i, är inte alldeles lätt. Men de löpande journalanteckningarna berättar om en patient som skötte sig, aldrig ställde till bråk, passade tider och dessutom arbetade flitigt i sjukhusets vävsal och bokbinderi. En anteckning efter ungefär halva tiden talar om att han flyttades ut från sjukhuset till en lantgård för så kallad familjevård. Också här skötte han sig. I journalen finns också en notering att Lars-Ove undertecknade en steriliseringsansökan som anstaltsledningen sände vidare till Medicinalstyrelsen. Ingreppet utfördes på Sala lasarett.

Lars-Ove var inte den ende att steriliseras på Salberga sjukhus. Tvärtom, journalakter och årsberättelser visar att ingreppet var vanligt, tidvis närmast en rutinåtgärd. 1941 rapporterades de första 20 steriliseringarna från anstalten, de följande åren ökade antalet stadigt med en toppnotering 1944, då inte mindre än 174 av sjukhusets patienter steriliserades. Därefter sjönk siffran successivt med årsnoteringar om ett 20-tal ingrepp på 1950-talet och 1960-talets första år.³

Ett sätt att närma sig denna verksamhet är förstås att söka sig till de befolkningspolitiska och arvshygieniska visionerna, formulerade i programtexter av olika slag och instrumentaliserade i steriliseringslagarna 1934 och 1941. Hos många intagna på Salberga var sociala och moraliska brister identifierade och kopplade till psykiska defekter. Diagnoserna imbecill och debil, d.v.s. lindrigare former av sinnesslöhet, stod på många journaler. Sinnesslöa i allmänhet och lindrigt sinnesslöa i synnerhet intog en särställning i de arvshygieniska programmen. Offensiv sterilisering föreskrevs också den moraliskt och etiskt handikappade psykopaten, en diagnos vi också finner på många Salbergajournaler. Andelen straffriförklarade var

tidvis hög på sjukhuset, vid mitten av 1940-talet var omkring hälften av de intagna straffriförklarade, sedan sjönk andelen till mellan 10 och 15% under 1950-talet, vilket hade med ändringar i strafflagen och dess tillämpning att göra. Oenigheten var förvisso stor huruvida kriminalitet och asocialitet gick i arv eller inte, men flera röster, bland dem t.ex. Olof Kinberg hävdade att energiska eugeniska åtgärder på sikt skulle minska brottsligheten i samhället.⁴

Den här artikeln har dock inte steriliseringsverksamhetens arvs-hygieniska och befolkningspolitiska visioner i centrum. Jag ska i stället närma mig frågan från en annan utsiktspunkt, snäva in perspektivet och ställa anstalten och dess praktiska verksamheter i synfältets fokus. Min utgångspunkt är att steriliseringar som utfördes i anstaltsmiljö - i detta fall på Salberga sjukhus - också ska betraktas i förhållande till den institutionella miljö där de ägde rum. På anstalten var den intagne inte enbart en diagnostiserad och kategoriserad individ, utan också en patient vilken hanterades kollektivt med utgångspunkt i både terapeutiska ambitioner och praktiska nödvändigheter. Syftet är således att ge perspektiv på hur steriliseringen kopplades samman med olika aktiviteter och rutiner på anstalten och, inte minst, hur steriliseringens praktiska villkor gestaltades i mötet mellan patient och anstalt.

En källa till sådana kunskaper är patientjournalen. Där fördes regelbundna anteckningar över den intagnes liv som patient. Journalen säger alltså något om vad som hände med den intagne på sjukhuset. Samtidigt är den också en källa till patienten som kunskapsobjekt. Akterna säger något om hur patienten betraktades av psykiatern och hur bilden av den asociale imbecilla människan skapades genom observationer och informationer, både från tiden före intagningen och i själva mötet med anstalten.

Den här artikeln behandlar verksamheten vid Salberga sjukhus från 1935 fram till tidigt 1960-tal. Den motsvarande anstalten för kvinnor var Västra Marks sjukhus i Örebro. Jag kommer i vissa sammanhang att referera till Västra Mark och behandlingen av asociala kvinnor, främst i syfte att belysa könsspecifika förhållanden.

Ytterligare två institutioner tog sig an asociala imbecilla män. Den ena var en specialavdelning på Källshagens sjukhus⁵ i Vänersborg, den andra Västra Ny (f.d. Bona uppfostringsanstalt) utanför Motala som togs i bruk 1950.⁶

Asociala män

Hösten 1930 öppnades Salberga sjukhus i nedlagda Västmanlands trängkärs kaserner utanför Sala. På sjukhuset fanns plats för 374 patienter, varav de 24 pålitligaste i en öppendörr-paviljong, resten i låsta avdelningar⁷. Vilka egenskaper och förmågor, eller brist på sådana, hade fört patienterna till sjukhuset och, i många fall, vidare till en sal på Sala lasarett för steriliserande operation? Hur identifierades och särskildes den asociala imbecille mannen av den psykiatriska expertisen?

En förutsättning för att bilder av asocialitet överhuvudtaget ska kunna skapas är existensen av en jämförelsepunkt som bygger på föreställningar om det socialt normala och önskvärda, om det sunda, det rätta och så vidare. Det är alltså i förhållande till individens ideala sätt att vara och fungera i samhället som bilder av asocialitet kan framkallas. Den asociala är med ett annat ord samhällsoduglig. Begreppets användande i psykiatriska sammanhang rymmer därmed också en process där sociala och kulturella normer omvandlades till medicinska, psykiatriska fakta.

Asocialitetens nära kopplingar till samhälleliga normer uttrycks inte minst i den könsspecifika identifieringen av det asociala beteendet.⁸ Trots att diagnosen var gemensam för båda könen, igenkändes kvinnlig asocialitet i helt andra handlingar och egenskaper än manlig och vice versa.

Kvinnlig asocialitet var intimt knuten till sexualitetens sfär, och den kvinna som av läkare fann sig benämnd asocial imbecill, fick räkna med att hennes könsliv kartlagts, skärskådats och bedömts av både sociala funktionärer och medicinsk expertis. I journalakter från Västra Mark framstår också lösaktighet, sedeslöshet och

okontrollerbart driftliv och därmed sammanhängande social oförmåga till sunt familjeliv och moderskap asocialitetens kärna. En sådan utgångspunkt baserades knappast på specifik medicinska fakta, utan snarare på sociala och kulturella föreställningar om kvinnans egenskaper och samhällsliga uppgifter.

Föreställningen om den kvinnliga asocialiteten koncentrerades i formuleringar kring kvinnors 'nattspring', om flickor som 'springer ute' på kvällar och nätter. Detta i journalerna ständigt återkomma ordval kan läsas som en repeterande hänvisning till kvinnans ideala plats i den privata hemsfären. Formuleringen antyder att flickorna höll sig undan och sysslade med otillåtna ting, den antyder en svårkontrollerbarhet där nattens mörker tillsammans med de snabba rörelserna dolde kvinnan på väg i riktning bort, inte bara från plikter, ideal och normer utan också från samhällets förståelse att styra henne rätt; bort från borgerliga hemideal, bort från den skötsamma och framåtsträvande arbetarflickan och inte minst, bort från den ideala ordningen mellan män och kvinnor.

I talet om nattspring kan vi också identifiera ett skiljetecken mellan manlig och kvinnlig asocialitet. Manligt beteende problematiserades ytterst sällan så, vare sig i sociala utredningar eller psykiatriskt journalspråk. I journaler från Salberga kan möjligen läsas om ynglingar som 'drog omkring' eller 'hängde ute', alternativt 'strök omkring', men mannens närvaro i offentliga miljöer betraktades i allmänhet inte som något problem.

Det var också i andra normöverträdelser än på sexuallivets område salbergapatientens asocialitet kändes igen. I den mån sexualiteten uppmärksammades, var det enskilda fall där patienten var dömd för våldtäkt, otukt eller visat homosexuella tendenser. Männen heterosexuella beteende ägnades inte särskilt intresse, och bedömdes inte, som fallet var med den kvinnliga, vare sig hotfull, socialt provocerande eller samhällsfarlig. Där asociala kvinnor omskrevs "erotiskt lagda", "erotiskt hållningslösa" och så vidare, visades en annan acceptans, möjligen förståelse, för manlig heterosexualitet. Ett talande exempel är en 17-årig yngling, dömd 1935

för otukt med en 14 årig flicka. Om flickan hette att hon var sexuellt brådmogen, sedeslös och förmodligen aktens initiativtagare, medan pojken sexualitet inte visade några som helst avvikelser i fråga om riktning och styrka. Hans agerande var istället uttryck för nyfikenhet och möjligen viss påverkan miljöfaktorer, som "kamraternas ständiga prat om sexualia".⁹

I akterna från Salberga präglas patientbiografierna av en mer allmän missanpassning och social oduglighet. Det är berättelser om försummad uppfostran, vanartiga barn, problem i skolan, trassel i arbetslivet och i många fall, någon form av kriminalitet.

Ett alldeles centralt och närmast tidlöst tema i akterna, är den intagnes förhållande till och erfarenheter av arbetslivet och inställningen till arbete överhuvudtaget. Hade patienten haft svårt att behålla sina anställningar? Dokumenterades flit och uthållighet eller en lättjefull och arbetsovillig attityd? I en akt från 1945 noterades t.ex. att patienten "i praktiskt arbete visat sig ganska oduglig, utan energi och uthållighet...". En återkommande karaktärstyp är 'hoppjerkan', som utan tålmod och uthållighet gått från ena till andra arbetsplatsen, men i grund och botten "saknar arbetslust och trivts bäst med att gå och slå dank". Om en ung pojke, intagen i slutet av 1950-talet hette att han såg "arbete som något ont" och alltid strävade efter "största möjliga valuta för minsta insats". I ett annat fall från samma tid, var en 19-årig ynglings bristande arbetshåg motiv nog att lägga in honom på sjukhuset:

Den undersöktes oförmåga att anpassa sig på arbetsplatsen parad med hans arbetsovilja motiverar hans omhändertagande och intagning under längre eller kortare tid på slutananstalt för imbecilla asociala manliga vuxna.

Problematiseringen av arbetsförmågan, både utanför och inne på sjukhuset, gav kunskaper om karaktärsegenskaper och låg till grund för prognos efter eventuell utskrivning. Om patienten inte ville arbeta - hur tänkte han då försörja sig; som kriminell, soutenör eller samhällsparasit? Patientens hållning till arbete införlivades i ett övergripande psykiatriskt perspektiv. Att inte kunna, eller ännu

värre, inte vilja eller idas försörja sig genom hederligt arbete indicerade patologiska störningar. "Den som inte vill arbeta - eller heller inte kan - måste vara psykiskt defekt"¹⁰, heter det till exempel i en uppsats i Modern svensk sinnessjukvård 1949 och flera samtida socialmedicinska utredningar tolkade arbetsskygghet ur en psykiatriskt synvinkel, som ett "ett verkligt fel i dessa människors psykiska konstitution".¹¹

Aktmaterialet återspeglar också psykiatrins inbrytning på det juridiska området.¹² Till många journaler hör en rättspsykiatrisk undersökning där patienten straffriförklarats på grund av psykisk abnormitet; vanligtvis formulerad i termer av debilitet, intellektuell undermålighet, psykopati och imbecillitet etc, inte sällan i olika kombinationer. Under 1940-talet var omkring hälften av Salbergapatienterna straffriföklarade. Den höga andelen ska ses mot tidens generellt starka tilltro till medicinens och psykiatrins möjligheter att både förebygga och behandla kriminalitet, vilket bland annat uttrycktes i en kraftig ökning av antalet rättsmedicinska undersökningar med en topp 1944.¹³ I grunden låg ett biologiskt, deterministiskt synsätt på brottslingen som ärftligt belastad och själva brottet som uttryck för psykisk undermålighet. Att döma av de journaler jag tagit del av, rörde det sig vanligen om småstöder och bedrägerier, mer sällan grövre brott.¹⁴

På sjukhuset, i den vetenskapliga miljö patientbiografierna skapades, knöts berättelserna om kriminalitet, sociala tillkortakommanden och asociala handlingar samman med undersökningar där patientens psykiska och intellektuella kapacitet prövades. Med IQ-tester preciserades den undersöktes intellektuella ålder i år och månader och de sociala observationerna verifierades mot testets exakta, laboratorieliknande svar; intellegensålder 11 år och 8 månader etc.

I medikaliseringen av den sociala odugligheten var patientens hereditära bakgrund av fundamental betydelse och de psykiska defekterna sattes i förklarande ljus med hänvisning till föräldrarnas, syskons eller andra släktingars egenskaper.

...är i ärftlighetsavseende svårt belastad. Hans morfar var sinnesslö, mormodern hade flera barn utom äktenskapet med olika fäder. Fadern var en alkoholiserad bustruplågare. Modern har två barn utom äktenskapet och betäcknas som slarvig och utan förmåga att leda barnens uppfostran.

Akternas intresse för patientens hereditära bakgrund kan inte knytas till någon specifik tidpunkt. Utlåtandet ovan är från mitten av 1930-talet, nedstående från tidigt 1960-tal:

Fadern alkoholist, hållningslös, lögnaktig och skrytsam. Modern, som dog i tbc, var inbunden och folkskygg liksom de flesta i hennes släkt. Även pats. äldste bror är inbunden och enstörig. Av hans tre systrar är två nöjeslystna och en sexuellt vidlyftig samt tidvis t.o.m. lösdriverska. I pats. faderssläkt finns både kriminalitet och alkoholism.

I ett annat exempel från tidigt 1960-tal hade patienten, en 20-årig fabriksarbetare, gjort sig skyldig till stöld ur ett klädskåp på arbetsplatsen. Det beslutades om rättspsykiatrisk undersökning i vilken konstaterades att patienten klarat skolan bra, var hyfsat socialt anpassad, förlovad och väntade barn. Han saknade dock, vilket stölden med all önskvärd tydlighet visat, fastare normer och hans psyke sammanfattades i ordet 'torftigt'. IQ-testet visade dock inte på sinnesslöhet, men, menade utredningsläkaren, i praktiken torde patienten inte vara kapabel att "utnyttja den teoretiskt uppmätta kvoten". Mot bakgrund av patientens relativt goda sociala anpassning ansågs dock att en kort vårdtid på sjukhuset räckte. I hereditärt avseende var han emellertid sämre lottad; "modern anses efterbliven, oordentlig och osnygg samt eventuellt också lösaktig. Bägge föräldrarna ska vara oärliga". Av detta drog undersökningsläkaren både slutsats och formulerade en rekommendation i sitt utlåtande:

Han är starkt hereditärt belastad och frågan om sterilisering synens snarast böra upptagas till prövning.

Det förekom också att social missanpassning och psykiska brister kopplades till patientens härkomst av tatarsläkt. Observerade

asociala handlingar och defekta egenskaper hos den enskilde kunde i dessa fall relateras till kollektiva egenskaper som tillskrevs tattarna; "pratsam, livlig, öppen och tillgänglig. Kanske en smula inställsam, ytlig och flack (som resandefolket i gemen)".

Värt att notera är att akternas kunskaper om patientens hereditära förhållanden, hans eugeniska status, knappast är möjlig att särskilja från den rent sociala kunskapen. Socialt beteende och biologiskt arv flyter samman. Bedömningen av patientens ärftliga belastning baserades på observationer vars utgångspunkt var sociala och kulturella normer. Kunskapen producerades dessutom utanför sjukhuset, vanligtvis av fattig- eller barnavårdsfunktionärer och senare socialassistenter, vars primära intressen var andra än missanpassningens eventuella biologiska ärftlighet. Ett exempel: när det under rubriken hereditet i en psykiatrisk anamnes heter att patientens far "anses lat och modern lösaktig" härrör kunskapen från ett utlåtande av den lokala fattigvårdsmyndigheten. På sjukhuset och i läkarens hand omvandlades sådana observationer till medicinska fakta, till grund för såväl intagning som beslut rörande diagnostisering, behandling och arvsanlagens kvalitet.

På anstalten

Anstaltens grundläggande uppgift var att korrigerera de intagnas sociala beteenden, att om inte göra dem till samhällsnyttiga medborgare, så åtminstone göra dem mindre skadliga. I den meningen var Salberga, liksom Västra Mark, snarast att betrakta som en slags psykiatrisk uppfostringsanstalt. Men anstalten hade också ett arvs-hygieniskt uppdrag. Inte bara patientens sociala kantigheter skulle putsas, anstalten skulle också vara de dåliga anlagens slutstation.

Det senare tonade överläkare Nordblad ner väsentligt när han i bokverket *Modern svensk sinnessjukvård 1949* presenterade Salberga sjukhus och den verksamhet anstalten bedrev. Själva sjukhuset, berättade Nordblad, bestod av en huvudbyggnad i tre våningar med en avdelning på nära hundra patienter på vardera

plan. De smala korridorerna längs med byggnaden fungerade till dagrum med "ett myller av patienter."¹⁵

Patienternas karaktär av asocial imbecillitet, berättade Nordblad vidare, innebar att moderna behandlingsmetoder, t.ex. insulin och elchock, som tagits i bruk vid de ordinära sinnessjukhusen inte hade någon funktion på Salberga. Behandlingen var istället av socialt fostrande karaktär med en långt utvecklad arbetsterapi som förnämsta instrument. Denna ägde förstås rum inom sjukhuset, men också i form av familjevård där patienterna utackorderades som drängar på bondgårdar i Salatrakten. Ett åttiotal patienter per år fick på detta sätt "fortsätta sina på sjukhuset inlärida, bestämda, regelbundna vanor med arbetstid och ledighet..."¹⁶ En annan variant var den s.k. utsträckta frigången, där patienten hade kost och logi på sjukhuset, men på dagtid arbetade inne i Sala, vanligen på någon industri.

Det var med arbete dr Nordblad tänkte nöta bort patienternas asociala later, det var med systematisk arbetsterapi från intagningens första stund till utskrivningsdagen, den samhällsodugliges omvandling till skötsam och hederlig karl skulle ske. "Den regelbundna sysselsättningen är synnerligen viktig för patienterna, då de därigenom uppfostras till ordnat arbete, som är grunden för allt välbefinnande", formulerade dr Nordblad sjukhusets terapeutiska program.¹⁷

Om vi nu rör oss bort från Nordblads program i riktning mot mötet mellan sjukhuset och patienten framträder också andra dimensioner av omhändertagandet. Vi plockar åter fram Lars-Oves journal. Den 23 maj 1946 hade han varit på Salberga några dagar och läkaren förde in den första, korta daganteckningen som efterhand följdes av flera:

23.5 Börjar på vävsalen

16.6. Arbetar dagligen på vävsalen. Sköter sig väl både i arbetet och på avdelningen.

27.6 Arbetar på bokbinderiet. Sköter sig utmärkt.

Anteckningarna låter förstå att Lars-Ove, liksom de allra flesta

patienter, sattes i arbete direkt han kom till sjukhuset. De talar också om att förmågan att hantera tillvaron på sjukhuset observerats och examinerats med positiva omdömen. Efter två månader noterades att Lars-Ove ansökt om försöksutskrivning. Eftersom han var straffriförklarad behandlades ärendet av sinnessjuknämnden¹⁸, som inte fann skäl till bifall. Av överläkaren gavs han dock löfte att byta våningsplan till en 'lugnare' avdelning. Journalnoteringarna talade om en "tyst, försynt och stillsam patient", alltid arbetsam och flitig. På dagarna var han i bokbinderiet, den lediga stunden innan läggdags hölls han i avdelningens dagrum och, om vädret tillät, på den inhägnade promenadgården.

I de följande anteckningarna hände något nytt, det är korta notiser om samtal mellan läkare och patient, där den senare uttrycker önskemål om ökad frihet. Önskemålen bemöttes inte med absoluta nekanden, däremot förde de upp en ny fråga på dagordningen.

26.7. Samtal med överläkaren angående frigång. Detta kunde inte beviljas och överläkaren beordrade steriliserande operation först.

31.7. Samtal med läkaren angående frigång. Överläkaren ansåg detta vara för tidigt ännu.

12.8. Arbetar dagligen. Tyst och stillsam och sköter sig bra. Samtal med överläkaren angående frigång. Det ansågs att steriliserande operation först måste företagas.

Vid nästa tillfälle hade Lars-Ove sänkt sina anspråk och begärde 'frigång i lag', vilket innebar truppvis promenad med ledare på sjukhusområdet. Önskemålet beviljades. Nästa notering, två månader senare:

7.10. Samtal med tf överläkaren och begär Fa [familjevård, min anm.]. Detta kunde inte beviljas.

Lars-Oves tid på Salberga avsatte inte någon omfattande skriftlig dokumentation. Åtta månader på sjukhuset resulterade i drygt tio noteringar, dubbelt så många meningar. Som framgår har noteringarna ett begränsat informationsvärde vad gäller vardagslivet på

sjukhuset i någon mer generell mening. Men om vi mer specifikt intresserar oss för steriliseringsfrågan kan vi se att den kopplades mycket intimt till de förmåner patienten kunde erövra inom sjukhusets hägn. Och förmånerna var för patienten något mer än bara en tillfällig förbättring av anstaltstillvaron. De var nödvändiga stadier att erövra för att bildligt och bokstavligen kunna arbeta sig ut från sjukhuset.

Journalen är inte heller en källa där patientens intentioner, vilja och avsikter träder i ljuset. Ett rimligt antagande är dock att patienten i gemen var införstådd i att skötsel, ordnat uppförande och flitigt arbete krävdes för läkarbedömningen 'förbättrad' och framtida utskrivning. Vi kan också anta att intagna, givetvis med stora variationer och varierad framgång, utarbetade en slags skötselns taktik. Lars-Ove var i läkarens ögon ingen besvärlig patient. Mötet med sjukhuset kantades inte, om vi får tro journalen, av konfrontationer och konflikter. Han inordnade sig smidigt i rutiner och regler och framförallt, han arbetade flitigt. Hindret för en ökad frihet låg uppenbarligen inte i att han ansågs sakna erforderliga sociala och moraliska kvalifikationer eller bedömdes opålitlig. Hindret var ett annat.

Steriliseringens strategi

Den 10.1 noterade läkaren att Lars-Ove lagts in på Sala lasarett för sterilisering. Efter någon dag var han tillbaka på avdelningen, för att inom en månad lämna sjukhuset för familjevård hos en lantbrukarfamilj utanför stan. Vad såg läkarna i Lars-Ove som motiverade sterilisering? Det är inte lätt att säga. På sjukhuset skötte han sig exemplariskt, åtminstone antyds inget annat i journalen. Den korta vårdtiden pekar på att hans sociala prognos inte bedömdes utsiktslös. De hereditära kunskaperna om ynglingen var vaga, knapphändiga och bestod, som i de flesta fall, av ett tillbakablickande mot patientens sociala härkomst; det fattiga hemmet, den nervösa modern och oduglige fadern.

Vi har konstaterat att Lars-Oves vårdtid var relativt kort, två år, och att stor del av vårdtiden tillbringades utanför sjukhuset. Det var inte unikt. För den skötsamme patienten behövde anstaltslivet på Salberga inte nödvändigtvis innebära isolering och avskildhet från samhället. Här fanns olika möjligheter att stegvis återknyta till sammanhang utanför sjukhuset, möjligheter vilka delades ut i form av belöningar för flit och skötsel. I det tidiga skedet av patientkarriären, som alltid startade med låsta dörrar och isolering på avdelningen, kunde patienten beviljas någon timmas frigång på sjukhusområdet, enskilt eller i trupp. Ytterligare ett steg var gruppvis stadspromenad och möjligen enskild frigång utanför sjukhusområdet.

När patienten vunnit dessa förmåner fanns möjligheter att ytterligare lossa banden till sjukhuset. Hit hörde familjevården där den strikta och reglerade sjukhusordningen byttes mot ett friare lantliv, om än patienten stod under sjukhusets uppsikt och kontroll. I terapeutisk mening sågs lantarbete och lantliv överhuvudtaget vara gynnsamt för det asociala klientelet. Familjevården var också en test av patientens självdisciplin och förmåga att sköta sig under friare former än sjukhusets. En annan möjlighet var den s.k. utsträckta frigången, som förutom ökad frihet och miljöombyte, gav patienten chans att tjäna en slant och, noterade anstaltsledningen, "för de flesta patienter har denna vårdform sin största betydelse som ett stort steg mot utskrivning".¹⁹

Dessa möjliga friheter från det låsta sjukhuslivet var inte självklara, förmånerna inga rättigheter. Snarare var de beröringsytor mellan den enskilde patienten och anstaltens auktoritet och korrekptionsambitioner där läkaren prövade, granskade och bedömde patientens sociala kapacitet och förmågor, om han funnit sig tillrädda på anstalten, om daganteckningarna dokumenterade ordning, flit och skötsamhet eller tvärtom. Förmåner och friheter var alltid villkorliga, möjliga för läkaren att hålla inne eller dra tillbaka. Att patienten visat allvarligt menade försök att anpassa sig till sjukhusets regler och ordningar var ett sådant villkor. Men som vi sett i Lars-Oves exempel, inte det enda.

Patientens möjliga karriär lämnade utrymme för en strategi där frågan om sterilisering kunde kopplas till patientens förmåner. Så länge patienten inte var utskrivnen hägrade alltid en något större frihet, en ytterligare förmån. Men i något skede, inför erövrandet av någon ny status, förde anstalten in steriliseringsfrågan, närmast som ett svar på patientens begäran.

26.8. 1959. Samtal med överläkaren. Begärde frigång. Framställningen avlogs med motiveringen att pat. först måste underkasta sig steriliserande operation.²⁰

Denna strategi, att koppla samman patientens önskemål med sterilisering var, åtminstone när det gällde straffrifyklarade patienter, satt i system. I vissa fall användes explicit patientens nekande eller tveksamhet att gå med på ingreppet som argument för att avslå dennes önskemål.

12.3. 1960 Inkallad till samtal med överläkare B. angående steriliserande operation. Pat. nekade att gå med på denna. Med anledning härav kan ej begäran om frigång beviljas.

I journalerna finner vi talrika exempel på hur patienternas begäran om ökade friheter drogs in en förhandling om sterilisering, ett köpslående där läkaren ställde villkoren. I detta exempel ställs steriliseringen mot patientens begärda försöksutskrivning.

19.8.61. Samtal med överläkaren varvid pat frågade om han snart får Fu [försöksutskrivning, min anm.]. Överläkaren svarade att pat. får skriva en ansökan till utskrivningsnämnden och erhålla om Fu, vidare föreslog överläkaren att pat. skulle skriva på en ansökan om sterilisering. Det gjorde pat. efter rond.

I flera fall framgår att sjukhusets överläkare hade en aktiv, pådrivande roll i fråga om den enskilde patientens sterilisering. Generellt kan sägas att anstaltssystemet lämnade ett ganska stort utrymme för den enskilde läkarens personliga ståndpunkter i vårdfrågor av olika slag. I steriliseringsfrågan spelade säkert läkarens personliga hållning väsentlig roll, men här fanns också centralt formulerade anvisningar. Beträffande de straffrifyklarade kan spelet

kring förmåner och sterilisering defintivt inte reduceras till en fråga där blott den enskilde läkaren och patienten inbegreps. Beslut rörande den straffriförklarades förmåner fattades formellt av sinnessjuknämnden, vilket i praktiken innebar att nämnden, vilket följande citat ger exempel på, ställde krav på patientens sterilisering.

10.8 1945 Sinnessjuknämnden har beslutat att patienten för tiden till och med den 10 oktober skall på försök utskrivas från sjukhuset, sedan frågan om sterilisering tagits upp till prövning...

En annan aktiv aktör var Överinspektören för sinnessjukvården, formellt en självständig myndighetsutövare, vilken vid sina besök på sjukhuset kunde agera för enskilda patienters sterilisering genom att neka förmåner. Följande citat är hämtade ur två journaler från 1945 respektive 1960.

14.2.1945 Samtal med överinspektören, varvid vikten av att steriliserande operation blev gjord innan någon förändring av status vidtoges framhölls.

//

9.6 1960 Överinspektören kan medgiva patientens frigång i försiktig dosering. Innan patienten kommer i åtnjutande av ökade förmåner bör frågan om eventuell sterilisering ha prövats av Kungl medicinalstyrelsen.

Den strategi vi här sett exempel på förutsatte två fundamentala egenskaper i anstalten, frihetsberövandet och tvånget. Salbergapatienten var inte på sjukhuset av fri vilja, han var tvångsintagen. Inne på sjukhuset levde han under vad man kan kalla ett anstaltens vardagliga tvång. Stängsel, väggar och låsta dörrar begränsade den rumsliga friheten medan dagordningar, regler och terapier satte gränser för handlingsfriheten i mer social mening.

Anstaltens tvångsegenskaper aktiverades i steriliseringsfrågan, de var, paradoxalt nog, förutsättningen för patientens frivilliga namnteckning på ansökningshandlingen. Naturligtvis måste en sådan frivillighet problematiseras. Den i journalerna förekommande frasen "skriver villigt på ansökan" måste läsas i relation till

den påtryckningssituation det grundläggande anstaltstvånget etablerade. Fanns då inget manöverutrymme för patienten? Den kontroll sinnessjukhuset utövade på patienten framstår gärna ur ett nutida perspektiv total och statisk. Journalerna vittnar dock ofta om ett mer dynamiskt möte mellan anstalt och patient, där den senare kunde sätta sig på tvären, vägra arbeta, munhuggas, rymma eller på andra sätt göra motstånd mot sjukhusets ordningar.²¹ Omfattades steriliseringarna av ett sådant motstånd?

I några journaler finns en dokumenterad motvilja att gå med på ingreppet. Patienten har i dessa fall, trots uteblivna förmåner och överläkarens ultimata villkor, vägrat skriva på ansökningshandlingarna. Anstalten accepterade patientens vägran, lät bli att bevilja hans begärda förmåner och lät tiden arbeta. I de fall jag stött på, har patienten till slut gett vika.

Det är dock ytterst sällan aktmaterialet explicit ger uttryck för patientens vilja och ställningstagande. I följande exempel, där vi kan ta del av patientens vacklande inställning, är inte journalen utan skötarpersonalens s.k. blå papper²² källan:

10.4.1941 Steriliserande operation är föreskriven men pat. vägrar låta detta utföras. Vill hava betänketid, vilket pat. fick.

28.4. I fråga om operation hava pat. varit vankelmodig, den ena gången varit med, den andra gången mot.

17.5 Tillsagd att infinna sig å lasarettet för sterilisering hade pat. ej annat att erinra än att han var så nervös så han visste inte hur det skulle gå. Infann sig å bestämd tid. Blev opererad.

Att motståndet är svårt att få syn på i den skriftliga dokumentationen behöver inte utesluta dess existens. Kanske är det också i det icke-skrivna vi ska söka patientens vådor, tveksamhet och ovilja. Att noteringen om sterilisering uteblev månad efter månad, trots läkarens oeftergivliga krav, talar måhända i tysthet ett motståndets språk. Och omvänt, när operationen slutligen är bokförd, exponeerar texten inte bara det ojämna styrkeförhållandet mellan patient

och anstalt utan också, ur patientens synvinkel, motståndets begränsade möjligheter.

Mellan anstaltsteknik och terapi

I anstaltens ögon var den intagne inte bara en i social och psykisk mening undermålig individ med tvivelaktiga anlag. Han var också en patient, en person bland hundratals andra att hantera inom de ramar anstaltsystemet ställde till förfogande. På denna konkreta hanteringsnivå krävdes anstaltsledningens hänsyn till både terapeutiska spörsmål och problem av praktisk, närmast anstaltsteknisk art. En sådan var beläggningsfrågan. Att patienten placerades på rätt avdelning var terapeutiskt betydelsefullt. Samtidigt eftersträvades rotation och flexibilitet för att bereda nya patienter plats. Och flyttningar av patienter krävde noggranna kalkyleringar.

Redan efter några år var Salberga överbelagt, och problemet växte med ökningen av straffriförklarade i början av 1940-talet. Dessa hade sjukhuset skyldighet att ta emot utan dröjsmål. Följden blev att det faktiska antalet patienter vida översteg sjukhusets egentliga platskapacitet. Åren vid 1940-talets mitt hade Salberga omkring 420 inlagda patienter, mellan 70 och 90 var i familjevård och tidvis var över 280 försöksutskrivna.²³

Tillflödet av nyintagna och ständig platsbrist gjorde anstalten beroende av snabb genomströmning. Det gjorde också anstaltsledningen beroende av att en betydande del av patienterna kunde vårdas utanför sjukhuset. Således fanns intresse av att patientens tid inne på sjukhuset blev så kort som möjligt. Ledningens intresse för familjevård ska därför inte endast förstås i terapeutiska termer, överläkaren menade att den var en "säkerhetsventil" då trycket på sjukhusets slutna platser var starkt.²⁴ Här låg också ett incitament att i enskilda fall driva på steriliseringsfrågan. En sterilisering innebar i praktiken att en plats frigjordes inne på anstalten, medan det icke-steriliserade tillståndet kunde bromsa flöde och rotation.

Artskillnaderna mellan manlig och kvinnlig asocialitet gav upphov till olika terapeutiska praktiker och målsättningar. Riktas blicken mot Västra Marks sjukhus finner vi en vård präglad av dels en långt driven isolering i syfte att minimera de intagnas mellan-könsliga kontakter, dels en av kvinnliga kyskhetsideal präglad arbetsfostran. Socialt och moraliskt, men även i rent fysisk mening orienterades kvinnornas tillvaro i riktning in mot anstalten och dess slutenhet. Här fanns en uttalad strävan och en terapeutisk poäng i att skilja kvinnorna från det offentliga livet.²⁵ På Västra Mark kopplades sterilisering till patientens utskrivning från sjukhuset, till den tidpunkt då hon bedömdes färdigvårdad.²⁶

Vården och omhändertagandet av asociala män på Salberga organiserades i närmast motsatt riktning. Om kvinnornas asocialitet identifierades i bristande kompetens på hemmets, familjens och privatlivets område, kopplades männens oduglighet till den offentliga sfären. En stor del av sjukhusets verksamheter handlade också om att re-organisera patientens liv i offentligheten och en rad av sjukhusets aktiviteter knöt an till livet utanför sjukhuset. Årsberättelserna rapporterade breda kontaktytor med omgivande samhället, om strävan att, som det uttrycktes, föra in "civila vanor" på anstalten och samtidigt, så långt möjligt, föra ut patienten i det civila livet. Arbetsträningen på sjukhuset tog efterhand mer utgångspunkt i det lokala näringslivets behov, än i sinnessjukhusens traditionella arbetsterapi. Patienterna tränades i industrisamhällets arbetsvillkor med ackordslön och uppdrivet arbetstempo. På femtiotalet hade nära en tredjedel av de intagna s.k. utsträckt frigång vilket föranledde en kommentar i årsberättelsen.

För patienten betyder den mycket att vara rädd om: viss yrkesutbildning, kontakt med livet utanför anstalten, civila vanor, ökat självförtroende, skaparglädje, pengar till åtrådda inköp m. m., ofta en sparad slant å kontot eller banken, pengar till permissioner etc. Sist men inte minst betyder den också ett visserligen begränsat men ändå ökat mått av frihet och förtroende.²⁷

På Salberga fanns en strävan att sterilisera patienten i ett tidigt skede av anstaltsvistelsen. Det förekom att frågan togs upp redan efter några veckor på sjukhuset. För detta fanns pragmatiska motiv, den steriliserade var lättare att omfördela och flytta ut från sjukhuset. Samtidigt kunde också den steriliserade utan fara inordnas i sjukhusets terapeutiska program.

Program och praktik

Det är inte svårt att i anstalten se ett reproduktionshämmande redskap. Sedan mitten av 1800-talet hade sinnessjukhusen systematiskt separerat könen från varandra. Och i fråga om de asociala imbecilla togs ytterligare ett steg med enkönade anstalter. Uppenbart togs också anstaltens egenskaper i bruk för steriliseringspolitikens utförande. I den meningen kan man säga att läkarna på Salberga och Västra Mark ägnade sig åt ett befolkningspolitikens gräsrotsarbete, där lagar och anvisningar omsattes till konkreta åtgärder av olika slag. Man skulle också kunna säga att läkarna på Salberga var i färd med att iscensätta arvshygienen som vetenskapligt projekt.

Men samtidigt är visionerna, de storslagna perspektiven och den vetenskapliga avantgardismen svåra att få syn på när anstaltens dagliga praktik sätts i fokus. Ett skäl är förstås källornas karaktär. De texter anstaltsverksamheten resulterade i formulerade sig inte kring den framtida befolkningens kvalitet. De var heller inte avsedda för annat än internt bruk, och tarvade inte någon vetenskaplig språkdräkt. Ändå är glappet mellan anstaltens arkiv och de programatiska, vetenskapliga arvshygieniska texterna värt att uppmärksamma. Det antyder ett spänningsfält mellan program och praktik, att det på anstalten inte rörde sig om en okomplicerad tillämpning av vetenskapliga program och politiska visioner.

Steriliseringsverksamheten var inte frikopplad från anstaltens sociala och praktiska förhållanden. Måhända såg överläkaren på Salberga i steriliseringslagen ett redskap för en framtida stark och sund svensk folkstam. Alldeles säkert var han intresserad av att

anstalten skulle fungera i sin dagliga verksamhet. I de programmatiska texterna framstår läkaren ofta i egenskap av visionär, som folk- och samhällsförbättrare. På anstalten är det läkaren i praktikerns gestalt vi möter. För honom var steriliseringslagen inte bara ett uppdrag, utan också en anstaltsteknisk möjlighet. Ur den synvinkeln kan steriliseringspraktiken ses, inte bara som uttryck för befolkningspolitiska ambitioner, utan också en kärv anstaltspragmatik.

I detta spänningsfält fanns också utrymme för anstalten att etablera egna praktiker och rutiner med litet eller inget stöd i vetenskap och program. Strategin att utnyttja anstaltens tvingande egenskaper mot patienten, den per definition sjuke och vårdbehandlande, var inte en metod hämtad ur den psykiatriska eller befolkningspolitiska handboken. Det var en praxis formad i mötet mellan anstalt och patient och de förutsättningar anstaltens repertoar försåg detta möte med.

Denna artikel har handlat om sterilisering av män. Steriliseringsfrågan framställs emellanåt som ett kvinnoprojekt. Ett sådant synsätt stöds på ett övertygande sätt av statistiken och det faktum att lagstiftningen hade udden riktad mot kvinnor. Det betyder inte att steriliseringen enbart var en kvinnofråga. Män steriliserades också.

Liksom de internerade och steriliserade kvinnorna hörde männen på Salberga till de lägre samhällsklasserna. Till könsperspektivet kan därför också ett klassperspektiv fogas. I praktiken kom steriliseringslagen att utesluta över- och medelklass och den mer väl-situerade arbetarklassen från sin tillämpning. De asociala imbecilla rekryterades med bedövande majoritet ur de ekonomiskt allra svagaste skikten i samhället. I fråga om kvinnorna låg hotet i kombinationen av att ett underutvecklat psyke tillsammans med bristande sedlig kapacitet tagit plats i en vuxen, fertil kropp. Graviditet skulle förhindras, inte minst på grund av förmodad oförmåga att ta hand om barnet. I princip alla som skrevs ut från Västra Mark var steriliserade, antingen på anstalten eller före intagningen.

Så var inte fallet vid Salberga. Många intagna steriliserades, men långt i från alla. Avgörande för om patienten kom att betraktas som ett arvmässigt hot eller inte hörde samman med eventuell brottslighet. Av allt att döma var det i första hand de straffriförklarade som steriliserades.²⁸ Att därmed säga att åtgärden riktades mot i gängse mening kriminella personer är dock tveksamt. En stor del var ynglingar i 20-årsåldern och, i de allra flesta fall, var brottsregistret en eller annan småstöld. Brottet - en stulen cykel, en plånbok eller som i Lars-Oves fall, femtio ohederligt överkomna kronor - i kombination med fastslagen psykisk och intellektuell undermålighet var uppenbarligen ett hot att ta på allvar. Men vad bestod hotet av, vad avsåg läkare och sinnessjuknämnden undanröja med sterilisering? Tanken att med medicinska åtgärder, däribland steriliseringar, påverka brottsligheten i stort, kan vi återfinna hos ledande personer i psykiatrikåren på 1930- 40-talen. Trots expertisens delade meningar, fanns en relation mellan steriliseringarna av straffriförklarade och tidens aktuella vetenskapliga debatt. Denna relation är svårare att få syn på i början av 1960-talet. Steriliseringar av straffriförklarade hade vid denna tid knappast stöd i samtida arvsbiologisk teori, knappats heller i någon befolkningspolitisk utopi. Kanske ska de bäst förstås som uttryck för praktikens egna, sega traditioner.

Noter

1 Wäring Astrid, *Du skall icke dräpa*, Stockholm, 1946, s 190. I flera böcker på 1940-talet riktade Wäring kritik mot den svenska anstaltsbundna sinnessjukvården. Romanen *Du skall icke dräpa* behandlade de straffrifyrkklarades situation och i sammanhanget uppmärksammades också steriliseringsfrågan.

2 De journaler som används i artikeln omfattas av sekretess. Alla uppgifter som kan bidra till identifikation av enskild person är därför ändrade. Det gäller namn, ålder, datum, ortnamn etc. Journalerna förvaras på Salberga sjukhus; Överläkarens arkiv. Min genomgång omfattar cirka 100 journaler över patienter intagna från 1935 t.o.m. 1960.

3 Salberga sjukhus, årsberättelser 1935-1961. Årsberättelser för 1947, 1949, 1956 och 1958 har jag inte tagit del av då de saknas i Socialstyrelsens arkiv. Vissa år på 1950-talet uppgavs inga steriliseringar i årsberättelserna. Om det beror på rapporteringsrutiner eller helt enkelt att inga ingrepp utfördes dessa år är svårt att säga. De senaste åren; 1959, 1960 och 1961 redovisades 19, 20 respektive 23 steriliseringar.

4 Qvarsell Roger, *Utän vett och vilja*, Stockholm, 1993, s 313. Se vidare Kinberg, Olof, *Förslaget till steriliseringslag*, Stockhol, 1930.

5 Avdelningen för asociala imbecilla män på Källshagens sjukhus hade plats för 283 patienter. Antalet steriliseringar per år visar en liknande utveckling som Salberga; 1935-39 utfördes några få ingrepp per år, 1940-45 en kraftig ökning med 139 ingrepp som högsta notering 1942, 1946-50 dalade antalet successivt för att under 1950-talet ligga under 10 per år.

6 Sjukhusets 76 platser togs i huvudsak i anspråk genom överflyttningar från andra sinnessjukhus, framförallt Källshagen och Salberga. Överhuvudtaget var patientcirkulationen mellan dessa tre sjukhus stor.

7 Antalet platser ökades snart till 384. I samband med att en alkoholistanstalt med 42 vårdplatser inrättades på sjukhuset 1950, minskade antalet platser för asociala imbecilla till 335.

8 Jfr Runcis Maija, *Steriliseringar i folkhemmet*, Stockholm 1996, s 120 ff.

9 Citaten i detta avsnitt är, när inte annat anges, hämtade ur patientjournaler från Salberga sjukhus.

10 Rosell Enar, "Den öppna vården", i Lundquist, Gunnar (red) *Modern svensk sinnessjukvård*, 1949, s 125.

11 Exemplet hämtat ur Romanus-Alfvén A-C "Lösdrivarlagstiftningen från socialmedicinsk synpunkt", I: *Social-medicinsk tidskrift* 1933, s188.

12 Se Börjesson Mats, *Sanningen om brottslingen*, Stockholm 1994 och Qvarsell Roger, 1993.

13 Börjesson Mats, 1994, s 53 ff.

14 Så vitt jag kan se dominerade mindre egendomsbrott och bedrägerier brottsbilden. Till de grövre brotten hörde främst sexualbrott av olika slag: våldtäkt, incest och otukt.

15 Nordblad D, "Salberga sjukhus i Sala", i Lundquist, Gunnar (red) *Modern svensk sinnessjukvård*, 1949.

16 Nordblad D, s 331.

17 Nordblad D, s 329.

18 En central nämnd med fem ledamöter, bland dem chefen för medicinalstyrelsen och två sinnessjukläkare. Nämnden fattade beslut bl.a. rörande straffriförklarades frigång, utskrivning etc. Dess beslut kunde inte överklagas. På femtiotalet övertogs dessa funktioner av lokala utskrivningsnämnder.

19 Årsberättelse 1956, Salberga sjukhus

20 Patientjournal, Salberga sjukhus. Samma källa gäller, om inte annat anges, övriga citat i avsnittet.

21 Jfr diskussion i Jönsson, Lars-Eric, *Det terapeutiska rummet*, Stockholm 1998, s 175 ff.

22 Löpande daganteckningar som fördes av personalen för att sedan helt eller delvis föras in i journalen. Anteckningarna fördes på standardiserade, förtryckta blanketter av blått papper.

23 Årsberättelser, Salberga sjukhus 1943-46.

24 Årsberättelse, Salberga sjukhus 1939.

25 Någon familjevård fanns inte vid sjukhuset, s.k. utsträckt frigång prövades för ett fåtal patienter i början av 1960-talet. Några av dessa arbetade på restaurang och kafé i Örebro, en offentlig miljö Överinspektören ansåg synnerligen olämplig, och anvisade istället arbete i "familj". Överinspektörens berättelse 1962.

26 Se t.ex. årsberättelser 1939, 1941, Västra Marks sjukhus. I årsberättelsen 1951 konstaterades att ett stort antal patienter var steriliserade redan vid intagningen.

27 Årsberättelse 1955, Salberga sjukhus

28 I alla journaler jag läst, på något undantag när, där patienten steriliserats har han varit straffriförklarad. De många steriliseringarna i böjran av 1940-talets kan kopplas till den höga andel straffriförklarade på sjukhuset. När deras antal sjönk till följd av ändringar i strafflagens tillämpning 1946, sjönk andelen steriliseringar i ungefär motsvarande grad.

Källor

Otryckta källor

Riksarkivet

Medicinalstyrelsens arkiv, Årsberättelser för sinnessjukhusen 1933-1947.

Medicinalstyrelsens arkiv, Överinspektören för sinnessjukvården i rikets inspektionsberättelser.

Landsarkivet i Uppsala

Västra Marks sjukhus arkiv; journalakter.

Salberga sjukhus

Sjukhuschefens/överläkarens arkiv; journalakter.

Socialstyrelsens arkiv

Mentalvårdsbyråns arkiv, årsberättelser från sinnessjukhusen/mentalsjukhusen 1948-1961.

Mentalvårdsbyråns arkiv, Överinspektören för sinnessjukvården i rikets inspektionsberättelser.

Litteratur

Broberg, Gunnar & Tydén, Mattias, 1992, *Oönskade i folkhemmet*. Stockholm: Gidlunds.

Börjesson, Mats, 1994, *Sanningen om brottslingen. Rättspsykiatrin som kartläggning av livsöden*. Stockholm: Carlssons.

Johannisson, Karin, 1997, *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Nordstedts.

- Jönsson, Lars-Eric, 1998, *Det terapeutiska rummet. Rum och kropp i svensk sinnessjukvård 1850-1970*. Stockholm: Carlssons.
- Kinberg, Olof, 1930, *Förslaget till steriliseringslag. Föredrag hållet å svenska kriminalistföreningens möte den 28 februari 1930*. Stockholm.
- Kirkebæck, Birgit, 1993, *Da de åndsvage blev farlige*. Holte: Forlaget Socpol.
- Mandrup Rønn, Edith, 1996, *De fattige i ånden. Essays om kultur, normalitet og ufornuft*. København: Museum Tusulanums forlag.
- Nordblad D, "Salberga sjukhus", I: Lundquist, Gunnar (red) *Modern svensk sinnessjukvård*, 1949. Stockholm: AB Modern litteratur.
- Qvarsell, Roger, 1993, *Utan vett och vilja. Om synen på brottslighet och sinnessjukdom*. Stockholm: Carlssons.
- Rosell, Enar, "Öppen vård", I: Lundquist, Gunnar (red) *Modern svensk sinnessjukvård*, 1949. Stockholm: AB Modern litteratur.
- Runcis, Maija, 1998, *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm: Ordfront.
- Wäring, Astrid, 1946, *Du skall icke dräpa*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Den svenska steriliseringspolitiken har tilldragit sig stort intresse, både nationellt och internationellt. Föreliggande fem studier behandlar hur steriliseringslagarna tillämpades i praktiken ute på lokala anstalter, samt olika personliga ställningstaganden. De är baserade på primärforskning i arkiven och bidrar därmed till att kasta ljus över en för bedömningen av vår samtidshistoria avgörande fråga.

Ugglan



- 1 Idé- och lärdomshistoria i Lund 25 år, red. Gunnar Broberg (1991)
- 2 Upplysningens miljöer – ett nordiskt perspektiv, red. Gunnar Broberg (1994)
- 3 Jakob Christensson: Carl Fredrik Nordenskiölds förlorade illusioner (1994)
- 4 Gunnar Broberg: Statlig rasforskning. En historik över Rasbiologiska institutet (1995)
- 5 Den idéhistoriska bilden, red. Gunnar Broberg och Jakob Christensson (1995)
- 6 Dygd och medborgarskap i 1700-talets politiska tänkande red. Svante Nordin och Rebecka Lettevall (1996)
- 7 Charlotte Christensen: Det personliga äktenskapet (1996)
- 8 Att gestalta historien, red. Jakob Christensson och Håkan Håkansson (1997)
- 9 Nordiska universitetskulturer, red. Sten Högnäs (1998)
- 10 Ugglan i dikt och bild (1997)
- 11 Att skriva filosofihistoria, red. Svante Nordin och Jonas Hansson (1998)
- 12 Fem uppsatser om steriliseringen i Sverige red. Gunnar Broberg, Karin Johannisson, Mattias Tydén (2000)
- 13 Gustav Holmberg: Reaching for the Stars, Studies in the History of Swedish Stellar and Nebular Astronomy 1860-1940 (1999)