



Siri Haavie

Norsk steriliseringshistorie – et mørkt kapittel?

Siri Haavie bringer nøkternhet og fakta inn i debattene om sterilisering.

Sensommeren 1997 var jeg student i England. En morgen våknet jeg opp til nyheten om at det hadde foregått en storstilt tvangssterilisering i de skandinaviske land fra 1930-tallet og langt opp på 1970-tallet. Senere på dagen kom en av professorene bort til meg og spurte hvordan jeg kunne gå så rak i ryggen når jeg kom fra et land med en så mørk historie.

Avisene kunne fortelle at mer enn 60 000 svensker og 40 000 nordmenn var blitt sterilisert mot sin vilje ut fra rasehygieniske hensyn og samfunnets interesser. Tvangssteriliseringen skulle spesielt ha vært rettet mot etniske minoritetsgrupper, åndssvake, sinnslidende og andre "avvikere" som belastet velferdsstatens sosialbudsjett, og som myndighetene mente forringet befolkningskvaliteten gjennom sine dårlige arveanlegg. Selv hadde jeg aldri hørt om fenomenet. Sterilisering hørtes brutalt ut.

Det var Gunnar Broberg og Mattias Tydén's bok *Oönskade i folkhemmet. Rashygien och sterilisering i Sverige* (1991) og boken *Eugenics and the welfare state. Sterilization policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland* (1996) der Gunnar Broberg og Nils Roll-Hansen var redaktører, som satte den skandinaviske steriliseringshistorien på dagsorden. Men det var spesielt én mann – journalisten Maciej Zaremba – som gjennom artikler i Dagens Nyheter brakte "avsløringene" ut i verden.

Zaremba trakk paralleller mellom den skandinaviske steriliseringspolitikken og politikken i Det tredje riket, men var opptatt av en grunnleggende ideologisk forskjell: Mens det i Tyskland var nazistene som hadde fremvist den største iver etter å kvitte seg med "dårlige arvebærere" og "sosialt underlegne" individer, var det i Skandinavia velferdsstaten som hadde vært den drivende kraft bak utrenskingspolitikken: En kombinasjon av sterk sosial konformitet, rasehygienisk tankegods, bekymring for sosiale utgifter og en nesten ubegrenset tro på fremskritt gjennom vitenskap og planstyring, hadde gjort tvangssterilisering til et attraktivt befolkningspolitisk redskap. Rasehygieniske utrenskingsprogrammer var med andre ord ikke begrenset til totalitære regimer, men hadde funnet sted – og blitt fortiet – selv i land kjent for sine liberale tradisjoner og sin hjelp til samfunnets svake.

Zarembas artikler vakte internasjonal oppsikt. Den britiske avisen *The Independent* kunne 30. august 1997 opplyse at: "Swedes have been shocked to discover this month that the policy was scrapped only in 1976, 31 years after the Third Reich".

Sammenligningene med Nazi-Tyskland ble kritisert fra flere hold, og det påståtte omfanget av tvangssteriliseringer korrigeret til et langt lavere tall. Men oppfatningen av at det hadde funnet sted et betydelig antall moralsk forkastelige inngrep, og at det var langt mer enn en kronologisk sammenheng mellom rasehygienisk tenkning og en sosialdemokratisk velferdsstatlig politikk, ble hengende ved.

Behov for nyansering

I iveren etter å avsløre grumsete idéstrømninger oppnådde "etikkens forkjempere", velmenende politikere og sensasjonsglade journalister å kriminalisere en viktig og i høy grad velfungerende praksis i skandinavisk sosialhistorie. 1990-tallets avsløringer resulterte ikke bare i en rekke oppslag i internasjonale medier, men nedfelte seg også i den offentlige bevissthet som et "mørkt kapittel" i vår nære historie. I internasjonal faglitteratur dukker det stadig opp henvisninger til det sjokkerende omfanget av ofre for den velferdsstatlige steriliseringspolitikken, og i diskusjoner om den nye genteknologiens farer og muligheter dukker eksemplet Skandinavia opp, både som skremselsbilde og som kontrast til de nye mulighetene for valg og bortvalg av individer og egenskaper.

Steriliseringsproblematikken er imidlertid for viktig til at et så ensidig og fordreid syn bør fortsette å prege debatten. Med fokus på norsk politikk og praksis vil jeg derfor forsøke å nyansere et saksområde som i dag domineres av skremmende vandrehistorier. Jeg vil ta tak i noen spørsmål som jeg mener ligger til grunn for hele problematikken – nemlig om det finnes mennesker i samfunnet som ikke bør få (flere) barn – og hvis så er tilfelle, hvilke løsninger vi har å tilby dem. Målet er å problematisere noen av de underliggende premissene for argumentasjonen rundt sterilisering og tvangsbruk. Først vil jeg imidlertid kort oppsummere hva anklagene om overgrep bygger på, og si noen ord om steriliseringsloven og om sterilisering som metode.

En ufruktbargjørende metode

Sterilisering er en effektiv prevensjonsmetode, og i prinsippet et ugjenkallelig inngrep. I Norge har adgangen til å bli sterilisert i prevensjonsøyemed vært lovregulert siden 1934. Loven ble vedtatt i Stortinget mot én stemme, og førte verken til særlig faglig uenighet eller stort folkelig engasjement. Først på 1990-tallet ble sterilisering et tema i den offentlige debatt, og det ble en utbredt oppfatning at sterilisering av "avvikere" er moralsk forkastelig.

Lov om adgang til sterilisering m.v. fra 1934 omfattet imidlertid ikke bare steriliseringsinngrep, men også kastrering. Siktemålet med sterilisering er å oppheve forplantningsevnen ved å kutte over eggledere/sædledere. Formålet med kastrasjon er å påvirke en persons sinnstilstand ved at kjønnskjertlene fjernes. Kastrasjon ble – som lobotomi – medisinsk-faglig begrunnet, og loven åpnet for kastrering for å forebygge seksualforbrytelser.

Karl Evang (1902–1981), lege, senere medisinaldirektør og helsedirektør og en sentral person i norsk helsepolitikk gjennom flere tiår, kritiserte at loven skulle omfatte to typer seksualinngrep av så vesensforskjellig karakter. Sammenslåingen av inngrepene under fellesbetegnelsen "seksualoperasjoner" mente han var ytterst uheldig:

Kastrasjon er en operasjon som forkrøbler et menneske og forandrer det vidtgående og i uheldig retning. Den opfattes

med rette som en lemlestelse og har til alle tider hatt om sig en stemning av uhygge, redsel og avsky. Det er ingen tvil om at denne stemning også i større og mindre grad har smittet over på sterilisasjonen og vanskeliggjort en rasjonell anvendelse av denne i mange tilfelle nyttige eller endog nødvendige operasjon.¹

Ifølge Evang var det også kritikkverdig at loven omhandlet tre helt forskjellige målgrupper for seksualoperasjoner: sedelighetsforbrytere, bærere av uheldige arvelige anlegg, og psykisk normale personer som ønsket å unngå å få barn.

Det er nettopp en slik sammenblanding av ulike motiver og målgrupper som har kommet til å prege mye av 1990-tallets steriliseringsdebatt. Resultatet er blitt et sammensurium av føleri og fakta – den beste grobunn for mytedannelser og sensasjonsorienterte medieoppslag. Jeg vil derfor presisere at det er sterilisering som *svangerskapsforebyggende* metode, og ikke kastrering, jeg vil rette oppmerksomheten mot. Og la meg med en gang avlive noen myter: Ved sterilisering oppheves verken lysten eller evnen til samleie. Det store flertallet av menn som steriliseres merker ingen endring i mengden eller kvaliteten av sædvesken (sædvesken kommer fra andre kjertler enn testiklene). Utløsningen blir som før. Steriliserte kvinner beholder sin menstruasjon. Bivirkninger forekommer meget sjelden.²

To tesers fall

I sin grundige studie av sterilisering og kastrering av tater i Norge etter loven av 1934, har historiker Per Haave også beskrevet norsk steriliseringspraksis i sin alminnelighet. Det mest oppsiktsvekkende ved Haaves funn er imidlertid ikke at tilfeller av kritikkverdig praksis har forekommet, men at det *ikke finnes belegg* for at steriliseringene var ledd i en bevisst statlig politikk rettet mot bestemte befolkningsgrupper: Taterne var aldri en uttalt målgruppe,³ og det fant aldri sted noen systematisk sterilisering av åndssvake med utgangspunkt i politiske beslutninger eller politisk-administrative direktiver. Sett i forhold til den kraftfulle retorikken og gjentatte ønsker om å få lettet adgangen til sterilisering av åndssvake, ikke minst fra personer tilknyttet åndssvakeomsorgen, vurderer Haave tallet på steriliseringer i denne gruppen som forholdsvis lavt.

Verken Haave eller historikeren Mattias Tydén i sin studie av svensk steriliseringshistorie, har funnet belegg for at det fantes en klar sammenheng mellom steriliseringspraksisen i de skandinaviske land og en sosialdemokratisk velferdsstatlig politikk. Ikke i noen av de viktigste velferdspolitiske dokumentene i det ideologiske byggverket Arbeiderpartiet reiste etter 1945, kan Haave finne at sterilisering ble omtalt som et aktuelt sosialpolitisk tiltak. En gjennomgåelse av Arbeiderpartiets tidsskrift *Det 20de århundre* i perioden 1920–1940 viser at sterilisering heller ikke fikk spesiell oppmerksomhet i mellomkrigstiden, og faktisk var et ikke-eksisterende tema i partiets ideologiske debatt.

Steriliseringsspørsmålet var derimot, som Haave dokumenterer, en integrert del av etterkrigstidens helsepolitiske program, et program som hvilte tungt på sosialmedisinske ideer, og der så vel arvelighet som samfunnsorganisering og økonomiske forhold ble sett som årsaker til sykdom og nød. Programmet ble iverksatt og ledet av sterke personligheter innen Arbeiderpartiet – først og fremst Karl Evang. Steriliseringsspørsmålet var imidlertid kjennetegnet av et påfallende fravær av en bred offentlig interesse for saken og et påfallende

fravær av en kritisk motoffentlighet. Ikke i noen av landets partiprogrammer mellom 1920 og 1977 blir inngrepet omtalt.⁴ Sterilisering var ikke et partipolitisk spørsmål, faktisk i liten grad et politisk spørsmål overhodet.

Hvor mange ble sterilisert?

Mellom 1934 og 1977 ble det utført i underkant av 44 000 steriliseringer i Norge etter loven av 1934. Men det var først fra slutten av 1960-årene at de muligheter som lå i loven ble tatt i bruk med tanke på barnebegrensning for flere enn de få: Mer enn 75 prosent av inngrepene fant sted etter 1965, og vel 40 prosent ble utført bare i løpet av lovens fire siste år.⁵ Hele 95 prosent av inngrepene ble utført på psykisk normale personer som selv hadde bedt om, eller samtykket i, at steriliseringen ble utført. Mindre enn fem prosent av inngrepene (i overkant av 2000) ble utført på personer som ble definert som psykisk unormale, og av disse var i underkant av halvparten vurdert som så psykisk svekket at de ikke kunne forstå hva inngrepet gikk ut på. I tillegg vet vi at et stort antall personer – i mange år de fleste – ble sterilisert utenfor lovens rammer. Loven omfattet ikke sterilisering på medisinsk grunnlag (sterilisering på grunn av fare for liv eller helse), og en medisinsk begrunnelse kunne bli gitt selv om inngrepet i realiteten var sosialt eller sosialmedisinsk begrunnet.⁶

Hvor mange av de utførte steriliseringene i Norge skal defineres som tvungne? Hvor mange personer er blitt manipulert i valgsituasjonen, har følt seg presset, overtalt eller blitt sterilisert mot sin uttalte vilje? Svaret avhenger dels av begrepsdefinerings, dels av empiri, dels av normative vurderinger i fortolkningen at det historiske materialet. Straffelovskomiteen som stod bak lovutkastet fra 1932, mente selv at den hadde sikret et lovgrunnlag som forutsatte frivillighet.

"En utpreget liberalistisk lov"

I Norge var sterilisering allerede blitt praktisert i flere år da steriliseringsloven ble vedtatt, men sterilisering hadde etter Straffeloven vært straffbart med mindre det forelå en "nødstilstand". Myndighetene var imidlertid klar over at de medisinske begrunnelsene ble tøyet, og en lovregulering på området ble ansett som nødvendig for å sikre så vel legestandens som pasientenes rettsvern.

"Den største fordel ved loven er at den sterkt utvider adgangen til sterilisasjon *efter eget ønske*", hevdet Karl Evang i en artikkel i *Tidsskrift for seksuell opplysning*.⁷ Og han var ikke alene i sin vurdering av loven på dette punkt. Sterilisering kunne nå utføres på personer over 21 år som selv ønsket inngrepet utført, så fremt begjæringen om sterilisering inneholdt en "aktverdig grunn". Hva dette aktverdige skulle være, ble ikke nærmere spesifisert, og det ble dermed gitt godt rom for skjønnsmessige vurderinger. Ragnar Vogt (1870–1943), psykiater og medlem i Straffelovskomiteen, beskrev forslaget til ny steriliseringslov som "utpreget liberalistisk". Lovens "egentlige ledetanke" var, ifølge Vogt at "[p]ersoner, som ikke kan eller bør overta familieforpliktelser – eller ytterligere familieforpliktelser – skal ha adgang til å slippe herfor, eventuelt ved sterilisering som middel".⁸

Frivillighet var et bærende prinsipp i loven. Fysisk tvang var ikke tillatt, og vedkommende person måtte, så fremt hun/han var i stand til det, selv søke eller gi sin godkjenning før et inngrep kunne utføres. Loven åpnet imidlertid for sterilisering uten samtykke av "sinnssyke" og personer med "mangelfullt utviklede sjelsevner", men inngrepet kunne ikke foretas uten skriftlig samtykke

fra vedkommendes verge eller kurator i disse tilfellene. Siden man ikke ventet at vergen alltid ville være initiativtaker til inngrepet, ble det åpnet for at begjæring om sterilisering kunne fremsettes av politimestere og bestyrere av visse typer institusjoner. I de tilfellene der begjæringen ble fremsatt av andre enn vergen, ble det stilt krav om vergens skriftlige samtykke.

Søknader om sterilisering ble sendt Helsedirektoratet til behandling. Gjaldt søknaden en psykisk normal person over 21 år, skulle saken behandles av en komité, men praksis ble at helsedirektøren alene ga tillatelse til inngrepet. De resterende søknadene ble behandlet og avgjort av et sakkyndig råd som i tillegg til helsedirektøren som formann bestod av fire medlemmer oppnevnt av Kongen (minst en kvinne, to leger og en dommer).

"De åndssvakes 'Magna Charta'"

Gjennom søknadsprosedyrer og vergebeskyttelse søkte man å sikre seg mot vilkårlig og kritikkverdig praksis. Det var imidlertid én side ved lovteksten som tidlig ble kritisert, nemlig at det ble åpnet for sterilisering av sinnssyke uten eget samtykke. Evang påpekte allerede før loven var vedtatt at det var meget betenkelig med enhver ny bestemmelse som skjerpet de sinnssykes rettsløse tilstand i samfunnet. De arvelige disposisjonene ved sinnssykdom var langt fra sikre, og i motsetning til ved bestemte former for åndssvakhet forelå det ikke samme absolutte sikkerhet for at helbredelse ikke kunne finne sted:

I et slikt tilfelle vil en sterilisasjon utført kun med vergens samtykke kunne adstedkomme de mest vidtgående ulykker og vil kunne avsløre sig som en urett av den aller groveste art. Lovutkastet er her meget forsiktig formulert. Alt vil avhenge av at loven, hvis den vedtas, også håndheves med tilbakeholdenhet og samvittighetsfullhet.⁹

Karl Evangs innvendinger fikk ingen innflytelse på selve lovteksten, men i to senere veiledninger til loven (1938 og 1950) blir vilkårene for sterilisering uten eget samtykke strammet inn. Den siste lovpresiseringen kom etter at Det sakkyndige råd (med Evang som formann) hadde avslått et økende antall søknader med den begrunnelse at rådet ikke fant dokumentasjon på at vedkommende var uten samtykkekompetanse, eller at andre vilkår i loven ikke var oppfylt. Bare personer med svært mangelfullt utviklede sjelsevner (definert som personer hvor det ikke kan bli tale om forståelse av hva inngrepet går ut på) samt visse kronisk sinnssyke personer, kunne nå steriliseres uten samtykke.

I okkupasjonstiden 1940–45 ble steriliseringsrådets restriktive praksis, den omstendelige saksbehandlingen og vergens sentrale rolle sterkt kritisert. Frivillighetsprinsippet i loven fikk også mye av skylden for det lave antallet steriliseringer. Okkupasjonsregimet ønsket en ny og effektiv steriliseringslov som fokuserte på arvehensyn. *Lov til vern om folkeætten*, som ble iverksatt i januar 1943, fikk da også et uttalt rasehygienisk formål. Bare sterilisering ut fra arvehensyn ble godtatt, og loven inneholdt et uttrykkelig påbud om anvendelse av tvang.¹⁰ Som Karl Evang påpekte i ettertid: "Mens det etter loven av 1934 ble tatt vesentlig hensyn til den enkeltes situasjon, ble det nå hovedsakelig – og i utgangspunktet – lagt vekt på hensynet til samfunnet".¹¹

Det var imidlertid ikke bare nazistene som mente at listen for sterilisering lå for høyt. Vilråene for sterilisering uten samtykke var blitt kritisert allerede før krigen, og også i etterkrigstiden var det flere som mente vilråene for sterilisering var altfor stramme. Ikke minst personer tilknyttet

åndssvakeomsorgen tok til orde for å lette adgangen til å sterilisere åndssvake. Det ble hevdet at mange åndssvake ikke var tilbakestående nok til at "tvangsparagrafen" kunne benyttes, samtidig som de i praksis ikke hadde forutsetninger for å ta veloverveide valg, og at kravet om deres samtykke til inngrepet skapte problemer. De sentrale helsemyndighetene gav imidlertid ikke etter for dette. En vesentlig intensjon med loven var å verne om individets rettssikkerhet. Selv om lettere åndssvake i praksis kunne settes i en tvangssituasjon, var ikke dette noe loven gav adgang til.

I alminnelighet ble sterilisering av personer uten samtykkekompetanse ofte forstått som et tvangsinngrep, siden det ikke forelå begjæring eller samtykke fra vedkommende selv, men tvangen var ikke ulovlig. Ragnar Vogt var tidlig opptatt av at denne typen sterilisering ikke måtte defineres som tvunget:

Å sammenstille en verges handling på en sådan hjelpeløs persons vegne med en tvangshandling overfor et myndig individ er begreps–konfusjon. I virkeligheten er "tvangsmessig inngrep" etter straffelovkommisjonens utkast utelukket – og det er vesentlig for lovutkastets hele oppbygning.¹²

Vogts synspunkt berører et av kjernespørsmålene i hele steriliseringsproblematikken. Og for den som ønsker å vurdere omfanget av tvang under loven av 1934, kan det være nyttig å se nærmere på praksis på området i vår egen samtid. Tvangsproblematikken er kompleks og rommer noen interessante paradokser.

Nye lover, nye rettigheter?

Skandinavisk steriliseringspolitikk omtales gjerne som et avsluttet kapittel, men alle landene fikk nye steriliseringslover på 1970-tallet. Disse videreførte i stor grad tidligere lovgivning. En vesentlig endring var imidlertid den liberaliseringen av lovverket som fant sted: Psykisk normale personer over en viss aldersgrense (i Norge 25 år) trengte ikke lenger søke om å få inngrepet godkjent. Her i landet hadde det allerede eksistert økende aksept for sterilisering som prevensjonsmetode flere år før den nye loven trådte i kraft i 1978. På dette området var loven bare en formalisering av allerede eksisterende praksis.

Både den norske og den danske loven videreførte den tidligere lovhjemmelen som åpnet for sterilisering uten samtykke av personer som har en så alvorlig sinnslidelse, psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse at de ikke selv kan ta standpunkt til inngrepet, og der helbredelse eller vesentlig bedring ikke kan påregnes. I den svenske loven, derimot, ble prinsippet om frivillighet gjennomført så strengt at sterilisering av "rättsinkapabla" ikke lenger ble tillatt.

Sverige 1987: En mentalt tilbakestående jente blir nektet sterilisering med den begrunnelse at hun ikke har mulighet til å forstå hva inngrepet går ut på. Riksdagsmedlem Marianne Karlsson tar i Riksdagens spørretime til orde for en endring av steriliseringsloven med følgende begrunnelse:

Jag vill börja med att säga att min fråga egentligen inte har någonting med tvångssterilisering att göra. Min fråga gäller de enskilda fall där en sterilisering bör göras men där personen som skall steriliseras själv inte är medveten om vad inngreppet innebär eller varför det görs. Vi måste väl ändå använda sunt förnuft – det vore bra om vi gjorde det alltid, och helst i ett

sådant här fall. [...] Modern till en gravt förståndshandikappad flicka i Östergötland vill inte att flickan skall äta p-piller, då hon redan får kraftiga mediciner för bl.a. epilepsi. På 20-åringens inackorderingshem finns det pojkar som är totalt utan hämningar. Personalen är därför orolig för att flickan skall bli gravid. (...) Önskemålet om sterilisering uppkom *för att skydda flickan*. Skall vi sätta människovärdet i första hand, bör en ändring i lagen komma till stånd. Vi kan väl inte blunda för att lagen bör ha en regel för undantag i vissa fall.¹³

Norge 2001: En mor til en psykisk utviklingshemmet datter står frem i Aftenposten og forteller at hun har overtalt datteren til å sterilisere seg: "Det er nok riktig å bruke ordet overtale, og kanskje lurte jeg henne også til å skrive under på søknadspapirene. Likevel er jeg i dag ikke i tvil om at avgjørelsen var riktig".

Moren forteller at hun var redd for å bli klandret fordi hun også tok hensyn til seg selv. Hun har hatt eneansvaret for datteren siden hun var liten, og ville ikke makte å ta hovedansvaret for et lite barn igjen. "Ordet tvangssterilisering spøkte i bakhodet. Samfunnets overtramp mot ressursvake mennesker var et brennbar tema. Ville hun selv bli møtt med bebreidelser fra omverdenen?"¹⁴

Sterilisering og menneskeverd

Hva forteller disse historiene om dagens resonnementer rundt reproduktive rettigheter og tvangsbruk? Eksemplet fra Norge viser at faren for omsorgssvikt har stått helt sentralt i begrunnelsen for steriliseringsinngrepet. Moren har også tatt egne behov med i vurderingen, og har vurdert at konsekvensene av en graviditet ville bli så alvorlige – både for datteren, henne selv og det eventuelle barnets livssituasjon – at hun mener overtalelse og lureri har vært legitime virkemidler. Hun frykter bebreidelser fra omverdenen, men sier selv hun ikke er i tvil om at avgjørelsen var riktig.

Steriliseringsnemnden i fylket, som under den nye loven er satt til å behandle søknaden, har vurdert den konkrete situasjonen. Nemnden har også visst at sannsynligheten for at et barn født av psykisk utviklingshemmede personer vil få en vanskelig barndom, er meget stor, og at både arv og miljøfaktorer er av betydning. Empiriske studier viser at det er en overhyppighet av psykisk funksjonshemming hos barn av psykisk utviklingshemmede foreldre. Årlig fødes det ca. 25 barn av psykisk utviklingshemmede foreldre i Norge. Flere blir adoptert bort ved fødselen, men i en del tilfeller finner omsorgsovertakelse først sted etter noen år, etter at man først har forsøkt med en rekke hjelpetiltak i hjemmet.¹⁵

Faren for omsorgssvikt var også bakgrunnen for at det i NOU 1991:20 *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming* fastslås at "ingen har rett til å bli foreldre" og at "hensynet til barnet er like viktig, og i en rekke tilfeller også viktigere enn hensynet til foreldrene". Men som professor i offentlig rett, Aslak Syse, påpeker, er muligheten til å gripe inn overfor en kvinne for å hindre graviditet, eller for å få utført et abortinngrep, meget begrenset. Har kvinnen forståelse av situasjonen og betydningen av de foreslåtte tiltak, kan det ikke gripes inn mot hennes klare vilje. Er det derimot åpenbar tvil om omsorgsevnen, vil forsøk på overtalelse regnes som et legitimt virkemiddel. Norsk lov setter med andre ord hensynet til et eventuelt barns livssituasjon foran en persons ønske om å få barn.

I eksemplet fra Sverige er det ønsket om å beskytte kvinnen selv som er hovedmotivet for sterilisering. Den unge kvinnen kan ikke bruke p-piller, og man er bekymret for at hun skal bli gravid. Sterilisering vurderes som den beste løsningen, men er ifølge dagens svenske lovgivning forbudt. I Norge, derimot, åpner loven fortsatt for sterilisering uten samtykke hvis vedkommende er så sterkt psykisk utviklingshemmet at han/hun ikke kan ta standpunkt til inngrepet. Er man først så mentalt redusert at man ikke forstår hva inngrepet går ut på, anses man heller ikke skikket til å ta ansvar for et barn. Så lenge en person ikke kan vurdere ulike alternativer opp mot hverandre, og en verge sikrer vedkommendes interesser, vil steriliseringsinngrepet ikke bli definert som tvunget. Vogts argumentasjon på 1930-tallet er med andre ord fortsatt et bærende prinsipp i dagens lov.

Ifølge Marianne Karlsson bryter dagens svenske lovgivning både med sunn fornuft og respekten for menneskeverd, for det finnes situasjoner der sterilisering "bör göras". I redsel for å begå overgrep medfører lovgivningen at det er en overhengende sannsynlighet for at den unge kvinnen skal bli gravid, med derpå følgende abort, eller fødsel og omsorgsovertakelse, med de belastningene dette medfører for alle berørte par-ter.

Hensynet til individets reproduktive rettigheter står tilsynelatende sterkt i Sverige, men tar vi praksis nærmere i øyesyn, ser vi at dette ikke nødvendigvis er tilfelle. Den 20 år gamle kvinnen kunne ha blitt satt på p-piller livet igjennom uten at det offentlige ville ha reagert, men hun er fratatt retten til sterilisering som graviditetsforebyggende metode.

Motiver for sterilisering av "avvikere"

Eksemplene har synliggjort hvordan ønsket om å *redusere menneskelig lidelse* har vært et sentralt motiv for sterilisering. De har også synliggjort hvordan sosiale og arvemessige hensyn ofte går hånd i hånd (for eksempel at man på grunn av åndssvakhet vil egne seg dårlig som foreldre) og hvor kompleks tvangsproblematikken kan være. Tenker vi annerledes omkring disse spørsmålene i dag enn vi gjorde tidligere?

Mens humangenetikk er kunnskap om menneskets arvemateriale, er eugenikk anvendt genetikk i forbedringsøyemed. Steriliseringslovene og de skandinaviske landenes steriliseringspraksis har i den senere tid nesten utelukkende vært tolket som uttrykk for eugeniske teoriers gjennomslagskraft, og et ønske om å sikre befolkningskvaliteten ut fra et snevert normalitetsideal. Mye forskningsarbeid er blitt nedlagt i å klargjøre hvilke retninger innen eugenikken som kom til å bli utslagsgivende for lovgivning og praksis på området, og i hvilken grad de vitenskapelige miljøene var involvert i utformingen av eugeniske tiltak.

Under lovbehandlingen i Stortinget i 1934 innledet saksordfører Erling Bjørnson (1868–1959) fra Bondepartiet med å presentere steriliseringsloven som et viktig rasehygienisk virkemiddel:

Det er naturlig at valget til å fremme denne proposisjon er falt på en bonde. For der er ingen som gårdbrukerne der daglig kan iaktta den uhyre fordel som en gjennomført rasehygiene har for gårdsdriften og dermed for det hele land. Dette gjelder ikke bare buskapen, men også alle nyttevekster som landbruket er avhengig av. På den ene side går våre bestrebelser ut på å sikre en kraftig, avlsdyktig og ydende stamme, på den andre side å

befri den for snyltedyrdyr og ukrutt. Bare ugresset koster landbruket mange millioner i året.¹⁶

Bjørnson, som senere ble et aktivt medlem av Nasjonal Samling, viste til at man i Tyskland hadde innført "tvangssterilisering for å befri de kommende generasjoner for å trekkes med en overbelastning av degenererte mennesker". Han takket mot slutten av innlegget rasehygienikeren Jon Alfred Mjøen (1860–1939) for hans innsats i denne saken.

Rasehygienisk tankegods hadde stor oppslutning i Europa og Nord–Amerika på begynnelsen av 1900–tallet og frem til andre verdenskrig, og det var en utbredt frykt for at de europeiske raser var i ferd med å degenerere: En nødvendig sosial og biologisk balanse holdt på å forrykkes. For å motvirke konsekvensene av at "det naturlige utvalg" var satt ut av spill, tok den rasehygieniske bevegelsen til orde for utlukning av "dårlige arvebærere" og bevaring av det gode arvestoffet i befolkningen.

Rasehygieniske tankestrømninger kom klart til uttrykk i norsk samfunnsliv, og det fant sted en biologisering av samfunnsdebatten. Bjørnson var langt fra alene om å benytte metaforer med henvisninger til avl, plante- og dyreriket. Nils Roll–Hansens analyse av den norske debatten om rasehygienien viser imidlertid at det allerede omkring 1915 kunne merkes en voksende skepsis og kritikk blant den vitenskapelige ekspertisen innen biologi og medisin som stilte seg sterkt kritisk til naive og lettvinde anvendelser av arvelæren på menneskelige forhold. Gjennom hele mellomkrigstiden kom norske arvelighetsforskere til å holde en klar front mot den populære rasehygieniske bevegelsen. Genetisk forskning, hevdet de, kunne verken påvise en utbredt degenerasjon av arvestoffet i befolkningen, eller at de foreslåtte sosialpolitiske tiltakene ville oppnå de forventede resultatene. Sterilisering av individer med ulike lidelser ville ikke nødvendigvis utslette sykdommene, blant annet fordi mange lidelser blir nedarvet recessivt. Jon Alfred Mjøen, initiativtaker til og leder for den norske rasehygieniske bevegelsen, ble stemplet som en uvitenskapelig diletant, og hans bevegelse fikk aldri noe mer enn marginal innflytelse på norsk sosialpolitikk.¹⁷

Fattigdom, fornedrelse og sosial ulykke

Bjørnson og Mjøen representerte et ytterpunkt i steriliseringsdebatten, og var på ingen måte representative for det rådende syn i saken. Den store oppslutningen om steriliseringsloven må heller ses i lys av en generell oppfatning blant de politiske partier om å minske fattigdom, fornedrelse og sosial ulykke. Som Per Haave påpeker førte en økende arbeidsløshet fra midten av 1920–tallet til et stadig større press på offentlige utgifter til sosiale formål: Antallet hovedforsørgere på fattigkassen steg fra 85 259 i 1925 til 158 209 personer i 1935 – et år da hver femte husholdning i landet fikk fattighjelp. Sterilisering ble vurdert som "et middel til å redusere så vel sosial nød som sosiale utgifter i et kriserammet samfunn".¹⁸

En moderat ikke–rasistisk eugenikk fikk imidlertid bred oppslutning i det vitenskapelige miljøet. Det var utbredt enighet om at kunnskap om menneskets arvelighetsforhold ville være av betydning for sosialpolitikken. For å sikre den vitenskapelige kvaliteten ved forskningsarbeidet og stenge ute dilettanter som Mjøen ble det i 1916 opprettet et Norsk institutt for arvelighetsforskning ved Universitetet i Oslo.

Steriliseringsloven av 1934 åpnet for sterilisering av sinnssyke og åndssvake uten samtykke, og det ble i denne sammenheng oppgitt både en sosial og en eugenisk begrunnelse for inngrepet – at det var grunn til å anta vedkommende ikke var i stand til "ved eget arbeid å sørge for sig og avkom", eller at "en sykkelig sjelstilstand eller betydelig legemlig mangel vilde bli overført på avkom".

Genetikeren Otto Lous Mohr (1886–1967) advarte mot at man gjorde seg "for store forhåpninger med hensyn til den merkbare effekt av en steriliseringslov, hva slektens arvemessige forbedring angår". Men han stilte seg positiv til at loven åpnet for sterilisering av sinnssyke og åndssvake uten samtykke, idet det "nettopp dekker de ikke særlig tallrike tilfelle, hvor inngrep av denne art er berettigede og forsvarlige, også fra arvelighets synspunkt".¹⁹ Mohr vektla imidlertid den sosiale begrunnelsen for sterilisering:

Mange sjelelig syke individer (sinnssyke, åndssvake etc.) er ganske uskikkede som foreldre og som opdragere av barn, selv om vi på forhånd ikke kan påstå at lidelsen vil bli overført til deres avkom. En operativ ufruktbargjørelse kan her i adskillige tilfelle være på sin plass.²⁰

Også i Sverige ble den sosiale begrunnelsen for sterilisering sterkt vektlagt. Mattias Tydén viser til at oppfatningen om at "svaktbegavede" er uegnede foreldre, var ett av de vanligste argumentene bak den svenske steriliseringsloven.

Tolkning av praksis

Én ting er en lovs intensjoner. Noe annet er den etterfølgende praksis. I hvilken grad ble sosiale og eugeniske indikasjoner tatt i bruk for å begrunne de faktiske steriliseringsinngrepene?

Per Haave viser at de sosiale motivene stod helt sentralt i norsk steriliseringspraksis, og at søknader om sterilisering etter "tvangsparagrafen" sjelden gav anledning til tvil blant steriliseringsrådets medlemmer. Han viser i denne sammenheng til psykiater og rådsmedlem Nic Waal (1905–1960), som i Det norske medicinske Selskab i 1955 uttalte at "[b]egrunnelsen for en sterilisasjon vil alltid her være *protektiv* ut fra kommende barns skjebne – ganske *uansett eugenisk eller annen begrunnelse*". Ifølge Haave peker Waal på "[det] som må karakteriseres som et overordnet prinsipp i [Det sakkyndige råds] saksbehandling" i denne typen saker: "Hvorvidt tilstanden var arvelig eller ikke, synes å ha vært av underordnet betydning; det avgjørende var hvorvidt vedkommende ikke kunne antas å være i stand til å ta hånd om barn."²¹ Også når det gjelder sterilisering av lettere åndssvake, mener Haave at det først og fremst var forebyggende hensyn som ble vektlagt. "Det var med andre ord vedkommendes kompetanse som forelder som særlig kom til å bli utslagsgivende for rådets vurdering".²²

I sin studie av dansk steriliseringspraksis i perioden 1920 til 1967 valgte Lene Koch å klassifisere steriliseringsøknadene ut fra om de var rent eugenisk, rent sosialt eller eugenisk *og* sosialt begrunnet. Koch opererte i denne sammenheng med et meget vidt eugenikk-begrep, og satte likhetstegn mellom eugenisk begrunnelse og henvisning til arvelige forhold. De rent eugeniske begrunnelsene viste seg å utgjøre bare en liten brøkdel av det totale antall steriliseringer, mens de rent sosiale begrunnelsene omfattet nærmere 50 prosent. Koch konkluderte med at eugeniske hensyn hadde spilt en meget

vesentlig rolle, og mente forklaringen på at eugeniske indikasjoner ikke forekom enda oftere "[ikke må] tolkes på den måte, at den [eugenikken] spilte en underordnet rolle, men må tværtimod forstås på den måte, at dens rolle var så altgennemtrængende og forekom aktørene så selvfølgelig, at den ikke alltid krævede omtale".²³

"Kan det ikke heller være slik at eugeniske begrunnelser ikke ble nevnt fordi de var omstridte?", spurte Nils Roll-Hansen, opponent under Kochs doktordisputas i september 2000. "[...] Selv der begrunnelse ut fra biologisk arv ble betraktet som relevant måtte den som oftest støttes av sosiale grunner for at sterilisering skulle få bred aksept".²⁴ Også Mattias Tydén inntar en skeptisk holdning til aktørenes oppgitte motiver. Under sin doktordisputas i april 2002 om den svenske steriliseringsloven, påpekte han hvor vanskelig det er å vurdere hva som er det reelle motivet bak et steriliseringsinngrep. Tydén mente vektleggingen av hensynet til et mulig barns livssituasjon, bare kunne være et vikarierende motiv som ble trukket frem for å gi de arvehygieniske motivene ytterligere legitimitet. At intervjuobjektene i ettertid nettopp fremhever hensynet til barnet og enkeltindividenes skjebne, mente han like mye kunne skyldes etterpåkløkskap.²⁵ En alternativ tolkning ville selvsagt være at den sosiale begrunnelsen er et *reelt motiv* som fortjener å bli tatt på alvor, og ikke behandles som et mulig skinnargument for en kritikkverdig eugenisk begrunnelse.

Et oversett dilemma

Har ethvert menneske en udiskutabel rett til å få barn? Spørsmålet ble stilt av Kari Melby, professor i historie ved NTNU, opponent ved Tydéns doktordisputas. Tydén svarte at han ikke kunne se at han som forsker måtte ta stilling til et slikt spørsmål.

Og når jeg stiller forskningsmiljøet spørsmål om *dagens praksis* på området, blir forskerne svar skyldig. Hvordan vi i dag forholder oss til psykisk utviklingshemmede og alvorlig sinnslidendes reproduksjon har ikke vært ansett som relevant for den skandinaviske steriliseringsdebatten. Dagens praksis er ifølge Lene Koch "et stort og meget lidt undersøgt spørsmål". Men hun har sine anelser: "Her kan man have en velbegrunnet mistanke om, at klassiske velfærdsstatslige tvangsformer undertiden stadig er på spil".²⁶ Også Tydén nevner med noen få ord at det finnes en kontinuitet i steriliseringsproblematikken frem til vår egen tid, men det er en kontinuitet han finner dypt problematisk: "Även om man numera sällan – och i Sverige förmodligen inte alls – tar till en så drastisk åtgärd som sterilisering finns andra metoder och tekniker om vilkas frivillighet vi i själva verket vet mycket litet: p-piller, spiral, barnomhändertagande [omsorgsovertakelse]".²⁷ Tydén oppfatter ikke bare sterilisering som en "drastisk åtgärd", men anser det å si at noen ikke er egnet til å få barn (eller å abortere et foster ut fra arvehensyn), som ensbetydende med det å vurdere noen som mindre verdifull: "Den bakomligganda premisen är i båda fallen att liv kan graderas efter vad som är värdefullt och inte värdefullt".²⁸

Steriliseringsdebatten er gjennomgående preget av en manglende evne – eller vilje – til å tematisere underliggende premisser: Det tas for gitt at eugeniske begrunnelser er problematiske, at sterilisering av åndssvake er moralsk forkastelig, at inngripen fra en tredje part er ensbetydende med kritikkverdig tvang. Et lite forskningsmiljø, preget av en overveiende konsensus i sin tilnærming til problematikken, har snevret inn analysene og utdefinert en rekke spørsmål fra debatten.

Formålet har vært å avsløre grumsete eugenisk tankegods – noe som både er nødvendig og viktig. Men eugenikk-begrepet er flertydig: Det har endret seg gjennom tidene, og er blitt brukt på flere ulike måter innen steriliseringslitteraturen, noe som har resultert i uklarheter og misforståelser. Begrepet har rommet både rasehygienisk tankegods og mer nøytrale befolkningshygieniske resonnementer, og selv om det opprinnelig ble brukt på befolkningsnivå (sikring av befolkningskvaliteten), er det også blitt benyttet om arvebiologiske begrunnelser på individnivå.

Søken etter kritikkverdige eugeniske motiver har preget analysene og valget av empiri. Men har også hatt som konsekvens at man har vegret seg for å ta tak i – eller har fornektet – eksistensen av et grunnleggende *dilemma*: Hvordan skal vi forholde oss til det faktum at det finnes en del mennesker i samfunnet som opplagt ikke kan ha omsorg for barn? *Fraværet av undring* over hvordan vi dag håndterer dette dilemmaet, avspeiler sannsynligvis en manglende forståelse for de problemene man står overfor i praksisfeltet. En underliggende premisse er at steriliseringsinngrepet er en uønsket og kritikkverdig løsning – ikke et mulig, eller under bestemte vilkår nødvendig, middel til en bedret livssituasjon. Muligheten til et seksualliv uten graviditetsangst eller overvåkning fra omgivelsene. Muligheten til å slippe å få barn man ikke vil kunne ta ansvar for. Muligheten til ikke å bli tvunget inn i situasjoner man ikke har forutsetninger for å mestre.

Steriliseringslovgivningens motivering må ses i lys av de konkrete problemene og dilemmaene man stod overfor i samtiden, de alternativene man hadde til rådighet, og det man på den tid visste om forholdet mellom arv og miljø. Siden Norges første steriliseringslov ble vedtatt har ikke bare sosialomsorgen blitt utbygget – hele reproduksjons- og fertilitetssfæren har også endret seg totalt.

I dag lever vi i et prevensjonssupermarked, og i diskusjonen om tidligere steriliseringspraksis savner man for ofte en forståelse av hvilke metoder som fantes før midten av 1960-tallet, og hvilke befolkningsgrupper som kunne bruke dem. Konsekvensene endringene på prevensjonsfronten har fått for norsk steriliseringspraksis er også oversett, eller bare overfladisk behandlet, i den foreliggende litteratur på området.

Det steriliseres i dag 15–20 psykisk utviklingshemmede personer i Norge hvert år.²⁹ I tillegg benytter et ukjent antall prevensjonsmetoder som ikke hadde aksept, ikke var like effektive, eller rett og slett ikke eksisterte den gang steriliseringsloven av 1934 var gjeldende lov. Vektleggingen av normalisering og en høy terskel for intervensjon har imidlertid fått konsekvenser. Som det påpekes i en bok om seksualitet og psykisk utviklingshemming:

Man kunne ønske seg at helsepersonell som har kontakt med potensielle foreldre arbeidet målrettet med forebygging av svangerskap når det er grunn til bekymring for personenes evne til å oppdra barn. Som regel oppstår bekymringen etter at graviditeten er et faktum. Noen ganger må barnet bli født før helsepersonell reagerer. Den høye terskelen for intervensjon fra hjelpeapparatets side forhindrer viktig opplæring og veiledning eller forebygging av uønsket svangerskap og øker antallet av smertefulle barnevernsaker.³⁰

Kvinnen som offer

Tendensen til "offerergjøring" finner vi igjen i fortolkningen av de mange steriliseringene av psykisk normale personer under loven. Ut fra det foreliggende materialet over utførte steriliseringer er det vanskelig å si noe om omfanget av ufrivillige inngrep, men Per Haave antyder en forholdsvis utbredt bruk av *indirekte tvang*.

Da loven ble vedtatt, ble den utvidede adgangen til sterilisering etter eget ønske sett som et viktig fremskritt. Men Haave stiller spørsmål ved hvor frivillig denne praksisen egentlig var. Han mener spørsmålet særlig er relevant i vurderingen av praksis frem til siste halvdel av 1960-tallet, "da sterilisering ofte ble tilrådd kvinner i sosialt og økonomisk svakstilte familier uten at kvinnene ble informert om andre måter å forebygge svangerskap på".³¹ Videre viser han til at sterilisering i mange tilfeller synes å ha vært en motytelse for å få avbrutt svangerskap. Også de vilkårene mange kvinner levde under – det han betegner som "omstendighetens tvang" – mener han hører med i vurderingen av norsk steriliseringshistorie. På alle disse områdene mener Haave å spore ulike former for indirekte tvangsbruk, som en følge av at "velferdsstaten kom til kort overfor kvinner som av ulike grunner var i behov av temporær ufruktbarhet, men ikke nødvendigvis varig sterilitet".³²

Verken før eller etter at abortloven ble vedtatt i 1960 var det legal adgang til å sette sterilisering som vilkår for abort. Forskning på området viser imidlertid at dette ble gjort i en del tilfeller, fremfor alt på kvinner som tidligere hadde en eller flere aborter bak seg. Dette betyr ikke at kvinnene ble sterilisert mot sin vilje – kvinnene kan ha syntes inngrepet var fornuftig – men det at de ikke sjelden ble presset til å forholde seg til spørsmålet om sterilisering samtidig med søknad om abort, kan anses som en etisk uholdbar side ved tidligere praksis. Mens kvinnene gjennomgående var svært fornøyd med beslutningen om å la seg sterilisere, var det i gruppen som ble sterilisert samtidig med et abortinngrep, en betydelig andel som angret flere år etter inngrepet.³³

Dessuten har enkelte leger utvilsomt vært restriktive i sin holdning til prevensjon ut fra moralske vurderinger, og en del har manglet kunnskap om svangerskapsforebyggende metoder. Før p-pillen ble registrert som prevensjon i 1967 (og spiralen omtrent på samme tid) var det imidlertid ikke mange gode alternativer til rådighet – valget stod i all hovedsak mellom seksuell avholdenhet, sterilisering, kondom og pessar. Gynekolog Per Børdahl ved Rikshospitalet beskriver pessarmetoden som "en metode for lærerinner" – man måtte ha kunnskap, være nøyaktig og ha orden på livet. Og mannens villighet til å samarbeide var også viktig ved valg av prevensjon. Et eksempel hentet fra den norsk-svenske pioneren innen seksualopplysning Elise Ottesen-Jensens (1886–1973) hverdag som prevensjonsveileder, illustrerer hvilke problemstillinger man kunne stå overfor: En lærerinne har kontaktet Elise og spurt om hun kan hjelpe en fattig nibarnsmor i 35–40-årsalderen med prevensjon:

Dessverre kunne jeg ikke hjelpe henne med pessar. Hun var så slapp i underlivet at forsøket på å plassere et pessar var fullstendig negativt. Hva skulle jeg gjøre? Jo, professor Forssner! Her måtte vi kunne få en sterilisering. Å få hennes mann til å forstå og til å bruke kondom holdt jeg for utelukket. [...] Professor Forssner hadde i flere spesielle tilfelle hjulpet meg med sterilisering. Det gjorde han også denne gangen. Og jeg vet ikke hvem som var gladest, "kjerringa", lærerinnen eller jeg, da hele det innviklede problemet var løst. En kunne skrive side opp og side ned om alle detaljer. Men vitenskapen seiret

iallfall til slutt, og kom til anvendelse der hvor det trengtes best.³⁴

Det var med andre ord ikke gitt at alle kvinner ville kunne benytte pessar eller ektefellen kondom, og for flere var derfor sterilisering vurdert som det beste eller eneste alternativet. Var det åpenbart at andre prevensjonsmetoder ikke ville komme til å fungere, var det heller ikke rart at legene lot være å anbefale alternative metoder. Haave viser til at veiledning i prevensjonsbruk sjelden var tatt opp i de journalene som er gjennomgått, noe han mener indikerer at mange inngrep ble foretatt uten at kvinnen ble orientert om alternative løsninger. Men den prevensjonen som ifølge Haave ville vært en "adekvat løsning", var ikke nødvendigvis til stede, aktuell eller ønsket av personen selv.

Kildematerialet både fra Norge og Sverige viser at kvinnene som søkte om sterilisering hadde flere barn enn gjennomsnittet i befolkningen, og ofte gav uttrykk for at de "hadde gjort sitt" og "ikke orket mer". – Hvorfor styre med pessar hvis de hadde fått de barna de ønsket? Haave er imidlertid opptatt av det han betegner som "omstendighetenes tvang" – det at en vanskelig økonomisk og sosial situasjon kan ha tvunget kvinnen til å la seg sterilisere. Han retter i denne sammenheng søkelyset mot de endringer som har funnet sted når det gjelder hvilke samfunnslag som ble sterilisert: Mens praksis frem til siste halvdel av 1960-årene i høy grad omfattet kvinner fra arbeiderklassefamilier i trange økonomiske kår, ble det i de etterfølgende år stadig flere menn og kvinner med middelklassebakgrunn som lot seg sterilisere: "Denne forskyvningen uttrykker også en endring i *formålet* med sterilisering: I økende grad ble sterilisering brukt som prevensjon i en bevisst familieplanlegging – mot tidligere vesentlig å ha vært en løsning på en vanskelig sosial og økonomisk situasjon." (min utheving)³⁵

Ikke uventet finner vi flest arbeiderklassekvinner fra vanskelige kår blant de som ble sterilisert ut fra en "aktverdige grunn" frem til siste halvdel av 1960-tallet. Det var i denne gruppen barnetallet og de sosiale problemene var størst, og flere havnet i en situasjon hvor det ble aktuelt å be om eller ta imot tilbud om sterilisering. Etersom middelklassen økte i antall, og det ble mer vanlig å godta sterilisering som prevensjonsmetode uten å måtte oppgi andre aktverdige grunner, økte naturlig nok andelen kvinner med middelklassebakgrunn. Å dokumentere en forskyvning i klassefordelingen er uproblematisk. Langt vanskeligere er det å finne belegg for at en forskyvning av denne typen også uttrykker en endring i selve *formålet* med sterilisering, og at valg situasjonen for mange arbeiderklassekvinner var underlagt omstendighetenes tvang. For hvem definerer hva som utgjør en tvangssituasjon?

Er det nødvendigvis riktig å beskrive en utslitt firebarnsmor på ett rom og kjøkken, i konstant graviditetsangst, som tvunget av omstendighetene? Hvordan kan vi vite at kvinnen ikke opplevde inngrepet som fornuftig uavhengig av vanskelige livsbetingelser? Kan ikke en beslutning om å la seg sterilisere ha vært opplevd som en utøvelse av frihet over egen kropp?

Steriliseringen av arbeiderklassens kvinner kan sees som en uønsket løsning på en vanskelig situasjon, men praksis kan også tolkes som et langt på vei velfungerende tilbud til kvinner uansett situasjon. Det har utvilsomt vært kvinner som har ønsket seg flere barn og som med tungt hjerte har valgt sterilisering som siste utvei, men å insinuere som Haave gjør, at dette var det vanlige for kvinner fra vanskelige kår, blir å forenkle debatten, overdrive tvangsbruken og definere arbeiderklassens kvinner som *ofre*.

Spørsmål uten svar

Ingen vil benekte at forkastelige ideer har kommet til uttrykk i norsk steriliseringsdebatt. Heller ikke at kritikkverdige steriliseringer har funnet sted. Spørsmålet er imidlertid hvor stort *omfanget* er, og innenfor hvilken *forståelsesramme* steriliseringsproblematikken i sin helhet bør analyseres.

Steriliseringsdebatten, slik den har kommet til uttrykk i massemediene på 1990-tallet, har etterlatt et bilde av tidligere tiders politikere og forvaltere som både dumme og onde. Vi skal heller ikke se bort fra at den kan ha bidratt til en stigmatisering av sterilisering som metode, med uheldige konsekvenser i dagens Norge.

Ser vi på den gruppen der sterilisering krever søknad og verges samtykke kan man spørre seg: "Steriliseres det i dag for mange eller for få?" Ingen vet. Vi har lite kunnskap om ulike gruppers behov, og kontrollen med praktiseringen av steriliseringsloven av 1977 har vært dårlig. Heller ikke vet vi noe om hvordan dagens aktører i praksisfeltet vurderer ønskeligheten av at psykisk utviklingshemmede, psykisk svekkede og alvorlig sinnslidende får barn, om de oppfatter steriliseringsinngrep som moralsk problematisk, og hvordan de vurderer sterilisering i forhold til andre svangerskapsforebyggende metoder.

Nylig ble jeg kontaktet av en utenlandsk forsker som ville vite "det nøyaktige tallet på hvor mange som *egentlig* var blitt tvangssterilisert i Norge". Hva skulle jeg svare?

Litteratur

- Broberg, Gunnar og Mattias Tydén, *Oönskade i folkhemmet. Rashygien och sterilisering i Sverige*, Gidlunds, Stockholm 1991
- Broberg, Gunnar og Nils Roll-Hansen (red.), *Eugenics and the welfare state. Sterilization policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*, Michigan State University Press 1996
- Børdahl, Per E., *Tubal sterilization. A long term prospective investigation of 218 women*. Thesis. Oslo 1985
- Børdahl, Per E., *Opplysning om sterilisering i henhold til lov av 3. juni 1977*, HelseDirektoratet, IK-2048, 1990
- Evang, Karl, "De ufruktbargjørende operasjoner og deres anvendelse. Noen kritiske bemerkninger i anledning det norske forslag til sterilisasjonslov", *Seksuell Oplysning Årbok 1934*, s. 173–182
- Haave, Per, *Sterilisering av tater 1934–1977. En historisk undersøkelse av lov og praksis*, Norges Forskningsråd, Oslo 2000
- Haave, Per, "Tvangssterilisering i Norge", i *Frihed, lighed og velfærd*, rapport til det 24. Nordiske Historikermøde 2001, bind 2, s.140–162
- Koch, Lene, *Tvangssterilisering i Danmark 1929–67*, Gyldendal, København 2000
- Koch, Lene, "Samfundets ansvar for forplantningen", i Cecilie Banke (red.), *Folk og Fællesskab. Træk af fællesskabstænkningen i mellemkrigstiden*, Arbejdsrapport, Dansk Center for Holocaust- og Folkedrabsstudier, København 2001, s. 62–71
- Mauren, Arnfinn, "100 sterilisert de siste 10 år", *Aftenposten*, 19.9.01
- Mørch, Willy–Tore m.fl., *Seksualitet og psykisk utviklingshemming. Opplæring, behandling og juridiske problemstillinger*, AdNotam Gyldendal, Oslo 1993
- NOU 1991:20 *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming* Ottesen–Jensen, Elise, *Og livet skrev*, Gyldendal, Oslo 1966

- Ot.prp. nr. 17 (1934) *Lov om adgang til sterilisering m.v.*
 Ot.prp. nr. 46 (1976–77) *Om lov om sterilisering m.v.*
 Ot.tid. *Lov om sterilisering*, 9.5.34
 Roll–Hansen, Nils, "Den norske debatten om rasehygiene", *Historisk tidsskrift*, 3/1980, s. 259–283
 Roll–Hansen, Nils, "'Eugenikk', 'racehygiejne' og 'tvangssterilisering'. Noen kritiske kommentarer til begrepsbruk i Lene Kochs avhandling", *Bibliotek for læger*, september 2001, s. 226–236
 Syse, Aslak, *Rettsikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmede*, AdNotam Gyldendal, Oslo 1996
 Tydén, Mattias, *Från politik till praktik. De svenske steriliseringslagarna 1935–1975*, (2. utvidede opplag), *Stockholm Studies in History – 63, Acta Universitatis Stockholmiensis*, Stockholms Universitet 2002
 Zaremba, Maciej, "Rasren i välfärdsstaten", *Dagens Nyheter* 20.8.97
 Zaremba, Maciej, "De olönsamma skars bort", *Dagens Nyheter* 21.8.97

¹ Evang, s. 176

² Børdahl 1990

³ 109 tater ble sterilisert under 1934-loven. Nesten halvparten (50 personer) ble definert som psykisk normale og undertegnet selv søknadspapirene, og av disse hadde en fjerdedel mellom 6 og 11 barn. Flere av de som selv søkte om sterilisering oppga vanskelige forhold i hjemmet som årsak til søknaden. Ifølge Haave (2000) ble taterkvinner som *Norsk misjon blant hjemløse* og myndighetene mente var ²omstrefere², oftere tvangssterilisert enn andre kvinner. Tallene er imidlertid så små og tvangsbegrepet så problematisk, at det eneste man kan si med sikkerhet er at medieoppslagene om en utbredt tvangssterilisering av tater, har vært helt ute av proporsjoner.

⁴ Kilde: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

⁵ Haave 2000

⁶ Mye tyder på at dette ²smutthullet² først og fremst var en løsning for vanskeligstilte kvinner som hadde en opplagt aktverdig grunn. Det var både tids- og kostnadsbesparende (utgifter i forbindelse med sykehusinnleggelse) å slippe søknadsbehandling av sentrale myndigheter, og løsningen ble som regel tilrådd av leger.

⁷ Evang, s. 179

⁸ Vogt sitert i Haave 2000, s. 352

⁹ Evang s. 182

¹⁰ 746 steriliseringsinnlegg ble utført under den nazistiske steriliseringsloven – en tredobling av årsgjennomsnittet sammenliknet med årene 1940–42, men antallet var i utgangspunktet lavt. Kilde: Haave 2000

¹¹ Evang sitert i Haave 2000, s. 346

¹² Vogt sitert i Haave 2000, s. 103

¹³ Sitert i Tydén 2002, s. 227

¹⁴ Aftenposten 19. 9.01

¹⁵ Mørch et. al. 1993

¹⁶ Ot.tid. 09.05.1934, s. 157

¹⁷ Roll–Hansen 1980

¹⁸ Haave 2000, s. 50

¹⁹ Mohr sitert i Haave 2000, s. 104

²⁰ Haave, s. 105

²¹ Haave 2000, s. 233

²² Haave 2000, s. 235

²³ Koch 2000, s. 334

²⁴ Roll–Hansen 2001, s. 232–233

²⁵ Doktordisputas ved historisk institutt, Universitetet i Stockholm, 5.4.02

²⁶ Koch 2001, s. 71

²⁷ Tydén 2002, s. 13

²⁸ Tydén, s. 15

²⁹ Kilde: Statens helsetilsyn. Grunnet svakheter ved dagens statistikkføring foreligger det ingen sikre opplysninger om omfanget av steriliseringer av psykisk utviklingshemmede, og det finnes ingen opplysninger om hvor mange alvorlig sinnslidende eller psykisk svekkede personer som steriliseres.

³⁰ Mørch m.fl., s.164–165

³¹ Haave 2001, s. 155

³² Haave 2001, s. 159

³³ Børdahl 1985

³⁴ Ottesen–Jensen, s. 168–169

³⁵ Haave 2001, s.143

Published 2003–04–09

Original in Norwegian

Contribution by Samtiden

© Samtiden

© Eurozine