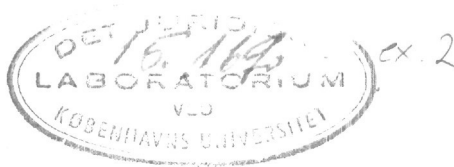


BETÆNKNING
OM
STERILISATION OG
KASTRATION

AFGIVET AF DET AF
JUSTITSMINISTERIET DEN 30. DECEMBER 1958
NEDSATTE UDVALG



BETÆNKNING NR. 333

1964

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
Indledning - Udvalgets forslag	5
I. Træk af udviklingen	8
II. Sterilisation	12
A. Gældende ret	12
1. 1935-loven. Regler og praksis	12
2. 1934-loven. Regler og praksis	19
3. Svangerskabslovens § 1, stk. 4	20
4. Medicinsk indikation	21
5. Efterundersøgelse. Virkningerne af sterilisation	22
B. Udvalgets synspunkter	23
1. Indledning	23
2. Indikationerne	26
3. Hvem skal stille indikation for sterilisation?	32
4. Efterundersøgelse	37
5. Refertilisering	38
III. Kastration	41
A. Gældende ret	41
1. Frivillig kastration	41
2. Tvangskastration	43
3. Efterundersøgelse	44
4. Virkningerne af kastration	45
Oversigt over den legale kastration i Danmark 1929-59 af professor, dr. med. & h. c. Knud Sand, fh. retslægerådets formand 1929-59	46
B. Udvalgets synspunkter	58
1. Vurdering af 1935-loven	58
2. Tilladelse nødvendig	58
3. Indikationerne	58
4. Øvrige betingelser	59
5. Kompetencen	59
6. Forbud mod hormonbehandling af kastrerede?	60
7. Ophævelse af reglerne om tvangskastration	61
8. Efterundersøgelse	62
IV. Udkast til lov om sterilisation og kastration samt bemærkninger hertil	64

Bilag..

	Side
1. Lov nr. 176 af 11. maj 1935 om Adgang til Sterilisation og Kastration	78
2. §§ 6-9 i lov nr. 171 af 16. maj 1934 om foranstaltninger vedrørende åndssvage, jfr. socialministeriets lovbekendtgørelse nr. 230 af 11. juni 1954.	80
3. Uddrag af lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v.	81
4. Uddrag af lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956 om mødrehjælpsinstitutioner.	83
5. Regler for efterundersøgelse af steriliserede og kastrerede personer, udfærdiget af justitsministeriet den 10. marts 1951.	84
6. Fremmed ret	86
a) Finland.	86
b) Island	88
c) Norge.	89
d) Sverige	90
e) England	92
f) Holland.	92
g) Den tyske Forbundsrepublik.	92
h) Schweiz	93
7. Redegørelse fra mødrehjælpen for behandling af sterilisationsspørgsmål i mødrehjælpsinstitutionerne.	94
8. Redegørelse fra overlæge Niels Pape for en undersøgelse af en gruppe børn født af åndssvage kvinder.	111
9. Oversigt over antallet af sterilisationsoperationer udført på kvinder i årene 1957-1959.	115
10. Skrivelser af 15. november 1961 og 9. april 1963 fra retslægerådet vedrørende refertilisering	116
11. Redegørelse fra overlæge Henrik Hoffmeyer om efterundersøgelser af steriliserede.	118
12. Skrivelse af 13. marts 1962 fra laborator, nu ass. overlæge, dr. med. Svend G. Johnsen om visse kastrationsvirkninger.	135

Indledning •- Udvalgets forslag

Udvalgets nedsættelse m.v.

Ved skrivelse af 30. december 1958 nedsatte justitsministeriet et udvalg med den opgave at overveje spørgsmålet om en revision af reglerne om sterilisation og kastration. Anledningen til udvalgets nedsættelse var dels, at der i et under socialministeriet nedsat udvalg angående revision af bestemmelserne om åndssvageforsorg var rejst spørgsmål om at ændre de i lov af 16. maj 1934 om foranstaltninger vedrørende åndssvage indeholdte regler om sterilisation af åndssvage, dels at justitsministeriet fandt, at bestemmelserne i lov af 11. maj 1935 om adgang til sterilisation og kastration burde gennemgås med henblik på, om de under hensyn til den siden 1935 stedfundne udvikling burde ændres.

Udvalget fik til opgave at udarbejde fælles regler om sterilisation. Udvalget skulle herunder overveje, om adgangen til sterilisation af åndssvage uden samtykke fra den pågældende bør bibeholdes, og i det hele under hensyn til den stedfundne udvikling, herunder de gældende bestemmelser i lov af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m.v., tage stilling til, under hvilke betingelser sterilisation fremtidig bør tillades. Endvidere blev udvalget anmodet om at gennemgå de gældende bestemmelser om samtykke til sterilisation fra andre end ansøgeren og om værgebeskikkelse samt tage stilling til, om der bør gives særlige regler om refertilisering.

Udvalget blev tillige anmodet om at gennemgå de gældende bestemmelser om kastration, herunder om bestemmelsen om tvungen kastration bør opretholdes, samt at overveje den nu gældende ordning med efterundersøgelse af kastrerede.

Til medlemmer af udvalget beskikkedes:
Højesteretsdommer Th. Gjerulff, formand,
Professor, overaccoucheur, dr. med. E. Brandstrup,
Overlæge, dr. med. Carl Clemmesen,
Kontorchef i justitsministeriet, nu politimester
Mogens Grau,
Overlæge Henrik Hoffmeyer,
Kontorchef i socialministeriet W. Johannsen,
Amtmand J. L. Saurbrey, Hillerød,

Overlæge ved forsorgscentret for Nordsjælland
P. A. Schwalbe-Hansen, Birkerød,
Direktør for mødrehjælpsinstitutionen for København m.v., cand. jur. Vera Skalts,
Overlæge ved forsorgscentret for Nordjylland
G. Wad.

Som sekretær for udvalget beskikkedes sekretær i justitsministeriet J. Gersing.

Justitsministeriet bemyndigede udvalget til under dets arbejde at forhandle med retslægerådets mangeårige, daværende formand, professor i retsmedicin, dr. med. & h.c. Knud Sand, og rådets juridiske rådgiver, nuværende højesteretsdommer, dr. jur. Louis le Maire, der havde erklæret sig villige til i fornødent omfang at bistå udvalget.

I forbindelse med den ved lov nr. 192 af 5. juni 1959 om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede gennemførte ændring af åndssvageforsorgens organisation anmodede amtmand J. L. Saurbrey, der var tidligere formand for bestyrelsen for Østifternes Åndssvageanstalt, om at blive fritaget for hvervet som medlem af udvalget, og den 11. november 1959 beskikkedes forsorgschef N. E. Bank-Mikkelsen som medlem i hans sted.

I overensstemmelse med den ved udvalgets nedsættelse meddelte bemyndigelse har udvalget rettet henvendelse til professor Sand, med hvem udvalgets formand har haft en række forhandlinger. Professor Sand har yderligere efter udvalgets anmodning på to møder i september 1961, hvori også højesteretsdommer le Maire deltog, udførligt redegjort for de erfaringer, der er indvundet med hensyn til de første 500 kastrationer af mænd i Danmark i tiden siden 1929, da den første lovgivning på dette område blev gennemført. Professor Sand har dernæst i samarbejde med overlægerne dr. P. Dickmeiss og P. A. Schwalbe-Hansen på udvalgets anmodning tilstillet udvalget en oversigtsafhandling over det samlede kastrationsmateriale (900 tilfælde) gennem 30 år. Afhandlingen, som udvalget har modtaget i oktober 1963 til optagelse i betænkningen, er gengivet side 46 ff.

Om kastrationsproblemer har udvalget tillige forhandlet med rigsadvokaten og med overlæge

ved forvaringsanstalten i Herstedvester, dr. med. Georg K. Stiirup, ligesom man har rettet henvendelse til overlæge ved statens seruminstitut, dr. med. Christian Hamburger, hvis medarbejder, laborator, nu ass. overlæge, dr. med. Svend G. Johnsen har besvaret nogle af udvalget stillede særlige spørgsmål om kastrationsvirkninger, som han har arbejdet med, jfr. bilag 12.

Med hensyn til sterilisationsspørgsmål har udvalget forhandlet med bestyreren af Københavns Universitets institut for human arvebiologi og eugenik, nu afdøde professor, dr. med. Tage Kemp.

Fra overlæge Niels Pape, nu Viborg, har udvalget modtaget en redegørelse for en undersøgelse af børn, født af åndssvage kvinder, jfr. bilag 8.

På udvalgets foranledning udsendte sundhedsstyrelsen i oktober 1960 et spørgeskema til landets sygehuse vedrørende antallet af udførte sterilisationsoperationer på kvinder i årene 1957, 1958 og 1959. De indkomne besvarelser bearbejdedes af sundhedsstyrelsens medicinal-statistiske kontor, og den udarbejdede oversigt er medtaget som bilag 9.

Endvidere har udvalget fra mødrehjælpen modtaget en redegørelse vedrørende behandlingen af sterilisationsspørgsmål i mødrehjælpsinstitutionerne, jfr. bilag 7.

Udvalget har ligeledes tilvejebragt oplysninger om retstilstanden på sterilisations- og kastrationsområdet i de nordiske lande og i nogle andre vesteuropæiske lande.

Som resultat af udvalgets arbejde, der har strakt sig over 46 møder, fremkommer denne betænkning.

Udvalgets forslag.

Udvalget har i den første paragraf i det udarbejdede lovudkast givet en definition af begreberne sterilisation og kastration. Det sidste omfatter indgreb, hvorved kønskirtlerne fjernes, og behandlinger, hvorved de varigt sættes ud af funktion, medens sterilisation omfatter andre indgreb og behandlinger, der varigt op hæver forplantningsevnen. Indgreb og behandlinger, der har til formål at helbrede legemlig sygdom, omfattes dog ikke af udkastet.

Overensstemmende med kommissoriet har udvalget udarbejdet fælles regler for foretagelse af *sterilisation* af åndssvage og af andre, og der er i udvalgets lovudkast i modsætning til gældende ret også givet regler for udførelse af sterilisation på medicinsk indikation. Den særlige sterilisationsregel i svangerskabslovens § 1, stk. 4, bliver efter udvalgets udkast overflødig.

Udkastet bygger ligesom de gældende love på den opfattelse, at sterilisation kun må foretages, når bestemte i loven anførte grunde taler derfor, og at indgrebet - bortset fra tilfælde, hvor det er rent lægeligt begrundet - kun må udføres i henhold til en forudgående tilladelse fra en offentlig myndighed, som påser, at lovens betingelser er opfyldt. Et mindretal i udvalget (Bank-Mikkelsen og Clemmesen) giver i en særudtalelse udtryk for, at myndige og psykisk normale personer, der kan fremføre agtværdige grunde til at lade sig sterilisere, bør have adgang til uden særlig ansøgning at underkaste sig sterilisation på et offentligt sygehus, hvis de kan opnå vedkommende overlæges tilslutning til operationen.

Lovudkastets kriterier for, i hvilke tilfælde sterilisationsindgreb bør kunne foretages, er udformet på grundlag af de erfaringer om behovet for sterilisation, der er indvundet i praksis i de knapt 30 år, de gældende sterilisationslove har været i kraft, ligesom reglerne i svangerskabsloven af 1956 i et vist omfang har været vejledende. Udkastet, der i så henseende er væsentlig mere detaljeret end 1935-loven, omfatter følgende Sterilisationsgrunde: Medicinsk indikation hos kvinder, eugenisk indikation eller forhold, som findes at burde ligestilles hermed, visse sjælelige eller legemlige sygdomme eller defekter, som gør den pågældende uegnet til på forsvarlig måde at drage omsorg for børn, samt en social indikation.

Sterilisationsreglerne i åndssvageforsorgsloven af 1934 er affattet således, at der ikke kræves begæring eller samtykke fra den åndssvage selv, og loven fremtræder således i princippet som en tvangslov. Der har i udvalget været enighed om, at tilladelse til sterilisation i alle tilfælde — også for så vidt angår åndssvage — kun skal kunne meddeles efter begæring af den pågældende selv. Hvis denne på grund af sinds sygdom, åndssvaghed eller af andre årsager varigt er ude af stand til at forstå betydningen af sterilisationen, skal begæring dog kunne fremsættes af en hertil beskikket værge.

Medens tilladelse til sterilisation efter gældende ret meddeles af justitsministeriet efter indhentet erklæring fra retslægerådet, eller - hvis det drejer sig om en åndssvag — meddeles af det i henhold til åndssvageforsorgsloven af 1934 nedsatte sterilisationsnævn, foreslår udvalget, at tilladelser fremtidig skal meddeles af et samråd ved en mødrehjælpsinstitution. I sager om sterilisation af personer, der er undergivet foranstaltninger i henhold til straffelovens § 70,

eller som er omfattet af lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold, eller som modtager hjælp i medfør af åndssvageforsorsloven, skal samrådet tiltrædes af en dertil beskikket dommer.

Med hensyn til den nærmere begrundelse for at henlægge sterilisationsafgørelserne til mødrehjælpens samråd henvises til kap. II, side 32 ff. og på dette sted skal kun fremhæves et par hovedsynspunkter: Samrådene blev oprettet i tilknytning til svangerskabsloven af 1956 med det formål at administrere de legale svangerskabsafbrydelser, et område, der på mange måder er beslægtet med sterilisationsoperationerne, og de synes at have løst denne opgave tilfredsstillende. Da de må anses for fuldt kvalificerede til også at træffe afgørelse om sterilisation, og da langt den største del af sterilisationsagerne allerede nu forberedes af mødrehjælpsinstitutionerne, forekommer den foreslåede ordning udvalgets flertal (alle med undtagelse af Hoffmeyer og Skalts) at være den, der bedst forener hensynet til en smidig administration med hensynet til det ønskelige i, at disse sager forberedes og oplyses bedst muligt.

To af udvalgets medlemmer (Hoffmeyer og Skalts) nærer betænkelighed ved den nævnte ordning af kompetencespørgsmålet, som de nærer frygt for vil virke skadelig for mødrehjælpens omdømme i forhold til klienterne og derved på uheldig måde påvirke mulighederne for at udøve og udbygge det positive hjælpearbejde. Disse medlemmer ville derfor have foretrukket, at man i princippet henlagde afgørelserne vedrørende sterilisation til et centralt nævn, der kunne fastlægge en ensartet praksis for de aye sterilisationsbestemmelser. I et vist hensigtsmæssigt omfang, f.eks. når gravide kvinder ansøgte om sterilisation, kunne nævnet delegerer sin afgørelsesret til samrådene. De har dog ikke ønsket at fremsætte noget egentligt mindretalsforslag, men lægger megen vægt på, at mødrehjælpsinstitutionerne, såfremt udvalgets forslag følges, sættes i stand til på effektiv måde også at varetage mødrehjælpens mere positive arbejdsopgaver.

Udvalget har ikke fundet det påkrævet at optage bestemmelser om refertilisering i lovudkastet, da retslægerrådet over for udvalget har oplyst, at mulighederne for at gengive en person forplantningsevnen er meget ringe, og da problemet endvidere ikke hidtil synes at have været af større praktisk betydning.

Med hensyn til *kastration* henvises i det hele til professor Sands forannævnte afhandling med særudtalelser. Der er i udvalget enighed om, at 1935-lovens regler om frivillig kastration i alt væsentligt har virket tilfredsstillende. Udvalget har derfor ikke fundet det påkrævet at foretage ændringer i de nuværende indikationsrammer eller at ændre den bestående kompetenceordning, hvorefter tilladelse til kastration meddeles af justitsministeriet efter indhentet erklæring fra retslægerrådet. De af udvalget foreslåede regler om frivillig kastration svarer således i det store og hele til de gældende bestemmelser herom i loven af 1935, men man har dog på visse punkter ændret de formelle betingelser for kastration.

Derimod har udvalget ikke medtaget bestemmelser om tvangskastration i lovudkastet, og de gældende bestemmelser herom, der i en meget lang årrække slet ikke har fundet anvendelse i praksis — nogen tvangskastration har aldrig været foretaget - foreslås således ophævet. Om begrundelsen herfor henvises til bemærkningerne i kap. III, side 61 f.

Med hensyn til spørgsmålet om efterundersøgelse af kastrerede foreslår udvalget, at den nugældende almindelige pligt til at underkaste sig en sådan undersøgelse bortfalder. Udvalget er dog af den opfattelse, at efterundersøgelse stadig bør ske forud for prøveudskrivning af personer, der er anbragt på forvaringsanstalt eller på en institution for åndssvage eller et hospital for sindslidende. Endvidere bør alle kastrerede have adgang til at få foretaget sådan undersøgelse, hvis de fremsætter ønske herom. Udvalget foreslår derfor, at de gældende regler erstattes af en bemyndigelse for justitsministeren til at give forskrifter om foretagelse af efterundersøgelser.

København i juni 1964.

N. E. Bank-Mikkelsen

£. Brandstrup

Carl Clemmesen

Th. Gjerulff
formand

Mogens Grau

Henrik Hoffmeyer

W. Johannsen

P. A. Schwalbe-Hansen

Vera Skalts

G. Wad

/ . Gersing
sekretær

I. Træk af udviklingen

I nyere tid har man i en række lande gennemført en lovgivning om adgangen til at foretage sterilisation og kastration. De første love på dette område så lyset i U.S.A. i begyndelsen af dette århundrede.

I Norden rejstes spørgsmålet om en sådan lovgivning vist nok første gang i 1912 på det 6. nordiske abnormsagsmøde i Helsingfors, hvor professor Chr. Keller støttet af et par finske kolleger gjorde sig til talsmand for, at der åbnedes mulighed for sterilisation af åndssvage. Efter den da anvendte terminologi sigtedes der herved både til den simple sterilisation og til kastration. Spørgsmålet blev her i landet fremdraget i rigsdagen i 1917, da nogle medlemmer henstillede til justitsministeren at foranledige undersøgelse foretaget med hensyn til betimeligheden af at skabe lovhjæmmel for sterilisation ved alle former af udtalt degeneration. I årene deromkring blev problemet taget op i flere literære fremstillinger, bl.a. af K. K. Steincke i »Fremtidens forsørgelsesvæsen«.

Diskussionen om berettigelsen af disse indgreb, navnlig anvendelsen af kastration som led i bekæmpelsen af forbrydelser, tog yderligere fart, efter at Dansk Kvindesamfund i en henvendelse til regering og rigsdag i januar 1921 havde stillet krav om en ændring af den gældende straffelovgivning, bl.a. således at samfundet blev sikret imod, at en voldtægtsforbryder kunne gentage sin forbrydelse. Året før havde professor Keller i en officiel indstilling foreslået fremsat lovforslag om adgang til frivillig »kønsløsgørelse af dertil egnede abnorme personer«. Baggrunden for indstillingen var, at justitsministeriet i 1918 havde afslået et andragende om sterilisation af en åndssvag sædelighedsforbryder, der påtænkte udskrevet fra anstalt. Afslaget var begrundet med, at der ikke i lovgivningen fandtes hjemmel til at foretage den pågældende operation.

Henvendelsen fra Dansk Kvindesamfund og professor Kellers indstilling blev overgivet til straffelovskommissionen af 1917, efter at ju-

stitsministeriet havde indhentet en række oplysninger om tilsvarende fremmede lovgivningsarbejder. Kommissionen udtalte i sin betænkning fra 1923, at den anså det for udelukket, at kastration - der i den forbindelse var det eneste indgreb, der kunne være tale om - kunne anvendes som straf eller straffesurrogat for en begået forbrydelse.

Efter kommissionens anskuelse burde der heller ikke være nogen som helst forbindelse mellem en sådan operation og en for den begåede forbrydelse forskyldt straf, hverken således at der gaves den, der havde forbrudt sig, valget mellem operation og straf, eller således at forbryderen med nogen sikkerhed kunne påregne benådning i operationens følge. Derimod fremhævede kommissionen, at humanitetsgrunde kunne tale for, at personer, der selv ønskede det, skulle kunne få tilladelse til at underkaste sig et indgreb i kønsorganerne, hvis deres kønsdrift var abnorm eller særlig voldsom og derfor udsatte dem for at begå forbrydelser. Da det imidlertid ikke fritog en læge for ansvar efter den dagældende straffelovs § 204 (grov legemsbeskadigelse), at indgrebet blev foretaget efter patientens ønske, medmindre det drejede sig om en operation, der var påkrævet af rent lægelige grunde, var det nødvendigt at indføre særlige lovregler herom.

Ved fremsættelsen af straffelovsforslaget i folketinget i december 1924*) påpegede justitsministeren, der var enig med straffelovskommissionen i, at kastrationsbestemmelser ikke burde indføres i straffeloven, at der - foruden det af kommissionen rejste problem - kunne være grund til at undersøge, om ikke visse psykiske lidelser af hensyn til personens egen sundhedstilstand, hans forplantningsevne eller af arvelighedshensyn burde kunne føre til sterilisation, og han udtalte samtidig, at der ville blive nedsat en kommission til at undersøge disse spørgsmål.

*) Rigsdagstidende 1924-25, Folketingets forhandlinger I, sp. 2566 ff.

Kommissionen blev nedsat ved kgl. ordre af 23. december 1924 og fik til opgave at undersøge, om forebyggende foranstaltninger og indgreb i den personlige frihed med eller uden den pågældendes vilje ud fra samfundshensyn, derunder også racehygiejniske hensyn, kunne anses forsvarlige og berettigede over for personer, der er degenerativt bestemte.

Efter at der ved interneringsloven af 11. april 1925 var tilvejebragt hjemmel for internering af personer, der havde begået strafbare handlinger, herunder grovere sædelighedsforbrydelser, tog kommissionen spørgsmålet om sterilisation og kastration op til behandling og fremsatte i sin betænkning af 1926 udkast til en lov herom.

Medens retslægerådet i en erklæring til straf-felovkskommissionen havde udtalt sig imod en legal kastrationsordning, fordi operationen medførte fare for efterfølgende psykiske lidelser, anså den nu nedsatte kommission det for ubetænkeligt og ønskeligt, at en sådan ordning etableredes, idet nyere erfaringer med hensyn til kastrationer udført på individer med seksuelle abnormiteter stillede disse operationer i et gunstigere lys.

Om sterilisation udtalte man på grundlag af en udredning af arvelighedsforskningens hidtidige resultater, at man ikke ville kunne påregne en generel højnelse af befolkningens åndelige sundhedstilstand ved almindelige eugeniske forholdsregler mod visse kategorier af syge eller degenerativt bestemte individer, sigtende til, at sygdomstilstande og degenerationstilstande skulle udryddes derved, at de pågældende individer blev afskåret fra forplantning. Men på den anden side var det kommissionens anskuelse, at der var trang til en vis adgang til sterilisation. En sådan adgang kunne navnlig begrundes med de socialt-humanitære hensyn, der gør sig gældende, når talen er om psykisk betydelig defekte personer, der ikke kan forudsættes at have evne eller vilje til at underholde og opdrage deres afkom. Disse hensyn måtte tillægges så meget desto større vægt, som afkommet efter sådanne personer ofte vil blive belastet med lignende defekter som forældrene og derfor så meget mindre end normalt afkom kan undvære en betryggende opdragelse under ordentlige kår.

Kommissionens lovudkast gik i hovedtræk ud på følgende:

Personer over 21 år skulle efter begæring kunne få tilladelse til at lade sig underkaste kastration eller andet indgreb i kønsorganerne, hvis deres kønsdrift på grund af dens abnorme styrke eller retning udsatte dem for at begå for-

brydelser og derved fremkaldte fare for dem selv og for samfundet.

Endvidere foresloges der skabt hjemmel for at tillade indgreb til ophævelse af forplantningsevnen hos psykisk abnorme personer, der var anbragt under anstaltsforsorg, hvis det måtte anses for særdeles magtpåliggende for samfundet, at de blev sat ud af stand til at få afkom. Anstaltsledelsens indstilling skulle være tiltrådt af den pågældende selv, medmindre vedkommende som følge af mentale mangler var ude af stand til at forstå betydningen af et sådant indgreb. I så fald skulle indstillingen tiltrædes af en i denne anledning beskikket værge.

Det understreges i betænkningen, at der ud over de i udkastet nævnte tilfælde ville kunne foretages indgreb i samme omfang som hidtil, nemlig hvis der var tale om en virkelig lægelig, på fysisk eller psykisk fare begrundet indikation.

På grundlag af betænkningen fremsatte justitsministeren i 1928 et lovforslag*), der i det væsentligste var i overensstemmelse med kommissionens udkast, dog at afgørelsen i sagerne henlagdes til justitsministeren efter indhentet erklæring fra retslægerådet og sundhedsstyrelsen og ikke som i udkastet foreslået til en særlig kommission.

Forslaget gennemførtes som lov nr. 130 af 1. juni 1929. Under hensyn til, at loven i udpræget grad var en forsøgslov - den var den første af sin art i Europa - blev det fastsat, at loven skulle optages til revision senest i rigsdagens ordentlige samling 1933-34. Denne frist blev senere forlænget til samlingen 1934-35.

For så vidt angik reglerne om indgreb til ophævelse af forplantningsevnen (sterilisation), blev loven især anvendt på åndssvage. I 1934 fremsatte socialministeren imidlertid forslag til en lov om foranstaltninger vedrørende åndssvage, bl. a. indeholdende bestemmelser om sterilisation af åndssvage.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget**), at der fra åndssvageforsorgens side gentagne gange var fremsat ønsker om gennemførelse af særlige lovregler om åndssvage personers indlæggelse på og udskrivning af anstalt. Da sterilisationsloven stod foran revision, og da eventuelle lovregler vedrørende inddragelse af åndssvage under åndssvageforsorg og om udskrivning fra forso-gen efter socialministeriets opfattelse for at kunne virke efter deres hen-

*) Rigsclagstidende 1928-29, tillæg A, sp. 2309 ff.

**) Rigsdagstidende 1933-34, tillæg A, sp. 3527 ff.

sigt nøje måtte slutte sig til reglerne om det offentliges adgang til at hindre de pågældende åndssvage i at forplante sig, fandt man tiden inde til at fremsætte et lovforslag, hvori disse spørgsmål var sammenarbejdet. Hertil kom, at den kort forinden gennemførte socialreform byggede på indberetninger vedrørende åndssvaghed netop med det formål at få hånd i hank med disse personers hele forhold **over for** samfundet og samfundets interesse i om muligt at begrænse åndssvaghedens udbredelse.

Det fremhævedes i bemærkningerne, at 1929-loven havde betegnet et stort gode for åndssvageforsorgen. Den ved sterilisationen bevirkede større mulighed for at udskrive åndssvage af anstalterne havde medført, at man bedre kunne anvise dem netop den beskæftigelse, som bedst stemte med deres sociale indstilling og tilpasning, og den havde endvidere betydet en tiltrængt aflastning for åndssvageanstalterne.

På grundlag af de indvundne erfaringer foresloges imidlertid på en række punkter ændrede regler med hensyn til sterilisation af åndssvage. Det havde således vist sig u hensigtsmæssigt, at der kun var hjemmel til at tillade sterilisation af åndssvage, der var anbragt på anstalt, idet der ligesåvel, ja måske snarere, kunne være grundlag for at sterilisere åndssvage, der var anbragt under andre forsorgsformer, eller slet ikke var inddraget under forsorg. Bestemmelsen om, at den pågældende skulle være over 21 år og - som hovedregel - have tiltrådt indstillingen, var også fundet for stiv, idet den i en række tilfælde havde været til hinder for foretagelsen af en påkrævet sterilisation.

Det blev dernæst foreslået, at afgørelsen i sagerne vedrørende åndssvage skulle tages bort fra justitsministeriet og henlægges til et særligt nævn. Som begrundelse herfor anføres i bemærkningerne, at sterilisationsindgreb over for åndssvage kun kunne finde sted, når samfundsmæssige hensyn af social forsorgskaraktter talte derfor. Det ville derfor være ønskeligt, at den praktiske sagkundskab blev repræsenteret i videst mulig udstrækning i det organ, der skulle træffe afgørelse med hensyn til fremkommende indstillinger om sterilisation.

Anstaltsledelsernes initiativ i sterilisationssagerne blev også stærkere betonet, idet det nu udtrykkeligt blev pålagt dem snarest at gøre indstilling til nævnet om foretagelse af sterilisation i de tilfælde, hvor lovens betingelser skønnedes opfyldt.

Forslaget blev under behandlingen på rigsdagen kun ændret på mindre væsentlige punkter

og ophøjedes til lov den 16. maj 1934. Loven er nu afløst af lov nr. 192 af 5. juni 1959 om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede, men sterilisationsbestemmelserne er under hensyn til arbejdet i nærværende udvalg opretholdt, dog således at forslag til revision af bestemmelserne skal forelægges folkettinget senest i folketingsåret 1962/63, ved lov nr. 40 af 15/2-1963 ændret til 1964/65. 1934-lovens bestemmelser om sterilisation er gengivet som bilag 2.

I marts 1935 fremsatte justitsministeren i folkettinget forslag til en revision af 1929-loven *). Til brug ved udarbejdelsen af forslaget havde justitsministeriet indhentet en udtalelse fra retslægerådet om, hvorledes loven af 1929 efter rådets mening havde virket, og om de ændringer, som de indvundne erfaringer kunne gøre ønskelige. Retslægerådets udtalelse herom forelå i en redegørelse af 15. september 1934, der er aftrykt som bilag til lovforslaget. Et uddrag af redegørelsen er offentliggjort af rådets daværende formand, professor Sand, bl.a. i Ugeskrift for Læger 1935, side 25, 62 og 94.

Forslaget må ses som en videreførelse af de synspunkter, der lå til grund for den første sterilisationslov. Det byggede dels på de siden 1929 indvundne erfaringer, dels på lovgivningen i andre lande, der havde den danske sterilisationslov som mønster, men som i flere henseender var gået videre. Som et karakteristisk træk kan nævnes, at bestemmelsen om sterilisation nu fik en mere fremtrædende plads end hidtil, hvilket stemte med, at dette indgreb havde vist sig at være det hyppigst anvendte.

Forslaget gennemførtes i lidt ændret affattelse som lov nr. 176 af 11. maj 1935 om adgang til sterilisation og kastration. Loven, der fortsat er gældende, er gengivet som bilag 1. I forhold til 1929-loven var der navnlig tale om følgende ændringer og udvidelser:

I lighed med 1934-lovens regler om sterilisation af åndssvage opgav man betingelsen om, at tilladelse kun kunne meddeles personer, der var anbragt på anstalt. Som en nydannelse fik nu også psykisk normale personer adgang til at opnå sterilisation, når særlige hensyn, navnlig fare for afkommets arvelige belastning, talte derfor. I bemærkningerne til lovforslaget fremhævedes, at denne bestemmelse særlig ville være anvendelig på epileptikere, kroniske alkoholister og lignende.

*) Rigsdagstidende 1934-35, tillæg A, sp. 4721.

Adgangen til kastration af personer med abnormt stærk eller abnormt rettet kønsdrift blev udvidet til tilfælde, hvor denne kønsdrift medførte betydelige sjælelige lidelser for dem, selv om den ikke udsatte dem for at begå forbrydelser. Endvidere åbnedes mulighed for tvangskastration af visse grovere sædelighedsforbrydere.

Efter retslægerådets ønske optoges en bestemmelse om, at den, der blev steriliseret eller kastreret i henhold til loven, havde pligt til at lade sig underkaste lægelig efterundersøgelse. Sådanne efterundersøgelser havde også hidtil været iværksat, idet justitsministeriet havde betinget de meddelte tilladelser af, at vedkommende underkastede sig efterundersøgelse, men man hav-

de ikke haft midler til at gennemtvinge undersøgelsen i de tilfælde, hvor vilkåret ikke var blevet overholdt.

Bestemmelserne om sterilisation i 1935-loven finder ikke anvendelse på åndssvage; herom gælder reglerne i 1934-loven. Derimod angår 1935-lovens regler om kastration også de åndssvage.

Ved § 1, stk. 4, i lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v. er der givet en regel om sterilisation uden særlig tilladelse i forbindelse med foretagelse af svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation. Loven er i uddrag optaget som bilag 3.

II. Sterilisation

A. Gældende ret.

Efter gældende ret kan sterilisation foretages med følgende hjemmel: 1) Hovedbestemmelserne findes i lov nr. 176 af 11. maj 1935 om adgang til sterilisation og kastration. 2) Om sterilisation af åndssvage gælder reglerne i §§ 6-9 i lov nr. 171 af 16. maj 1934, jfr. socialministeriets lovbekendtgørelse nr. 230 af 11. juni 1954, som er opretholdt ved lov nr. 192 af 5. juni 1959 om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede. 3) Dernæst indeholder lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m.v. § 1, stk. 4, hjemmel for at sterilisere en kvinde i visse tilfælde i forbindelse med svangerskabsafbrydelse. 4) Endelig antages det, at sterilisation kan foretages uden udtrykkelig lovhjemmel, hvis lægelige hensyn gør indgrebet påkrævet.

1. 1935-loven. Regler og praksis.

a. *Sagernes behandling.* Efter denne lov kan sterilisation tillades af justitsministeriet efter indhentet erklæring fra retslægerådet. Loven gælder som nævnt ikke sterilisation af åndssvage.

Hovedparten af de sterilisationssager, der forelægges for justitsministeriet, er nu forberedt af mødrehjælpen. Forberedelsen omfatter dels en lægelig, dels en social undersøgelse. De lægelige oplysninger, herunder oplysning om andragerens psykiske tilstand, tilvejebringes i reglen gennem mødrehjælpens læger, herunder speciallæger, men suppleres i det omfang det skønnes fornødent med erklæring fra andre speciallæger eller arvebiologisk institut samt eventuelt med en udtalelse fra andragerens egen læge. Den sociale undersøgelse foretages af en ved vedkommende mødrehjælpsinstitution ansat socialrådgiver, som aflægger besøg i hjemmet og gennem samtale med andrageren og dennes ægtefælle eller pårørende indhenter fyldige oplysninger om den pågældendes økonomiske og boligmæssige forhold og andre omstændigheder, som kan være af betydning for afgørelsen.

Når mødrehjælpen er kommet til at spille en så væsentlig rolle i sterilisationssagerne, må det

bl.a. ses i sammenhæng med, at institutionen siden svangerskabsloven af 1956 har administreret de legale svangerskabsafbrydelser. Ifølge svangerskabslovens § 3, stk. 3, skal en kvinde i almindelighed rette henvendelse til en mødrehjælpsinstitution, hvis hun ønsker sit svangerskab afbrudt. Og bestemmelse om, hvorvidt svangerskabsafbrydelse kan foretages, træffes af det til mødrehjælpsinstitutionen hørende samråd, bestående af institutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person med tilsvarende uddannelse og 2 læger, hvoraf så vidt muligt den ene skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, om muligt en stedlig overlæge, den anden speciallæge i psykiatri, jfr. § 6 A i bekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956 af lov om mødrehjælpsinstitutioner. I visse tilfælde kan bestemmelse om svangerskabsafbrydelse dog træffes af vedkommende sygehusoverlæge, jfr. svangerskabslovens § 3, stk. 2. Spørgsmålet om sterilisation rejses hyppigt i forbindelse med svangerskabsafbrydelse. Det er da naturligt, at mødrehjælpen, som i forvejen har forberedt sagen med henblik på andragendet om svangerskabsafbrydelse, indsender sagen til justitsministeriet i de tilfælde, hvor der tillige søges sterilisation, og tilladelse hertil udkræves efter reglerne i 1935-loven. De oplysninger, som har ligget til grund for afgørelsen om svangerskabsafbrydelse, vil i reglen tillige være af betydning for bedømmelsen af, om sterilisation bør tillades, men skønnes yderligere oplysninger påkrævet, indhentes disse af mødrehjælpen. I en del tilfælde får mødrehjælpen endvidere henvendelse fra ikke-gravide kvinder, som ønsker sig steriliseret, og institutionen tilvejebringer også i sådanne tilfælde de fornødne oplysninger til brug for retslægerådets og justitsministeriets behandling af sagen.

Udvalget har fra mødrehjælpen modtaget en redegørelse, som blandt andet indeholder oplysninger om sagernes behandling i mødrehjælpsinstitutionerne samt et meget fyldigt statistisk materiale over de af disse institutioner i året 1958/59 behandlede sterilisationssager. Redegørelsen, hvortil man henviser, er medtaget

nedenfor som bilag 7. Et resumé findes side 110. Det fremgår af redegørelsen, at kun et forholdsvis ringe antal af de behandlede sterilisationssager er blevet fremsendt til justitsministeriets afgørelse. I langt de fleste tilfælde har man skønnet, at sterilisation kunne foretages uden tilladelse på medicinsk indikation, og afgørelse herom er da truffet af vedkommende sygehus-overlæge, jfr. nærmere nedenfor side 21 ff. Oplysningerne er samlet i to hovedgrupper, således at den første gruppe (A) omfatter tilfælde, hvor sterilisationsspørgsmålet er rejst i forbindelse med ansøgning om svangerskabsafbrydelse, medens den anden gruppe (B) vedrører de tilfælde, hvor ønsket om sterilisation er fremsat uden eller dog uden umiddelbar tilknytning til et svangerskab (i redegørelsen benævnt »rene sterilisationstilfælde«). Opmærksomheden henledes navnlig på tabellerne 29-31 og 33-35 i bilaget til redegørelsen. Det fremgår heraf, at 41 % af kvinderne i A-materialet var 35 år eller derover. I B-materialet var kvinderne betydeligt yngre, men 19 % hørte dog til den ovennævnte aldersgruppe. - For begge gruppers vedkommende gælder, at 90 % af ansøgerne var gift, og at ca. halvdelen (henholdsvis 46 % og 58 %) havde haft mindst 5 tidligere graviditeter.

Ansøgerne var i overvejende grad husmødre (68 % og 83 %) og en væsentlig del gift med ufaglærte arbejdere (40 % og 51 %). En stor del boede i overbefolkede lejligheder.

b. Statistik vedrørende justitsministeriets sterilisationssager.

Over de i justitsministeriet i årene 1957-62 behandlede sterilisationssager er udarbejdet nedenstående oversigter:

TABEL I
Antal behandlede sager.

År	Andrager	Tilladelser	Afslag	Benyttede tilladelser	Ubenyttede tilladelser
1957	500	444	56	419	25
1958	447	393	54	373	20
1959	392	361	31	343	18
1960	433	400	33	376	24
1961	434	394	40	374	20
1962	373	345	28	318	27
I alt	2579	2337	242	2203	134

TABEL II
Tilladelser fordelt på køn.

År	Mænd			Kvinder		
	ugift	gift	tidligere gift*	ugift	gift	tidligere gift*
1957	0	71	0	16	331	26
1958	3	59	1	15	297	18
1959	3	62	1	13	267	15
1960	2	57	1	15	307	18
1961	2	54	1	13	302	22
1962	2	47	0	12	265	19
I alt	12	350	4	84	1769	118

*) Gruppen omfatter enkemænd henholdsvis enker, fra-skilte, separerede og faktisk adskilte.

TABEL III
Tilladelser til gifte og tidligere gifte kvinder.
Antal fødsler.

År	0-2	3-4	5-6	7-8	over 8
1957	24	149	134	36	14
1958	29	135	108	33	10
1959	17	130	100	31	4
1960	28	154	111	25	7
1961	32	163	98	24	7
1962	34	151	79	17	3
I alt	164	882	630	166	45

TABEL IV
Tilladelser. Aldersfordeling.

År	under 21		21-24		25-29		30-34		35-39		40 og derover	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
1957	0	10	2	47	9	107	20	130	18	66	22	13
1958	1	4	1	56	9	104	21	103	12	52	19	11
1959	0	5	4	37	6	99	24	92	19	58	13	4
1960	0	5	3	46	7	121	23	99	14	61	13	8
1961	0	1	2	52	7	136	21	84	15	58	12	6
1962	0	0	1	54	10	117	10	70	15	44	13	11
I alt	1	25	13	292	48	684	119	578	93	339	92	53

Som det fremgår af materialet, har spørgsmålet om sterilisation i de nævnte år først og fremmest været aktuelt for gifte kvinder over 25 år med 3 eller flere børn. Mange af disse kvinder har endvidere haft flere aborter, og for en betydelig dels vedkommende er operationen udført i tilknytning til en fødsel, således at det gennemsnitlige børnetal i aldersgrupperne i virkeligheden er lidt højere, end skemaet angiver.

Ikke helt få udnytter ikke tilladelsen. I en del tilfælde drejer det sig om kvinder, som havde regnet med at få indgrebet foretaget i forbindelse med svangerskabsafbrydelse eller straks efter en fødsel, men ikke har fået andragendet indsendt så betids, at dette har kunnet nås. Da lejligheden til at få operationen overstået under samme hospitalsophold således er forpasset, foretrækker de at håbe på at undgå en ny graviditet i stedet for at bringe familien i de vanskeligheder, som en fornyet indlæggelse medfører.

c. Indikationer.

Det er efter loven altid en betingelse, at samfundsmæssige hensyn taler for indgrebet. Heri ligger, at den pågældendes eget ønske om at blive steriliseret aldrig er tilstrækkeligt, selv om det grundes på betragtninger, som i og for sig er forståelige, f. eks. at yderligere fødsler vil forringe familiens muligheder for at give de allerede fødte børn en uddannelse.

Herudover kræves for så vidt angår psykisk normale, at særlige hensyn, navnlig fare for afkommets arvelige belastning, taler for sterilisation, medens det for psykisk abnormes vedkommende er tilstrækkeligt, at det må anses for

gavnligt for den pågældende, at han sættes ud af stand til at få afkom. Denne forskel havde især betydning i de første år efter lovens ikrafttræden, idet justitsministeriet støttet af retslægerådet anlagde en streng fortolkning af lovens noget vage kriterier for sterilisation af psykisk normale. Det må herved erindres, at man først ved loven af 1935 havde fået hjemmel til at tillade sådanne sterilisationer, og det var derfor naturligt, at man administrerede bestemmelsen med stor varsomhed, indtil problemerne på dette nye område var blevet mere afklaret. I slutningen af fyrreerne skete imidlertid et omsving i praksis, idet man både fra lægeligt og administrativt hold gjorde sig klart, at også hensynet til kvindens helbred og hendes muligheder for at opfostre børnene på forsvarlig vis under de givne bolig-mæssige og økonomiske vilkår måtte tillægges en sådan samfundsmæssig betydning, at sterilisation kunne komme på tale. Det eugeniske moment trængtes herved noget i baggrunden, således at forskellen i sterilisationsgrundlaget for de 2 persongrupper udviskedes. Udviklingen medførte til gengæld, at en anden forskel trådte tydeligere frem: Medens det overvejende antal sterilisationer af psykisk normale nu udføres på gifte kvinder, der i forvejen er mødre til flere børn, består det psykisk abnorme klientel hovedsagelig af yngre, ugifte personer, som allerede på grund af deres sjælelige afvigelser må anses for uegnede til at tage vare på børn.

Justitsministeriets sterilisationstilladelser for årene 1957-59 kan grupperes under de i nedenstående skema anførte indikationer:

TABEL V
Tilladelser fordelt efter indikationer

	eugenisk		eugenisk-medicinsk		eugenisk-social		eugen sk-medicinsk-social		medicinsk-social		Andre samfundsmæssige grunde	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
1957	5	7	4	12	9	40	0	10	40	279	14	24
1958	6	7	3	17	6	29	1	13	33	241	13	24
1959	6	6	5	13	6	10	3	14	35	227	11	25
I alt	17	20	12	42	21	79	4	37	108	747	38	73

Eugenisk indikation.

Det er forholdsvis sjældent, at faren for afkommets arvelige belastning alene har været bestemmende for afgørelsen. Det må dog herved tages i betragtning, at en del kvinder er blevet steriliseret på eugenisk indikation uden tilladel-

se fra justitsministeriet, idet indgrebet i medfør af svangerskabslovens § 1, stk. 4, er foretaget i umiddelbar tilknytning til svangerskabsafbrydelse på samme indikation, jfr. nedenfor side 20 f. I årene 1957-59 har grundlaget for justitsministeriets tilladelse i henholdsvis 12, 13 og 12 sa-

ger været eugenisk indikation. Som eksempel kan anføres:

Eksempel 1.

25-årig civilingeniør gift med kusine. Der var i deres fælles fædrene slægt betydelig arvelig belastning med hensyn til sindslidelse (ungdomssløvsvind) samt døvstumhed i forbindelse med en alvorlig øjensygdom. De turde derfor ikke sætte børn i verden. Retslægerådet udtalte, at faren for arveligt belastet afkom var særdeles nærliggende.

Eugenisk-medicinsk indikation.

I disse tilfælde foreligger der nogen fare for arvelig belastning af afkommet, og hensynet til andragerens helbred spiller tillige ind. I typetilfældet kan momenterne hver for sig ikke bære en sterilisation, men i forening giver de tilstrækkeligt grundlag for indgrebet.

Eksempel 2.

31-årig gift kvinde, som havde født 3 børn og påny var gravid. Hun havde gennem de seneste år frembudt tegn på en nervøs lidelse og havde svært ved at overkomme arbejdet i hjemmet. Der var i hendes slægt flere tilfælde af sindssygdom af alvorlig karakter (manio-depressiv psykose og ungdomssløvsvind).

Af praktiske grunde indeholder denne gruppe i tabel V også tilfælde, hvor det eugeniske vel i sig selv kunne begrunde sterilisation, men hvor der tillige har været et medicinsk islæt i sagen.

Eugenisk-social indikation.

Ofte er forholdet det, at der foruden nogen eugenisk støtte for sterilisation er vægtige sociale grunde til, at den pågældendes forplantningsevne ophæves.

Eksempel 3.

30-årig ugift kvinde. Af hendes 3 børn var 2 bortadopteret, medens hun sammen med det tredje opholdt sig hos sine forældre. Den 4. fødsel var nær forestående. Børnene havde forskellige fædre. Hun var en lidt småt begavet holdningsløs psykopat og havde fået en række fængselsstraffe for løsgængeri og berigelseskriminalitet. Forældrene havde underholdt hende i nogen tid, men hun havde nu fået offentlig hjælp.

Universitetets arvebiologiske institut erklærede, at der var eugenisk støtte for at søgende steriliseret.

Også for denne gruppe gælder det, at tallene i tabel V rummer tilladelser, som kunne have været givet på eugenisk indikation, men hvor sagerne tillige har været præget af ansøgerens dårlige sociale forhold.

Eugenisk-social-medicinsk indikation.

Undertiden består indikationen af flere led, som bedømt hver for sig næppe kunne føre til en sterilisationstilladelse, men som tilsammen får en sådan vægt, at ønsket om sterilisation findes rimeligt begrundet.

Eksempel 4.

26-årig gift kvinde, der havde født 5 gange. Hun var atter gravid og indstillet til legal svangerskabsafbrydelse. Blev ved den psykiatriske undersøgelse fundet meget barnlig, overfladisk og følelsesmæssigt afstumpet. Måtte nærmest betegnes som psykopat. Der var risiko for arveligt belastet afkom, og hun var tillige præget af en belastningsneurose, som talte for sterilisation. Ægtefællen var brutal, drikkædlig og kriminel. Familien levede for det meste af socialhjælp.

Medicinsk-social indikation.

Det ses af tabel V, at denne gruppe er langt den største. Ca. 70 % af tilladelserne i 1957-59 er meddelt på denne indikation. Det er den udslidte moder, der dominerer blandt ansøgerne; det typiske eksempel er kvinder, der har født en række børn i løbet af få år, og som lever i dårlige økonomiske kår og under slette boligforhold. Deres helbred er undergravet, og flere fødsler vil medføre fare for, at de overbelastes med den følge, at hjemmet bryder sammen til skade for de allerede fødte børn. Både hensynet til andragerindens helbred og til børnenes pleje tilsiger her sterilisation, ligesom det også må tillægges vægt, at familien ikke har mulighed for at give flere børn forsvarlige opvækstvilkår.

Eksempel 5.

26-årig kvinde gift med en arbejdsmand. 8 fødsler i årene 1950-1958. 6 af børnene levede og 5 opholdt sig i hjemmet. Ægte-

fællen var hyppigt arbejdsløs, og familien måtte da leve af understøttelse. Boligen lå i en gammel barakejendom og bestod af 2 værelser og et rum, der nødtørftigt var indrettet til køkken. Den var meget ringe, snavset og fugtig. Børnene var forsømte. Ansøgerinden var træt og forslidt. Anti-konception havde været forsøgt uden held og ville ikke kunne gennemføres.

Eksempel 6.

36-årig kvinde gift med en gårdejer. Født 4 børn i løbet af 6 år og ventede yderligere et barn. Hun måtte deltage i landbrugsarbejdet, og ifølge lægeerklæringen var hendes tidligere sunde, kraftige legemstilstand ikke uvæsentligt reduceret. Boligen var meget forfalden, og økonomien anspændt. Retslægerådet udtalte, at hun var træt og forslidt, og at hun psykisk var betydeligt forringet på grund af hårdt slid under vanskelige forhold.

Eksempel 7.

35-årig kvinde gift med en arbejdsmand. 4 børn, hvoraf de 3 var i hjemmet. Ventede sin 5. fødsel. Familiens boligforhold og økonomi var dårlige. Retslægerådet skønnede, at hun var ved grænsen af sin ydeevne med hensyn til de hende påhvilende pligter over for mand og børn.

Eksempel 8.

31-årig gift arbejdsmand med 4 børn. Led af følgerne af et kraniebrud, som han havde pådraget sig for 6 år siden, og som gav symptomer i form af hovedpine, lettere åndelig reduktion og karakterforandring samt epileptiske tilfælde. Siden ulykkestilfældet havde han jævnligt haft syge- og arbejdsløshedsperioder, og familiens økonomiske forhold var derfor meget knebne. Boligen var en moderne 2-værelses lejlighed.

Andre samfundsmæssige grunde.

Der meddeles en række sterilisationstilladelser, hvis begrundelse må søges uden for de 5 foran nævnte indikationer. Det drejer sig i første række om personer, som enten ikke magter eller ikke er egnet til at tage vare på børn, eller i hvert fald ikke på flere børn end dem, den pågældende allerede har. Disse sager ligner hyppigt dem, der er henført under den medicinsk-soziale gruppe, men adskiller sig fra disse der-

ved, at andragernes helbred ikke er svækket. Tilladelse til sterilisation gives her ud fra den betragtning, at børn under de givne forhold ikke kan forventes at få den fornødne røgt og pleje.

Eksempel 9.

22-årig kvinde gift med et cykelbud. Hun havde født et barn uden for ægteskab samt et barn i ægteskabet og var ved andragendets indsendelse gravid i 8. måned. Børnene var fjernet fra hjemmet af børneværnet, og det ventede barn ønskedes bortadopteret. Begge ægtefæller var sinker. Manden var kriminel, brutal og noget drikfældig. Familien levede i vid udstrækning af socialhjælp. Boligforholdene var elendige.

d. Sterilisation af ægtefællen.

Hvis det f.eks. af social-medicinske grunde er påkrævet, at en gift kvinde ikke får flere børn, rejses der undertiden spørgsmål om, hvorvidt sterilisationstilladelse vil kunne meddeles ægtemanden. Det indtræffer således ikke sjældent, at en ægtemand ønsker at skåne sin hustru for indgrebet og derfor selv søger om sterilisation; det må herved erindres, at sterilisation af kvinder er et langt mere omfattende indgreb end sterilisation af mænd. Det sker endvidere jævnligt, at man af lægelige grunde helst vil undgå at operere hustruen, hvis ægtemanden kan få tilladelse til at underkaste sig indgrebet. I sådanne tilfælde har justitsministeriet indtaget det standpunkt, at det fornødne grundlag for sterilisation af ægtemanden er til stede, såfremt tilladelsen lige så vel må begrundes i forholdene i hjemmet som i hustruens helbredstilstand, således at en væsentlig del af indikationen er fælles for ægteparret. Må tilladelsen derimod overvejende begrundes i hustruens helbredstilstand, medens forholdene i hjemmet er et mindre væsentligt moment i sagen, fastholder ministeriet, at tilladelsen alene vil kunne gives til hustruen.

Eksempel 10.

34-årig gift repræsentant med 3 børn. Ægtefællernes boligforhold og økonomi var tilfredsstillende. Han søgte om sterilisationstilladelse, fordi hustruen led af graviditetsangst, som kompromitterede deres samliv. Hun turde ikke lade sig operere. Retslægerådet indstillede, at han fik tilladelse til sterilisation under henvisning til, at navnlig hensynet til hjemmets opretholdelse talte herfor, men justitsministeriet af-

slog andragendet, idet man samtidig meddelte andrageren, at retslægerådet havde udtalt, at hustruen efter rådets skøn kunne steriliseres af rent lægelige grunde.

Såfremt selve operationen ligefrem har kunnet antages at indebære helbredsmæssig risiko for hende, har man dog i enkelte tilfælde givet tilladelse til sterilisation af manden.

Eksempel 11.

32-årig kontormand i gode sociale forhold. Et barn i ægteskabet. Endvidere opholdt hustruens datter, der var født uden for ægteskab, sig i hjemmet. Hustruen var 37 år. Hun var overordentlig overvægtig og led af en svær blodtryksforhøjelse med øjenforandringer. Retslægerådet skønnede, at gennemførelsen af en graviditet måtte anses for livsfarlig for hende, og at en sterilisationsoperation ville indebære en meget væsentlig risiko. Tilladelsen meddeltes manden.

Til belysning af det her nævnte spørgsmåls praktiske betydning er udarbejdet nedenstående oversigt over de i årene 1957-59 meddelte sterilisationstilladelser til gifte mænd:

TABEL VI

Tilladelser til gifte mænd.

	1957	1958	1959
Samlet antal tilladelser til gifte mænd	71	59	62
Disse tilladelser fordeler sig således:			
Social-medicinsk indikation:			
Medicinsk hos hustruen	30	23	25
Anden indikation:			
Alene hos hustruen	6	3	3
Alene hos manden	35	33	34

e. Formkrav.

Der skal foreligge en begæring indeholdende fyldestgørende oplysninger om de for andragendet bestemmende grunde og erklæring om, at den, der fremsætter begæringen - for så vidt det ikke er en anstaltsledelse — af en læge er vejledet om indgrebets antagelige følger. Begæringen skal ledsages af en lægeerklæring, og sundhedsstyrelsen har i den anledning udsendt en vejledning til lægerne om, hvilke oplysninger disse erklæringer bør indeholde. Den senest udsendte vejledning er af 20. juni 1959. Det understreges heri, at lægeerklæringerne bør være fyldige og give udførlige oplysninger om andragerens tidligere og nuværende helbredstil-

stand, arvelige dispositioner og sociale forhold m.v.

Er andrageren gift, uden at samlivet er op hævet ved separation eller længere tids faktisk adskillelse, skal ægtefællens erklæring så vidt muligt indhentes. Samtykke kræves ikke, men det er yderst sjældent, at ægtefællen modsætter sig indgrebet, som da også i almindelighed vil være i hele familiens interesse.

Den smidige udformning af bestemmelsen har vist sig hensigtsmæssig, idet den har gjort det muligt: at hjælpe enkelte gifte kvinder til en påkrævet sterilisation, som ægtemanden ud fra rent egoistiske hensyn eller uden nogen nærmere motivering har udtalt sig imod.

De øvrige formelle betingelser afhænger af andragerens psykiske tilstand:

Psykisk normale. - Den pågældende skal altid selv fremsætte andragendet og kan normalt kun søge efter sit fyldte 21. år. I ganske særlige tilfælde kan sterilisation dog tillades, uanset andrageren ikke har nået myndighedsalderen. Er andrageren umyndiggjort i personlig henseende, skal værgens erklæring indhentes, medens værgens stilling til sagen er uden betydning, såfremt der blot er tale om en formueretlig umyndiggørelse.

Der meddeles kun nogle få tilladelser årligt til sterilisation af mindreårige, og justitsministeriet er i det hele tilbageholdende med at imødekomme andragender fra ganske unge mennesker. Tilladelse til ansøgere under 23-24 år gives almindeligvis ikke, medmindre der foreligger nogen eugenisk støtte herfor.

Eksempel 12.

20-årig gift kvinde, der havde født én gang. Hun var lille og spinkel og havde snævert bækken, hvorfor fødslen havde måttet gennemføres med kejsersnit. Led af epilepsi, hvortil der var arvelig disposition i hendes slægt. Barnet havde haft et epileptisk anfald. Der var nærliggende fare for arveligt belastet afkom. Tilladelse meddelt.

Eksempel 13.

21-årig gift kvinde med 2 børn. Flere medlemmer af hendes slægt led af en alvorlig arvelig øjenlidelse (stær), og hun var selv angrebet af sygdommen, således at hun kun kunne klare grovere arbejde. Boligforholdene var meget ringe, og hjemmet bar præg af fattigdom og elendighed. Tilladelse meddelt.

Psykisk abnorme. - Også for disse personers vedkommende er det reglen, at de selv skal fremsætte begæring om tilladelse til at lade sig sterilisere. Begæringen skal dog tiltrædes af en i dette øjemed beskikket værge. Værgen beskikkes efter de almindelige regler for værgebeskikkelse i justitsministeriets cirkulære af 25. september 1922. Herefter skal den beskikkende myndighed, som i København er magistraten og ellers skifteretten, være opmærksom på, om den, der beskikkes, kan antages med omhu og interesse at ville varetage den pågældendes tarv. Derfor bør en nærstående slægtning, besvogret eller ven af andrageren fortrinsvis beskikkes som værge. Hvis andrageren er umyndig, kan hans faste værge beskikkes til at afgive erklæringen, hvilket jævnligt sker. Nogle af de større hospitaler og anstalter indstiller undertiden en socialrådgiver eller en medarbejder ved Dansk Forsorgsselskab til at beskikkes som værge, når en egnet person blandt patientens nærmeste ikke har kunnet bringes i forslag. Denne fremgangsmåde har så vidt vides ikke givet anledning til ulemper.

Der er i praksis tendens til at fortolke begrebet »psykisk abnorm« restriktivt. Kun hvis der er tvivl om, hvorvidt andrageren har fuld forståelse af indgrebet og dets rækkevidde, kræver man en værge beskikket. I årene 1957-59 er der alene beskikket værge i 32 sterilisationssager eller i ca. 10 sager om året. 16 af andragerne opholdt sig på anstalt; heraf var 4 sindssyge og 2 psykopater, medens resten var sinker på grænsen til åndssvaghed. Til belysning af disse sagers beskaffenhed anføres:

Eksempel 14.

21-årig ugift kvinde. Moderen åndssvag i middel grad. Inddroges under forsorg på åndssvageanstalt som 13-årig. IK da 69. Ønskedes nu udskrevet af kontrolleret familiepleje, efter at man ved fornyet intelligensprøve havde fundet IK 80. Hun var klar over, at moderen var åndssvag og angav, at hun ønskede at blive steriliseret, fordi hun var bange for at få åndssvage børn. Der var nærliggende fare for arveligt

Oversigt over de af sterilisationsnævnet behandlede sager fra 1949-1962.

	Antal tiltrædelser	Antal tiltrædelser	Antal tiltrædelser	Udsættelse (1 år) ÷ senere genoptagelse	Udsættelse (1 år) + genoptagelse og senere tiltrædelse	Afslag på gr. af formelle mangler	Afslag af andre grunde	Tilbagekaldelser
	mænd	kvinder	i alt					
	1	2	3	4	5	6	7	8
1949	106	169	275	5	3	1	3	1
1950	92	175	267	4	8	0	4	0
1951	62	130	192	1	2	0	3	1
1952	33	134	167	0	2	1	1	0
1953	35	106	141	0	1	0	3	0
1954	27	113	140	1	2	0	1	1
1955	33	92	125	0	3+2*)	0	2	0
1956	26	68	94	2	4	1	4	1
1957	38	63	101	1	0	0	0	0
1958	34	67	101	0	0	0	0	0
1959	23	83	106	0	0	0	0	0
1960	19	75	94	0	0	0	0	0
1961	13	67	80	1	0	0	0	1
1962	8	72	80	0	0	0	0	1
I alt	549	1414	1963	15	25+2	3	21	6

*) Udsættelse + gentagelse ÷ afslag.

Som grundlag for oversigten i rubrik 4-8 er (tilstræbt) gennemgået samtlige sager i omhandlede tidsrum, hvor tiltrædelse ikke straks er givet i henhold til indstillingen, herunder sager, hvor yderligere oplysninger er indhentet. Endvidere er gennemgået samtlige sager, hvor tiltrædelse er givet, men hvor der har været senere korrespondance, som f. eks. i tilfælde, hvor sterilisation ikke er gennemført på grund af patientens senere vægning (rubrik 8). I oversigten er ikke medtaget de tilfælde, hvor nævnet har afgivet udtalelse vedrørende sterilisation, uden at egentlig sterilisationsindstilling har foreligget (f. eks. høring i spørgsmål om ægteskabstiladelse). - *Ad rubrik 4-5:* Udsættelse skyldes typisk ung alder i forbindelse med mulighed for senmodning. - *Ad rubrik 6:* Forekommer f. eks., hvor beskikket værge tilbagekalder tidligere tiltrædelse. - *Ad rubrik 7:* F. eks. i tilfælde, hvor vedkommende patient har været i en alder, hvor chancerne for besvægning har været minimale.

belastet afkom, og efter retslægerådets skøn ville hun næppe kunne opdrage børn.

Er den pågældende som følge af mentale mangler ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan andragendet underskrives af værgen alene. Drejer det sig om en person, der er inddraget under forsorg af en statsanstalt eller en i henhold til den dagældende forsorgslovs § 67, nu forsorgslov nr. 169 af 31. maj 1961 § 70, jfr. socialministeriets bekendtgørelse nr. 103 af 27. marts 1962, godkendt anstalt, er anstaltsledelsen under samme betingelse beføjet til at underskrive andragendet alene. Bestemmelsen har i hvert fald i de senere år ikke været anvendt, idet andragendet altid har været underskrevet af den pågældende selv.

2. 1934-loven. Regler og praksis.

Lov nr. 192 af 5. juni 1959 om for sorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede opretholder den tidligere åndssvage-lovs sterilisationsbestemmelser, dog således at forslag til revision af disse bestemmelser skal forelægges folkettingen senest i folketingsåret 1962/63, ved lov nr. 40 af 15. februar 1963 ændret til 1964/65. Bestemmelserne findes i §§ 6-9 i socialministeriets bekendtgørelse nr. 230 af 11. juni 1954 af 1934-loven. Der henvises endvidere til kapitel VII i socialministeriets cirkulære nr. 245 af 8. december 1959, der tillemper bestemmelserne efter den nye åndssvageforsorgslov.

a. Kompetencen.

Spørgsmålet om sterilisation af en åndssvag rejser sig vedkommende overlæge inden for åndssvageforsorgen i en indstilling til forsorgens bestyrelse. Såfremt bestyrelsen kan tiltræde, at den åndssvage søges steriliseret, fremsender den med sine bemærkninger indstillingen til det af socialministeriet i henhold til loven af 1934 nedsatte sterilisationsnævnet, der træffer den endelige afgørelse i sagen.

Nævnet består af en dommer som formand, en socialpraktiker samt en læge, der er uddannet i psykiatri eller åndssvageforsorg. Sterilisationen kan kun gennemføres, hvis nævnets medlemmer er enige om at godkende indstillingen. Hvis enstemmighed ikke opnås, kan sagen dog atter optages efter 1 års forløb.

b. Statistik.

I det første tiår efter lovens ikrafttræden steriliseredes gennemsnitlig 235 åndssvage årligt. I den sidste halve snes år har antallet imidlertid

stadig været faldende og er nu nede på 80-90 om året. Ovenfor er opstillet en oversigt over de af sterilisationsnævnet behandlede sager fra 1949-1962

Der henvises endvidere til den side 111 ff. som bilag 8 optagne redegørelse fra overlæge Niels Pape, nu Viborg, for en af ham i årene 1954-1955 foretaget undersøgelse af en gruppe børn født af åndssvage kvinder, der senere var blevet steriliseret.

c. Indikation.

Nævnet må i første række tage stilling til, om man kan tiltræde overlægens diagnose vedrørende patientens mentale tilstand. Bedømmelsen heraf hviler på en samlet vurdering af patientens hele åndelige udrustning, herunder hans tidligere udvikling, hans evner og adfærd i øvrigt i skolen, på eventuelle arbejdspladser og i det hele hans evne til at tilpasse sig og klare sig i det normale samfundsliv. Resultatet af foretagne psykologiske tests, herunder egentlige intelligensundersøgelser, vil indgå i denne samlede vurdering, idet man traditionelt her i landet har sat grænsen opad mod ikke-åndssvaghed ved en intelligenskvotient på omkring 75. Hvor nævnet har skønnet, at det måtte anses for tvivlsomt, hvorvidt den pågældende kunne karakteriseres som åndssvag, har nævnet henvist sagen til behandling efter reglerne i 1935-loven.

Det kræves, at sterilisationen enten er begrundet i samfundsmæssige hensyn, eller at indgrebet vil være gavnligt for den åndssvage selv. Som eksempler på samfundsmæssige hensyn nævner loven, at patienten på grund af sin åndssvaghed ikke vil være i stand til på forsvarlig måde at opdrage sine børn eller ved eget arbejde at forsørge dem. Vægten lægges således på den åndssvages sociale muligheder og tilpasningsevne, medens eugeniske hensyn ikke direkte er nævnt, selv om risikoen for åndssvagt afkom dog må kunne tages i betragtning ved vurderingen af de samfundsmæssige hensyn. Følgen heraf er, at en åndssvag kan steriliseres, uanset om hans åndssvaghed er arvelig eller ej. Den gavnlige virkning af indgrebet for patienten selv træder frem, hvis sterilisation vil gøre det forsvarligt at undlade at inddrage ham under forsorg eller muliggøre udskrivning af forsorg eller anbringelse under en friere forsorgsform, f.eks. kontrolleret familiepleje.

d. Formelle betingelser.

Sterilisationsnævnet har senest i marts 1951 udsendt en vejledning om forberedelsen af sa-

ger vedrørende sterilisation af åndssvage. Vejledningen rummer dels de i loven anførte krav, dels de af nævnet fastlagte retningslinier for sagernes ekspedition.

Overlægens indstilling skal herefter bl.a. indeholde oplysning om patientens personlige forhold, helbredstilstand og arvelige disposition, samt om resultatet af tidligere intelligensundersøgelser og en i anledning af indstillingen foretaget intelligensundersøgelse. Den sidstnævnte undersøgelse bør normalt være foretaget inden for det sidste år, og det må anføres, om »senmodning« kan forventes.

Med indstillingen skal efter loven følge en udtalelse af en i anledning af sterilisationssagen beskikket værge om, at han er klar over beskaffenheden og de antagelige følger af det indgreb, som der bliver spørgsmål om at foretage, samt at han tiltræder, at indgrebet foretages. Siden 1956 har nævnet endvidere forlangt, at værgens tiltrædelseserklæring tillige skal indeholde en så vidt muligt af ham selv påført bemærkning om, at han personlig har drøftet spørgsmålet om sterilisation med den åndssvage. Nævnet har endvidere foreskrevet, at en af patientens forældre i reglen bør søges beskikket som værge, uanset om patienten er over 21 år, eller at der som værge beskikkes en anden nær slægtning, eventuelt en person, som kan antages at have nærmere kendskab til patienten, og som har interesse for ham. Nævnet har understreget, at man ikke bør søge personer, der er ansat ved åndssvageforsorgen, eller som på anden måde må antages at være afhængige af for sorgen, f.eks. som indehaver af plejehjem og lignende, beskikket som værger. Det samme gælder personer, som i kraft af deres stilling, f.eks. som medlem af vedkommende sociale udvalg, i det enkelte tilfælde kan antages at ville lægge vægt på det offentlige økonomiske interesse i sagen.

Loven indeholder ikke nogen bestemmelse om, at den åndssvage skal have opnået en vis alder, før sterilisation kan finde sted, men efter sterilisationsnævnets praksis er der kun givet tilladelse til sterilisation af personer under 18 år, når ganske særlige omstændigheder har talt herfor.

e. Indgrebets udførelse.

Indgrebet defineres i loven som vasectomi for for mænds vedkommende og resectio tubarum (salpingectomi) for kvinders vedkommende. Følgen heraf er, at sterilisationen ikke lovligt kan udføres på anden måde, selv om en anden teknik skulle vinde frem.

1. Tvangslov.

Det er et særkende for reglerne om sterilisation af åndssvage, at de hjemler adgang til tvangssterilisation, idet loven ikke kræver noget samtykke fra den åndssvage selv. Direkte tvang har dog aldrig været anvendt, men indirekte har bestemmelserne formentlig haft stor betydning, navnlig i forbindelse med overvej eiser om den åndssvages overgang fra anstaltsanbringelse til friere forsorgsformer. I sterilisationsnævnets vejledning udtales, at der i de tilfælde, hvor patienten er indforstået med indgrebet, og hvor patienten må findes at forstå indgrebet og dets antagelige følger, bør foreligge en udtrykkelig erklæring fra patienten om, at han er villig til at underkaste sig operationen.

Lovens bestemmelser er vanskeligt forenelige med principperne i den nye åndssvageforsorgslov.

3. Svangerskabslovens § 1, stk. 4.

Hvis en svangerskabsafbrydelse er begrundet i forhold af vedvarende karakter, og disse forhold også vil indicere afbrydelse af eventuelle senere graviditeter, er det nærliggende at overveje at søge kvinden steriliseret i forbindelse med svangerskabsafbrydelsen. En sådan situation kan foreligge ved svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation.

Efter svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 3, kan en kvinde få sit svangerskab afbrudt, når der er nærliggende fare for, at barnet bl.a. på grund af arvelige anlæg vil blive lidende af sindssygdom, åndssvaghed, andre svære mentale forstyrrelser, epilepsi eller alvorlig og uhelbredelig abnormitet eller legemlig sygdom. En tilsvarende bestemmelse fandtes i den første svangerskabslov fra 1937, men det var en nydannelser, når man ved den nye svangerskabslovs gennemførelse i 1956 i overensstemmelse med svangerskabskommissionens forslag skabte mulighed for samtidig at sterilisere kvinden uden særlig administrativ tilladelse.

Medens det ikke er til hinder for svangerskabsafbrydelse, at de uheldige arveanlæg tillige eller endog udelukkende optræder hos manden, er det en betingelse for at sterilisere kvinden efter denne bestemmelse, at disse anlæg stammer fra hende. Bestemmelsen er i praksis forstået således, at anlæggene skal stamme alene fra kvinden, og det antages derfor, at den ikke kan anvendes i tilfælde, hvor barnet frygtes at blive defekt som følge af en særlig kombination af mandens og kvindens blodtyper.

Det er den overlæge, der udfører svangerskabsafbrydelsen, der træffer bestemmelse om, hvorvidt kvinden samtidig skal steriliseres. Det kan i denne forbindelse nævnes, at sundhedsstyrelsen i et cirkulære af 20. juni 1959 angående forståelsen og anvendelsen af svangerskabsloven har anført, at det må anses for naturligt, at samrådene respektive nævnet angående svangerskabsafbrydelse i de tilfælde, hvor spørgsmålene om svangerskabsafbrydelse og sterilisation ikke kan behandles helt uafhængigt af hinanden, gør overlægen bekendt med deres overvejelser om sterilisationsspørgsmålet. Sundhedsstyrelsen nævner tillige, at overlægen i tvivlstilfælde vil kunne udbede sig samrådets eller nævnets rådgivning om sterilisationsspørgsmålet. - Indgrebet kan dog kun foretages med kvindens samtykke, hvilket forudsætter, at hendes psykiske tilstand er en sådan, at hun forstår indgrebets betydning. Hvis hun er under 18 år eller er umyndiggjort i personlig henseende, skal der tillige indhentes samtykke fra forældremyndighedens indehaver, henholdsvis værgeren, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod. Er hun gift og samlever med sin ægtefælle, skal der i almindelighed gives denne lejlighed til at udtale sig.

Det fremgår af bilag 9, at bestemmelsen i årene 1957—1959 har været anvendt i henholdsvis 96, 84 og 70 tilfælde.

4. Medicinsk indikation.

Hverken 1935- eller 1934-loven omtaler sterilisation af lægelige grunde. Det fremgår dog klart af forarbejderne til 1935-loven, at lovgiverne har forudsat, at sterilisation vil kunne foretages uden tilladelse fra myndighederne, hvis lægelige hensyn nødvendiggør operationen.

Det kan være vanskeligt at afgrænse disse tilfælde over for de tilfælde, hvor tilladelse skal indhentes, og spørgsmålet har da også i praksis givet anledning til tvivl.

Sundhedsstyrelsen nævner i sin vejledning af 20. juni 1959 til lægerne angående sterilisationslovgivningen et par klare eksempler på lægelig indikation: Sygdomme i eller omkring kønsorganerne, som i sig selv nødvendiggør sterilisation, samt for kvinders vedkommende tillige tilfælde, hvor sterilisation er indiceret derved, at eventuelt svangerskab vil medføre forværrelse af en i forvejen bestående kronisk lidelse. Rammerne for den medicinske indikation er imidlertid i praksis videre, end de nævnte eksempler viser.

Der har utvivlsomt på dette område i årenes

løb fundet: en udvikling sted under indflydelse af lovgivningen om svangerskabsafbrydelse, ikke mindst efter at afgørelserne ved loven af 1956 som hovedregel er blevet henlagt til de ved mødrehjælpsinstitutionerne oprettede samråd. Herom kan henvises til den som bilag 7 aftrykte redegørelse fra mødrehjælpen. Selv om samrådene efter loven alene har til opgave at beskæftige sig med svangerskabsafbrydelse, virker de i praksis i et vist omfang som rådgivende i sterilisationsspørgsmål. Det er ganske vist vedkommende sygehusoverlæge, som afgør, om patientens helbredstilstand gør sterilisation påkrævet, men overlægerne rådfører sig jævnligt med samrådene, før de tager stilling til, om en kvinde vil kunne steriliseres på medicinsk indikation. Dette gælder vel navnlig, hvis overlægen ved, at kvinden er samrådet bekendt fra en ansøgning om svangerskabsafbrydelse, men også i tilfælde, hvor spørgsmålet om sterilisation opstår, uden at kvinden er gravid, sker det, at vedkommende kirurgiske afdeling ønsker en udtalelse fra samrådet om, hvorvidt sterilisationsgrundlaget må antages at være til stede. Samrådene er også fra anden side tilskyndet til at beskæftige sig med sterilisationsspørgsmålet. Nævnet angående svangerskabsafbrydelse, der er oprettet i henhold til mødrehjælpslovens § 6A samtidig med samrådene, og som har til opgave at følge disses virksomhed og vejlede dem med henblik på at skabe en ensartet praksis for svangerskabsafbrydelse, har således opfordret samrådene til i forbindelse med spørgsmålet om indikationsstillingen for svangerskabsafbrydelse at *give* udtryk for deres syn på sterilisationsspørgsmålet, jfr. herved nævnets i 1959 udgivne beretning side 16-17, og denne opfordring er blevet fulgt af samrådene, således at de, samtidig med at tilladelse til svangerskabsafbrydelse meddeles, giver udtryk for, om samrådet mener, at der foreligger medicinsk indikation for foretagelse af sterilisation.

I mangel af lovregler om adgangen til at foretage sterilisation af lægelige grunde har det formentlig ikke kunnet undgås, at den i svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 1, indeholdte regel til en vis grad er blevet vejledende. Efter denne bestemmelse kan en kvinde få sit svangerskab afbrudt, når afbrydelsen er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, og der skal herved tages hensyn bl.a. til de forhold, hvorunder kvinden må leve samt til tilstedeværende eller truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande. Der synes at have udviklet sig en praksis, hvorefter sterilisation

foretages uden tilladelse af lægelige grunde i lignende tilfælde. Udvalget har haft lejlighed til at gøre sig bekendt med akterne vedrørende nogle sterilisationer, der er udført på medicinsk indikation, og har kunnet konstatere, at disse ikke adskilte sig væsentligt fra sterilisationer, der har været forelagt for justitsministeriet og af dette er blevet tilladt på social-medicinsk indikation.

For at få klarhed over, i hvilket omfang sterilisationsoperationer nu udføres på medicinsk indikation, har udvalget gennem sundhedsstyrelsen ladet udsende et spørgeskema til samtlige landets sygehuse. Skemaet, hvori de indkomne besvarelser er indarbejdet, er optaget som bilag 9. Af skemaet fremgår, at der i årene 1957, 1958 og 1959 i hele landet foretoges i alt henholdsvis 2.269, 2.453 og 2.210 sterilisationsoperationer på kvinder. Heraf udførtes ikke mindre end henholdsvis 1.831 (81 %), 2.030 (83 %) og 1.832 (83 %) på medicinsk indikation, medens henholdsvis 342 (15 %), 339 (14 %) og 308 (14 %) udførtes i henhold til en tilladelse fra justitsministeriet eller sterilisationsnævnet. Resten - henholdsvis 96 (4 %), 84 (4 %) og 70 (3 %) - foretoges i medfør af svangerskabslovens § 1, stk. 4.

Mødrehjælpen er i sin undersøgelse (bilag 7), der vedrører året 1958/59, nået til lignende resultater. Af de 3.702 kvinder, som i det pågældende år fik bevilget svangerskabsafbrydelse, blev 1.591 samtidigt steriliseret. Heraf 1.414 eller 89 % på medicinsk indikation. Procenten er væsentligt lavere, for så vidt angår de tilfælde, hvor kvinder henvendte sig til mødrehjælpen med ønske om sterilisation, uden at dette skete umiddelbart i forbindelse med ansøgning om svangerskabsafbrydelse (i bilaget benævnt »rene sterilisationstilfælde«). Kun 145 eller 44 % af de 332 sterilisationer, som er henregnet til denne gruppe, er udført på medicinsk indikation.

Et specielt problem med hensyn til afgrænsningen af den medicinske indikation foreligger i de tilfælde, hvor sterilisation søges på grund af en voldsom frygt for besværgning. Det kan dreje sig om kvinder, som lever i trygge økonomiske kår og i et godt ægteskab, hvis stabilitet imidlertid trues af, at det seksuelle samliv er disharmonisk på grund af hustruens graviditetsangst. Justitsministeriet har i en skrivelse til mødrehjælpen udtalt, at ønsket om at undgå flere graviditeter uanset ønskets styrke efter ministeriets opfattelse ikke i sig selv kan danne grundlag for en tilladelse efter reglerne i 1935-

loven, og at dette må gælde, selv om graviditetsfrygten truer ægteskabets beståen. Hvis en sterilisation skal kunne gennemføres, kan det derfor kun ske på medicinsk indikation. I en del tilfælde har frygten medført eller har været betinget af psykiske lidelser, som også mere alment præger de pågældende kvinder. I disse tilfælde har der kunnet stilles medicinsk indikation for sterilisation.

De nævnte oplysninger viser således, at langt det største antal sterilisationer er foretaget af lægelige grunde uden tilladelse; men i en væsentlig del af disse tilfælde har der over for vedkommende overlæge foreligget en positiv udtalelse fra mødrehjælpens samråd. Udvalget har ikke fundet grund til at indhente oplysninger om det nærmere grundlag for de enkelte sterilisationer, men der er efter det materiale, som udvalget har haft forelagt, ingen tvivl om, at der i et stort antal tilfælde har været tillagt de sociale forhold betydning ved siden af de lægelige.

5. Efterundersøgelse. Virkningerne af sterilisation.

Ifølge 1935-lovens § 5 påhviler det den, der er underkastet sterilisation (eller kastration) i henhold til denne lov at lade sig underkaste lægelig efterundersøgelse efter nærmere af justitsministeren fastsatte regler. De gældende regler om efterundersøgelse i henhold til denne lov er udfærdiget den 10. marts 1951 og er gengivet som bilag 5, jfr. side 84. Herefter skal efterundersøgelse af steriliserede personer kun finde sted i tilfælde, hvor der af justitsministeriet efter indstilling af retslægerådet er truffet særlig bestemmelse herom, og sådanne bestemmelser har efter det for udvalget oplyste ikke været truffet. Ifølge de før 1951 gældende regler, senest regler af 15. august 1940, skulle der derimod altid finde efterundersøgelse sted, første gang et år efter operationen, anden gang et år senere. Såfremt ikke særlige forhold gjorde sig gældende, skulle yderligere undersøgelser ikke foretages, og andet års efterundersøgelse kunne efter retslægerådets skøn undlades. Efterundersøgelseens resultat skulle indføres i et af retslægerådet udarbejdet udførligt skema. Hensigten med disse undersøgelser var at fremskaffe et erfaringsmateriale med hensyn til sterilisationens virkninger i fysisk og psykisk henseende og dens indvirken på personens evne til at klare sig i samfundet. I 1951 fandtes det imidlertid, efter at godt 1000 personer var blevet efterundersøgt, ikke påkrævet at fortsætte med disse regelmæssige undersøgelser af steriliserede.

En regel om efterundersøgelse af åndssvage, der er steriliseret i henhold til 1934-loven, findes ikke i denne lov. Der har dog i de første år efter lovens vedtagelse fundet efterundersøgelser sted med benyttelse af samme skema som gældende for efterundersøgelser i henhold til 1935-loven. Der kan herom henvises til en artikel af Alice Bruun og Jens Chr. Smith i Social Tidsskrift 1939 side 369-381, hvor der bl. a. redegøres for resultatet af de indtil da stedfundne efterundersøgelser.

Som anført side 10 udarbejdede retslægerrådet forud for gennemførelsen af 1935-loven en redegørelse til justitsministeriet for de erfaringer, der var indvundet under loven af 1929, og rådets daværende formand, professor, dr. med. Knud Sand, har i danske og udenlandske tidskrifter offentliggjort uddrag heraf. En større samlet videnskabelig bearbejdelse af de gennem efterundersøgelserne tilvejebragte oplysninger er imidlertid ikke foretaget, og udvalget har efter de erfaringer, der i øvrigt foreligger på dette område, ikke anset det nødvendigt for udvalgets arbejde at iværksætte en systematisk gennemgang af det omfattende materiale. For så vidt angår kastration, hvis virkninger er langt mere indgribende, har professor Sand derimod afgivet en udførlig afhandling til udvalget på grundlag af efterundersøgelserne, jfr. side 46 ff.

I bilag 11, side 118 ff., har medlem af udvalget, overlæge Henrik Hoffmeyer, redegjort for den foreliggende videnskabelige litteratur vedrørende efterundersøgelser af steriliserede; herunder findes side 128, side 129 og side 130 f. samt side 132 f. omtale af nogle danske og svenske arbejder. Det fremgår af redegørelsen, at de steriliserede i langt de fleste tilfælde har været tilfredse med sterilisationen, selv om nogle af dem har følt større eller mindre ubehag ved at være blevet steriliserede. Der findes imidlertid også tilfælde - omend de udgør en lille del af det undersøgte materiale — hvor de pågældende har fortrudt operationen. Nogle af de i redegørelsen citerede afhandlinger analyserer disse tilfælde og omtaler de symptomer af fysisk og psykisk art, som de pågældende steriliserede har givet udtryk for. Der kan i det hele henvises til denne redegørelse.

B. Udvalgets synspunkter.

1. Indledning.

I kapitel I og i afsnit A i nærværende kapitel er redegjort for den historiske udvikling og for den nugældende lovgivning og praksis. Det vil heraf fremgå, at der, siden 1935-loven blev gi-

vet, har fundet en betydelig udvikling sted. Dette har kun i ringe omfang afspejlet sig i lovgivningen., der på dette område alene er ændret ved svangerskabsloven af 23. juni 1956 § 1, stk. 4, der har givet hjemmel for foretagelse af sterilisation uden særlig tilladelse på eugenisk indikation i forbindelse med svangerskabsafbrydelse i visse tilfælde. Derimod er der inden for 1935-lovens område i tidens løb sket en ændring af: praksis, således at denne lov i stigende omfang har fundet anvendelse på gifte kvinder i den modne alder med flere børn. Hertil kommer som et meget væsentligt træk i udviklingen, at der nu foretages et meget betydeligt antal sterilisationer, uden at der hertil meddeles tilladelse i henhold til lovene af 1934 og 1935, nemlig på medicinsk indikation, jfr. foran side 21 i. Af samtlige godt 2.000 sterilisationer på kvinder i 1959 foretoges ca. 80 % på denne indikation. Bag den stedfundne udvikling ligger vel en ændring i opfattelsen af sterilisationens formål. Medens hensynet til afkommets arvelige belastning tidligere var fremherskende, træder hensynet til den pågældende kvinde eller mand selv, hjemmet og de allerede i dette værende børn nu stærkere frem. Det er naturligt, at lovgivningsmagten må tage stilling til denne udvikling, således at der på grundlag af en vurdering af praksis sker en à jour-føring af loven.

Der er ovenfor og i bilag 11 gjort rede for det til rådighed værende erfaringsmateriale med hensyn til, hvorledes sterilisationens virkninger er. Selv om en systematisk undersøgelse heraf - bortset fra enkelte områder — ikke foreligger, er det dog udvalgets opfattelse, at erfaringerne er så gode, at der er al grund til at søge lovgivningen herom videreført på grundlag af den nu rådende praksis.

a) *Bør adgangen til sterilisation være fri?*

Man kan rejse det spørgsmål, om udviklingen peger i retning af at give voksne personer, der er i stand til at forstå indgrebets betydning, uhindret adgang til at lade sig sterilisere. Herved ville sterilisation principielt blive ligestillet med andre operationer, således at indgrebets foretagelse alene ville afhænge af patientens ønske og vedkommende kirurgs skøn over, om begrundelsen for ønsket var tilstrækkeligt til, at han ville udføre operationen.

Udvalgets flertal (alle med undtagelse af Bank-Mikkelsen og Clemmesen) finder dog, at man bør fastholde, at adgangen til sterilisation ikke bør være fri. For andre operationer gælder det, at de, i hvert fald når der er tale om ind-

greb af alvorligere karakter, kun vil blive foretaget, når dette tilsiges af lægelige grunde. Såfremt der foreligger en lægelig begrundelse for sterilisation, har dette indgreb ligeledes kunnet foretages uden særlig tilladelse, jfr. ovenfor side 21 f., og efter udvalgets forslag skal dette stadig være tilfældet, jfr. side 26. Ønsket om sterilisation kan imidlertid være begrundet i mange andre forhold end rent lægelige: personlige, økonomiske, sociale, eugeniske o.s.v. Udvalgets flertal har ikke fundet det forsvarligt at overlade til den enkelte selv at tage stilling til, om disse grunde i det enkelte tilfælde er så tungtvejende, at sterilisation bør foretages, og det findes heller ikke rimeligt eller rigtigt at lade den opererende læge tage ansvaret for, om sterilisation skal foretages af grunde, der ikke eller dog ikke overvejende er af lægelig karakter. Til grund for flertallets standpunkt ligger navnlig følgende betragtninger:

Muligheden for at omgøre sterilisationsoperationer er meget ringe, jfr. side 38 ff., og der må derfor af hensyn til den pågældende selv tilvejebringes betryggende garantier for, at ønsket om sterilisation er velovervejet og rimeligt begrundet, således at risikoen for, at indgrebet senere fortrydes, mindskes mest muligt. Ønsket om sterilisation vil så godt som altid opstå på grund af vanskeligheder, som den pågældende eller dennes omgivelser mener vil kunne løses gennem denne operation. Ofte vil de imidlertid ikke selv være i stand til at overse situationen og tage stilling til, om sterilisation vil kunne have nogen betydning i så henseende, eller om vanskelighederne vil kunne afbødes på anden måde. En fri adgang til sterilisation vil f.eks. kunne medføre, at en kvinde under en lettere forbigående depression lader sig sterilisere, fordi hun i øjeblikket synes, at hun ikke magter at gennemgå flere graviditeter, men efter depressionens ophør når til det resultat, at hun gerne ville have haft flere børn. Der vil endvidere være fare for, at kvinder, der lever under vanskelige personlige og sociale forhold, udsættes for pres fra forældre, pårørende eller andre, som moralsk, økonomisk, socialt eller på anden måde er interesseret i, at den pågældende steriliseres.

Det må også tillægges betydning, at Sterilisationsoperationen, navnlig hos kvinder, medfører en vis risiko for komplikationer. Der kan herved henvises til besvarelserne af det af udvalget udsendte spørgeskema til landets sygehuse, jfr. bilag 9.

Udvalgets overvejelser af, i hvilket omfang

sterilisation bør være tilladt, bygger ikke blot på en gennemgang af tilfælde, i hvilke tilladelse efter den hidtil gældende lovgivning er meddelt, men udvalget har også søgt oplysning om sager, i hvilke der er givet afslag på andragender om sterilisation, eller i hvilke andragendet er frafaldet under sagerens forberedelse i mødrehjælpen. Det er på grundlag heraf flertallets opfattelse, at gennemførelse af dets forslag vil betyde, at der skabes mulighed for at tillade sterilisation i alle tilfælde, hvor der efter de hidtidige erfaringer har vist sig at være virkelig trang dertil, og at der derfor ikke kan siges at være behov for at gøre adgangen til sterilisation fuldstændig fri. Gennem de regler, som udvalget har opstillet, såvel med hensyn til indikationerne for sterilisation som med hensyn til de nærmere betingelser, der i så henseende må kræves, og vedrørende sagerens behandling og afgørelse, mener flertallet på den anden side at have skabt en betryggende og tilpas smidig ordning.

Endelig skal det anføres, at sterilisation i de lande, som udvalget har indhentet oplysninger fra, og hvor særlig lovgivning om spørgsmålet forefindes, altid er betinget af tilstedeværelsen af en særlig indikation for indgrebet. Også denne omstændighed taler for at opretholde kravet om, at sterilisation kun må udføres, hvis der foreligger særlige grunde hertil.

Et mindretal (Bank-Mikkelsen og Clemmensen) har afgivet følgende udtalelse:

Efter den i samfundet skete udvikling må det være tiltalende, om der tillægges myndige personer, der skønnes psykisk normale, den råderet over deres person, at de uden særlige formaliteter har adgang til at hindre svangerskabsopståen ved de forholdsregler, som samfundet råder over, herunder ved sterilisation.

Mindretallet må holde for, at personer, der ved fremførelse af agtværdige grunde, der bør være af ikke-forbigående art, kan opnå tilslutning til sterilisation hos overlægen på et offentligt sygehus, bør have adgang til uden særlig ansøgning at underkaste sig sterilisation på sygehuset.

Mindretallet må mene, at en sådan lettelse af adgangen til sterilisation vil være hensynsfuld over for de pågældende personer, at den vil spare et betydeligt administrativt apparat og næppe frembyde risiko for noget større misbrug.

b) *Forholdet til sv an ger skab si oven.*

Ved overvejelsen af, hvorledes en kommende sterilisationslov bør udformes, har udvalget — i overensstemmelse med det i kommissoriet anførte - taget de gældende regler om svangerskabsafbrydelse i betragtning. Der er her tale om et beslægtet område, for hvilket reglerne er fastsat for få år siden, nemlig ved lov nr. 177 af 23. juni 1956, og disse regler har utvivlsomt haft indflydelse på praksis med hensyn til foretagelse af sterilisation, jfr. side 21. Udvalget finder imidlertid grund til at fremhæve, at reglerne om svangerskabsafbrydelse ikke uden videre lader sig overføre til en lov om sterilisation, selv når der alene tænkes på sterilisation af kvinder. Der er tale om to væsensforskellige indgreb. I det første tilfælde afbrydes et påbegyndt svangerskab, i det andet søges fremtidige befrugtninger undgået. Ud fra den betragtning, at der i det første tilfælde tilintetgøres et foster, kan dette indgreb siges at være det mest vidtgående. På den anden side er en svangerskabsafbrydelse normalt ikke til hinder for senere graviditeter, medens sterilisation netop foretages for at undgå sådanne, og det kan ikke påregnes, at frugtbarheden kan gengives den pågældende ved en senere operation, jfr. nedenfor side 38 ff. Ud fra dette synspunkt er sterilisation langt alvorligere end en svangerskabsafbrydelse. Dette gælder dog i mindre grad, hvor der er tale om kvinder i en moden alder med flere børn, og hvor de forhold, der kan motivere sterilisation, er af varig karakter; hvor dette er tilfældet, må hensynet til kvinden og familien kunne begrunde lempeligere indikationer end i aborttilfældene, hvor hensynet til det levende foster må afvejes over for hensynet til kvinden og familien. Der foreligger dernæst ikke med hensyn til sterilisation problemer svarende til dem, der knytter sig til de ulovlige svangerskabsafbrydelser. Selvom der ofte i den enkelte sag rejser sig spørgsmål både om svangerskabsafbrydelse og om sterilisation, jfr. herved navnlig mødrehjælpens redegørelse, må reglerne om sterilisation udformes selvstændigt, ligesom det er af stor vigtighed, at de i praksis anvendes under hensyntagen til sterilisationens uoprettelighed.

c) *Fælles regler for sterilisation.*

Det har været udvalgets opgave at udarbejde fælles regler for sterilisation. Som foran nævnt findes de almindelige regler i loven af 1935, medens reglerne for de åndssvages vedkommende indeholdes i loven af 1934 om foranstaltninger vedrørende åndssvage. Efter udvalgets op-

fattelse er der efter vedtagelsen af lov nr. 192 af 5. juni 1959 om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede ikke grund til at opretholde særregler for sterilisation af åndssvage. De særlige forhold, som måtte være knyttet til denne gruppe, kan tages i betragtning ved reglernes udformning. Herom henvises til behandlingen nedenfor af de enkelte spørgsmål. Hertil kommer, at der ikke er nogen skarp grænse mellem de åndssvage og sinkerne, hvorfor det - som erfaringerne har vist - kan skabe vanskeligheder, når disse to grupper behandles i hver sin lov med forskellige betingelser.

På nærværende sted skal alene tages stilling til et hovedspørgsmål. Det er udvalgets opfattelse, at sterilisation kun bør kunne gennemføres, når den pågældende selv fremsætter begæring derom, og at dette principielt må gælde, hvadenten der er tale om psykisk normale personer eller om andre. Undtagelse bør alene gøres i de få tilfælde, hvor den pågældende på grund af sin sjælelige tilstand er ude af stand til at forstå betydningen af sterilisationen; i så fald kan begæringen fremsættes af en beskikket værge. På dette frivillighedsprincip bygger allerede loven af 1935. Sterilisationsreglerne vedrørende åndssvage i loven af 1934 er derimod affattet således, at der ikke udkræves begæring eller samtykke fra den åndssvage selv. Loven fremtræder således i princippet som en tvangslov, hvorved bemærkes, at mange åndssvage er i stand til at forstå sterilisationens betydning. Som nævnt foran side 20 har direkte tvang dog aldrig været anvendt. Lovens regler om sterilisation havde nøje sammenhæng med, at loven afgav hjemmel for tilbageholdelse af åndssvage under forsorg I ret vidt omfang. Disse regler er imidlertid nu afløst af reglerne i forannævnte lov af 5. juni 1959 om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede, og denne lov bygger i princippet på frivillighed. I konsekvens heraf bør den i loven af 1934 indeholdte hjemmel til tvungen sterilisation efter udvalgets mening ikke opretholdes, men sterilisation af åndssvage, der forstår betydningen heraf, bør ligesom for andre personers vedkommende kun kunne ske efter den pågældendes egen begæring. Et andet spørgsmål er, om den omstændighed, at en åndssvag, der modtager hjælp i henhold til loven af 1959, ikke ønsker at lade sig sterilisere, skal kunne medføre, at en begæring om hjælpeforanstaltningernes ophør afslås. Herom henvises til side 29 f• nedenfor.

Som nævnt foran side 21 indeholder de gældende love ingen regler om sterilisation på medi-

cinsk indikation. Efter den stedfundne udvikling har udvalget imidlertid fundet det rimeligt, at der i en ny almindelig sterilisationslov også gives regler herom, jfr. nærmere nedenfor.

Den særlige Sterilisationsregel i svangerskabslovens § 1, stk. 4, bliver efter udvalgets forslag overflødig.

2. Indikationerne.

Medens loven af 1934 vedrørende åndssvage indeholder en ret detaljeret angivelse af de grunde, der kan føre til, at sterilisation foretages, er den almindelige lov af 1935 sparsom i så henseende. Loven fremhæver, at samfundsmæssige hensyn skal tale for sterilisation, for psykisk normale endvidere, at særlige hensyn, navnlig fare for afkommets arvelige belastning, taler derfor, og for psykisk abnorme, at det må anses for gavnligt for den pågældende, at han sættes ud af stand til at få afkom. Det nærmere indhold har disse bestemmelser fået gennem praksis. Det kan i denne forbindelse nævnes, at den norske lov blot kræver en »aktverdig grunn«, hvorimod de svenske, finske og islandske love giver nærmere anvisning på, hvilke grunde der anerkendes. Udvalget har overvejet, om man skulle blive stående ved en forholdsvis vag formulering som den, der findes i 1935-loven, eller muligt endog gå over til en formulering som den norske, hvorved skønnet over, hvilke grunde der kan anerkendes, i vidt omfang overlades til det eller de organer, der skal administrere loven. Udvalget er imidlertid nået til det resultat, at de grunde, der skal kunne føre til, at sterilisation kan foretages, bør angives i selve loven. Udvalget har herved set hen til, at sterilisation er af indgribende betydning, og at muligheden for omgørelse er meget ringe.

Medens tilladelser efter 1935-loven meddeles af justitsministeriet efter indhentet erklæring fra retslægerrådet, foreslår udvalget, som nedenfor nærmere anført, at afgørelserne i almindelighed henlægges til mødrehjælpens samråd. Når afgørelserne således ikke skal træffes centralt, men af en række decentraliserede organer, er det af største vigtighed, at hovedretningslinierne for disse afgørelser er fastlagt i loven. Således er forholdet da også ordnet i svangerskabsloven. Efter de erfaringer, der er indvundet i de år, der er forløbet, siden den første sterilisationslov blev givet i 1929, skulle en sådan nærmere angivelse være mulig, uden at man derved risikerer at afskære tilfælde, i hvilke sterilisation efter en nutidig opfattelse bør kunne finde sted, jfr. foran side 24.

a. Som foran nævnt findes der ikke i de gældende love regler om foretagelse af sterilisation af lægelige grunde, men det antages, at dette kan ske uden særlig tilladelse. Efter at det gennem udvalgets undersøgelser har vist sig, at sterilisation af lægelige grunde ikke blot finder sted i snævert begrænsede undtagelsestilfælde, men at ca. 80 % af samtlige sterilisationer på kvinder foretages af lægelige grunde uden tilladelse, og at en del af disse tilfælde ligger ganske nær op ad tilfælde, i hvilke tilladelse meddeles af justitsministeriet på en blandet social-medicinsk indikation, har udvalget fundet det naturligt, at der i loven optages regler om sterilisation af lægelige grunde (medicinsk indikation), først og fremmest for at fastlægge afgrænsningen mellem de tilfælde, hvor tilladelse kræves, over for de tilfælde, hvor tilladelse er uforholden. Det kan tillige anføres, at erfaringen har vist, at der blandt lægerne hersker betydelig usikkerhed om, i hvilket omfang sterilisation kan foretages på lægeligt grundlag. På den ene side synes oplysningerne at vise, at den medicinske indikation undertiden strækkes meget vidt, medens der på den anden side efter det for udvalget oplyste er kirurger, som under den nugældende lovgivning nærer betænkelighed ved at udføre sterilisation endog på ren medicinsk indikation, uden at indgrebet er sanktioneret af en offentlig myndighed.

Det er udvalgets opfattelse, at det stadig bør være tilladt at foretage sterilisation af lægelige grunde uden tilladelse fra nogen offentlig myndighed, men at grænserne for det *lægelige* skøn bør fastlægges i loven.

Med hensyn til denne afgrænsning må det først fremhæves, at operationer, der udføres for at helbrede legemlig sygdom, frit må kunne foretages, selvom de rent faktisk medfører sterilitet, f. eks. fordi det er nødvendigt at fjerne æggestokkene eller livmoderen. Der er på dette område tale om et rent lægeligt skøn. Udvalget foreslår derfor, at sådanne indgreb holdes helt uden for loven, jfr. udkastets § 1, stk. 2. Dette medfører, at deres foretagelse må bedømmes ud fra samme synspunkter, som anlægges ved alle andre operationer, og at de særlige regler, som lovudkastet opstiller for sterilisation, ikke finder anvendelse på dem.

For så vidt angår helbredelse af sjælelig sygdom, hvor det udelukkende er indgrebets steriliserende effekt, der tilstræbes, er der derimod fundet at være en så nøje forbindelse med de grunde, der i øvrigt kan føre til sterilisation, at lovens regler bør komme til anvendelse.

Hvad dernæst angår operationer, som direkte er rettede på at ophæve forplantningsevnen, d.v. s. egentlige sterilisationer, bør det i loven angives, hvornår de kan foretages af lægelige grunde uden forud indhentet tilladelse fra en offentlig myndighed.

I sine overvejelser af, hvorledes en sådan medicinsk indikation for sterilisation bør afgrænses, har udvalget taget sit udgangspunkt i bestemmelserne i svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 1, og § 3, stk. 2. Efter disse bestemmelser kan en kvinde få sit svangerskab afbrudt, når det er nødvendigt for at afværge alvorlig fare for hendes liv eller helbred. Ved bedømmelsen af denne fare skal der på grundlag af en vurdering af samtlige omstændigheder, herunder de forhold, hvorunder kvinden må leve, tages hensyn ikke alene til fysisk eller psykisk sygdom, men også til tilstedeværende eller truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande. Svangerskabsafbrydelse kan normalt kun ske i henhold til en beslutning truffet af et af mødrehjælpens samråd, men hvis faren er begrundet i sygdom, og dette er konstateret på et sygehus, kan bestemmelse om svangerskabsafbrydelse træffes af sygehusets overlæge. Kun i disse sidste tilfælde foreligger der således svangerskabsafbrydelse på lægeligt grundlag uden tilladelse fra nogen offentlig myndighed.

Efter udvalgets mening lader svangerskabslovens regler om, i hvilke tilfælde overlægen på egen hånd kan foretage svangerskabsafbrydelse, sig imidlertid ikke overføre til en lov om sterilisation. Et krav om alvorlig fare for kvindens liv vil efter udvalgets mening være for vidtgående, idet allerede en fare, der ikke er helt ubetydelig, bør kunne begrunde sterilisation. På den anden side bør der, hvis der ikke er tale om livsfare, kræves fare for en både alvorlig og varig forringelse af kvindens helbred. Svangerskabslovens regel om, at overlægen kun kan træffe beslutning, når faren er begrundet i sygdom, og dette er konstateret på sygehuset, vil efter udvalgets opfattelse være for snæver for så vidt angår sterilisation. På dette område ville reglen medføre en meget væsentlig begrænsning i overlægernes kompetence, og der synes efter det for udvalget foreliggende ikke at være trang til en sådan begrænsning, der for svangerskabsafbrydelsernes vedkommende må antages at være begrundet i særlige forhold. En kvinde bør således kunne steriliseres på medicinsk indikation, selvom den fare, der truer hendes liv eller helbred, endnu ikke har givet sig udtryk i sygdom, såfremt den dog giver grund til at forvente, at

sygdom indtræder, hvis indgrebet ikke foretages.

Selvom svangerskabslovens afgrænsning mellem de tilfælde, hvor svangerskabsafbrydelse kan ske uden tilladelse, og de tilfælde, hvor samrådets tilladelse kræves, således ikke bør følges, er det dog udvalgets opfattelse, at der på anden måde må finde en begrænsning sted, udover hvad der ligger i, at indgrebet skal være nødvendigt for at afværge fare for kvindens liv eller for en alvorlig og varig forringelse af hendes helbred. Ved bedømmelsen af, om sådan fare foreligger, vil - således som det for svangerskabsafbrydelsernes vedkommende har fundet udtryk i loven herom - en række forhold komme i betragtning, herunder forhold, der ikke er af lægelig karakter. Således vil de forhold, hvorunder kvinden lever, som f. eks. familiens sociale kår, børneflokkens størrelse og ægteskabets stabilitet, naturligt indgå i en lægelig vurdering af hendes helbredstilstand på længere sigt. Der er en jævn overgang fra de tilfælde, hvor de sociale forhold er af underordnet betydning, til sådanne tilfælde, hvor de spiller en dominerende rolle. Det er udvalgets opfattelse, at sterilisation på medicinsk indikation ikke blot bør kunne foretages, når bedømmelsen af faren for liv eller helbred udelukkende beror på lægelige hensyn, men at også tilfælde, hvor de sociale forhold indgår i bedømmelsen, bør kunne medtages, såfremt denne dog overvejende beror på lægelige hensyn. I andre tilfælde må indgrebet foretages være afhængig af, om lovens øvrige kriterier for sterilisation kan bringes i anvendelse. jfr. herved navnlig udkastets § 3, stk. 1, nr. 3.

På baggrund af de her anførte betragtninger går udvalget ind for, at sterilisation kun skal kunne foretages på medicinsk indikation uden tilladelse fra nogen offentlig myndighed, hvis indgrebet under hensyn til forhold af ren eller dog ganske overvejende lægelig karakter må anses nødvendigt for at afværge fare for den pågældende kvindes liv eller for en alvorlig og varig forringelse af hendes helbred, jfr. udkastets § 2.

Udvalget har overvejet, om det til vejledning for lægerne var muligt i loven at foretage en mere præcis afgrænsning af den medicinske indikation, men har ikke fundet det gørligt og er blevet stående ved denne formulering. I forhold til nuværende praksis betyder den foreslåede regel nogen stramning, idet det må antages, at sterilisation uden tilladelse i de senere år er foretaget i en del tilfælde, hvor der vel forelå helbredsmæssige grunde, der talte for sterilisation, men hvor de sociale forhold herved var af be-

tydelig vægt. Den tidligere nævnte gruppe, betegnet som »de udslidte mødre«, må i ikke ringe udstrækning antages at skulle bedømmes efter udkastets § 3, stk. 1, nr. 3, idet **disse kvinder** kun vil være omfattet af § 2, såfremt forebyggelse af yderligere svangerskab må anses nødvendig af rent eller dog ganske overvejende lægelige hensyn for at afværge fare for deres liv eller for en alvorlig og varig forringelse af helbredet.

Det er næppe tænkeligt, at lægelige hensyn i sig selv kan tilsige sterilisation af mænd, og bestemmelsen bør derfor indskrænkes til alene at angå kvinder, hvilket i øvrigt er i overensstemmelse med finsk og svensk lovgivning.

b. Sterilisationsloven af 1935 fremhæver, at navnlig risikoen for afkommets arvelige belastning vil kunne begrunde sterilisation. Selvom dette hensyn ikke udtrykkeligt er nævnt i sterilisationsbestemmelserne i loven af 1934, har det dog også på dette område sin betydning. Svangerskabsafbrydelse kan ligeledes tillades på eugenisk indikation, jfr. lov 1956 § 1, stk. 1, nr. 3, og sterilisation kan efter lovens § 1, stk. 4, udføres i tilslutning hertil, hvis de arvelige anlæg stammer fra kvinden. Endvidere bør i denne sammenhæng nævnes § 10 i lov nr. 276 af 30. juni 1922 om ægteskabs indgåelse og opløsning, som affattet ved lov nr. 141 af 13. april 1938. Bestemmelsen er sålydende:

»Den, som er sindssyg, åndssvag, psykopat i højere grad eller kronisk alkoholist, må ikke indgå ægteskab uden dertil af justitsministeriet meddelt tilladelse. Det samme gælder epileptikere med jævnlige anfald eller med udtalte psykiske forandringer.

Sådan tilladelse kan kun meddeles, såfremt justitsministeriet efter indhentet erklæring fra retslægerådet skønner, at det under hensyn til lidelsens art, den ringe fare for overførelse på afkommet samt partens evne til at bedømme ægteskabets betydning må anses for forsvarligt, at ægteskabet indgås.

Tilladelsen kan betinges af, at den pågældende lader sig underkaste sterilisation (ufrugtbargørelse) i overensstemmelse med lovgivningens bestemmelser herom, jfr. lov nr. 176 af 11. maj 1935 om adgang til sterilisation og kastration og § 5 i lov nr. 171 af 16. maj 1934 om foranstaltninger vedrørende åndssvage.«

Om denne bestemmelse henvises i øvrigt til den af et udvalg i 1960 afgivne betænkning (nr. 263) om ændring af bestemmelsen.

Eugeniske hensyn af en vis vægt må også i

en ny sterilisationslov være indikation for sterilisation. Medens svangerskabsafbrydelse kun kan foretages, når der er fare for alvorlige abnormiteter eller sygdomme, har udvalget ment, at der bør være mulighed for at tillade sterilisation i noget videre omfang. Såfremt forældre allerede har et eller flere børn med en arvelig lidelse, vil det således alt efter lidelsens karakter kunne være rimeligt at fjerne risikoen for, at de får flere børn med denne lidelse, uanset om den ikke hører til de alvorlige. Det må dog understreges, at ikke enhver arvelig lidelse bør være Sterilisationsgrund. Om tilladelse skal meddeles, må afhænge af lidelsens alvor sammenholdt med arverisikoen. Således må arvelige anlæg for svære legemlige eller sjælelige defekter eller sygdomme (f. eks. sindssygdom, åndssvaghed, visse øjensygdomme og lignende) give fornøden indikation, selv om risikoen for, at den pågældendes eventuelle børn arver lidelsen, ikke er særlig stor. Drejer det sig om en mindre alvorlig lidelse, bør sterilisation derimod kun komme på tale, hvis arverisikoen er betydelig. Til bedømmelse af, om en foreliggende lidelse kan antages at være arvelig og om størrelsen af den risiko, der måtte være for, at lidelsen i det foreliggende tilfælde vil blive nedarvet, bør erklæring - således som det allerede nu finder sted — indhentes fra universitetets arvebiologiske institut, jfr. udkastets § 10, stk. 2.

Undertiden er faren for arveligt belastet afkom afhængig af tilstedeværelsen af bestemte arveanlæg hos begge parter. Ved afgørelsen af, om der foreligger eugenisk indikation for sterilisation, må der derfor være mulighed for tillige at tage arvelige anlæg hos den pågældendes ægtefælle eller samlever i betragtning.

For kvinders vedkommende kan der være anledning til at sidestille særlige forhold, som f. eks. udpræget tilbøjelighed til spontane aborter eller dødfødsler, med eugeniske hensyn. Det må dog her kræves, at der er betydelig fare for, at et fremtidigt svangerskab ikke kan gennemføres, eller at barnet ikke vil blive levedygtigt, eventuelt blive født med væsentlige beskadigelser. Dette er f. eks. tilfældet med sygdommen erythroblastose (rhesusbørn), som skyldes en særlige kombination af mandens og kvindens blodtyper.

Ud fra de nævnte betragtninger er udkastets § 3, stk. 1, nr. 1, udformet.

c. Sterilisation må dernæst kunne tillades, hvis den pågældende må anses for uegnet til på forsvarlig måde at tage vare på børn, jfr. udkastets

§ 3, stk. 1, nr. 2. Dette hensyn er særlig fremhævet i sterilisationsbestemmelsen i 1934-loven om åndssvage. En lignende bestemmelse gælder for svangerskabsafbrydelse, jfr. svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 4, der dog er begrænset til »ganske særlige tilfælde«.

Uegnetheden kan dels være legemligt, dels psykisk betinget.

Legemlige sygdomme eller defekter vil kunne hæmme vedkommende i en sådan grad, at et ønske om sterilisation kan være velbegrunder, selv om lidelsen ikke er arvelig og heller ikke kan antages at ville forværres ved svangerskab eller fødsel. Svært invaliderede og personer med alvorlige legemlige sygdomme bør således have adgang til at lade sig sterilisere, hvis det findes, at de som følge af deres tilstand ikke magter at drage omsorg for børn. Ved afgørelsen vil der dog være at tage hensyn til, i hvilket omfang den pågældendes ægtefælle vil være i stand til at kompensere de foreliggende vanskeligheder.

Lige siden den første sterilisationslov af 1929 har der under skiftende betingelser været hjemmel til at tillade sterilisation af personer med psykiske abnormiteter. At personer med alvorligere sindslidelser og dybt åndssvage er uegnet til at tage sig af børn, er indlysende. Imidlertid vil disse mennesker som oftest opholde sig på sygehus eller anstalt, og deres mulighed for at avle børn er således ringe. Spørgsmålet om sterilisation trænger sig derfor ikke så meget på for deres vedkommende.

Af væsentlig større interesse er problemet, når det gælder de i lettere grad sindslidende eller åndssvage, idet de enten ikke er inddraget under forsorg, eller dog i reglen lever under friere forsorgsformer ude i samfundet. Deres mentale brist til trods vil de ofte kunne klare sig socialt i en fri tilværelse, hvis de er enlige eller lever i et barnløst ægteskab. Erfaringen viser derimod - i hvert fald for de åndssvages vedkommende — at de almindeligvis ikke vil kunne opfylde de større krav, der stilles til dem, hvis der kommer børn i ægteskabet. På denne baggrund må hensynet til børnene veje tungt til fordel for sterilisation, men det må samtidig fremhæves, at sterilisation ikke altid er påkrævet. En lettere åndssvag kvinde, som er gift med en stabil og normalt begavet ægtefælle, vil måske med mandens hjælp kunne klare pasningen af et enkelt barn. Det må derfor afhænge af en samlet vurdering af den pågældendes livsforhold, om sterilisation er den rette udvej.

Det er som tidligere nævnt ikke muligt at foretage en skarp afgrænsning af, hvilke perso-

ner der kan anses for åndssvage, og da andre svagtbegavede kan udvise samme manglende evne til at tage vare på børn, foreslås hjemmelen til sterilisation udformet således, at den også omfatter sådanne personer; visse sinker vil således kunne steriliseres efter den foreslåede bestemmelse.

Også grovere karakterafvigelser hos vedkommende kan begrunde, at et andragende om sterilisation bør imødekommes. I justitsministeriets praksis har man eksempler på sterilisationsandragender fra psykisk egenartede personer, der ligefrem har næret afsky for småbørn. Et hjem, hvor denne indstilling råder, vil være et højst ugunstigt opvækstmilieu for børn, og sterilisation synes derfor at være velindiceret.

d. Som det fremgår af de foranstående bemærkninger under punkt b og c, går udvalget ind for, at åndssvage skal kunne steriliseres, hvis der er risiko for, at deres afkom vil blive arveligt belastet, eller hvis de skønnes uegnet til at tage vare på børn.

Betingelserne vil ofte begge være opfyldt, men er det ikke altid. Udover at være nedarvet kan åndssvaghed være erhvervet med oprindelse i forhold før, under eller efter fødslen. En erhvervet åndssvaghed kan ikke nedarves på børnene, og sterilisation vil derfor kun kunne ske, hvis kriteriet »uegnethed« kan anvendes. På den anden side kan der — jfr. foran — tænkes tilfælde, hvor en åndssvag person - med fornøden bistand - kan tage vare på børn, men hvor faren for, at åndssvagheden skal nedarves, tilsiger sterilisation.

Sterilisationsreglerne i åndssvage-loven af 1934 er langt videregående, idet der navnlig er hjemmel til at stille krav om forudgående sterilisation som betingelse for udskrivning eller undladelse af at etablere forsorg. Efter gennemførelsen af den nye åndssvageforsorgslov bygger åndssvageforsorgen på frivillighedens princip. En begæring om forsorgens ophør må således tages til følge, medmindre den pågældende må anses som farlig for sig selv eller andre, eller hjælpeforanstaltningernes ophør vil medføre væsentlige ulemper for personen selv, jfr. lovens § 10, stk. 3. Det er vanskeligt foreneligt med det nye syn på åndssvageforsorgens virke at opretholde bestemmelsen om tvungen sterilisation, jfr. side 20. og i åndssvageudvalgets betænkning af 1958 er man da også i princippet gået ind for, at sterilisation bør ske på frivillig basis. Det udtales dog, at der formentlig stadig i særlige tilfælde vil være grundlag for at betinge en ud-

skrivning af en forudgående sterilisation, idet en sterilisation i disse tilfælde kan være den behandling, som må betragtes som påkrævet for, at det kan siges, at det ikke vil blive til væsentlig ulempe for patienten selv at blive udskrevet.

I den anledning har udvalget overvejet, om der er behov for at medtage et særligt kriterium for sterilisation af åndssvage i en ny sterilisationslov. Det har bl. a. været drøftet, om man skulle indføje en regel om, at sterilisation skulle kunne tillades i særlige tilfælde, hvis forsorgens læger skønnede, at udskrivning ikke kunne ske, medmindre patienten blev steriliseret, idet »ulempekriteriet« i åndssvageforsorsloven ellers måtte finde anvendelse. Udvalget er imidlertid nået til det resultat, at der ikke er trang til yderligere sterilisationsbestemmelser for åndssvage. »Ulempekriteriet« indebærer, at der også under den nye åndssvageforsorslov er mulighed for indirekte at øve et vist pres mod patienten for at formå denne til at søge sig steriliseret. Set i sammenhæng med de under b og c omtalte indikationer må dette være tilstrækkeligt til at tilgodese den forsorgsmæssige interesse i sterilisation. Hertil kommer, at åndssvageforsorgens repræsentanter i udvalget har taget afstand fra i denne henseende at drage skel mellem åndssvage og personer med andre psykiske eller karakterologiske abnormiteter.

Det er udvalget magtpåliggende at præcisere, at man ved overvejelserne vedrørende indikationsstillingen, for så vidt angår de åndssvage, vel har medtaget risikoen for arvelig belastning af afkommet, men at man dog har lagt hovedvægten på, at indgrebet først og fremmest må opfattes som en lægelig-social *behandling* af den åndssvage selv, idet forsørgerpligten vil betyde en overbelastning af den åndssvage og medføre risiko for, at social tilpasning umuliggøres.

Endvidere har man lagt vægt på eventuelle børns tarv. Det er selvsagt almindeligvis uheldigt for børn at opvokse i et hjem, hvor en eller begge forældre er åndssvage. Hvis børnene selv er åndssvage og således stiller særlige krav til pasning, kan forældrene ofte ikke magte opgaven med den følge, at børnene bliver forsømt; men erfaringen har vist, at ulykken også er stor, hvis børnene er så velbegavede, at de, når de vokser lidt til, kan erkende forældrenes nedsatte intelligens.

e. Såvel af justitsministeriets praksis, som er udviklet foran under afsnit A, som af mødrehjælpens redegørelse til udvalget, kan man udlede, at sterilisationsspørgsmålet i overvejende

grad melder sig for gifte kvinder, som inden for et kortere åremål har født flere børn, og som lever i vanskelige sociale kår. De bærer ofte præg af at være udslidte og ældede og har svært ved at overkomme den betydelige arbejdsbyrde, der hviler på dem. En forøgelse af børneflokkens størrelse må forventes at ville undergrave deres helbred og forringe deres muligheder for at tage sig af de børn, der allerede er i hjemmet.

Efter udvalgets opfattelse kan der ikke være samfundsmæssige betæneligheder forbundet med at tillade sterilisation i sådanne tilfælde. Tværtimod må det være i samfundets interesse at støtte bestræbelser, som kan modvirke, at hjemmet bryder sammen som følge af en overbelastning af husmoderen.

Om sterilisation bør tillades må bero på, om det ud fra en helhedsvurdering af familiens forhold findes påkrævet at undgå flere fødsler, fordi flere børn må antages at ville forringe moderens helbredstilstand, betydeligt forøge hendes arbejdsbyrde eller på anden måde medføre en væsentlig belastning af forholdene i hjemmet. Ved denne vurdering bør der navnlig lægges vægt på de helbredsmæssige, boligsmæssige og økonomiske forhold, ligesom antallet af allerede i hjemmet værende børn må tages i betragtning.

Der er tale om en social indikation. Ganske vist vil indikationen i langt de fleste tilfælde bestå af en blanding af lægelige og sociale hensyn, men det er udvalgets opfattelse, at sterilisation også bør kunne tillades, selv om lægelige hensyn i enkelte tilfælde ikke kan påberåbes. Der kan således forekomme tilfælde, hvor kvindens helbred vel ikke giver anledning til betæneligheder, men hvor familiens boligsmæssige eller andre sociale forhold er så dårlige, at en forøgelse af en i forvejen stor børneflokk vil påvirke, at det ikke under de givne forhold bliver muligt at opfostre børnene på forsvarlig vis. Sterilisation vil efter disse retningslinier kunne foretages i videre udstrækning end svangerskabsafbrydelse, idet anvendelsen af bestemmelsen i svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 1, der også hjemler hensyntagen til kvindens sociale forhold, forudsætter, at svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for hendes liv eller helbred.

Denne forskel er efter udvalgets mening også rimelig i betragtning af indgrebenes forskellige karakter. Svangerskabsafbrydelse er en nødudvej, hvorved man kan afværge en akut fare, men på langt sigt opnås der ingen tilfredsstillende løsning af kvindens vanskeligheder. Ste-

rilisation er derimod et forebyggende indgreb, som tager sigte på at bringe en udvikling, der truer familiens velfærd, til ophør.

Den af udvalget foreslåede regel, jfr. udkastets § 3, stk. 1, nr. 3, dækker de tilfælde, i hvilke justitsministeriet med hjemmel i 1935-loven længe har givet tilladelse til sterilisation, men reglen går noget videre.

f. For ægtepars vedkommende og for så vidt angår personer, der har etableret et fast samlivsforhold uden at have indgået ægteskab, opstår spørgsmålet om, hvorvidt den part, der ikke er bærer af indikationen, bør have adgang til at indgive andragende om sterilisation i stedet for den anden. En sådan ordning kan f.eks. være ønskelig, hvis den part, hos hvem indgrebet er indiceret, ikke kan tåle operationen. Også den omstændighed, at indgrebet er langt mindre kompliceret hos manden end hos kvinden, kan tale for at lade ham underkaste sig indgrebet, hvis han ønsker det, selv om de forhold, der begrunder sterilisation, findes hos hende.

Findes sterilisationsgrunden alene hos den ene part, må det være hovedreglen, at sterilisationstilladelsen kun kan meddeles denne. Udvalget har dog fundet det rigtigst, at der holdes en mulighed åben for at give tilladelsen til den anden part, nemlig hvis vægtige lægelige eller andre ganske særlige hensyn taler imod, at den pågældende selv underkastes indgrebet. Praksis har vist, at der er trang til en sådan regel, jfr. herom afsnit A, side 17. Bortset fra sterilisationer, der ønskes udført på medicinsk indikation af hensyn til kvindens helbred, jfr. udkastets § 2, må det dog tillige være en betingelse, at forebyggelse af svangerskab eller fødsel af børn skønnes ganske særligt påkrævet. Muligheden for ægteskabets eller samlivsforholdets ophør vil altid gøre det betænkeligt at tillade den sunde part at lade sig sterilisere.

I mange tilfælde vil indikationen være fælles for parterne, og i så fald må enhver af dem kunne søge sterilisation. Dette gælder således, hvis baggrunden for andragendet er familiens vanskelige kår. Det samme er tilfældet, hvis sterilisation søges af eugeniske grunde eller dermed ligestillede forhold, og faren for den arvelige belastning eller beskadigelse af afkommet beror på en kombination af egenskaber hos den pågældende kvinde og mand.

Der henvises til udkastets § 4 og bemærkningerne hertil vedrørende den nærmere udformning af reglen.

g. Da mulighederne for at omgøre sterilisa-

tion som tidligere nævnt er meget ringe, må de forhold, der skal begrunde sterilisation, være af varig karakter. Hvis de foreliggende oplysninger giver grund til at forvente, at der inden for en rimelig tid vil foreligge en ny situation, som bevirker, at sterilisation ikke længere vil kunne anses for påkrævet, bør tilladelse til sterilisation ikke meddeles. Når sterilisation søges af eugeniske eller dermed ligestillede grunde, eller fordi vedkommende ikke er egnet til at tage sig af børn, vil der oftest foreligge en varig tilstand. Ved sterilisation på medicinsk eller socialt-mediciensk grundlag er der derimod grund til i særlig grad at være opmærksom på, om vanskelighederne må anses for blivende, eller om de skyldes midlertidige omstændigheder.

Man bør ligeledes overveje, om der er rimelig udsigt til, at svangerskab kan forebygges på anden måde. Det må således tages i betragtning, om svangerskabsforebyggende midler regelmæssigt har været benyttet. Er dette ikke tilfældet, og skønnes der at være rimelig udsigt til, at nye graviditeter vil kunne undgås på denne måde, bør den pågældende ansøger i almindelighed først henvises til hos sin læge at søge oplæring i anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder.

Forgæves anvendelse af svangerskabsforebyggende midler bør dog ikke altid være en betingelse for sterilisation. En del kvinder - navnlig i den social-medicienske gruppe — er således af anatomiske årsager ude af stand til at anvende et pessar, og såfremt dette er oplyst i forbindelse med ansøgningen om sterilisation, bør den omstændighed, at andre svangerskabsforebyggende metoder vil kunne bringes i anvendelse, ikke afskære dem fra at opnå sterilisation. Det kan i denne forbindelse også nævnes, at det efter lægelig erfaring kan være vanskeligt at ændre en persons seksuelle vaner. Endvidere gælder det for nogle menneskers vedkommende, at de på grund af intellektuelle brist ikke vil kunne lære at anvende midlerne rigtigst. Det bør tillige fremhæves, at disposition for arvelige lidelser af alvorligere art må kunne begrunde sterilisation, selv om der i det enkelte tilfælde skønnes at være gode muligheder for betryggende anvendelse af præventive midler. Efter udvalgets mening ville det i sådanne tilfælde være ubilligt at tvinge nogen til at løbe den risiko for besvangring, som trods alt består uanset anvendelsen af enhver af de hidtil kendte svangerskabsforebyggende metoder.

Udkastets § 5 tager sigte på de nævnte forhold.

3. Hvem skal stille indikation for sterilisation?

a. Medicinsk indikation.

Sterilisation af en kvinde ud fra lægelige hensyn bør som hidtil kunne ske efter bestemmelse af overlægen på den sygehusafdeling, hvor indgrebet skal foretages. Sterilisationsindgreb på medicinsk indikation må sidestilles med andre operationer, og skønnet over, om sterilisation er nødvendig, hører derfor naturligt hjemme hos overlægen, der i det omfang, det er påkrævet, vil rådføre sig med andre læger med særlig sagkundskab, f.eks. psykiatere.

Udvalget har dog ment, at tilladelse på medicinsk indikation også bør kunne meddeles af det organ, der efter udvalgets forslag i øvrigt skal træffe afgørelse om foretagelse af sterilisation, jfr. nærmere nedenfor side 37.

b. Andre indikationer.

Efter den gældende ordning meddeles tilladelse til sterilisation af åndssvage af et særligt nævn, sterilisationsnævnet, jfr. foran side 19, medens tilladelsen i alle andre tilfælde gives af justitsministeriet efter indhentet erklæring fra retslægerådet.

Som foran nævnt har udvalget ment at kunne udarbejde fælles regler for al sterilisation, således at der ikke opstilles særlige regler med hensyn til betingelserne for sterilisation af åndssvage. Det vil herefter også være naturligt at overveje, om afgørelsen af, om sterilisation kan tillades, kan henlægges til samme organ. I betragtning af, at justitsministeriet behandler et væsentlig større antal andragender om sterilisation end sterilisationsnævnet, synes det naturligt først at tage stilling til, om kompetencen bør forblive hos justitsministeriet. Ordningen efter 1935-loven har i administrativ henseende stort set virket tilfredsstillende. Sterilisationssagerne kan være af stærkt hastende karakter, idet indgrebet hyppigt ønskes foretaget i forbindelse med svangerskabsafbrydelse eller i tilslutning til en nær forestående fødsel. Både i retslægerådet og i justitsministeriet har man imidlertid taget dette hensyn i betragtning, og sagerne ekspedition har derfor kun sjældent givet anledning til vanskeligheder. Ministeriet har som regel fulgt retslægerådets indstillinger, men i visse grænsetilfælde har man afslået andragender, som var anbefalet af retslægerådet. Det er dog et spørgsmål, om sager af denne art egner sig til departemental behandling. Ministeriets afgørelse hviler udelukkende på et skriftligt materiale, hvilket undertiden kan føles som en ulem-

pe. Et personligt indtryk af ansøgeren vil for den, der skal træffe afgørelsen, ofte være af væsentlig værdi ved bedømmelsen af, om der er trang til sterilisation, og om ønsket om sterilisation fremsættes efter moden overvejelse. Hertil kommer, at ministeriet, som ikke selv har psykiatrisk eller anden lægelig medhjælp, i vidt omfang må støtte sig til retslægerådets erklæring, men hvis afgørelsen i for høj grad bygges herpå, medfører det, at den selvstændige vurdering bliver af mindre betydning. Da man i sin tid som noget nyt gav lovregler om sterilisation, var det naturligt at samle afgørelserne i ministeriet, men efter at loven nu har været praktiseret i en lang årrække, er en sådan centralisering næppe påkrævet. Det må også forekomme upåkrævet, at samtlige de sager, hvori tilladelse kræves, forelægges retslægerådet til udtalelse, såfremt en decentralisering til organer med fornøden lægekundskab kan gennemføres. Fordele ved en centralisering er i første række, at man sikrer sig en større ensartethed af afgørelserne, men denne fordel kan efter udvalgets skøn ikke opveje ulemperne ved ordningen og vil kunne opnås på anden måde. Af de anførte grunde er udvalget nået til, at afgørelsen af disse sager må kunne lægges bort fra ministeriet.

Et fritstående nævn, hvori den fornødne sagkundskab er repræsenteret, svarende til det nuværende nævn for sterilisation af åndssvage, ville vel i en vis udstrækning kunne afhjælpe de mangler, der kan påpeges ved den ministerielle behandling, men også nævnets afgørelser vil let få præg af »papirafgørelser«. Det relativt store antal sager, der vil blive tale om, vil også vanskeligt kunne behandles af et centralnævn, hvis medlemmer må forudsættes at skulle udføre arbejdet som bibeskæftigelse. Afgørende for, at udvalgets flertal ikke har ment at burde foreslå oprettelsen af et nævn, har det imidlertid været, at man som nedenfor anført på anden måde har ment at kunne skabe en betryggende ordning, der tilmed indebærer forskellige fortrin frem for en nævnsordning.

Udvalget har dernæst som tidligere anført overvejet, om man kunne overlade det til vedkommende overlæge at skønne over, om lovens betingelser for sterilisation er opfyldt, uanset hvilken indikation indgrebet støttes på, men har ment at måtte tage afstand fra tanken herom. Ved sterilisation på social eller social-medicinsk indikation eller efter kriteriet »uegnet til på forsvarlig måde at drage omsorg for børn« er det andre hensyn end rent lægelige, der bliver afgørende for, om sterilisationstilladelse kan

meddeles, og varetagelsen af disse hensyn forudsætter en særlig sagkundskab. Søgtes sterilisation af eugeniske eller tilsvarende grunde, er det ligeledes en samfundsmæssig og ikke en lægelig vurdering alene, der må være bestemmede for, om en nærmere bestemt arverisiko kan begrunde indgrebet. Som argument imod at henlægge beslutningen vedrørende de samfundsmæssigt betonedede sterilisationer til overlægen kan endvidere anføres, at der i så fald let vil udvikle sig en stærkt svingende praksis landet over, hvilket udvalget finder vil være uheldigt.

I sine overvejelser af kompetencespørgsmålet har udvalget naturligt haft den ordning for øje, der ved loven af 1956 er gennemført med hensyn til afbrydelse af svangerskab. Der er her ikke blot tale om et beslægtet område, men en meget stor del af sterilisationerne foretages i forbindelse med svangerskabsafbrydelse. Som nævnt side 12 sker henvendelse om svangerskabsafbrydelse som hovedregel til en mødrehjælpsinstitution, og bestemmelse træffes i disse tilfælde af mødrehjælpens samråd. Disse er oprettet i 1956 i tilknytning til svangerskabsloven, og deres kompetence omfatter alle lovens indikationer for svangerskabsafbrydelse, herunder også den medicinske; under visse betingelser kan bestemmelse om svangerskabsafbrydelse på medicinsk indikation dog tillige træffes af en sygehusoverlæge, jfr. lovens § 3, stk. 2. Samrådenes sammensætning er fastlagt i § 6 A i mødrehjælpsloven, jfr. lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956. De består af vedkommende mødrehjælpsinstitutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person med tilsvarende uddannelse samt 2 læger. Lederen skal ifølge § 6 være en kvinde, der har gennemgået et anerkendt kursus for socialhjælper eller er i besiddelse af en dermed ligestillet uddannelse, og af lægerne skal så vidt muligt den ene være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, om muligt en stedlig overlæge, den anden speciallæge i psykiatri. Medlemmerne udpeges af socialministeren, de lægelige medlemmer efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen og for højst 4 år ad gangen. Der er oprettet et eller flere samråd ved hver mødrehjælpsinstitution, og der er for tiden 20, fordelt med 5 i København og 15 i provinsen. Et for hele landet fælles nævn følger samrådenes virksomhed og virker gennem rådgivning over for disse i sager angående svangerskabsafbrydelse. Nævnet består af en leder af en mødrehjælpsinstitution eller en socialpraktiker med nøje kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde og 2 læger, hvoraf den ene

skal være speciallæge i psykiatri, den anden speciallæge i gynækologi eller kirurgi.

Som anført side 12 forberedes sterilisationssagerne som alt overvejende hovedregel af mødrehjælpen. Dette gælder ikke blot de tilfælde, hvor der samtidig søges om svangerskabsafbrydelse, men også i en stor del af de øvrige sager (de i mødrehjælpens redegørelse nævnte »rene sterilisationstilfælde«) gøres det forberedende arbejde af en mødrehjælpsinstitution, herunder i en betydelig del af de sager, i hvilke afgørelse træffes af justitsministeriet.

Hvis man sammenholder de af udvalget indhentede oplysninger fra sygehusene om antallet af sterilisationer udført på kvinder i årene 1957-59 (bilag 9) med det fra justitsministeriet modtagne statistiske materiale og de i mødrehjælpens redegørelse for behandlingen af sterilisationsspørgsmål i mødrehjælpsinstitutionerne (bilag 7) nævnte tal for året 1958/59, vil det som nævnt ovenfor ses, at den alt overvejende del af sterilisationerne er forberedt af mødrehjælpen. En direkte sammenligning af tallene er ganske vist: ikke mulig, bl. a. fordi mødrehjælpens tal vedrører året fra $\frac{1}{4}$ til $\frac{31}{3}$ og ikke som det øvrige talmateriale et kalenderår, men da der i de pågældende år ikke har været større udsving i antallet af sterilisationer, er sammenligningsgrundlaget tilstrækkeligt til at give et tydeligt billede af forholdene. Det årlige antal sterilisationer på kvinder var efter de fra sygehusene modtagne oplysninger i 1958 og 1959 henholdsvis 2.453 og 2.210, og i året 1958/59 har mødrehjælpen medvirket ved 1.923 sterilisationer, svarende til omkring 80 % af det samlede antal. I 1.591 tilfælde var sterilisationsspørgsmålet rejst i forbindelse med en ansøgning om svangerskabsafbrydelse, medens 332 af kvinderne havde henvendt sig til mødrehjælpen udelukkende for at opnå sterilisationstilladelse. Ser man på indikationsrammerne i mødrehjælpens materiale, viser det sig, at der i 286 tilfælde af det samlede antal var indikation i henhold til loven om sterilisation og kastration, således at grundlaget for indgrebet har været en tilladelse fra justitsministeriet. Efter justitsministeriets opgørelse har man i 1958 og 1959 meddelt henholdsvis 330 og 295 sterilisationstilladelser til kvinder. En sammenligning med mødrehjælpens tal resulterer i, at en betydelig del af de til justitsministeriet indgivne andragender har været fremsendt gennem mødrehjælpen.

Som nævnt foran side 12 og side 21 er forholdet dernæst det, at samrådene, skønt de efter

loven alene har til opgave at træffe bestemmelse om svangerskabsafbrydelse, i praksis i et vist omfang er kommet til at virke som vejledende med hensyn til foretagelse af sterilisation.

Under hensyn til den således stedfundne udvikling har der i udvalget været enighed om, at det bør overlades til samrådene at træffe afgørelse om sterilisation i de tilfælde, hvor tilladelse hertil søges af gravide kvinder i forbindelse med en ansøgning om svangerskabsafbrydelse, og at forberedelsen af disse sager henlægges til mødrehjælpsinstitutionerne. Indikationerne for henholdsvis svangerskabsafbrydelse og sterilisation har mange træk fælles, og en svangerskabsafbrydelse, der støttes på forhold, som også må antages at gøre sig gældende i fremtiden, må nødvendigvis føre til, at spørgsmålet om sterilisation samtidig tages under overvejelse. Samrådene har efter det for udvalget oplyste fungeret tilfredsstillende med hensyn til afgørelserne vedrørende svangerskabsafbrydelse, og de må efter deres sammensætning anses for fuldt kvalificerede til at træffe afgørelse også med hensyn til sterilisation. Hertil kommer, at de grunde, der førte til oprettelse af samrådene som f. eks. ønsket om decentralisering med tilbørlig hensyntagen til muligheden for at bevare en ensartet praktisering af lovens bestemmelser, i lige grad gør sig gældende ved sterilisation som ved svangerskabsafbrydelse. En ordning, hvorefter afgørelsen af sådanne sager, i hvilke der samtidig søges om svangerskabsafbrydelse, henlægges til et særligt nævn, ville efter udvalgets opfattelse være upåkrævet og upraktisk. Det kan herved anføres, at der næppe ville være grund til at lade anden sagkundskab end den, der findes i samrådene, være repræsenteret i et sådant nævn.

Medens et mindretal inden for udvalget (Hoffmeyer og Skalts) har ønsket at blive stående ved en ordning, hvorefter mødrehjælpen og samrådene kun skal tage sig af de tilfælde, hvor sterilisation søges af gravide kvinder, være sig i forbindelse med svangerskabsafbrydelse eller fødsel, hvorimod alle andre tilfælde henlægges til afgørelse ved et særligt nævn for hele landet, jfr. nærmere nedenfor side 36 f., går udvalgets øvrige medlemmer ind for, at afgørelsen af, om sterilisation skal tillades, i alle tilfælde — bortset fra sterilisation på medicinsk indikation efter udkastets § 2 — henlægges til samrådene, således at forberedelsen af sagerne i almindelighed sker ved mødrehjælpsinstitutionerne. Til støtte for en sådan ordning, der giver den enk-

leste og mest konsekvente løsning, anfører flertallet følgende:

Som foran nævnt må det anses for fuldt betryggende at overlade samrådene at træffe afgørelse om sterilisation i forbindelse med svangerskabsafbrydelse, og der har inden for udvalget været enighed om, at samrådene også er kvalificerede til at afgøre de øvrige tilfælde. Skønnet over, om ikke-gravide kvinder eller om mænd bør kunne få tilladelse til sterilisation, bygger på ganske samme betragtninger som det skøn, der må udøves, når spørgsmålet om sterilisation rejses i forbindelse med svangerskabsafbrydelse. Der ses derfor efter flertallets opfattelse ikke at være fornødent grundlag for at begrænse samrådenes beføjelser til at angå sterilisation, der søges af gravide kvinder i tilknytning til svangerskabsafbrydelse eller fødsel. Med hensyn til sterilisationsandragender fra mænd måtte man måske på forhånd mene, at det ville falde uden for mødrehjælpens naturlige virkefelt at yde bistand i disse tilfælde, men man finder her anledning til at pege på, at i 1958/59 er 50 mænd — alle gift med kvinder, der havde søgt mødrehjælpen - blevet steriliseret ved mødrehjælps foranstaltning. Det kan herved anføres, at justitsministeriet i 1958 og 1959 meddelte sterilisationstilladelse til henholdsvis 63 og 66 mænd.

Til støtte for at henlægge afgørelsen om sterilisation til mødrehjælps samråd i alle tilfælde kan videre anføres, at vedkommende mødrehjælpsinstitution har de bedst mulige forudsætninger for at tilvejebringe de sociale og lægelige oplysninger, der er nødvendige for en forsvarlig bedømmelse af, om sterilisation er påkrævet, og for at vejlede de pågældende om andre mulige udveje for deres vanskeligheder. For henlæggelsen af svangerskabslovens administration til mødrehjælpen var det et hovedhensyn, at man gennem mødrehjælps hjælpeforanstaltninger ville søge at undgå foretagelse af svangerskabsafbrydelse. Tilsvarende hensyn taler for også at henlægge sterilisationssagerne til mødrehjælpen. Forinden man skrider til sterilisation, bør det være undersøgt, om man ikke på anden måde kan afhjælpe de sociale, helbredsmæssige og personlige vanskeligheder, der motiverer indgrebet, og denne undersøgelse foretages naturligt af mødrehjælpen. Mødrehjælpen forbereder som nævnt i forvejen en meget stor del af sterilisationssagerne, og selv om den af flertallet foreslåede ordning vil medføre en forøget arbejdsbyrde for mødrehjælpen, er det flertallets opfattelse, at denne ordning, hvorefter man ud-

nytter et allerede eksisterende administrativt apparat til sagernes forberedelse og afgørelse, er den i økonomisk henseende fordelagtigste. Flertallet ønsker herved stærkt at fremhæve, at det forudsættes, at der stilles de fornødne hjælpemidler til rådighed for mødrehjælpen til udførelsen af arbejdet med sterilisationssagene, således at dette arbejde ikke kommer til at virke begrænsende på gennemførelsen af mødrehjælps hjælpearbejde i øvrigt.

Overfor de nævnte hensyn, der taler for at lade mødrehjælpen overtage behandlingen af samtlige andragender om tilladelse til sterilisation, der ikke er lægeligt begrundede, har flertallet ikke kunnet tillægge det afgørende vægt, at der derved - som af mindretallet anført - for så vidt angår de ikke-gravide kvinder og mændene vil blive pålagt mødrehjælpsinstitutionerne at bistå andre personer end svangre kvinder. Det er vel rigtigt, at mødrehjælpsens egentlige opgave i henhold til loven om mødrehjælpsinstitutioner, jfr. lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956, er at yde hjælp til kvinder i forbindelse med graviditet og fødsel, men spørgsmålet om sterilisation og dermed om at undgå fremtidige graviditeter vil dog efter den skete udvikling og efter det syn på sterilisationen, som udvalgets lovudkast er udtryk for, i de fleste tilfælde indgå som et naturligt led i bestræbelserne for at hjælpe den pågældende kvinde og hendes familie, også uden for de tilfælde, hvor der foreligger en aktuell graviditet. Dette gælder, selvom sterilisationen ønskes foretaget på ægtemanden. Selv de tilfælde, hvor sterilisation søges af en ugift mand, som regel af eugeniske grunde, eller fordi han vil være uegnet til at drage omsorg for børn, adskiller sig ikke afgørende fra de øvrige tilfælde, idet der også her er tale om at undgå fødsler, der under de givne omstændigheder må påregnes at ville være til ulykke for børnene og dermed også for deres moder. Det kan endelig anføres, at det oplysningsarbejde over for befolkningen om seksualhygiejne, som mødrehjælpen i henhold til svangerskabslovens § 10, jfr. mødrehjælpslovens § 1, sidste punktum, har påtaget sig, ikke er begrænset til gifte eller til kvinder.

Hertil kommer, at afgørelsen af sterilisations-spørgsmålet beror på stort set de samme synspunkter, hvadenten ansøgeren er gravid eller ej, og det må forekomme vanskeligt at motivere, at ligeartede afgørelser henlægges til forskelligartede instanser på grundlag af kriterier, der er irrelevante for sagens bedømmelse.

Kun for enkelte grupper af personer gør der

sig efter flertallets opfattelse særlige hensyn gældende, som kan tilsige en særordning. Der tænkes herved på personer, som er omfattet af lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold eller modtager hjælp i henhold til åndssvageforsorsloven, samt på personer, der er undergivet foranstaltninger i henhold til Borgerlig Straffelov af 15. april 1930 § 70 (herunder navnlig personer, der er dømt til anbringelse i forvaringsanstalt, åndssvageinstitution eller hospital for sindslidende). Disse personer vil på grund af deres anbringelse under forsyng eller på institution ofte kunne føle sig mindre frit stillede med hensyn til spørgsmålet om, hvorvidt de bør lade sig sterilisere, idet sterilisations-spørgsmålet kan have forbindelse med spørgsmålet om udskrivning eller overgang til en lempeligere anbringelsesform, eller de pågældende selv kan have opfattelsen af, at dette er tilfældet. Det er derfor af den allerstørste betydning, at der skabes en særlig betryggelse for, at der ved afgørelsen af, om andragender fra disse personer om tilladelse til sterilisation skal imødekommes, ikke blot tages de sædvanlige hensyn i betragtning, men at også hensynet til de pågældendes retsbeskyttelse haves for øje. Medens juridisk indsigt ikke i almindelighed kan anses fornøden ved afgørelsen af sterilisationssager, vil den kunne have sin betydning i de her nævnte tilfælde. Man har derfor overvejet, om afgørelserne vedrørende de nævnte personer burde henlægges til et særligt nævn, hvori såvel den juridiske som den lægelige og socialpraktiske sagkundskab var repræsenteret. Et sådant nævn findes som tidligere anført efter 1934-loven for sterilisation af åndssvage, og man kunne da tænke sig det saglige område for dette nævn ændret, således at det kom til at omfatte den forannævnte kreds af personer.

Udvalgets flertal er imidlertid nået til den opfattelse, at den ønskede retsbeskyttelse for disse personer må kunne opnås på en enklere måde, når sterilisationsafgørelserne i øvrigt henlægges til mødrehjælpsens samråd, nemlig derved at samrådene i de nævnte særlige tilfælde tiltrædes af en hertil beskikket dommer. Der tilføres derved samrådene juridisk sagkundskab, og dommeren vil fra sin øvrige virksomhed være indstillet på at tage de særlige hensyn, som disse sager tilsiger, i betragtning. Det kan i denne forbindelse anføres, at tilladelse til sterilisation efter udvalgets udkast til § 10, stk. 3, i alle sager kræver enstemmighed i samrådet.

Når samrådene i de nævnte tilfælde suppleres

med en dommer, vil de efter flertallets mening på betryggende måde kunne behandle også disse sager, og oprettelse af et særligt nævn bliver herefter upåkrævet. Efter gennemførelsen af loven af 1959 om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede findes en særordning på dette område for de åndssvages vedkommende ikke påkrævet, og det ved 1934-loven oprettede nævn vil således kunne nedlægges. Nævnets oprettelse stod i forbindelse med, at 1934-loven som tidligere nævnt principielt havde karakter af en tvangslov.

Medens flertallet som nævnt side 34 går ind for, at andragender om tilladelse til sterilisation i almindelighed bør forberedes af en mødrehjælpsinstitution, der derefter forelægger sagerne for samrådet til afgørelse, finder man en sådan fremgangsmåde uforholden for de her nævnte sager, hvor den pågældende er under behandling eller tilsyn af en institution. Forberedelsen vil i disse tilfælde på fyldestgørende måde kunne foretages af institutionen selv, der direkte kan forelægge sagen for vedkommende samråd.

Ved at henlægge afgørelsen om sterilisation til en række forskellige samråd, åbnes der vel mulighed for, at praksis ikke bliver ganske ensartet. De hermed forbundne vanskeligheder er i svangerskabsloven søgt begrænset derigennem, at et for hele landet fælles nævn følger samrådenes virksomhed og virker gennem rådgivning over for disse i sager angående svangerskabsafbrydelse, og denne ordning synes at have virket tilfredsstillende. Da vanskelighederne næppe er større for så vidt angår sterilisationerne, foreslår man indført en tilsvarende ordning på dette område, således at det overlades det samme nævn at følge samrådenes virksomhed med hensyn til sterilisation. Det bemærkes herved, at nævnet - som tidligere anført - har taget initiativet til, at samrådene i forbindelse med spørgsmålet om indikationsstillingen for svangerskabsafbrydelse tillige ofte giver udtryk for deres syn på sterilisationsspørgsmålet. Nævnet har over for udvalget erklæret, at man ikke har indvendinger mod at påtage sig denne opgave.

Et mindretal i udvalget (Hoffmeyer og Skalts) nærer som anført betænkelighed ved at henlægge samtlige sterilisationsafgørelser (bortset fra afgørelser på medicinsk indikation) til samrådene og dermed normalt forundersøgelserarbejdet til mødrehjælpsinstitutionerne, og ønsker at fremføre følgende:

»Vi har herved først og fremmest lagt vægt på, at mødrehjælpsinstitutionen i hele sin op-

bygning er en social institution, der har til opgave at yde personlig social og økonomisk hjælp og bistand til gravide, enlige mødre og familier med mindre børn.

Udviklingen har bragt med sig, at mødrehjælpen i stadig stigende grad - kulminerende med svangerskabsloven af 1956 - har måttet beskæftige sig med kvinder, der søger svangerskabsafbrydelse. Selvom disse talmæssigt kun udgør en mindre del af de kvinder, der søger mødrehjælpen, har institutionernes arbejde på dette område dog tiltrukket sig megen opmærksomhed, hvilket i et ikke helt ubetydeligt omfang på en uheldig måde har påvirket mulighederne for at udøve og udbygge det positive hjælpearbejde. Vi nærer frygt for, at overtagelsen af administrationen af sterilisationsloven, som, i det omfang sterilisationsspørgsmål ikke knytter sig til spørgsmålet om svangerskabsafbrydelse, udgør en meget special lægelig opgave, der falder uden for mødrehjælpsens naturlige arbejdsområde, på samme måde vil virke skadelig for mødrehjælpsens omdømme.

Arbejdet med forundersøgelser af sagerne vedrørende ansøgninger om abortus provocatus og sterilisation optager i dag en så stor del af personalets arbejdskraft, at det er vanskeligt at få fornøden tid til mere positive arbejdsopgaver - ikke mindst til efterundersøgelser og til et bredere rådgivnings/behandlingsarbejde over for kvinderne og deres familier - en række meget påtrængende opgaver af denne karakter må man i øjeblikket lade ligge. Mødrehjælpen tillægger familiearbejdet den allerstørste betydning, men er allerede i dag ikke i stand til at imødekomme det stadigt stigende behov herfor. På samme måde er der inden for mødrehjælpsens øvrige positive arbejdsområder et betydeligt antal uløste opgaver, som man næppe vil have mulighed for at løse inden for nærmeste fremtid. Man må herved tage den herskende personalemangel, som ikke foreløbig synes at kunne afhjælpes, i betragtning.

Under henvisning til ovenstående finder vi det betænkeligt, at der pålægges mødrehjælpen opgaver, som falder uden for dens arbejdsområde, der tænkes herved navnlig på sterilisations-sager vedrørende mænd, åndssvage og det særlige forsorgsklientel. Vi må derfor lægge megen vægt på, at mødrehjælpsinstitutionerne, såfremt udvalgets flertalsindstilling bliver fulgt, sættes i stand til på effektiv måde også at varetage de nævnte positive opgaver.

I betragtning af, at sterilisationslovgivningen er foreslået væsentligt ændret, ville vi have fun-

det det rimeligt, om man havde fundet mulighed for at søge en ensartet praksis tilrettelagt gennem oprettelsen af et centralt nævn, som kunne fastlægge en ensartet praksis, indtil problemerne med de nye bestemmelser var blevet afklaret. I et vist hensigtsmæssigt omfang, f. eks. for så vidt det drejede sig om sterilisation i forbindelse med abortindgreb, kunne nævnet delegere sin afgørelsesret til samrådene. Da dette synspunkt navnlig har vægt de første år efter lovens ikrafttræden, kunne loven tages op til revision efter forløbet af et rimeligt antal år.

Under hensyn til, at det forslag, som udvalgets flertal går ind for, må erkendes at være en i overensstemmelse med kommissoriet konsekvent løsning, som yderligere frembyder administrative lettelser og besparelser, har vi dog ikke ment at burde fremsætte et egentligt mindretalsforslag.«

Udvalgets forslag går således ud på, at der, bortset fra sterilisation på medicinsk indikation, kræves tilladelse til sterilisation, og at afgørelsen af, om sådan tilladelse skal meddeles, træffes af mødrehjælpens samråd, således at sagerne i almindelighed forberedes af mødrehjælpen, til hvem henvendelse rettes. Sterilisation på medicinsk indikation kræver derimod ikke tilladelse fra nogen offentlig myndighed, men bestemmelse kan træffes af vedkommende overlæge, jfr. side 32, og henvendelse til mødrehjælpen er ufor nøden. Efter erfaringerne under den gældende lov kan det imidlertid forudses, at mødrehjælpens bistand til sterilisation vil blive søgt af en del kvinder, der efter nærmere undersøgelse viser sig at opfylde betingelserne for sterilisation på medicinsk indikation, medens betingelserne for sterilisation på anden indikation ikke foreligger. Udvalget har derfor overvejet, om samrådene i sådanne tilfælde skal kunne meddele tilladelse til sterilisation, eller om samrådene skal være henvist til at fremsende sagen med en udtalelse til vedkommende overlæge til dennes afgørelse. Den sidstnævnte ordning er vel nok den mest konsekvente, idet den overlader afgørelsen, der efter formuleringen af udkastets § 2 skal træffes ud fra rent eller dog ganske overvejende lægelige hensyn, til den ansvarlige overlæge. Når udvalget dog har ment at kunne gå ind for, at samrådene også i disse tilfælde skal kunne meddele tilladelse, er det ud fra følgende betragtninger: Efter svangerskabsloven kan samrådene tillade svangerskabsafbrydelse også på rent lægeligt grundlag, jfr. foran side 27, og denne ordning har så vidt vides ikke voldt vanskeligheder i praksis. Afgørelserne i de

to kategorier af sager er ganske ensartede, og da indgrebene meget ofte foretages samtidig, vil det kunne volde praktiske vanskeligheder, hvis samrådene i visse tilfælde kun kan træffe beslutning om del: ene indgreb. Hvad enten afgørelse om sterilisation på medicinsk indikation skal træffes af en overlæge eller af et samråd, må den ofte baseres på udtalelser fra læger, der er specialister på det område, inden for hvilket den pågældende patients sygdom falder. Meget hyppigt er grundlaget psykiatrisk, og i sådanne tilfælde vil den fornødne medicinske sagskundskab i almindelighed netop være repræsenteret i samrådet, idet det ene af dets to lægelige medlemmer normalt vil være speciallæge i psykiatri og yderligere ofte vil have deltaget i undersøgelsen af patienten.

Selvom et samråd har meddelt tilladelse til sterilisation, foreligger der ikke nogen pligt for vedkommende overlæge til at udføre indgrebet eller behandlingen. Dette gælder ikke blot med hensyn til tilladelser efter § 2, men for enhver tilladelse, uanset i henhold til hvilken bestemmelse tilladelsen er meddelt. For at muliggøre udnyttelse af en meddelt tilladelse i tilfælde, hvor overlægen ikke ønsker at udføre indgrebet eller behandlingen, har udvalget i udkastets § 11 optaget en regel, svarende til svangerskabslovens § 3, stk. 4, hvorefter patienten kan indlægges på et andet sygehus, eventuelt ved mødrehjælpens foranstaltning.

Der er inden for udvalget enighed om, at det ikke er påkrævet at foreslå oprettet nogen appelinstans, for hvilken samrådenes afgørelser kunne indbringes. Det er udvalgets opfattelse, at der gennem samrådsbehandlingen i forbindelse med nævnets tilsynsførende og rådgivende virksomhed er skabt en betryggende ordning. Den, der har modtaget afslag på et andragende om sterilisation, må derfor være henvist til at indgive nyt andragende, såfremt forholdene menes at have ændret sig. Selv om en sammenligning ikke er mulig, skal det dog bemærkes, at der ikke i de gældende regler om sterilisation er ej heller i svangerskabsloven findes nogen appelordning.

4. Efterundersøgelse.

Som nævnt foran side 22 skal der efter de gældende regler kun foretages efterundersøgelse af personer, der er steriliseret i henhold til 1935-loven, i tilfælde, hvor der af justitsministeriet efter indstilling af retslægerådet er truffet særlig bestemmelse herom, og sådanne be-

stemmelser har ikke været truffet. Regelmæssige efterundersøgelser af ändssvage, der er steriliseret i henhold til 1934-loven, finder heller ikke længere sted. Det er udvalgets opfattelse, at det ikke ud fra et videnskabeligt synspunkt er påkrævet at opretholde en bestemmelse om pligt for de steriliserede til at lade sig efterundersøge, og da der ej heller i øvrigt findes at være grund til regler om sådan undersøgelse, er der ikke i udvalgets lovudkast optaget nogen sådan regel, jfr. derimod om kastration side 62 f.

5. Refertilisering.

Udvalget er i kommissoriet anmodet om at tage stilling **til**, om der i en ny sterilisationslov bør gives særlige regler om refertilisering, d.v.s. gengivelse af forplantningsevnen til en steriliseret person. Hverken 1935-loven eller 1934-loven indeholder bestemmelser om dette spørgsmål, som heller ikke ses omtalt i lovenes forarbejder. Ej heller lovgivningen i de fremmede lande, hvorfra udvalget har indhentet oplysninger, har regler herom.

Ved afgørelsen af, om sterilisation kan foretages, bør der lægges særlig vægt på, om de forhold, der begrundet foretagelsen, må antages at være af varig karakter, således at sterilisation undlades, såfremt der inden for en rimelig tid kan forventes ændringer, der ville gøre sterilisation upåkrævet, jfr. lovudkastets § 5. Det vil imidlertid næppe kunne udelukkes, at der i enkelte tilfælde, hvor sterilisation er foretaget, mod forventning indtræder sådanne ændringer af forholdene, at det ikke længere er påkrævet eller ønskeligt at undgå svangerskab og fødsel af børn. Det kan endvidere — selvom sådanne ændringer af forholdene ikke foreligger — tænkes, at den, der er steriliseret, fortryder operationen og nu ønsker at kunne få børn.

Problemet synes imidlertid hidtil ikke at have været af større praktisk betydning. Efter det for udvalget oplyste har justitsministeriet i de sidste 5-6 år således kun modtaget gennemsnitligt et par forespørgsler om året om muligheden for at opnå refertilisering efter sterilisation i henhold til 1935-loven. For de ändssvages vedkommende, der er steriliseret efter 1934-loven, har spørgsmålet kun været rejst over for socialministeriet i godt en snes tilfælde i alt, første gang i 1950. Det bør dog i denne forbindelse anføres, at det er sandsynligt, at nogle steriliserede har fremført ønsket om refertilisering direkte over for deres læge, og af denne er blevet overtaget til at opgive tanken, allerede fordi der er så ringe udsigt til, at operationen vil lykkes, jfr.

nedenfor. Nogen opgørelse over, hvor mange operationer af denne art der foretages, foreligger ikke for udvalget.

Under hensyn til, at 1934-loven i princippet er en tvangslov, har socialministeriet indtaget det standpunkt, at en person, der er steriliseret i henhold til denne lov, ikke uden ministeriets tilladelse kan lade sig reoperere for at søge at genvinde sin forplantningsevne. Henvendelser om refertilisering fra personer, der er steriliseret efter reglerne i 1935-loven og således selv har ansøgt herom, besvares derimod af justitsministeriet med, at der ikke efter den gældende lovgivning kræves tilladelse til, at den pågældende underkaster sig en sådan operation. Justitsministeriet forelægger dog i almindelighed forinden sagen for retslægerrådet med henblik på at søge oplyst, om de forhold, der lå til grund for sterilisationen, stadig må antages at være tilstede. I den overvejende del af de tilfælde, der har foreligget i de senere år, var der ikke sket ændringer i andragerens forhold, som kunne medføre, at en opretholdelse af den foretagne sterilisation nu måtte anses for upåkrævet, og rådet har da frarådet, at en reoperation fandt sted, hvilket justitsministeriet har gjort andrageren bekendt med.

Som svar på en henvendelse fra udvalget har retslægerrådet i skrivelse af 15. november 1961, der er optaget som bilag 10, redegjort for de metoder, der kan bringes i anvendelse ved refertilisering, og som for kvindernes vedkommende i nogen grad afhænger af, hvilken teknik der er anvendt ved sterilisationen.

Rådet har dernæst udtalt sig om de foreliggende - tildels ret sparsomme - erfaringer med hensyn til resultaterne af refertiliseringsoperationer. Udsigterne for heldig gennemført operation på kvinder, d.v.s. med det resultat, at der senere fødes et levende barn, vil efter rådets udsagn være afhængigt af den anvendte metode, det operative materiales art og operatørens erfaring og rutine. Såfremt operationen udføres sjældent, vil den pågældende klinik næppe kunne regne med mere end en størrelsesorden af omkring 15 %'s succes. Hertil kommer, at sådanne operationer erfaringsvis medfører en ikke helt ringe risiko for senere opståen af svangerskab uden for livmoderen. Mulighederne for refertilisering af mænd betegner rådet som usikre.

Retslægerrådet tilføjer, at det ikke er rådet bekendt, at der her i landet foreligger større opgjorte materialer over de her omhandlede operationer.

Efter at læge G. Koudahl, der tidligere har været videnskabelig assistent ved Københavns Universitets retsmedicinske Institut, på udvalgets opfordring i januar 1963 havde redegjort over for udvalget for en af ham til brug ved et videnskabeligt arbejde foretaget gennemgang af nyere litteratur vedrørende resultater af refertiliseringsoperationer på mænd, indhentede udvalget en fornyet udtalelse fra retslægerådet. I rådets erklæring af 9. april 1963, jfr. bilag 10, udtales bl. a., at den fremlagte litteraturoversigt ikke giver anledning til ændring af rådets tidligere udtalelse. På udvalgets forespørgsel om, hvorvidt et gunstigt resultat forudsætter erfaring og rutine hos vedkommende operatør, har retslægerådet dernæst udtalt, at personlig erfaring med den omhandlede operation ligesom med alle andre ikke helt simple operationer afgjort spiller en rolle, men at operationen dog ikke er vanskeligere, end at enhver urinvejs-respektive plastik-kirurg må antages at kunne udføre den med nogenlunde samme sikkerhed som kirurger, der måtte have speciel erfaring med denne operation.

Spørgsmålet om, hvorvidt der bør gives lovregler om refertilisering, er i første række et spørgsmål om, hvorvidt adgangen til refertilisering bør være fri, eller om personer, der er blevet steriliseret, skal have tilladelse fra en offentlig myndighed til at lade sig reoperere.

Det er efter udvalgets mening utvivlsomt, at personer, der er steriliseret på medicinsk indikation (lovudkastets § 2), som hidtil frit bør kunne søge sig refertiliseret, således at det overlades til vedkommende kirurg at afgøre, om de forhold, der i sin tid begrundede sterilisationsindgrebet, nu er ændrede på en sådan måde, at det vil være forsvarligt at lade den ønskede refertiliseringsoperation udføre, og dette må gælde, selv om sterilisationen skulle være foretaget: i henhold til en tilladelse fra et af mødrehjælpens samråd på lægeligt grundlag, jfr. side 37. Der er her tale om et rent lægeligt skøn.

Hvad dernæst angår personer, der er steriliseret efter tilladelse fra mødrehjælpens samråd i henhold til lovudkastets § 3 eller § 4, kunne den betragtning anføres, at når de pågældende har søgt og opnået tilladelse fra en offentlig myndighed til at lade sig sterilisere efter en prøvelse af, om lovens betingelser er opfyldt, er det rimeligt og af hensyn til de pågældende selv ønskeligt, at der fra samfundets side føres kontrol med, at de ikke søger at genvinde deres forplantningsevne, medmindre dette må anses for velbegrundet i ændrede forhold. Man kunne

derfor tænke sig den mulighed, at refertilisering i sådanne tilfælde ikke måtte finde sted uden tilladelse i. eks. fra mødrehjælpens samråd. Denne betragtning kunne vel navnlig gøres gældende med hensyn til sterilisation på eugenisk indikation (lovudkastets § 3, stk. 1, nr. 1) og sterilisation af sindssyge eller åndssvage eller andre personer, som på grund af sjælelige eller legemlige brist må anses for uegnet til på forsvarlig måde at drage omsorg for børn (lovudkastets § 3, stk. 1, nr. 2), idet hensynet til eventuelt afkom er den fremherskende begrundelse for tilladelse i disse tilfælde, og de samme hensyn kan ud fra en samfundsmæssig betragtning her gøre det ønskeligt at undgå refertilisering.

Heroverfor må det imidlertid fremhæves, at sterilisation efter udvalgets forslag er frivillig og kræver en begæring fra den pågældende selv. Uanset at sterilisation kun kan foretages, når bestemte i loven foreskrevne betingelser er opfyldt, kunne man derfor anlægge det principielle synspunkt, at det måtte stå den pågældende frit at lade sig reoperere og derved søge den naturlige tilstand genoprettet. Det måtte således overlades til den læge, der skulle udføre operationen at afgøre, om den fandtes forsvarlig.

I to grupper af tilfælde holder denne principielle betragtning dog ikke ganske stik. Som nævnt side 28 indeholder § 10 i lov nr. 276 af 30. juni 1922 om ægteskabs indgåelse og opløsning en bestemmelse om, at sindssyge, åndssvage, psykopater i højere grad, kroniske alkoholister og visse epileptikere ikke må indgå ægteskab uden justitsministeriets tilladelse, og sådan tilladelse kan betinges og bliver i praksis ofte betinget af, at den pågældende lader sig sterilisere. Det vil således være i strid med forudsætningerne for ægteskabstilladelsens meddelelse, om den pågældende, når ægteskabet var indgået, lod sig reoperere med det resultat, at han eller hun blev i stand til at sætte børn i verden. Det er endvidere nævnt side 29 f., at der efter åndssvageforsorsloven af 1959 - selvom åndssvageforsorgen efter denne lov bygger på frivillighedens princip - i ganske særlige tilfælde af hensyn til patienten selv kan blive tale om at betinge en udskrivning af en forudgående sterilisation. I disse tilfælde vil der være en sådan sammenhæng mellem udskrivningen og sterilisationen, at en fri adgang til at lade sig reoperere kan synes at ændre grundlaget for udskrivningen.

Ved afgørelsen af, om der i det hele — bortset fra sterilisation på medicinsk indikation - eller i visse tilfælde skal kræves tilladelse til refertilisering, har udvalget imidlertid ikke ment

alene at burde lægge principielle synspunkter til grund, men har tillige overvejet, om der er praktisk trang til en sådan regel. Resultatet af udvalgets overvejelser er, at der ikke - i hvert fald ikke på nuværende tidspunkt - er tilstrækkelig grund til at lovgive om spørgsmålet.

Udvalget har herved taget sit udgangspunkt i de foreliggende oplysninger, hvorefter mulighederne for gennem en operation at gengive en steriliseret person forplantningsevnen er meget ringe. Såfremt det, f. eks. som følge af en ændret operationsteknik, skulle vise sig, at sterilisationer kan omgøres i væsentlig større omfang, kan der måske være anledning til en fornyet overvejelse; en sådan forøgelse af mulighederne for en refertilisering vil i øvrigt kunne føre til en ændret vurdering af selve sterilisationen og betingelserne for denne.

Udvalget mener dernæst at kunne gå ud fra, at ingen læge vil foretage den omhandlede operation, forinden han har undersøgt, på hvilket grundlag sterilisationen i sin tid er udført, og har skaffet sig kendskab til de da foreliggende oplysninger samt - eventuelt med støtte i erklæringer fra speciallæger - har foretaget en vurdering af, om det kan anses forsvarligt nu at søge den pågældende gengivet forplantningsevnen. Det må efter de foreliggende erfaringer antages, at lægen i en del tilfælde vil fraråde en sådan operation, der har ringe udsigt til at føre til det ønskede resultat, og som er forbundet med en vis risiko og kan medføre fare for svangerskab uden for livmoderen. Det kan i denne forbindelse anføres, at der ikke foreligger nogen pligt for lægen til at efterkomme patientens ønske om operationens udførelse. På den anden side kan man formentlig gå ud fra, at operationen vil blive udført i de tilfælde, hvor der måtte foreligge et velbegrundet ønske om refertilisering.

Under disse omstændigheder finder udvalget det ikke påkrævet at kræve tilladelse til refertilisering fra samrådene eller nogen anden offentlig myndighed. Man har herved endvidere lagt vægt på, at spørgsmålet om refertilisering efter de hidtidige erfaringer kun kan antages at fremkomme i meget få tilfælde, og at det vil være vanskeligt i en lov at opstille praktisk anvendelige kriterier for, hvornår refertilisering kan tillades. Kriterierne måtte formentlig afhænge af,

i henhold til hvilken indikation sterilisationen er foretaget.

Efter udvalgets opfattelse er der ikke tilstrækkelig grund til at gøre undtagelse for de tilfælde, hvor en tilladelse kunne synes særlig påkrævet, nemlig dels tilfælde, hvor sterilisation har været stillet som vilkår for en tilladelse til indgåelse af ægteskab, dels tilfælde, hvor sterilisation af åndssvage har forbindelse med den pågældendes udskrivning. Udvalget går herved ud fra, at lægerne i de førstnævnte tilfælde vil stille krav om en erklæring fra justitsministeriet, og i de sidstnævnte tilfælde rådføre sig med vedkommende åndssvageinstitution, forinden der tages stilling til en anmodning om refertilisering. Risikoen for, at der i disse tilfælde skulle blive foretaget refertiliseringsoperationer, **der** ikke burde have været iværksat, er næppe stor, og skulle det endelig ske, vil den samfundsmæssige ulempe derved — i betragtning af den ringe udsigt, der er til, at sådanne operationer lykkes - være ganske ringe.

Udvalget er endvidere af den opfattelse, at det vil kunne virke uheldigt at optage bestemmelser om refertilisering i sterilisationsloven, idet sådanne bestemmelser vil kunne give et urigtigt indtryk af, at sterilisationsoperationer kan omgøres, og muligt også vil kunne bevirke fremkomsten af henvendelser om refertilisering i tilfælde, hvor en gennemførelse heraf ikke bør finde sted. Udvalget finder det derfor rettest, at spørgsmålet om refertilisering i det hele lades uomtalt i loven, således at der ikke stilles krav om tilladelse og ej heller gives regler om lægernes medvirken til indgrebets foretagelse.

Retsstillingen skulle herefter være den, at operationer, hvorved forplantningsevnen søges gengivet en steriliseret person, kan foretages, såfremt den pågældende læge efter foretaget undersøgelse, herunder af grundlaget for sterilisationen, finder det forsvarligt. Dette gælder også åndssvage, der steriliseres efter de i udvalgets udkast indeholdte regler, idet sterilisation også for deres vedkommende kun kan foretages efter deres egen begæring. For så vidt angår åndssvage, der er steriliseret efter 1934-loven, der i princippet er en tvangslov, vil socialministeriets praksis, hvorefter refertilisering kræver ministeriets tilladelse, derimod eventuelt kunne opretholdes.

III. Kastration

A. Gældende ret.

Medens 1935-loven som anført: i kapitel II ikke omfatter al foretagelse af sterilisation - sterilisation af åndssvage falder således uden for lovens rammer og omhandles i en særlig lov - findes de gældende bestemmelser om kastration samlet i loven, og denne gælder således også for kastration af åndssvage. Loven er dog heller ikke på dette område udtømmende, idet man som anført i betænkningen af 1926, jfr. foran side 9, må antage, at indgreb, der er påkrævede af rent lægelige grunde, ikke er omfattet af lovens regler og derfor kan foretages uden forudgående tilladelse hertil. Udvalget har ikke fundet det påkrævet at søge tilvejebragt nærmere oplysninger om, i hvilket omfang sådanne indgreb foretages på lægelig indikation, idet man mener at kunne gå ud fra, at de kun foretages, når det er nødvendigt for at helbrede legemlig sygdom, navnlig sygdom i kønsorganerne.

Loven af 1935 udvidede i et vist omfang den adgang til frivillig kastration, som var nedfældet i den første lov om sterilisation og kastration af 1929, der som nævnt foran i kapitel I var en udpræget forsøgslov, idet den var den første af sin art i Europa. Herudover åbnede 1935-loven mulighed for at foretage en egentlig tvangskastration af visse grove sædelighedsforbrydere. Nogen tvangskastration er dog aldrig blevet gennemført, se herom nedenfor side 44.

1. Frivillig kastration.

a. Lovens forskrifter.

Kastration må kun foretages i henhold til en tilladelse, som meddeles af justitsministeriet efter indhentet erklæring fra retslægerrådet, jfr. lovens § 2. Det er ikke foreskrevet, at tilladelsen kun må meddeles, hvis retslægerrådet anbefaler det, men der gives i praksis ikke tilladelse til kastration imod retslægerrådets indstilling.

Adgangen til at opnå tilladelse til kastration står efter loven åben både for mænd og kvinder, men kun i ganske enkelte tilfælde siden lovens ikrafttræden har justitsministeriet meddelt til-

ladelse til kastration af kvinder - i de senere år har der således udelukkende været rejst spørgsmål om kastration af mænd.

Loven indeholder to indikationer for foretagelse af kastration på frivilligt grundlag: Indgrebet kan for det første tillades, hvis den pågældendes kønsdrift udsætter ham for at begå forbrydelser og således betyder en fare for samfundet. Dernæst kan tilladelse til kastration meddeles, hvis den pågældendes kønsdrift medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse for ham; i disse tilfælde er det således ikke en betingelse, at der skønnes at være risiko for, at han begår kriminelle handlinger. Meget ofte vil begge indikationer imidlertid være til stede.

Loven opstiller dernæst en række betingelser af mere formel karakter. Der skal foreligge en begæring, som skal indeholde fyldestgørende oplysninger om begrundelsen for ønsket om kastration, og der skal vedlægges en lægeerklæring, som i henhold til en af sundhedsstyrelsen, senest den 20. juni 1959, udsendt vejledning skal indeholde dels en detaljeret beskrivelse af andragerens forhold, herunder hans eventuelle arvelige dispositioner, tidligere og nuværende helbredstilstand, eventuel kriminalitet samt hans sociale og familiemæssige forhold, dels resultatet af en nærmere angivet undersøgelse af andrageren. Med andragendet skal endvidere følge en erklæring om, at andrageren forud af en læge er vejledet om indgrebets antagelige følger. Er andrageren gift, uden at samlivet er ophævet ved separation eller længere tids faktisk adskillelse, skal ægtefællens erklæring så vidt muligt indhentes.

Personer, der må anses for psykisk normale, kan kun opnå kastrationstilladelse efter at have nået myndighedsalderen, d.v. s. efter at være fyldt 21 år. De skal selv fremsætte begæringen, og er de umyndiggjort i personlig henseende, skal der tillige indhentes en erklæring fra værge.

For personer, der er psykisk abnorme — herunder åndssvage —, opstiller loven ingen aldersbetingelse.. Også for deres vedkommende kræ-

ves - som hovedregel -, at de selv har fremsat begæring om kastration. Deres andragende skal dog tillige tiltrædes af en dertil beskikket væрге. Er de umyndige, kan den faste væрге afgive erklæringen, men først efter at være særligt beskikket hertil. Værgesbeskikkelsen sker efter de almindelige regler herom, d.v.s., at beskikkelsen i København foretages af magistraten og ellers af skifteretten. Med hensyn til spørgsmålet om, hvem der bør beskikkes som væрге, henvises til det på side 18 anførte om beskikkelse af væрге i sterilisationsager. En begæring fra den pågældende selv kræves dog ikke, såfremt han som følge af mentale mangler er ude af stand til at forstå betydningen af kastrationen. I så fald kan andragendet underskrives af den beskikkede væрге alene. Er der tale om en patient, der er inddraget under forsorg af en statsanstalt eller en i henhold til den dagældende forsorgslovs § 67, nu forsorgslov nr. 169 af 31. maj 1961 § 70, godkendt anstalt, kan anstaltsledelsen underskrive andragendet alene. Hvis andragendet ikke er underskrevet af andrageren, skal det dog tiltrædes af anstaltslægen eller en embedslæge. Bestemmelsen om anstaltsledelsens beføjelse til at underskrive alene findes i § 2, stk. 4, 4. punktum, og den kan isoleret læses således, at den gælder i alle tilfælde, hvor det drejer sig om en psykisk abnorm person, der er inddraget under forsorg, men den fortolkes i praksis således, at den nævnte beføjelse kun tilkommer anstaltsledelsen i tilfælde, hvor patienten er ude af stand til at forstå indgrebs betydning. Denne fortolkning stemmer med lovens forarbejder.

I denne forbindelse kan det nævnes, at i praktisk taget alle de 94 kastrationssager, som justitsministeriet har behandlet i en 3-års periode (1957-59), og som udvalget har ladet gennemgå, har begæringen været fremsat af den pågældende selv. Et enkelt andragende har dog været underskrevet af værgen alene, og i tre sager har grundlaget været en indstilling fra vedkommande anstalt. Det har i disse tilfælde drejet sig om åndssvage, der ikke havde forståelse af indgrebs betydning.

Ligesom for sterilisationsindgrebs vedkommende er det foreskrevet, at en tilladt kastration skal foretages snarest muligt og i hvert fald inden 3 måneder efter, at tilladelsen er meddelt. Det kræves ikke, at operationen skal udføres på et sygehus, men blot at den foretages af en læge med fornøden kirurgisk uddannelse efter den pågældendes eller anstaltsledelsens valg. Lægen

skal straks efter indgrebs foretagelse underrette justitsministeriet herom.

b. Lovens anvendelse.

I justitsministeriets skrivelse af 30. december 1958, hvorved udvalget blev nedsat, bemyndigede ministeriet udvalget til at forhandle med retslægerådets daværende formand, professor, dr. med. & h. c. Knud Sand, der havde erklæret sig villig til i fornødent omfang at bistå udvalget. Professor Sand offentliggjorde i 1939 en afhandling, hvori der udførligt blev gjort rede for de tilfælde, i alt 190, i hvilke der indtil da havde været foretaget kastration, og for de konstaterede følger og virkninger af operationerne samt de opnåede sociale resultater. Da det ved en revision af reglerne om kastration ville være af stor betydning at vide, om det nu foreliggende langt større materiale (900) i hvert fald i store træk viste samme billede som det, der fremgik af materialet for tiden indtil 1939, rettede udvalget i efteråret 1959 henvendelse til professor Sand med forespørgsel om, hvorvidt han ville være villig til over for udvalget at redegøre for de indvundne erfaringer. I september 1961 holdt professor Sand derefter for udvalgets medlemmer to foredrag på grundlag af en bearbejdelse af de første 500 tilfælde af kastration af mænd, der er foretaget her i landet siden gennemførelsen af loven af 1929. Efter at samtlige de indtil 1959 gennem 30 år foreliggende 900 kastrationstilfælde vedrørende mænd har været gjort til genstand for en samlet bearbejdelse, har professor Sand i oktober 1963 på opfordring tilstillet udvalget en af ham i samarbejde med overlægerne P. Dickmeiss og P. Schwalbe-Hansen udarbejdet foreløbig afhandling med vedføjede særudtalelser, resumé, tilbageblik og afsluttende betragtninger. Afhandlingen m. v. er aftrykt nedenfor side 46 ff. Der vil i det følgende ved behandlingen af forskellige spørgsmål blive henvist hertil.

På nærværende sted skal henvises til den side 49-51 givne oversigt over materialet og resultaterne, opstillet i 12 punkter. Det fremgår heraf, at det største antal kastrationer er foretaget på åndssvage (44 %) og psykopater (25 %). Godt 80 % af de kastrerede havde før kastrationen begået seksualforbrydelser, og inden for disse udgør uterlighed over for drenge og piger de største grupper. De knapt 20 %, der intet seksuelt kriminelt havde begået, udgøres dels af personer, som på hospitaler for åndssvage og sindssyge havde udvist en sådan adfærd, at man måtte forvente, at de ville begå seksuelle lov-

overtrædelser under friere forhold, dels af personer, som selv befrygtede, at deres kønsdrift kunne medføre, at de forbrød sig seksuelt, eller hvis kønsdrift i det hele påførte dem sjælelige lidelser eller social forringelse. Sådanne lidelser forekommer hyppigt ved hyperseksualitet, homoseksualitet, pædofile tendenser, seksuelle perversioner m. m. Visse tilfælde af transvestitisme, d.v.s. en seksuelt betonet sjælelig abnormitet, hvorved den pågældende særlig finder sin tilfredsstillelse i at iføre sig det modsatte køns klædedragt, kan også falde ind under denne gruppe, nemlig når der tillige foreligger et fikseret ønske om totalt kønsskifte. 82 % af de kastrerede var før kastrationen anbragt på hospital for åndssvage eller sindssyge eller på forvaringsanstalt. Det største antal kastrationer er foretaget i aldersgrupperne fra 21—40 år (i alt 59 %); derefter er antallet faldende, men 6 % var dog 61 år eller derover. I en alder af under 21 år er kun enkelte, stærkt aggressive dybt åndssvage blevet kastreret.

c. Særlig vedrørende kriminelle ansøgere.

Andragender fra personer, der er sigtet for sædelighedsforbrydelser, frembyder særlige problemer. Man har fra første færd i praksis indtaget det principielle standpunkt, at der ikke måtte være nogen som helst forbindelse mellem spørgsmålet om kastration og den strafferetlige sanktion i anledning af den begåede lovovertrædelse, idet man har villet undgå, at et andragende om tilladelse til at lade foretage dette alvorlige indgreb alene skulle være motiveret af ønsket om at undgå straffesag og eventuel strafafsoning. Fremkommer et kastrationsandragende fra en person, der er sigtet eller tiltalt for en grovere sædelighedsforbrydelse, er det fast praksis at meddele andrageren, at der ikke vil kunne tages stilling til andragendet, før straffesagen er endelig afgjort. Er der tale om en sædelighedsforbrydelse af mindre alvorlig karakter, har man dog i de senere år efter en konkret vurdering og i reglen efter indhentet udtalelse fra anklagemyndigheden meddelt tilladelse til kastration i nogle tilfælde, medens straffesagen mod den pågældende verserede, og straffesagen er da almindeligvis sluttet med et tiltalefrafald. Det forekommer også, at anklagemyndigheden frafalder tiltale i sådanne sager på betingelse af, at den pågældende lader sig kastrere.

Når tilladelse til kastration gives til personer, der enten afsoner straf for sædelighedsforbrydelser eller i medfør af straffelovens § 70 er dømt til anbringelse i en anstalt, anmoder ju-

stitsministeriet fængslets eller anstaltens ledelse om at tilkendegive andrageren forinden operationens udførelse, at der ikke i tilladelsen til kastration ligger noget tilsagn om løsladelse efter operationens foretagelse. Det hænder, at de pågældende i andragendet enten ligefrem betinger sig, at de vil blive løsladt, når de er blevet kastreret, eller dog forudsætningsvis går ud herfra. I sådanne tilfælde afslås andragendet om kastration.

Med hensyn til spørgsmålet om benådning kan det oplyses, at der i en række tilfælde gennem justitsministeriet er blevet udvirket benådning for kortere frihedsstraffe under henvisning til foretagen kastration og betinget af en vis tids straffri vandel. Tilbyder en person, der er dømt for en mindre alvorlig sædelighedsforbrydelse, i forbindelse med et benådningssandragende at lade sig kastrere, eller indgiver han samtidig et andragende om kastrationstilladelse, vil straf af son ingen og benådningssandragendet normalt blive stillet i bero, indtil der er taget stilling til spørgsmålet om kastration. Det er dog en forudsætning herfor, at man efter sagens nærmere omstændigheder og de foreliggende indstillinger fra myndighederne skønner, at benådningssandragendet ikke umiddelbart bør afslås, og det: tilkendegives samtidig andrageren, at der ikke i forbindelse med berostillelsen er givet noget: tilsagn om, at der vil blive søgt udvirket benådning, såfremt han kastreres. Der vil i almindelighed først blive taget endelig stilling til benådningssøgningen, når første efterundersøgelse har fundet sted, hvilket sker 6-12 måneder efter kastrationen, jfr. nedenfor side 44.

2. Tvangskastration.

Ved loven af 1935 blev der som nævnt givet hjemmel til tvungen kastration af visse grovere sædelighedsforbrydere, og man brød herved det frivillighedens princip, som havde ligget til grund for 1929-loven, og som man for så vidt fortsat tillagde stor vægt.

Efter lovens § 4 tilkommer det retten efter indhentet erklæring fra retslægerrådet at bestemme, om en person skal kastreres, og beslutning herom kan kun træffes, når den pågældende efter at være fyldt 21 år findes skyldig i en af de nedenfor angivne forbrydelser under sådanne omstændigheder, at gerningen karakteriserer ham som en på dette område farlig forbryder, og det må antages, at der er nærliggende fare for, at hans kønsdrift vil drive ham til nye alvorlige sædelighedsforbrydelser, og at udsigten

til straf ikke vil afholde ham derfra. De forbrydelser, der kommer i betragtning, er:

- a) voldtægt efter straffelovens § 216 eller forsøg derpå,
- b) en af de i straffelovens §§ 217, stk. 1 og 2, 218 og 222, samt disse paragraffer og § 216 sammenholdt med §§ 224 og 225, stk. 1, nævnte forbrydelser eller forsøg derpå.

Finder en domfældelse alene sted for en af de under b) nævnte forbrydelser, er det tillige en betingelse, at den pågældende i medfør af straffelovens § 70 dømmes til at anbringes i en anstalt eller i medfør af § 65 dømmes til at tages i sikkerhedsforvaring.

Bestemmelsen om kastration kan træffes i forbindelse med afgørelsen af skyldsspørgsmålet eller ved en senere afgørelse. I sidstnævnte tilfælde skal der da tages forbehold herom i dommen.

Reglerne om tvangskastration finder også anvendelse på kvinder, men det foreskrives, at det ved afgørelsen skal tages særlig i betragtning, at indgrebet for kvinders vedkommende er af mere indgribende og farligere karakter.

Træffes bestemmelse om kastration, skal denne foretages — under hensyn til den pågældendes almindelige sundhedstilstand - snarest muligt af en læge med fornøden kirurgisk uddannelse efter fængsels- eller anstaltsledelsens valg. Hvis den pågældende forlanger det, skal indgrebet - for så vidt der ikke foreligger lægelig kontraindikation derfor - foretages under universel narkose. Lægen skal straks indberette til justitsministeriet, når indgrebet er foretaget.

Reglerne om tvungen kastration har fået særdeles ringe anvendelse i praksis. Der har således aldrig været truffet bestemmelse herom i nogen dom, men i de første år efter lovens ikrafttræden, senest i 1938, blev der i enkelte domme taget forbehold om en eventuel senere bestemmelse om kastration. Sådant forbehold er taget i i alt 8 domme, og af de domfældte har næsten alle efter dommen frivilligt ladet sig kastre. De domme, hvori kastrationsforbehold er taget, er udførligt omtalt af Louis le Maire i »Legal kastration i strafferetlig belystning« (1946), p. 69 ff., hvortil henvises.

Med hensyn til spørgsmålet om tvangskastration kan i øvrigt henvises til professor Sands udtalelse side 51.

3. Efterundersøgelse.

Loven af 1929 indeholdt ingen bestemmelser

om lægelig efterundersøgelse af de personer, der blev kastreret i henhold til lovens bestemmelser. Efterundersøgelser havde dog i reglen alligevel været iværksat, idet justitsministeriet havde stillet som vilkår for kastrationstilladelsen, at den pågældende underkastede sig en sådan undersøgelse, men hvis vilkåret ikke blev overholdt, havde man ikke midler til at gennemtvinge undersøgelsen. Denne mangel blev afhjulpet ved 1935-loven, som i § 5 pålægger den, der er underkastet kastration i henhold til loven, at lade sig underkaste lægelig efterundersøgelse efter nærmere af justitsministeren fastsatte regler. Efterkommes pålægget ikke, kan den pågældende straffes med bøde.

De gældende regler om efterundersøgelse er udfærdiget af justitsministeriet den 10. marts 1951. Herefter skal efterundersøgelse i almindelighed finde sted første gang 6 à 12 måneder efter operationen og derefter med et eller flere års mellemrum. I tilfælde, hvor det findes påkrævet, kan retslægerådet bestemme, at efterundersøgelser helt skal ophøre. Det anføres i kastrationstilladelsen, hvornår og af hvem første efterundersøgelse skal foretages. Efter de nævnte regler fra 1951 undersøges personer, der bor i hovedstadsområdet, derunder personer, der er anbragt på forvaringsanstalterne i Herstedvester og på statsfængslet i Vridsløselille, som hovedregel af professoren i retsmedicin; professor Sand har dog også efter sin afgang fra professoratet i 1957 foretaget disse undersøgelser efter aftale med sin efterfølger, men har nu ønsket at ophøre hermed. For så vidt angår personer, der befinder sig på anstalter eller hospitaler eller i et under disse hørende plejehjem eller i en af anstalten kontrolleret familiepleje, foretages efterundersøgelsen normalt af anstaltens (hospitalets) læge. Alle andre personer undersøges sædvanligvis af embedslægen.

Efterundersøgelsen bør efter reglerne ikke foretages, før retslægerådet i hvert enkelt tilfælde har anmodet vedkommende læge herom, og undersøgelsens resultat indføres i et af retslægerådet udarbejdet skema, som derefter indsendes til rådet.

Ud over efterundersøgelserne foretages andre videnskabelige undersøgelser i tilknytning til de udførte kastrationsoperationer. Med henblik herpå har justitsministeriet samtidig med meddelelsen af en kastrationstilladelse hidtil pålagt den læge, der skal udføre indgrebet, umiddelbart efter operationens foretagelse at indsende de bortopererede kønskirtler til Københavns Universitets retsmedicinske institut ledsaget af en med-

delelse om, hvorvidt der ved operationen er fundet noget lægeligt bemærkelsesværdigt. Ved skrivelse af 15. april 1964 har justitsministeriet imidlertid nu efter indstilling fra retsmedicinsk institut udtalt, at indsendelse fremtidig ikke vil blive forlangt. Det er over for udvalget oplyst, at de fjernede kønskirtler på instituttet er blevet underkastet en histologisk undersøgelse. En række videnskabelige arbejder er fremkommet på basis af disse undersøgelser (se professor Sands litteraturliste, side 56 f).

Om efterundersøgelserne og deres betydning for bedømmelsen af kastrationsordningen henvises i øvrigt til professor Sands afhandling, navnlig udtalelserne side 52 f. Det fremgår heraf, at der er udført ca. 4000 efterundersøgelser af de 900 opererede, fra 1—16 undersøgelser for hver undersøgt opereret. Resultatet af disse undersøgelser har udgjort et vigtigt grundlag for den foretagne bedømmelse af hele kastrationsordningen.

4. *Virkningerne af kastration.*

Idet man i øvrigt henviser til professor Sands afhandling med tilhørende særudtalelser om recidiver og kastrationsgener, jfr. side 53 f. og 55, skal her anføres nogle hovedpunkter:

Efterundersøgelserne har vist, at formålet med kastrationen er nået i så at sige alle tilfælde. Godt 97 % af de opererede blev således før eller senere totalt asekualiserede efter kastrationen, og af disse var over halvdelen asekualle, inden der var gået et halvt år. For så vidt angår de resterende knap 3 % havde nogle af forskellige grunde vist sig ubedømmelige, og kun mindre end 1 % havde ved sidst foretagne efterundersøgelser ikke vist total asekualisering.

De kriminalterapeutiske virkninger af kastrationen har været tilfredsstillende. Kun i 10 tilfælde (1,1 %) forelå egentlig seksuelt recidiv, d.v.s. tilbagefald til ny seksualkriminalitet, som er retslig bevist og pådømt. I et lignende antal tilfælde var der udvist en seksuelt farvet ad-

færd, uden at der havde været tale om retslig forfølgelse eller retslige sanktioner.

Også i social henseende har kastrationerne vist sig at have haft gavnlige virkninger. Således har det overvejende flertal af de kastrater, der har været dømt til anbringelse i psykopatforvaring, kunnet udskrives på prøve, efter at kastrationens asekualiserende virkning var indtrådt, og de har for størstepartens vedkommende formået at indpasse sig i samfundet på ny, herunder at skaffe sig beskæftigelse på tilfredsstillende vilkår. Det må herved erindres, at flertallet af de forvarede seksualforbrydere uden kastration måtte anses for så farlige for retssikkerheden, at de ville være blevet tilbageholdt på anstalten i en lang årrække. For de åndssvages vedkommende har kastrationen typisk medført det gode, at de har kunnet anbringes under friere forsøgsformer, en del af dem i kontrolleret familiepleje.

De legemlige ulemper ved kastrationen, som er påvist ved efterundersøgelserne, har overvejende været små og forbigående. Den hyppigste ulempe er en forøget svedsekretion, der kan vare i kortere eller længere tid, sjældent årelangt. Endvidere kan der være tale om nogen vægtforøgelse og nogen, oftest moderat, fedme.

Afsluttende har professor Sand gentaget sine sammenfattende udtalelser fra afhandlingen af 1939 om de første 190 kastrationer, idet den nu foretagne undersøgelse over 900 kastrationer fuldt ud har bekræftet de da konstaterede resultater. Slutbemærkningen er sålydende: »På problemernes og resultaternes nuværende stadi må det fremdeles udtales, at den danske kastrationslovgivning har opfyldt sin mission; den legale kastrationsordning må fortsat anses for den bedste samfundsmæssige foranstaltning over for og behandling af sædelighedsforbrydere og abnormt seksuelle i det hele, mest human over for det enkelte individ, mest effektiv kriminalterapeutisk og socialt«.

Den legale kastration i Danmark gennem 30 år (1929 -1959)

En oversigt af professor, dr. med. & h. c. *Knud Sand*, fhv. Retslægerådets formand (1929-1959), i samarbejde med medlemmer af Retslægerådet, overlægerne, dr. *P. Dickmeiss*, Filadelfia, og *P. Schwalbe-Hansen*, Ebberødgård. - I oktober 1963 på udvalgets anmodning udlånt dette til optagelse i betænkningen.

Da jeg i sin tid (1958) på grund af mange særopgaver i de sidste år af min embedstid måtte renoncere på at tage sæde i det af justitsministeriet den 30. december 1958 nedsatte *udvalget* til overvejelse af spørgsmålet om revision af reglerne om *legal sterilisation* og *kastration* qua retslægerådets formand og specialsagkyndig, gav jeg tilsagn om at yde udvalget facultativ, rådgivende bistand, når sådan fandtes ønskelig og påkrævet.

Dette blev jo nu - foruden med foredragene i 1961 — tilfældet med den af udvalgets formand fremsatte indtrængende anmodning om adgang til en foreløbig kort fremstilling af mit hidtidige arbejde i denne sag.

Udvalget har jo til opgave at behandle spørgsmål vedrørende såvel den *legale, simple sterilisation* som den *legale kastration*.

Men bekendt med, at jeg ganske vist har behandlet begge emner i rådet og i mine afhandlinger, men dog har viet den *legale kastration* langt største interesse og arbejde, har *udvalget i sin tid (1960)* fremsat ønske om, at jeg i store træk fremlagde det i R.R. i min formandstid (1929-1959) behandlede *materiale af legale kastrationer* i foreløbig form, idet en større, senere videnskabelig afhandling om emnet påtænkes i ny udvidet redaction af mine tidligere afhandlinger om emnet i 1935 og 1939-40 (litt.).

I september 1961 holdt jeg således efter det dengang derom fremsatte ønske et par længere foredrag i justitsministeriet for *udvalget* om de foreløbige resultater af et siden 1960 igangværende, stort videnskabeligt arbejde af mig om »Den legale kastration i Danmark gennem 30 år (1929-59)« over dettes 1. halvdel: De første 500 af 900 tilfælde og disses lovende resultater.

Da det totale materiales - 900 tilfældes - samlede behandling af mig nu væsentlig er af-

sluttet, og da *udvalget* gerne vil modtage en foreløbig beretning om mit store arbejde herover til orientering og støtte for sin endelige behandling af et forslag om en eventuel fornyelse af den gældende lov af 1935, skal jeg herved efter derom fremsat fornyet anmodning og samtaler tilstille *formanden denne fremstilling* til orientering i *det videnskabelige grundlag* for den påtænkte lovgivning om *den legale kastration*, tilsluttet en oversigt over dennes resultater gennem 30 år.

Eftersom jeg altså nu skal redegøre skriftligt om *kastration*, skal jeg lige nævne, at *min tilknytning til kastration* og det senere *legale kastrationsvæsen* jo er af gammel oprindelse, stammende fra *min sexual-biologiske forskning siden 1914*, netop udgående fra kastrationer og transplantationer og videre op gennem årene over den normale og abnorme sexualitet, belyst bl.a. ved experimentelt kønsskifte hos pattedyr og fugle, også med experimentel hermafroditisme; dertil over tvekönnethed og andre »mellemstadier« hos mennesker, såsom transvestisme; sluttelig overførelse af denne udstrakte forskning til dens *medicolegale interesse* for forståelsen af specielt den abnorme sexualisme hos mennesket, hvorunder også den »*kriminal-terapeutiske legale kastration*« henhører. *)

*) Min datidige, siden 1914 fortsatte sexbiologiske, sexendokrinologiske forskning var netop anledningen til, at jeg i sin tid anmodedes om at indtræde i *den første Sterilisationskommission 1924* og deltage sammen med professorerne: Arvelighedsforskeren *W. Johansson*, psykiateren *Aug. Wimmer* og obstetrikeren *E. Hauch* i udarbejdelsen af den 1. *betænkning af 1926 for loven af 1929* og senere som Retslægerådets formand leder af dettes *ændringsforslag* til Justitsministeriet for *den sidste lov af 1935* og senere udtalelser denne vedrørende (f. ex. ang. efterundersøgelser).

Dengang jeg i 1925 overtog *professoratet* i *retsmedicin*, fra 1929 tillige med *formandskabet* i *retslægerrådet* i 30 år til 1959, blev der jo rig lejlighed for mig til gennem en menneskealder at arbejde med *legal sterilisation* og *specielt med kastrations-væsenet*, der både efter 1. lov af 1929 og 2. af 1935 indordnedes medicolegalt under retslægerrådet, foruden med *responsa* i sagerne særlig med *administrationen* af *de legale efterundersøgelser* af de opererede, som jeg vender tilbage til særlig for *kastrationernes vedkommende*, også i »Særudtalelse« II.

Med hensyn til *den simple sterilisation*, hvor efterundersøgelser var foretaget for de første 1100 tilfælde, som jeg kortelig har behandlet i tidligere afhandlinger (litt.), har jeg bragt i erfaring, at denne væsentlig er færdigbehandlet af udvalget.

Det er det 30-års kastrations-materiale på 900 (500 + 400) *legale kastrationstilfælde* (1929-59), som nu har været gjort til genstand for en *samlet nybearbejdelse*, baseret på sagernes akter, retslægerrådets responsa og særlig de nu ca. 4000 efterundersøgelser af de opererede, der her skal være genstand for denne *foreløbige beretning*.

Det drejer sig således om et *meget stort*, alene numerisk og statistisk tungtvejende *menne-skemateriale*, men dette rummer tillige et sådant *fond* af mangesidig interesse af oplysninger, af syge- og skæbnehistorier, erfaringer og vurderinger, bl.a. jo en samling af voteringer af retslægerrådets medlemmer og af lægeerklæringer fra ledende psykiatere og andre særlige sagkyndige, samt omfattende, mangeartede undersøgelser, specielt den enestående, vigtige samling *legale efterundersøgelser* (ca. 4000), at det er velegnet til den indgående *videnskabelige bearbejdelse*, hvormed jeg er i gang, i stedet for den *summeriske gennemgang*, som jeg kan give i nærværende i store træk holdte redegørelse, foredrag af mine lange *foredrag for udvalget i september 1961*.

Under disse *foredrag* modtog de tilstedeværende medlemmer til låns hvert et chartéque med 12 *vigtige tavler* over de før og efter kastrationen relevante forhold (se senere), hvis system medlemmerne altså er orienterede i. Til disse tavlers indhold vender jeg tilbage i fine.

Jeg må imidlertid her koncentrere mig om *de for udvalget nødvendigste problemer og oplysninger*, henholdende mig til, at medlemmerne har hørt foredragene og er bekendt med ikke alene *lovene*, men også mine tidligere *afhand-*

linger (med bistand af professorerne *Wimmer* og *Hauch* og overlæge *Nørvig*) ved 1929-lovens revision til 1935-loven og disse loves *første 187 tilfældes foreløbige publication* i 1939—40, i skandinaviske og udenlandske tidsskrifter. (Se spec. mine afhdlg. i Nordisk Tidsskrift for Strafferet, oct. 1939, og Ugeskrift for Læger, jan. 1940).

Nogen længere *historisk udredning* over den for øvrigt i litteraturen kun sparsomt omtalte *legale kastrations spec. kriminalterapeutiske anvendelse*, endsige *kastrationens historie i det hele* skal jeg ikke give her, men derom henvise til mine tidligere kastrationspublicationer siden 1929, min *doctordisputats*: »Experimentelle studier over køns karakterer hos pattedyr«, 1918, og til nuv. højesteretsdommer *L. le Maires* juridiske disputats »Legal kastration i strafferetlig belysning«, 1946 (fra hans secretærtid i retslægerrådet i 1940'erne).

Kun følgende korte *introduction* skal indledningsvis hidsættes:

Grundlaget for og *inspirationen* til den voksende interesse for *legal kastration* og da særlig dennes *anvendelighed inden for seksualkriminologien* som *kriminalterapeutisk fremgangsmåde* over for *sexuell abnorme, specielt seksualforbrydere*, siden 1920'erne skyldes den fra 1900-1920 og fremdeles meget frodige, omfattende *sex-biologiske*, særlig *sex-endokrinologiske forskning*, fortsat i den sex-hormonkemiske, særlig fra østrigsk, tysk, fransk, dansk og amerikansk videnskab. (Nærmere: Se mine litteraturfortegnelser i min afhandling af 1939 og her).

Gennem disse sexbiologiske forskninger fra flere hold *inspireredes* Sexuologien som helhed, særlig da også den vågnede *kriminalterapeutiske forskning* og *lovgivning* i tyverne (tidligere kun sparsomt og spredt dyrket), hvor *Danmark* som bekendt blev foregangsland med den 1. *egl. statslovgivning om kriminalterapeutisk legal kastration* af 1929, med ændringer i vor nuværende 2. lov af 1935. (Ang. den *udenlandske primære lovgivning*, der i øvrigt — undtagen den tyske — følger den danske primære for en væsentlig del, henvises til *le Maire's* ovennævnte disp. fra 1946).

Materialet.

Vort *totale materiale* er som nævnt de retslægerrådet forelagte *mandlige kastrationssager* fra *30-ars-perioden 1929-1959* (svarende til min *formarxlstid* i retslægerrådet), *behandlede på grundlag af sagens akter*, juridiske og læge-

lige, rådets akter og dets årsberetninger, dertil endelig specielt de lovmæssige, såre nyttige efterundersøgelsers beretninger (spørgeskemaer, hvert å 6 store skemasider med generel anamnese og dertil lægeundersøgelse m. v., foretagne i henh. t. j.min.s *circulærer* desangående, senest af 10/3 1951. - lait ca. 4000 efterundersøgelser) - *Det drejer sig om 900 ka.tilfælde* (i 1929-1959).

Alle 900 sager - ofte hver med talrige lægelige og juridiske akter, lange behandlinger af Rådet med svarskrivelse, tit med flere forelæggelser - er hver for sig desforuden fulgt op af mig med studium og extraction af fra 1-16 *efterundersøgelser* for hver, og derpå med udgangspunkt i en meget detaljeret *kodeliste* overført af mig til særlige *rubriceringskort*, hvert med udfyldelse af 45 karréer med relevante oplysninger, for sluttelig at blive registreret i et *hulkortsystem*, det bekendte »KH-SYSTEM« med dets talrige kombinationsmuligheder og velegnet til den emnevise opdeling i 12 *tavler* til omfattende procentiske, enkelte og totale udregninger til belysning af problemerne.

Arbejdets betydningsfulde hulkortregistrerings- og beregningsarbejde er med stor indsigt og forståelse af opgaven foretaget af hulkortsystemets opfinder, civiløkonom *Karlo Hansen*, H. D.

På et ret tidligt tidspunkt af det omfattende og mangesidige arbejde med dets store, trinvis videnskabelige bearbejdelser havde jeg den glæde at kunne knytte mine tidligere psykiatriske kolleger som medlemmer af Retslægerådet under min formandstid — altså velkendte med kastrationsmaterialet gennem en lang årrække -: overlæge, dr. med. *P. Dickmeiss* (Filadelfia) og overlæge *Schwalbe-Hansen* (Ebberødgård) til min opgave, oprindelig med særligt henblik på rubriceringen af kastraternes criminalitet, anbringelse og psykiatriske diagnose, deres hele sjælelige habitus og specialforhold hermed.

Det varede imidlertid ikke længe, inden mine to kolleger med mig blev så stærkt interesserede i hele arbejdets mangesidige aspecter, at deres voksende deltagelse deri fra et begrænset mere og mere antog form af et videregående, egentligt samarbejde med mange fælles vurderinger af problemer og resultater, en udvikling, jeg anser for et stort gode for arbejdet, og som jeg sætter megen pris på.

Alle vanskelige spørgsmål og problemer og talrige enkeltsager, bl. a. recidivsager og andre specialsager, er i dette omfattende og frugtbare samarbejde i møder eller i indgående skriftlige

indlæg blevet drøftet til enighed, og samtlige sager har i øvrigt passeret de to kolleger.

Endelig har kollegerne deltaget i udarbejdelsen af og tiltrådt nærværende korte fremstillinger af arbejdet, der i øvrigt er en videre udbygning af mine foredrag fra september 1961. -

Det samlede indledende arbejde med 900 tilfælde gjordes nu væsentlig færdigt og overførtes af mig med anvendelse af det store *kode-system* til den *rubricerende kortregistrering* med henblik på overgang i *hulkortsystemet* og videre, men viste sig samtidig at være *altfor omfattende* til, selv med stor arbejdsindsats, *totalt* at kunne afsluttes indenfor det begrænsede tidsrum for en sufficient forelæggelse for udvalget i september 1961, således som dette meget gerne ønskede.

For at imødekomme udvalget og efter samstemmende drøftelser med mine to kolleger, overlægerne, og med udvalgets formand besluttede jeg mig derfor *efter den grundlæggende behandling af totalmaterialet til foreløbig at spalte de sidste 400* (»Gruppe B«, nr. 501-900), delvis behandlede tilfælde fra totalmaterialet og *færdigbehandle de første 500* (»Gruppe A«, nr. 1-500), beregnet på den ønskede, *orienterende forelæggelse for udvalget*, der så fandt sted i mine foredrag i september 1961.

Under denne forelæggelse i foredragene dokumenteredes, som det vil erindres, ved hjælp af *i2 tavler de derfra kendte særdeles tilfredsstillende resultater af kastrationernes virkning på alle relevante områder for denne gruppe (A)* og, som det vil ses *nedenunder, harmoniserende med den nu følgende opgørelse over de sidste 400 tilfælde (gruppe B)*.

- Denne sidste gruppe, 400 tilfælde, nr. 501-900 (gruppe B), er nu *også færdigbehandlet gennem den lange procedure og dermed det samlede materiale gjort op, endende i en total gengivelse for gruppe A + B af de 12 tavlers indhold med talmæssige og refererende vurderinger af problemerne i de vigtigste spørgsmål*.

Det har herunder vist sig, at en *grundlig sammenligning mellem resultaterne fra bearbejdelsen af gruppe A* (nr. 1-500) og *gruppe B* (nr. 501-900) *giver vigtige, klare udtryk for, at de to grupper på alle væsentlige punkter, spec. de kriminalterapeutiske ka.-virkninger med asexualisering, ledsaget af akriminalisering, fremdeles de familiære og de sociale forhold, såvelsom de fysiske (legemlige) og psykiske giver et forbavsende ensartet, overbevisende billede af idet-*

hele særdeles tilfredsstillende kastrationsresultater.

- En kompletteret, fuldstændig udbygning af de 12 oversigtstavler, i princippet som den, jeg anvendte ved mine foredrag i 1961 over de 500 første tilfælde, til nu at omfatte samtlige 900 tilfælde vil således danne et velegnet grundlag for en oversigtsredogørelse for kastrationsresultaterne gennem en foreløbig, delvis procentisk vurdering. —

- Jeg skal herefter i det følgende i store træk give en sådan fremstilling af de enkelte tavlers indhold og en del af de konklusioner, der er draget af tavlernes oplysninger for det totale kastrationstal: de 900 tilfælde gennem 30 år. (Selve tavlerne vil blive offentliggjort i en påtænkt og forberedt senere større videnskabelig afhandling i fortsættelse og uddybning af mine tidligere fra 1935 og 1939 og nærværende sammentrængte, litterære fremstilling af 1963).

Ved opdeling af materialets 900 tilfælde efter de vigtigste af de bearbejdede emner fås følgende resultater i kort oversigtsform:

I. De kastreredes grupper efter sjælelig habitus.

Det største antal kastrationer er foretaget blandt *åndssvage* (idioter, imbecile, debile), nemlig omtrent halvdelen (44 %) og blandt *psykopater* (lettere og sværere), nemlig $\frac{1}{4}$ (25 %). Derefter følger i faldende antal »*Andre sex.abnorme*« (men psykisk normale) 13 %, og *sinker* 10 %, *sindssyge* 4 % og »*Diverse*« med 1 %.

II. De forefundne sex-kriminelle forhold før kastrationen.

Godt 80 % af de kastrerede havde før kastrationen begået *sex. kriminalitet*.

Det største antal kastrationer (40 %) er foretaget hos personer med *sex.kriminalitet uden recidiv* før kastrationen.

Derpå følger personer med *sex.kriminalitet* før kastrationen med flere recidiver (24 %), hos personer med *sex.kriminalitet* med enkelt recidiv (18 %) og endelig personer uden *sex.kriminalitet* før kastrationen (18 %). - Knap $\frac{1}{5}$ havde altså intet *sex.kriminelt* begået.

Denne sidste gruppe består dels a) af personer, som på institution (hospitaller for *åndssvage* og *sindssyge*) havde udvist en sådan adfærd, at man måtte vente, at de ville begå seksuelle lovovertrædelser under friere forhold, og dels b) af personer, som selv befrygtede, at deres kønsdrift kunne medføre, at de forbrød sig seksuelt,

eller hvis kønsdrift idethele påførte dem *sjælelige lidelser* el. *social forringelse*.

III. De kastreredes alder ved kastrationen.

Denne er ret spredt, fra under 21 år (enkelte idioter, stærkt aggressive) til over 70 år (enkelte senilt demente, aggressive, max. 73 år). Lige fra første færd har det været retslægerådets praksis kun i rene undtagelsestilfælde at anbefale kastration af personer under 21 år. Det største antal kastrationer er foretaget i aldersgruppen 21-30 år (30 %), omtrent som i gruppen 31-40 år (29 %). Derpå følger gruppen 41-50 år (21 %), gruppen 51-60 år (11 %) og gruppen over 61 år med kun 6 %.

IV. Observationstidens længde med efterundersøgelse.

Denne varierer fra nogle få måneder (hovedsagelig naturligvis blandt de senest kastrerede i gruppe B) til omkring 30 år (i gruppe A).

De flesta (62 %) har været under observation i mere end 6 år, 39 % i mere end 10 år, 21 % i over 15 år og 8 % i over 20 år.

V. Criminu og sexbetonede sjælelige lidelser. (Ka.grund).

Den største gruppe er »*Uterlighed overfor drenge*«*) (24%); men »*Uterlighed overfor piger*«**) er næsten lige så stor og synes at være i tiltagen i sidste tiår. Et noget mindre antal har været uterlige overfor både drenge og piger. *Voldtægt* er forøvet af 8 %, *exhibitionisme* af 6,5 %, *incest* af 3 % og *crimen bestialitatis* af kun knap 1 %.

Ganske små grupper repræsenteres af *sexualdrab* (evt. forsøg), *sexuelt betingede (betonede) berigelsesforbrydelser* eller *brandstiftelser m.v.*

Va. De sex.-betonede sjælelige lidelser,

som er led: *aget af frygt* for kriminalitet og ofte af højst pinagtige tvangsmæssige tilskyndelser, forekommer hyppigt (26 %) ved *hypersexualitet*, *homosexualitet*, *pædofile tendenser*, *sex.perversioner m.m.* Hos ca. 18 % af materialet har sådanne *sjælelige lidelser* alene været *indication* for kastrationen. (Tilfældene af »*Transvestisme*« er forbeholdt særbehandling senere).

VI. Familieforhold før og efter kastrationen.

Der er med hensyn til de kastreredes *familieforhold* før og efter kastrationen sket en ret liv-

*) I undersøgelsesperioden - 18 år.

**) I undersøgelsesperioden - 15 år.

lig bevægelse (som det har været vanskeligt at skaffe helt nøje oplysninger om) mellem grupperne ugift, gift, fraskilt.

Helhedsindtrykket er, at kastrationsvirkningen (på familieforholdene) har været af *positiv* karakter, idet f.ex. antallet af *gifte* er steget en del efter kastrationen.

I adskillige tilfælde er *ægtefæller*, som før kastrationen levede fraskilt, flyttet sammen igen, og mange er vendt tilbage til bestående ægteskab; hele familiesamliv ses genopbygget.

VII. Anbringelse før kastrationen og efter kastrationen (ved sidste efterundersøgelse).

Af materialets før kastrationen 393 (44 %) *institutionsanbragte åndssvage* befandt sig kun 128 (14 %) på institution efter kastrationen ved sidste efterundersøgelse, og da p.gr. af deres *psykiske tilstand, ikke* som følge af *sex.foretagsomhed*.

At *forvaringsanstalterne* har endnu finere resultater kan ikke overraske: Medens der før kastrationen var 266 (30 %) anbragt på *forvaringsanstalter*, var antallet af disse efter kastrationen ved sidste efterundersøgelse faldet helt til 15 (2 %).

På *sindssygehospitalet* var der før kastrationen 71, efter kastrationen kun 30.

Disse 3 grupper repræsenterede før kastrationen 82 % af kastrationerne, men efter kastrationen kun ca. 19 %.

Det kan således konstateres, at et meget betydeligt antal af de kastrerede har kunnet anbringes under *friere forhold*, hvilket som bekendt er et af kastrationslovens formål, og *en stor del er tilmed kommet i arbejde*. Ved *denne resocialisering* er også opnået en *aflastning af anstalterne*.

VIII. Sexualitetens forløb efter kastrationen.

Total asexualisering er konstateret efter kortere eller længere tids forløb efter kastrationen for godt 97 %; af disse var tilmed over halvdelen *asexuelle, inden der var gået 1/2 år*, og 87 % inden 3 års forløb. Imellem ca. 3 og ca. 6 år blev 8 % *asexuelle*, og endelig blev ca. 2 % *særlig sent asexuelle, nemlig først efter ca. 6 års indtil endnu længere tids forløb* (såkaldt »*tardiv*« (langsom, sen) kastrationsvirkning.

Af de resterende knap 3 % har nogle vist sig *ubedømmelige — m.h.t. sexualitetsforløbet* — af forskellige årsager (tilsløring af resultatet ved *sex-hormonterapi*, dyb *åndssvaghed el. sindssyge* eller for kort *observationstid*), andre har ikke kunnet efterundersøges (expatrierede; elle-

ve døde forinden mulighed for foretagelsen), og kun *mindre end 1 %* har ved sidst foretagne efterundersøgelse *ikke vist total asexualisering*. (Ad *recidiver*: Se *særdtalelse* (III); her skal blot anføres, at *recidivernes % antal* ligger omkring ved et lavt eencifret tal, 2,2 %, som hos en række andre forfattere).

IX. Sociale og erhvervsmæssige forhold før og efter kastrationen.

Når det efter kastrationen viser sig, at antallet af *erhvervsløse, langvarigt anstaltsanbragte* er reduceret fra 411 (46,2 %) før kastrationen til 156 (17,5 %) efter kastrationen, d.v.s. en nedgang i antallet af *anstaltsanbragte* på 255, hvoraf 91 er blevet *selverhvervende*, 31 delvis *selverhvervende*, medens 101 er anbragt i *familiepleje*, må dette for en meget væsentlig del, ja måske endda næsten udelukkende, *tilskrives kastrationen*. En del af *familieplejepatienterne* vil formentlig efterhånden nå til endelig udskrivning. Det kan yderligere noteres, at 120 af de patienter, som er forblevet på *anstalter* efter kastrationen, har kunnet *anbringes under friere forhold*.

Om det *beskedne antal kastrerede, som har måttet forblive under uforandrede anstaltsforhold*, gælder det, at det oftest er *andre forhold end deres sexualitet*, der betinger, at man ikke har kunnet anbringe dem under *friere forhold*, f.eks. *hjælpeløshed, støjende adfærd, urenlighed m.v.*, jfr., at der er *relativt mange idioter og imbecile blandt de patienter*, som har måttet forblive på institution. - Et antal privat ansøgende kastrerede synes vendt tilbage til deres *selverhverv*.

X. Opereredes skøn og lægernes samfattende skøn over kastrationsresultatet ved sidste efterundersøgelse.

Kun ganske enkelte (1,2 %) af de opererede var egl. *utilfredse* med operationsresultatet, et lille antal (ca. 2,5 %, *væsentlig åndssvage*) var *indifferente*, medens mere end 90 % var *fuldt tilfredse*, og halvdelen af disse endda *særdeles tilfredse* med operationen. (Et mindre antal dybt *åndssvage* kunne ikke give personlig udtryk for deres mening om operationsresultatet, men ofte har *isåfald de pårørende* udtalt tilfredshed).

Det *lægelige skøn falder* næsten ganske sammen med de opereredes skøn, bortset fra at der kun er *utilfredshed* fra lægernes side i et par tilfælde.

1,7 % var *ubedømmelige* (på grund af sex-

hormonterapi efter operationen, dyb åndssvaghed, sindssyge og for kort observationstid).

XI. Oversigt over efterundersøgelser. (Se i øvrigt særudtalelse II).

Det samlede antal efterundersøgelser udgør ca. 4000. 74 % af de kastrerede har været underkastet 3 eller flere (indtil max. 16) undersøgelser.

62 % af de kastrerede har været observeret i mere end 6 år med efterundersøgelser.

XII. Efterundersøgende læger.

Ca. tredjedelen af efterundersøgelserne er foretaget (1929-1959) på Universitetets retsmedicinske Institut af professor i retsmedicin, dr. med. Knud Sand (jvfr. reglerne i *J.M.'s circ. af 1951* og tidligere), medens anstaltslæger og embedslæger har undersøgt omtrent lige mange og privatlæger kun ganske få.

Med mine foredrag for udvalget i september 1961 i erindring og efter studium af foranstående fremstilling, nu sluttelig med de vigtigste resultatets opstilling i »XII punkter« skulle tilstrækkelig indsigt i hele vort emnes nuværende leje kunne opnås.

De såkaldte »XII punkter« redegør i kort form for de vigtigste besvarelser af arbejdets væsentligste problemer og spørgsmål, givne mestendels under talform, eventuelt i procenter, isprængt forklarende text af de vundne resultater af kastrationens virkning på det pågældende område.

Efter et grundigt studium af disse »XII punkteres svar vil man som en generalnævner for besvarelserne have fået et bestemt indtryk af overvejende positivitet på alle områder.

En del af punkternes besvarelser drejer sig om rent numeriske angivelser, der ikke kræver nøjere forklaring.

For andre punkter, hvor en sådan er ønskelig, findes den tildelt i kort form og kan iøvrigt udtrages af det skrevne. (En sammenligning med slutresultaterne og resumé i 1939-afhandlingen in fine vil være nyttig).

En udførligere gennemgang med kommentarer til alle punkterne vil ligge udenfor meningen med denne kortfattede afhandling. Men det vil fremgå tydeligt, at dårlige, negative resultater findes ikke på noget samlet område.

Dersom man foretager en gennemgang af de »XII punkter«, [ikke mindst de vigtige områder under:

Punkt VII om resocialiseringens gode forløb efter udskrivningen,

Punkt VIII om sexualitetens langt overvejende hurtige, ev. senere afløsning af asexualisering med akriminalitet (kastrationens vigtigste opgave), med bl.a. en så ringe recidiv- (tilbagefalds-) %, som karakteriseres af et lavt een-cifret tal, 2,2 % (mermere i særudtalelse III),

Punkt IX, der supplerer punkt VII om socialiseringen efter kastration og udskrivning, og Punkt X om de opereredes og lægernes meget positive skøn over kastrationsresultaterne] viser alle fra tilfredsstillende, gode til særdeles gode og overbevisende resultater.

Særudtalelser I-V

af

Professor, dr. med. & h. c. Knud Sand & overlægerne dr. Dickmeiss & Schwalbe-Hansen.

Særudtalelse I

Ad spørgsmålet om »Tvangskastration« efter kastrationslov II, 1935, § 4.

(Jfr. professor Knud Sands fremstilling i Nordisk Tidsskrift for Strafferet, 4. hefte, oktober 1939, side 296-300, og Ugeskrift for Læger, januar 1940, samt professor L. le Maire's disp. 1946).

Dette spørgsmål -, som stilles af Justitsministeriet i kommissoriet for udvalget ad kastrationsloven af 1935, § 4, — om tvangskastrationens bibeholdelse eller bortfald, kan formentlig ret kort færdigbehandles og afgøres.

Til tvangskastration gaves der i Danmark hjemmel i 1935-lovens § 4. Dette skete under ønske fra anklagemyndighedens side.

Det er i de forløbne 25 år gået, som R.R. egentlig ventede: Retslægerådet har aldrig anbefalet tvangskastration, men i enkelte tilfælde på anklagemyndighedens foranledning optaget drøftelse om den. *Tvangskastration efter § 4 er aldrig realiseret i Danmark.* Den eneste hidtidige anvendelse af §'en er den, at der vist i ca. 8 tilfælde af grove sædelighedsforbrydelser i den af sagte dom (oftest psykopatforvaring) er taget forbehold om senere afgørelser i medfør af § 4 med hensyn til tvangskastration.

Resultatet blev, såvidt vides, at de pågældende personer, når de fik forklaret og overvejet sagen, lod frivillig kastration foretage.

I sin disputats om den legale kastration (1946) gik Louis le Maire med rette imod »Tvangsparagraffen«.

Efter forespørgsel fornylig hos særlig sagkyndig jurist udtaltes det, at der i den sidste

snes år ikke syntes at have været noget tilfælde, hvori tvangsparagraffen overhovedet havde været på tale.

Der vil sikkert nu kunne blive enighed om, at *spørgsmålet tvangskastration helt bør udgå af dansk lovgivning.*

Særudtalelse II

Om efterundersøgelser ved legal kastration.

(Jfr. *Sand: Afhandlinger om den legale kastration, spec.* i Nord. Tidsskrift for Strafferet, 31, 1935, og 4. hefte, oktober 1939, s. 306-313, Ugeskrift for Læger, januar 1940 og Justitsmin.s *circ.* om regler for efterundersøgelse af steriliserede og kastrerede personer, af 10.3.1951).

I den /. danske lov af 1929 (om legal sterilisation og kastration) fandtes ingen egentlig bestemmelse om efterundersøgelser (»E.-us.«); Justitsmin. stillede disse legale undersøgelser som vilkår ved tilladelsen til indgrebene. Men en klar ordning savnedes, og det var et fremskridt, at den //. danske lov af 1955 gjorde E.-us. obligatoriske. De har siden været udført efter særlige regler, det sidste decennium efter J.M.s *circ.* 10.3.1951.

Under henvisning til min ovennævnte afhandling og til min grundige gennemgang i mine foredrag i sept. 1961, særlig beregnede for det nedsatte udvalg, skal jeg fremføre, at E.-us.-ordningen så godt som gørlig har dækket sin mission som et hovedpunkt i hele den legale kastrationsordning, af stor betydning for bedømmelsen af denne såvel lægeligt som kriminalterapeutisk og socialt, og hertil human for de enkelte opererede personer. For samfundet er efterundersøgelserne af stor betydning, særlig for at konstatere og kontrollere kastrationens indvirkning på den kastreredes evne til at klare sig i samfundet og holde sig fri af seksuelle forbrydelser og i det hele asociale forhold, kort sagt at vise indgrebets afkriminaliserende og socialiserende virkninger; for den opererede selv betyder efterundersøgelserne en kontrol med hans fysiske og psykiske habitus efter indgrebet og i forbindelse hermed ofte en for ham tiltrængt og kærkommen rådførelse med en forstående læge, der ikke alene kan afhjælpe eventuelle mindre gener, kastrationen kan have medført, men også vejlede og retlede ham i menneskeligt og socialt vanskelige forhold, hvori han måske befinder sig. Enkelte af de opererede, oftest mindre begavede eller kværlante personer, stiller sig uforstående eller modvilligt overfor efterundersøgelserne; men langt

de fleste har eller får snart forståelsen af, at undersøgelserne sker til deres eget bedste, og de underkaster sig gerne såvel disse i deres almindelige form som specialundersøgelser, der findes påkrævede. Mange beder om at måtte fortsætte eller melde sig om fornødent, når man fritager dem for yderligere E.us.er ved et godt og stabilt resultat af en undersøgelse. Der er i den 30årige periode udført ca. 4000 E.us.er af de 900 opererede, fra 1-16 undersøgelser for hver efterundersøgt opereret, flest mellem 1-5.

I de første år efter lovens ikrafttræden gennemførtes såvidt muligt årlige E.us.er, men med det voksende antal opererede var det uigenneførligt, så man måtte indføre en skønsæmsig fortsættelse efter nødvendigheden af en sådan eller i solide og forsvarlige tilfælde udskrive den opererede til ophør med E.-us., selvfølgelig med den nævnte tilladelse til at melde sig om påkrævet. En del ønsker helst at fortsætte og benytter sig af eventuel tilladelse dertil.

De fleste E.-us.er er udført — som nævnt - på anstalter af en anstaltslæge og af embedslæger; et fåtal af private læger; ca. 1/3 af professor *Sand* (Retsmed. Institut).

Med hensyn til efterundersøgelsernes udførelse iøvrigt indførtes det i sin tid (1929) og fortsat for at skaffe Retslægerådet direkte føling og erfaring med en del af de opereredes resultater og skæbne, at prof. *Sand* qua specialkyndig biolog, professor i retsmedicin og formand i Retslægerådet, påtog sig efterundersøgelserne for Københavns og birkernes område fra lovens start indtil nu. (Jfr. J.M.'s *circulære* af 1951).

Efter sin afskedtagen fra professoratet 1957 og fra formandsskabet i Retslægerådet 1959 og p.gr. af fortsat videnskabelig sysselsættelse med det store materiale har prof. *Sand* — efter fælles ønske og overenskomst med sin efterfølger, prof. *Gormsen* - fortsat denne function indtil nu, hvor han som nævnt gerne ønsker at fratræde denne. Dersom hans nævnte efterfølger i professoratet og Retslægerådet ikke ønsker at overtage den, skal det som en god og nærliggende ordning nu, hvor professoratets specialfunktion skulle ophøre, foreslås, at man ved Herstedvesteranstalten indfører samme ordning, som har været anvendt nogen tid ved Horsensanstalten, nemlig, at antaltens læger foretager I. efterundersøgelse - på det autoriserede, trykte skema — samtidig med og ledsagende indstillingen til prøveudskrivning, dog af hensyn til gennem årene indvundne erfaringer tidligst 6 mdr. efter kastrationens foretagelse (jfr. J.M.s *circulære* af 10.3.1951).

Under alle omstændigheder bør en I. prøveudskrivning (evt. også senere) fra anstalt ledsages af en regulær, skematisk E.-us. - Denne regel bør gælde for psykopatanstalter, fængsler, åndssvagehospitaller og hospitaller for sindslidende.

Efter at nu 900 kastrationstilfælde er grundigt undersøgt og fulgt igennem indtil 30 år, foreligger der et så sikkert, videnskabeligt grundlag, at det ikke fremtidig vil være påkrævet at opretholde det hidtidige, ret intense efterundersøgelsessystem. Imidlertid er kastrationen både for den enkelte kastrerede og for samfundet et så betydningsfuldt indgreb, at det afgjort må frarådes at lade efterundersøgelserne helt bortfalde.

Hertil kommer, at operationens asexualiserende virkning indtræder på varierende tidspunkter og i forskellig grad fra tilfælde til tilfælde (jfr. punkt VIII). Vel ophører kønsdriften og dermed risikoen for kriminelt recidiv for det store flertals vedkommende, inden der er gået et år efter operationen, men der er dog, som anført, tilfælde, hvor dette sker væsentlig langsommere, hvorfor det *alene af hensyn til retssikkerheden* vil være betryggende, at operationsresultatet er underlagt en lægelig kontrol.

På grundlag af de ovenfor nævnte erfaringer og overvejelser vil vi foreslå følgende fremtidige retningslinjer for efterundersøgelse af legalt kastrerede personer:

- 1) Efterundersøgelse må være obligatorisk, inden en prøveudskrivning kan finde sted, og bør tidligst foretages 1/2 år efter operationen. Denne regel bør gælde kastrater, som er anbragt på forvaringsanstalt eller på hospitaller for åndssvage og for sindslidende jfr. punkt 4).
- 2) Herudover kan Retslægerådet under en sags behandling til enhver tid begære en efterundersøgelse foretaget.
- 3) Der bør være adgang for enhver legalt kastreret person til efter ønske at få foretaget efterundersøgelse, når dette godkendes af Retslægerådet.
- 4) For personer, der er kastreret på basis af *sjælelige lidelser*, og som ikke har været sexuel kriminelle, kan efterundersøgelse ikke kræves; men en sådan kan iværksættes, hvis den pågældende gennem sin læge fremsætter ønske herom til Retslægerådet.
- 5) Såvidt muligt bør efterundersøgelse foreta-

ges af den læge, der har udfærdiget erklæringen ved ansøgning om kastration, eller af nærmeste embedslæge.

- 6) Ved alle efterundersøgelser bør et autoriseret skema benyttes og indsendes til Retslægerådet.

Som det fremgår af foranstående og beretningerne i tidligere og nuværende publicationer, må »Efterundersøgelsesinstitutionen« ved den legale kastration anses for at have været et så stort og uundværligt gode for de opererede personer, for Retslægerådet og for samfundet, at den bør fortsættes med de efter de indhøstede erfaringer foreslåede indskrænkende ændringer.

Særdtalelse III

Om Recidiver.

Recidivspørgsmålet er et kardinalpunkt indenfor den legale kastration af sædelighedsforbrydere, idet recidiverne jo må betragtes som en vigtig prøvesten såvel for indgrebets biologiske teori som for den retslige praksis.

Mange recidiver i et legalt kastrationsmateriale, d.v.s. en stor tilbagefaldsprocent til nye seksuelle crimina efter legal kastration, ville selvsagt compromittere tilliden til denne operation som kurativt indgreb, biologisk causalt helbredende og dermed forsvarligt som legal foranstaltning overfor denne store og alvorlige forbrydergruppe, seksualforbryderne.

Det har derfor - som vi skal se - været beroligende herhjemme, - hvor vi jo tilmed repræsenterer den første europæiske statslovgivning om eranet - nu gennem 30 år at have kunnet følge *tecidivspørgsmålet* nøje, idet vi ved vort efterundersøgelsessystem overfor de 900 kastrationstilfælde har kunnet fastslå, at antallet af seksuelle recidiver har været meget lille, fordelt over hele det lange tidsrum (1929-59).

Så få de er, frembyder recidivtilfældene imidlertid et broget, mangesidigt billede overfor en række forhold. Man kan opstille et stort skema med en meget aftrappet, teoretisk inddeling efter mange aspecter, som imidlertid for *nærværende kortfattede afhandling* er upåkrævet.

Det har været et problem for os, om vi skulle lægge biologiske eller juridiske kriterier til grund for vurderingen af de uheldige udslag, som en resterende sexualitet måtte give sig hos et lille antal af de kastrerede.

Fra et lægeligt synspunkt må de til grund herfor liggende biologiske forhold selvsagt gøre krav på størst interesse; men til det nærværende

formål har vi dog ment - for klarhedens skyld - at måtte skyde de *biologiske* problemer lidt i baggrunden og lægge hovedvægten på de *juridiske kriterier*.

I overensstemmelse hermed har vi anvendt følgende *opstilling*:

Gruppe I.

Ved et *ægte, regulært sexuel* *recidiv* forstås vi: Tilbagefald til ny seksualkriminalitet, som er retsligt bevist og pådømt.

Foruden disse oftest klare og utvivlsomme tilfælde har vi ment at burde omtale *en anden gruppe*:

Gruppe II.

Irregulære grænsetilfælde, hvor det har drejet sig om en vis sexuel farvet *adfærd*, som *biologisk* har kunnet alludere til *recidiv*begrebet, og som har antydning, at de pågældende endnu ikke er kommet fuldstændig bort fra deres tidligere seksuelle adfærdsmønstre, men hvor det *ikke* har drejet sig om *recidiver* i *juridisk* forstand, idet der *ikke* har været tale om retslig forfølgelse eller retslige sanktioner.

Adl.

Af *regulære recidiver* fandtes i *hele materialet* kun 10 tilfælde (1,1 %).*)

Alle disse *recidiver* var *homologe* d.v.s. af samme art som de overtrædelser, der havde ført til kastrationen; men intensiteten var jævnlig aftaget, i 3 tilfælde endda i udtalt grad. Et enkelt tilfælde *recidiverede* 2 gange: 1. gang 1-2 år efter kastrationen, 2. gang 10 år efter den.

De øvrige *recidiver* indtraf *fra få måneder til 15 år efter kastrationen*.

3 meget hurtige *recidiver* efter *tidlig prøveudskrivning* må *mane* til varsomhed med de *tidlige prøveudskrivinger*: 6 måneder må *anses for absolut minimum*.

De *retslige sanktioner* overfor disse *regulære tilfælde af tilbagefald* varierede efter tilfældets art: 4 blev genindsat i forvaringsanstalt, 2 fik indskærpet vilkårene og tilsyn, 3 fik fængsels-

*) Det skal dog bemærkes, at 1 af tilfældene forekom hos en kastrat, der havde været underkastet langvarig, intens, såvel lægelig som selvbestaltet *behandling med seksualhormoner*, således at der kan herske tvivl om, hvorvidt *recidivet* ville være indtruffet på regulær vis uden denne særbehandling. (Se i øvrigt *særdtalelse V: »Om seksualhormonbehandling af le-galt kastrerede mænd«*).

straffe, og 1 blev indlagt på hospital for *sindslidende*.

Ad II.

Af *irregulære seksualfarvede grænsetilfælde* fandtes i hele materialet et *lignende antal* som af de regulære. Denne *gruppe er dog vanskelige at afgrænse*, da det *ikke* drejer sig om sikkert konstaterede, fuldbyrdede handlinger, men kun om *vage tilbøb til sexfarvet adfærd uden egentlig sexuel aktion*.

— De *kastrerede personer* vender iøvrigt *ikke* så sjældent tilbage til deres gamle milieu og må, for at undgå ensomhed og isolation, omgås tidligere venner, hvorved de kan udsættes for, at deres *adfærd mistydes*.

Der kan være tale om forledelse eller — som f.eks. hos *åndssvage* — om klæben og kontaktrang med reflektorisk vedhængen, omklamren o.lign., som kun i ringe grad — eller slet *ikke* — er udtryk for virkelige seksuelle impulser.

I indledning til foranstående *oversigt* over de *sexuelle recidiver* og vore *resultater* desangående gaves efter nogle ord om problemets betydning for vort emne forlods en vis beroligelse om forløbet, som det kom til at forme sig herhjemme gennem den lange periode.

Den oprindelige frygt for seksuelle *recidiver* dæmpes jo allerede gennem de tidligere publikationer (*Sand 1939-40*) med et *lavt een-cifret procenttal* af regulære *recidiver*.

Som det ses af redegørelsen der og i *foranstående opsats*, har *resultaterne nu* over de 30 års *samlede materiale* fulgt denne linie for begge *de to »Recidivgrupper«*, vi har opstillet: 1) de *»ægte, regulære seksuelle recidiver«* og 2) de *»irregulære grænsetilfælde«*; tilsammen tæller de omkring *en snes tilfælde*, hver *gruppe 1,1 %*, tilsammen altså: 2,2 %.

Forekomsten i Danmark af »Recidivtilfælde« - 2,2 % -, der alle har været underkastet en dybtgående bearbejdelse ved bedømmelsen, kan - hvor alvorligt hver enkelt tilfælde end altid forekommer - herefter på vort store materiale af 900 kastrerede personer, væsentlig sædelighedsforbrydere, næsten betragtes som *en ekstraordinær foreteelse*, der i hvert fald *ikke* er egnet til at svække, endsige overskygge indtrykket af de *velunderbyggede, gode kastrationsresultater* for det øvrige store materiale.

P.S. Det skal tilføjes, at en række udenlandske opgørelser angiver deres *recidivprocent* til mellem 2 og 3.

(Litt.: Sand: Nord. Tidsskr. f. Strafferet 1939, s. 342-354).

Om kastrations gener.

I *Ejterundersøgelsesskemaet*, som er omtalt i foregående »Særdtalelse II«, stilles der bl.a. en række spørgsmål om kastrationens bisymptomer og særlig dens såkaldte »gener«, som her kortelig skal berøres under henvisning til en udførligere behandling i afhandlingen (*Sand* 1939) om den første 10-årsperiode.

Allerede den gang fik man et tydeligt indtryk af, at de kendte gener, bivirkninger til kastrationen, var moderate, og de den gang fremsatte anskuelser har idethele bekræftet sig. Gennemgangen af de ca. 4000 »E.us.-skemaer« viser tydeligt, at generne i de enkelte tilfælde overvejende er små og forbigående, meget sjældent af langvarig eller alvorligere art.

Der skal her omtales følgende: Langt den hyppigste gene er den forøgede *svedsecretion*, oftest *anfaldsvis*. Den begynder tit i tilslutning til operationen og varer i kortere eller længere tid, få uger eller måneder; i sjældne tilfælde årelangt, hyppigst i let til moderat form, i enkelte tilfælde af virkelig generende karakter. I nogle tilfælde udebliver anfaldene helt eller er minimale; i næsten alle tilfælde svinder de helt.

Vægtforøgelse, oftest moderat fedme, er særlig i alderen 30 til 60 vanskelig bedømmelig p.gr. af de mange årsagsforhold. Den kan være arvelig, skyldes arbejdsforhold, ernæringsvaner og andre ydre årsager.

En moderat overvægt ses vel nok noget hyppigere end normalt; et par svære tilfælde fandtes ved restaurantvirksomhed.

En feminin forøgelse af *brysterne* uden secretion ses i enkelte tilfælde. Modsætningsvis til fedme ses ikke så sjældent en *vis aftagen af vægten*, særlig hos de yngst kastrerede årgange. Endelig findes hos et ret stort antal omkring *stationærnormalvægt*.

Muskelkraften bibeholdes i reglen (Dynamometer).

Knoglernes kalkindhold skal kunne nedsættes; i vort store materiale findes ingen oplysninger om »spontanknoglebrud«.

Med hensyn til de øvrige *legemlige og psykiske forhold m.v.* efter kastrationen må henvises til ovennævnte afhandling af 1939 (s. 342-354).

Om sexualhormonbehandling af legalt kastrerede mænd.

Som omtalt i fodnoten til afsnittet »Om recidiver« måtte det formodes, at 1 af de 10 sexuelle recidiver indenfor perioden 1929-1959 var provokeret ved en intens *sex.hormonbehandling*.

Efter 1960 - altså *efter* det tidsrum, som nærværende arbejde omhandler — er der indtruffet yderligere 2 recidiver, som må sættes i forbindelse med behandling med sexualhormoner. (Også tilfælde i udenlandsk litteratur).

Vi har derfor ment at burde henlede opmærksomheden på, at det, efter at man i de senere årtier efterhånden er blevet i stand til at fremstille testishormoner af væsentlig styrke og voksende effektivitet, er blevet muligt delvis at ophæve en legal kastrations ønskede virkning gennem indgift af hanlige sex-hormoner, således at status quo i visse tilfælde måske kan genoprettes og dermed også faren opstå for ligartet, sexuel betinget kriminalitet.

Det er forståeligt, at en læge, der måske endda ikke har fået kendskab til, at hans patient er kastreret, søger at hjælpe denne, når han kommer og klager over, at f.eks. aftagende potens volder ægteskabelige vanskeligheder, eller over svedeture, træthed el. lign.

I passende doser og under den fornødne kontrol må en sådan terapi i og for sig anses for berettiget; men den moderne kønshormonbehandlings effektivitet indebærer altså for de legalt kastrerede *en risiko*, som måske kunne kræve overvejelser ved kommende lovbestemmelser.

Tilbageblik - Résumé - Afsluttende betragtninger.

Tidligere har prof. Sand siden 1929, i 1935 og 1939—40 1 en række arbejder behandlet den legale kastration (til dels sammen med den legale sterilisation) i inden- og udenlandske tidsskrifter.

Tiden syntes altså inde til en ny tiltrængt, men overmåde omfattende og krævende litterær bearbejdelse, hvilken jeg personlig påtog mig omkring 1960, efter nogen tid med bistand af mine colleger qua medlemmer gennem en snes år under min formandstid i Retslægerådet: Overlæge, dr. P. Dickmeiss og overlæge P. Schwalbe-Hansen, hvem jeg begge takker meget for fortrinligt og venskabeligt samarbejde.

Nærværende afhandling er at betragte som en *oversigt* - ledsaget af 5 ret store »Særdtalelser« om nogle af de vigtigere emner — over de for-

løbne 30 års *kastrationsmateriale* (1929-1959) på 900 tilfælde af mænd, overvejende med *sexuelle delikter*: alle på sexuel basis.

Når afhandlingen har fået en alment ret tilgængelig form, også for ikke-læger, er det for også at kunne tjene til påkrævet videnskabelig orientering og grundlag for et af *justitsministeriet* nedsat *udvalg* - som indledningsvis omtalt - ang. en *revision* af den gældende *lov* om legal kastration af 1935. Desuden afholdt jeg (se ovf.) efter udvalgets ønske nogle *forelæsninger for det i J.minist. over materialets første 500 tilfælde, ledsaget af en række store tavler*, hvilke må forbeholdes en påtænkt, senere udvidet publication over totalmaterialet.

Arbejdet fortsattes derefter, til de 900 tilfælde var nået og dermed blevet et af de største, videnskabeligt bearbejdede materialer af legale kastrationer fra samme institution, Retslægerådet i København (under professor Sands formandstid 1929-1959).

Forløbet er under de forskellige afsnit af afhandlingen forsynet med *oversigter og resuméer*. foruden med de 5 »*Særudtalelser*«.

For nærværende afhandlings vedkommende skal jeg særlig gøre opmærksom på det store materiales ejendommelige, næsten jævnt fordelte, homogene blanding af de forskellige kastratyper med de forskellige kastrationsvirkninger repræsenterede: de asexualiserende - akriminaliserende - de legemligt-fysiske - de psykiske og sociale virkninger, om hvilke der foran i arbejdet gaves beretninger, og som beholdt deres reciproke forhold.

Det gennem afhandlingen skildrede, *fuldt tilfredsstillende, samlede resultat af den legale kastration*, »Kastrationsbilledet«, *aftegner sig i alle relevante henseender på homogen made i materialet gennem den lange periode — 30 år — af vort danske legale kastrationsmateriale*.

Som afsluttende *tilbageblik* kan man i og for sig benytte sig af tilsvarende udtryk, som fandt anvendelse af Sand allerede i den nævnte afhandling fra oktober 1939, side 382, om *de første 190 legale kastrationer* efter *lovene af 1929 og 1935*.

Der står: »Et tilbageblik viser efter en kritisk og nøgtern vurdering ikke alene den legale kastrations berettigelse, når den foretages efter de strenge og individualiserende indicationer, som vi anvender; med de idethele moderate gener, som indgrebet har medført, og de på de særlig vigtige punkter opnåede [i sin tid] overraskende

[nu tilvante] gode resultater af operationen har på vægtig og overbevisende måde bevist deres tjenlighed til at nå de tilsigtede mål og indfri de stillede forventninger.« Og videre slutbemærkningen med lille ændring: »På problemerne og resultaternes nuværende stade må det fremdeles udtales, at *den danske kastrationslovgivning har opfyldt sin mission; den legale kastration må fortsat anses for den bedste samfundsmæssige foranstaltning overfor og behandling af sædelighedsforbrydere og abnormt seksuelle idethele, mest human overfor det enkelte individ, mest effektiv kriminalterapeutisk og socialt*.«

Denne udtalelse kan vi underskrive og udvide nu til at gælde for materialet på de 900 tilfælde gennem de 30 år (1929-1959).

Besvarelse af Ministeriets spørgsmål i Kommissoriet.

Der spørges i Ministeriets *kommissorium* særskilt om:

1) »*Tvangskastration*«.

Denne foreslår vi i »*Særudtalelse* /« elimineret af dansk lovgivning.

2) *Eventuelt ønskelige ændringer i den nugældende ordning* af det siden den legale kastrationslovgivnings indførelse fungerende »*Efterundersøgelsesvæsen*«. (J.Min.s sidste cirkulære af 10.3.1951).

Vi har desangående afgivet »*Særudtalelse II*« til motivering for denne hidtil såre værdifulde institutions delvise *opretholdelse, med forslag om visse aflastende lempelser*.

Knud Sand. P. Dickmeiss.
P. A. Schwalbe-Hansen.

Litteraturhenvisninger.

Liste 1) over egne (Sand) og medarbejderes - væsentlig sex-endokrinologiske - litterære arbejder emnet vedrørende og væsentlig baserede på materialet. (Se i øvrigt »Acta medicinae legalis & socialis«, Vol. IX, 1956, med liste over (133) tidligere ligeledes overvejende sex endokrinologiske arbejder, 2) en kort liste over karakteristisk litteratur fra trediveerne og endelig 3) fra de seneste år et par store legal-kastrationsarbejder fra norsk og tysk side, til hvilke må henvises.

Sand, Knud: Experimentelle studier over køns karakterer hos pattedyr (monografi). København 1914-1918.

- : Die Physiologie des Hodens i Handbuch der inneren Sekretion, Monografi, Leipzig 1933, & i Handbuch d. normal. u. patholog. Physiologie. Verlag Springer 1926 & 1933.

- : Den danske sterilisationslov af 1. juni 1929 og dens resultater, med overvejelser om lovens revision. Nordisk Tidsskrift for Strafferet 1935.

- : D:o Nordisk medicinsk Tidsskrift 1935, Nr. 9.
 - : D:o Ugeskrift for Læger 1935, Nr. 1-2-3.
 - Das dänische Sterilisationsgesetz vom 1. Juni 1929 seine Resultate. Monatschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 1935:XXVI:2.
 - : La sterilisation et la castration legales au Danemark. Conference faite au XXI's congrès de médecine legale. Palais de justice. Paris 1937. Annales de médecine legale. No. d'Octobre, 1937.
 - : Den legale kastration: 10 års erfaringer i Danmark. Nordisk Medicin 1940: 6, 779, 893, 1029 og i Nordisk Tidsskrift for Strafferet, 4. hefte, oktober 1939.
- Sand, Knud & Okkels, Harald:* *) Histopathologie du testicule et sexualité anormale. Variabilité du tissu testiculaire chez l'homme. C.R. de la Soc. de biol. Tome 1936:CXXIII:184.
- : Histopathologie du testicule et sexualité anormale. Rapport quantitatif entre les divers composants du testicule. C.R. de la Soc. de biol. Tome 1936:CXXIII:187.
 - : L'Histopathologie du testicule humain chez les individus à sexualité anormale. C.R. de la Soc. de biol. Tome 1936:CXXIII:339.
 - : The histological variability of the human testis from normal and sexual-abnormal, castrated men. Endokrinologie 1938:i9:H.6.
 - : Nerfs du testicule et glande interstitielle. C.R. de la Soc. de biol. Tome 1938:CXXIX:807.
 - : Morphologische Relation zwischen Nervensystem und Leydig-Zellen im menschlichen Hoden. Endokrinologie 1939:2i:H.4.
 - : Nerfs du testicule et glande interstitielle. Bull. d'Histologie appliquée à la physiol., pathol. et technique incircoscopique 1939:9:205.
 - : Morphological relationship between testicular nerves and Leydig cells in man. Journal of Endocrinology 1940.
- Brøchner-Mortensen, Knud:* Om kreatinuri og cholesterolæmi hos kastrater: Ugeskrift for Læger 1940 og i Journal of Endocrinology 1940.
- Hansen, E. Hart:* Om østrogene hormoner i urin fra mandlige kastrater. Ugeskrift for Læger 1937:24:650.
- : Om andriner i urin fra mandlige kastrater. Ugeskrift for Læger 1937:25:667.
 - : Andrin (male hormone) in human urine of male castrates. Endokrinologie 1938:2i:H.1.
 - : Undersøgelser over de kastreredes basalstofskifte i relation til analyser af deres sexualhormoner (gonadotrope hormoner, østriner og andriner). Monografi. (Disp.). København 1940.
- L. le Maire:* Legal kastration i strafferetlig belysning. Monografi. (Disp.). København 1946.
- Teillum, G.:* Om hypercholesterinæmi hos mandlige kastrater. Ugeskrift for Læger 1937:i6:437.
- : Sur rhypercholestérimie après castration chez l'homme. C.R. de la Soc. de biol. Tome 1937:CXXV:577.
 - : Om hormonal cholesterinæmi. Monografi. (Disp.). Munksgaards forlag, København 1940.
- Giitt, Rüdlin & Ruttke:* Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. München 1934.
- Kopp, W.:* Gesetzliche Unfruchtbarmachung. Kiel 1934.
- Lütby, G.:* Die Bedeutung der Kastration im Strafrecht. Zürich 1938.
- Pittard, E.:* La castration chez l'homme. Paris 1934.
- Wolf, Ch.:* Die Kastration bei sexuellen Perversionen und Sittlichkeitsverbrechen des Mannes. Basel 1934.
- St. Zuruksoglu m. fl.:* Verhütung erbkranken Nachwuchses. Basel 1938.

Af nyeste, meget store litteratur fra de seneste år skal anføres:

- Johan Bremer:* Asexualisation (244 cases. Norge). New York Macmillan Comp. 1959.
- A. Langelüddike:* Die Entmannung von Sittlichkeitsverbrechern. Berlin 1963-

*) De følgende 8 afhandlinger stammer fra den *specielle histologiske undersøgelse* af de fjernede testikler.

Tilføjelse: Materialet vedr. hermafroditisme, transvestisme og navneskifte m. v. er forbeholdt andre afhandlinger (Sand).

B. Udvalgets synspunkter

1. *Vurdering af 1935-loven.*

Det er udvalgets opfattelse, at en samlet vurdering af de resultater, der er opnået ved anvendelse af 1935-lovens regler om frivillig kastration gennem snart 30 år, fører til, at de stillede forventninger til loven fuldt ud må anses for indfriet. Som det fremgår af professor Sands afhandling har kastration alt taget i betragtning været et væsentligt gode for de personer, der har ladet sig underkaste dette indgreb. For de kriminelle vedkommende har det betydet, at de som altovervejende hovedregel har kunnet udskrives på et væsentligt tidligere tidspunkt, end de ellers havde kunnet påregne, og dermed fået mulighed for at genoptage en normal tilværelse ude i samfundet, og i andre tilfælde har kastrationen befriet de pågældende for det sjælelige pres eller den frygt, som deres abnorme kønsdrift belastede dem med. De ulemper - legemlige eller psykiske - som har været forbundet med operationen, har, såvidt det har kunnet konstateres ved efterundersøgelserne, været få og af underordnet betydning i forhold til de opnåede fordele, hvilket de kastrerede også jævnligt selv har givet udtryk for over for den læge, der har foretaget efterundersøgelsen. Set fra samfundets side har det ligeledes været værdifuldt, at man i kraft af kastrationens asekualiserende og pacificerende virkning har haft mulighed for efter et kortere åremål at kunne løslade sædelighedsforbrydere, som hensynet til retssikkerheden ellers ville gøre det betænkeligt at sætte på fri fod, i hvert fald før de havde nået en alder, hvor deres seksuelle aktivitet måtte antages at være reduceret i betydelig grad.

Udvalget er derfor af den opfattelse, at man også i en kommende lov på dette område bør bevare adgangen til at foretage kastration, når den pågældende selv fremsætter ønske derom.

Forud for modtagelsen af professor Sands afhandling havde udvalget rettet henvendelse til overlæge ved statens seruminstitut, dr. med. Christian Hamburger, med anmodning om en udtalelse om nogle nærmere angivne spørgsmål. I den anledning har udvalget fra overlæge

Hamburgers medarbejder på seruminstitutets hormonafdeling, ass. overlæge dr. med. Svend G. Johnsen, som i mange år har arbejdet med de kliniske følger af manglende testikelfunktion hos mennesket, modtaget en af overlæge Hamburger tiltrådt besvarelse, som er medtaget nedenfor som bilag 12, ligesom dr. Johnsen i et møde med udvalget nærmere har uddybet de her omhandlede problemer.

De i besvarelsen fremsatte udtalelser nødvendiggør efter udvalgets mening ikke nogen ændring af de gældende bestemmelser.

2. *Tilladelse nødvendig.*

Ligesom for sterilisationsindgrebets vedkommende, jfr. foran side 23 f., har udvalget overvejet, om man burde ophæve begrænsningerne for foretagelsen af kastration, således at dette indgreb ligesom andre operationer frit kunne udføres, hvis den opererende læge fandt ønsket om kastration rimeligt begrundet og det i øvrigt skønnedes forsvarligt at udføre operationen. De synspunkter, der taler imod at gøre sterilisationsindgrebet frit - bortset fra de rent lægeligt begrundede tilfælde - gør sig imidlertid gældende med øget vægt for kastrationsindgrebets vedkommende, idet der til denne operation i modsætning til sterilisationen som anført er knyttet mere omfattende følger i biologisk henseende. Udvalget finder det derfor utvivlsomt, at man i en ny lov om disse indgreb må fortsætte den linie, der hidtil har været fulgt, således at indgrebet kun kan udføres, når bestemte i loven fastsatte betingelser er opfyldt, og efter forudgående tilladelse fra en offentlig myndighed, der prøver, om betingelserne foreligger.

3. *Indikationerne.*

Det er udvalgets indtryk, at de grunde, som i den gældende lov kan føre til en kastrations-tilladelse, nemlig at kønsdriften enten udsætter den pågældende for at begå forbrydelser eller medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse for ham, har vist sig at være til-

strækkelige til at dække det i praksis hidtil forekommende behov for at meddele kastrationstilladelser. Da de endvidere afgrænser området for den legale kastration på en rimelig måde, finder udvalget det ikke påkrævet at foretage ændringer i de nuværende indikationsrørmer, og udvalget har derfor i sit lovudkast opstillet de samme materielle betingelser for at meddele tilladelse til kastration, som gælder efter loven af 1935.

Det er foran nævnt, at det må antages, at kastration - uanset at den gældende lov ikke indeholder regler herom - kan foretages uden særlig tilladelse, hvis operationen er påkrævet af rent lægelige grunde. Udvalget har overvejet, om en herpå sigtende regel burde optages i en kommende lov. Man er imidlertid nået til den opfattelse, at de lægelige hensyn må anses for tilgodeset, hvis kastrationer, der har til formål at helbrede legemlig sygdom, frit kan udføres, og da udvalget i § 1, stk. 2, i sit lovudkast har optaget en bestemmelse om, at operationer med dette formål for øje falder helt uden for lovens område, anser man det ikke nødvendigt som for sterilisationsindgrebets vedkommende, jfr. foran side 26, at medtage en særlig medicinsk indikation for kastrationer. Det bemærkes herved, at kastration, så vidt det er udvalget bekendt, ikke for tiden kan tænkes anvendt som kurativ foranstaltning over for psykiske sygdomme, og skulle der undtagelsesvis forekomme tilfælde af denne art, er det udvalgets opfattelse, at spørgsmålet om, hvorvidt tilladelse til kastration skal meddeles, bør bedømmes ud fra kriteriet »betydelig sjælelig lidelse«, og at det ikke vil medføre væsentlige ulemper for den lægelige behandling af patienten, at indgrebet først vil kunne udføres, når der er indhentet tilladelse hertil.

4. Øvrige betingelser.

På visse punkter kan der være grund til at ændre de øvrige betingelser for kastration. Medens psykisk normale kun kan få tilladelse til kastration, hvis de er fyldt 21 år, er der som foran nævnt side 41 ikke i 1935-loven fastsat nogen laveste aldersgrænse for kastration af psykisk abnorme. I praksis er kastration af psykisk abnorme under 21 år dog kun foretaget i meget sjældne tilfælde; det har navnlig drejet sig om dybt åndssvage med stærk aggressivitet. Under hensyn til de alvorlige følger, der er forbundet med kastration af helt unge mennesker, jfr. herved udtalelserne side 136-137 i bilag 12, bør

det efter udvalgets mening fortsat være således, at kastration i almindelighed kun kan foretages på personer over 21 år. Loven bør imidlertid affattes således, at denne aldersgrænse gælder uanset den pågældendes psykiske tilstand. Undtagelsesvis kan det imidlertid, som praksis har vist, være påkrævet at foretage kastration på personer, der ikke er fyldt 21 år, og der bør derfor være mulighed for at fravige aldersbetingelserne, når ganske særlige grunde taler derfor. Dette vil navnlig kunne være tilfældet med hensyn til åndssvage i højere grad; udvalget har dog ikke ment at burde begrænse undtagelsen til at gælde bestemte grupper af personer, men finder anledning til at udtale, at kastration af personer under 21 år kun bør foretages, når tungtvejende grunde i det enkelte tilfælde taler imod at afvente opnåelsen af en højere alder. Det er udvalget bekendt, at dette fuldt ud dækkes af den fremgangsmåde, som retslægerrådet og justitsministeriet stedse har fulgt.

For så vidt angår de øvrige rent formelle betingelser har udvalget ment, at de af udvalget for sterilisation foreslåede regler også må kunne anvendes vedrørende kastration.

5. Kompetencen.

Efter loven af 1935 meddeles tilladelse til kastration - ligesom tilladelse til sterilisation - af justitsministeren efter indhentet erklæring fra retslægerrådet.

Der er efter udvalgets mening ikke samme trang til at ændre den bestående kompetenceordning vedrørende kastration, som tilfældet er for sterilisationernes vedkommende. Det må herved tages i betragtning, at kastrationssagerne er af en ganske anden karakter end sagerne vedrørende sterilisation. Den bestående ordning har da i almindelighed heller ikke givet anledning til kritik. Imod ordningen er dog anført, at det kan forekomme uheldigt, at den myndighed, der meddeler kastrationstilladelser, tillige er øverste anklagemyndighed. Det kan således ikke udelukkes, at der kan fremkomme andragender om kastration med baggrund i kriminelle forhold, som ikke tidligere er kommet til anklagemyndighedens Kundskab, og at retsmaskineriet derved kan saltes i gang, hvilket ansøgeren var interesseret i at undgå. Det er udvalget bekendt, at et tilfælde af denne art forekom for en del år siden, og at der i den anledning blev fremsat kritik af den gældende ordning. Med henblik på at undgå sådanne konfliktsituationer kunne man overveje enten at henlægge kastrationsafgørelserne til sundhedsstyrelsen, hvorved man ville

opnå at betone det kurative ved kastrationsindgrebet, eller til et særligt nævn.

Udvalget har dog ment at burde blive stående ved den nuværende ordening. Den overvejende del af ansøgerne er personer, som er sigtet eller dømt for forbrydelser mod sædeligheden, og kastration ønskes for at undgå fremtidig kriminalitet. Der er således en nøje forbindelse mellem de strafbare handlinger og ønsket om kastration, og dette synes at gøre det naturligt, at afgørelsen af, om tilladelse til kastration skal meddeles disse ansøgere, fortsat henlægges til justitsministeriet. Man skal herved fremhæve, at justitsministeriets særlige kendskab til det kriminelle klientel må antages at være af væsentlig værdi f. eks. ved skønnet over, om en begæring om kastration er velovervejnet og velbegrundet eller er fremkaldt alene af frygten for de retlige følger af en - måske ikke særlig alvorlig - sædelighedsforbrydelse. Henset til kastrationens indgribende betydning for den opereredes hele tilværelse, er det selvsagt af største vigtighed, at man i videst muligt omfang undgår tilfælde, hvor den pågældende senere fortryder indgrebet. Den praksis, som er indarbejdet i justitsministeriet og retslægerrådet ved behandlingen af disse sager gennem en meget lang årrække, yder et ikke ringe værn imod, at sådanne tilfælde forekommer.

Her overfor findes det ikke at kunne tillægges afgørende betydning, at ordningen efter hidtidig praksis indebærer, at der ikke i et andragende om tilladelse til kastration kan henvises til allerede begåede - hidtil uoplyste - sædelighedsforbrydelser, uden at dette kan give anledning til en strafferetlig undersøgelse og eventuel forfølgning. Det er naturligvis uheldigt, hvis andrageren ikke på forhånd er klar herover, og det må derfor tilrådes, at den læge eller advokat, hvis bistand han måtte have søgt, vejleder ham herom, og spørgsmålet må da indgå i overvejelserne af, om tilladelse skal søges; eventuelt må det gennem en forhåndshenvendelse til ministeriet søges klarlagt, om det i det konkrete tilfælde måtte være muligt at opnå tilladelsen, uden at den pågældendes identitet udsættes for at blive røbet gennem en politimæssig undersøgelse, eller dog uden at tiltale rejses. Selv om det vel ikke kan undelukkes, at ukendskab til ministeriets praksis også fremtidig kan medføre tilfælde som det, der i sin tid gav anledning til kritik, mener udvalget ikke, at der heri er tilstrækkelig grund til at ændre den hidtidige kompetence vedrørende kastrationstilladelserne. Det er vel i øvrigt et spørgsmål, om en anden myn-

dighed, til hvem afgørelserne kunne tænkes henlagt, i almindelighed ville kunne undlade at lade den i et andragende indeholde tilståelse om begåede sædelighedsforbrydelser, der anførtes til støtte for en kastrationstilladelse, undersøge af politiet.

Udvalget finder således, for så vidt angår de kriminelle ansøgere, ikke grund til at foreslå ændringer i den gældende ordening, som i det store og hele har virket tilfredsstillende. Udvalget skal yderligere fremhæve, at man finder det påkrævet at bevare retslægerådets medvirken ved behandlingen af andragender om kastration, dels fordi disse sager kræver en speciel lægelig sagskundskab, som er repræsenteret i rådet, dels fordi man fortsat bør udnytte det erfaringsmateriale vedrørende kastrationer, som gennem årene siden loven af 1929 er indsamlet af retslægerådet og bearbejdet af dets daværende formand, professor Knud Sand.

Kompetenceordningen har hidtil været ens for de kriminelle og de ikke-kriminelle ansøgere. Også for disse sidste har ordningen efter udvalgets opfattelse virket tilfredsstillende, og den foreslås derfor i det hele forlænget uændret.

I forbindelse med spørgsmålet om justitsministeriets adgang til at tillade kastration ønsker udvalget at understrege, at man - også under hensyn til udvalgets sammensætning - anser det for at ligge uden for udvalgets opgave at tage stilling til den foran nævnte praksis vedrørende tiltalefrafald eller benådning i tilknytning til foretagen kastration og til sammenhængen mellem kastration og strafferetlige reaktioner i det hele.

6. *Forbud mod hormonbehandling af kastrerede?*

Som det fremgår af den til professor Sands afhandling knyttede særudtalelse V (side 55), er det blevet muligt delvis at ophæve kastrationens ønskede virkning gennem behandling af den kastrerede med mandlige kønshormoner. I et af de ti tilfælde, hvor kastrerede i perioden 1929-59 har recideret seksuelt, må det formodes, at recidivet var provokeret ved en sådan hormonbehandling, og det nævnes i udtalelsen, at der senere yderligere er indtruffet to recidiver, som må sættes i forbindelse med behandling med seksualhormoner. Da det selvsagt er uheldigt, at den asekualiserende virkning af en i henhold til loven foretagen kastration søges ophævet gennem en hormonbehandling, ikke mindst hvis kastrationen har været begrundet i faren for, at den pågældende skal begå forbry-

delset, har udvalget overvejet, om man i loven burde optage regler om hormonbehandlinger af kastrerede personer, men er nået til det resultat, at det næppe vil være hensigtsmæssigt. Efter gældende regler må hormonpræparater ikke udleveres uden recept, og den kastrerede, der måtte ønske en hormonbehandling, vil således være henvist til at søge læge. Forholdet vil imidlertid ofte være det, at lægen er uden kendskab til, at patienten er kastreret, og lægen vil kun gennem nærmere undersøgelse af patienten kunne blive klar herover, en undersøgelse, som vel i almindelighed ikke foretages, med mindre lægen fatter mistanke til patienten. Såfremt lægen er eller bliver klar over det rette forhold, må man gå ud fra, at han, selvom ingen særlige regler er givet herom i loven, i almindelighed vil være forsigtig med at iværksætte en hormonbehandling. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at der kan forekomme tilfælde, hvor en læge, når intet forbud herimod er givet, vil kunne føle sig tilskyndet til så vidt muligt at søge kastrationens virkninger ophævet, og af hensyn til sådanne tilfælde ville et forbud for så vidt kunne overvejes. Det kan imidlertid, som fremhævet i professor Sands udtalelse, undertiden være berettiget at underkaste en kastreret person visse hormonbehandlinger, og en eventuel forbudsregel måtte derfor affattes enten således, at den kun tog sigte på meget kraftige behandlinger, eller således at der var mulighed for at fravige den.

Det vil imidlertid næppe være muligt at udforme en lovregel således, at den på fyldestgørende måde regulerer dette område, og en ordning, hvorefter hormonbehandling af kastrerede personer kun kan foretages efter forudgående godkendelse af en lægelig eller anden autoritet, f. eks. retslægerådet, synes at være for vidtgående.

Udvalget er derfor som nævnt vejet tilbage for at foreslå en lovgivning om spørgsmålet og har herved også taget i betragtning, at den praktiske betydning af spørgsmålet i hvert fald endnu ikke har vist sig at være af større omfang. Udvalget er imidlertid af den opfattelse, at spørgsmålet fortjener opmærksomhed i fremtiden, og skulle det vise sig at få alvorlig betydning, må et mere eller mindre vidtgående forbud mod at lade kastrerede personer underkaste hormonbehandling påny tages op til overvejelse.

Derimod finder udvalget det ønskeligt, at sundhedsstyrelsen i forbindelse med lovens gennemførelse gør lægerne opmærksom på det her omtalte spørgsmål.

7. Ophævelse af reglerne om tvangskastration.

Medens det således er udvalgets opfattelse, at reglerne om frivillig kastration i det store og hele har virket tilfredsstillende, og at væsentlige ændringer af disse regler derfor ikke er påkrævet, finder udvalget det utvivlsomt, at en ny kastrationslov ikke bør indeholde bestemmelser om tvangskastration, jfr. herved også professor Sands udtalelse side 52. Udvalget lægger herved vægt på, at denne foranstaltning, hvis hovedformål var at sikre samfundet mod grove sædelighedsforbryderes tilbagefald efter løsladelsen, som nævnt side 44 har haft en meget ringe praktisk betydning. Bestemmelse om tvungen kastration et aldrig blevet truffet i nogen dom, og i de få tilfælde, i hvilke der - senest i 1938 - i en dom er taget forbehold herom, er dette forbehold ikke blevet fulgt op af en senere afgørelse af retten. Disse forhold hænger formentlig sammen med, at man kan sikre sig på anden måde. De sædelighedsforbrydere, over for hvem tvungen kastration efter loven kan bringes i anvendelse, vil almindeligvis være personer, der er uegnede til påvirkning gennem straf, og som dømmes til anbringelse i en anstalt - oftest en forvaringsanstalt for psykopater — eller en institution for åndssvage. Anbringelsen sker på ubestemt tid, og forud for en eventuel prøveløsladelse - der kun kan ske i henhold til retskendelse - underkastes de pågældende en indgående lægeundersøgelse navnlig med henblik på en vurdering af risikoen for nye lovovertrædelse!', og der indhentes sædvanligvis en erklæring fra retslægerådet. Ved vurderingen af denne risiko vil det kunne være af afgørende betydning, om den pågældende efter egen ansøgning har ladet sig kastrere. Er dette ikke tilfældet, vil risikoen for nye lovovertrædelser ofte blive anset for at være så stor, at løsladelse ikke kan ske. Det bør i øvrigt fremhæves, at det er forholdsvis sjældent, at domstolene bliver anmodet om at tage stilling til, om en sædelighedsforbryder, der er dømt i henhold til straffelovens § 70, kan løslades uden at være kastreret, da anstaltens eller hospitalets læger i de tilfælde, hvor de skønner, at kastration vil være påkrævet, i reglen nøje vil have drøftet spørgsmålet med den dømte, før prøveløsladelse kommer på tale, og i de allerfleste tilfælde indvilliger den pågældende i at lade sig kastrere, således at operationen er udført, før sagen om prøveløsladelse indbringes for retten. En person, der findes skyldig voldtægt eller forsøg herpå, kan vel efter 1935-lovens § 4 undergives tvungen kastration, selv om han idømmes tidsbestemt

fængselsstraf, men det er dog også i disse tilfælde en betingelse, at det må antages, at udsigten til straf ikke vil afholde ham fra at begå nye alvorlige sædelighedsforbrydelser. Når en person anses påvirkelig af straf, må det imidlertid anses betænkeligt ved siden af straffen at gribe til en så indgribende og alvorlig sanktion over for ham, som tvungen kastration er.

På denne baggrund finder udvalget, at reglerne om tvangskastration ikke er påkrævede, og rigsadvokaten har da også under en forhandling med udvalget herom tilkendegivet, at anklagemyndigheden deler denne opfattelse. Da tvangskastration ydermere er lidet stemmende med de principper, der lægges til grund for straffelovgivningen i et moderne retssamfund, og i tidens løb har givet anledning til megen berettiget kritik både herhjemme og i udlandet, foreslår udvalget, at bestemmelserne om tvangskastration ophæves.

8. Efterundersøgelse.

Udvalget er i kommissoriet anmodet om at overveje den gældende ordning om efterundersøgelse af de kastrede. I anledning af en henvendelse fra overlægen ved forvaringsanstalten i Herstedvester har justitsministeriet ved skrivelse af 5. februar 1960 i denne forbindelse henstillet, at spørgsmålet om, hvorvidt efterundersøgelse af kastrede personer, hidrørende fra forvaringsanstalten, i fremtiden burde udføres af anstaltens læger, i stedet for - som tilfældet er efter de gældende regler — af professoren i retsmedicin, blev inddraget i udvalgets forhandlinger. Baggrunden for reglerne om efterundersøgelse af kastrede var navnlig ønsket om derigennem at tilvejebringe et videnskabeligt erfaringsmateriale til belysning af indgrebets fysiske og psykiske virkninger og dets indvirkning på den pågældendes evne til at klare sig i samfundet og - som det hedder i bemærkningerne til forslaget vedrørende 1935-loven - holde sig fri for forbryderiske eller asociale handlinger. Under hensyn til, at der var tale om en lovgivning på et område, som kun i ganske få år havde været retligt reguleret, måtte en pligt for de kastrede til at lade sig efterundersøge forekomme rimelig og påkrævet, da man kun ad denne vej kunne skaffe sig de nødvendige erfaringer til bedømmelse af, om en sådan lovgivning burde opretholdes. Efterundersøgelserne har imidlertid også værdi ud fra en anden synsvinkel, idet de for de kastrede selv betyder en kontrol med operationens legemlige og psykiske følger, ligesom undersøgelserne giver dem lejlighed til at

rådføre sig med lægen om afhjælpning af eventuelle gener efter indgrebet og om de menneskelige og sociale problemer, som kastrationen kan have medført. Om efterundersøgelsernes betydning henvises i det hele til den til professor Sands afhandling knyttede særudtalelse side 52 f.

Efter udvalgets mening er der gennem efterundersøgelserne, som nu har været foretaget gennem mere end 30 år, tilvejebragt et sådant erfaringsmateriale, at det næppe kan være påkrævet at opretholde de pligtmæssige efterundersøgelser af rent videnskabelige grunde. Udvalget henviser herved til, at professor Sand har givet udtryk for samme opfattelse. Der vil ganske vist fortsat være knyttet den største interesse til videnskabelige undersøgelser af de herhen hørende spørgsmål, være sig af endokrinologisk, psykiatrisk eller anden art, men materialet hertil vil kunne tilvejebringes på anden måde end gennem sådanne regelmæssige undersøgelser af de kastrede, som foretages efter de gældende regler.

Professor Sand har sammen med overlægerne Dickmeiss og Schwalbe-Hansen i den nævnte udtalelse fremsat forslag til fremtidige retningslinier for efterundersøgelse af kastrede personer.

Forslaget går ud på, at kastrede personer, som er anbragt på forvaringsanstalt eller på hospital for åndssvage eller sindslidende, skal efterundersøges inden en prøveudskrivning kan finde sted, og efterundersøgelsen bør tidligst foretages et halvt år efter operationen. Herudover skal retslægerådet under en sags behandling til enhver tid kunne begære en efterundersøgelse af disse personer foretaget, ligesom der bør være adgang for de kastrede til efter ønske at få foretaget efterundersøgelse, når dette godkendes af retslægerådet.

For personer, der er kasteret på basis af sjælelige lidelser, og som ikke har været seksuelt kriminelle, foreslås det, at efterundersøgelse ikke skal være pligtmæssig, men at en efterundersøgelse skal kunne iværksættes, hvis den pågældende gennem sin læge fremsætter ønske herom til retslægerådet.

Det foreslås dernæst, at efterundersøgelse så vidt muligt bør foretages af den læge, der har udfærdiget erklæringen ved ansøgningen om kastration, eller af nærmeste embedslæge. Ved alle efterundersøgelser bør et autoriseret skema benyttes og indsendes til retslægerådet.

Som foran nævnt var baggrunden for reglerne om efterundersøgelse oprindeligt navnlig øn-

sket om at tilvejebringe et videnskabeligt erfaringsmateriale. Når dette formål som anført efter udvalgets opfattelse ikke længere kan begrundes opretholdelsen af pligtmæssige efterundersøgelser, rejser sig naturligt det spørgsmål, om det herefter overhovedet bør kunne kræves, at de kastrerede underkaster sig efterundersøgelser. Værdien af disse undersøgelser kan imidlertid — selv bortset fra spørgsmålet om deres betydning for den enkelte kastrerede — ikke bedømmes alene ud fra et videnskabeligt synspunkt. Ved afgørelsen af, om en person, der for grove sædelighedsforbrydelser er dømt til anbringelse i psykopatforvaring eller hospital for åndssvage eller sindslidende, kan udskrives på prøve eller anbringes i kontrolleret familiepleje efter foretagen kastration, vil det kunne være af afgørende betydning, om operationen kan antages at have haft den tilsigtede asekualiserende virkning, og denne indtræder som tidligere nævnt ingenlunde efter samme tids forløb for alles vedkommende. Forinden der kan tages stilling til udskrivningsspørgsmålet, vil det derfor være nødvendigt at søge tilvejebragt oplysninger om operationens virkning, og en efterundersøgelse vil i så henseende kunne være af væsentlig betydning. Tilsvarende gælder ikke-kriminelle åndssvage eller sindssyge, der er kastreret med anbringelse under friere forsorgsformer for øje. Udvalget kan derfor tiltræde, at kastrationen for disse grupper af personer i almindelighed bør efterfølges af en efterundersøgelse, forinden udskrivning eller anbringelse under friere former finder sted. Udvalget kan endvidere give tilslutning til, at de hidtidige erfaringer tilsiger, at efterundersøgelserne tidligst bør foretages et halvt år efter operationens udførelse. I særlige tilfælde vil det dog kunne være forsvarligt og ønskeligt at udskrive en kastreret person uden at afvente resultatet af en efterundersøgelse. Det bemærkes herved, at spørgsmålet om udskrivning af de nævnte grupper af personer enten henhører under domstolene eller kan indbringes for domstolene. Såfremt der i enkelte tilfælde måtte blive spørgsmål om at kastrere personer, der afsoner tidsbestemt fængselsstraf, vil der også kunne være grund til en efterundersøgelse, forinden benådning eller løsladelse finder sted; men bl. a. under hensyn til den betydning, som straffetidens længde vil kunne have for spørgsmålet, har man ikke ment at kunne foreslå almindelige regler for disse enkelte tilfælde. Udvalget kan tiltræde, at der gives retslægerådet adgang til under behandlingen af en sag, f. eks. om genanbringelse på hos-

pital eller anstalt, at begære en efterundersøgelse foretaget.

Selv om der efter det tidligere anførte ikke er grund til i almindelighed at opretholde kravet om, at de kastrerede skal lade sig efterundersøge, bør der således i det angivne begrænsede omfang fortsat være adgang til at kræve efterundersøgelser foretaget. Det er imidlertid efter udvalgets opfattelse ikke nødvendigt, at der i loven udtrykkelig foreskrives en pligt hertil med bestemmelse om straf for overtrædelse, idet nægtelse af at medvirke til undersøgelserne under de angivne omstændigheder vanskeligt kan tænkes.

Som allerede nævnt har det vist sig, at efterundersøgelserne kan være af betydning for den kastrerede selv, der derigennem får lejlighed til at rådføre sig med en læge om de problemer, som kastrationen kan have medført. Det er udvalgets opfattelse, at der, som foreslået af professor Sand, bør være adgang for alle kastrerede til at få foretaget sådanne efterundersøgelser, og at disse skal kunne iværksættes uden udgift for de kastrerede. For at den pågældende kan blive henvist til den rette læge, og for at der — også af økonomiske grunde — kan føres fornøden kontrol, bør henvendelse om disse efterundersøgelser ske til retslægerådet, og der kan, jfr. forslaget, være grund til i nogle tilfælde at kræve en egentlig godkendelse af rådet.

Udvalget kan endvidere tiltræde forslaget om, hvem der skal foretage undersøgelserne. Dette forslag indebærer, at efterundersøgelse af personer, der på kastrationens tidspunkt var anbragt på forvaringsanstalt eller på hospital for åndssvage eller sindslidende, vil blive foretaget af anstaltens eller hospitalets læger, og den særordning, der endnu er gældende for forvaringsanstalten i Herstedvester, vil således ophøre. Udvalget er enig i, at der også fremtidig bør benyttes et autoriseret skema ved efterundersøgelserne — det nu anvendte bør formentlig optages til revision -, og at skemaerne skal indsendes til retslægerådet. Udvalget lægger herved vægt på, at den centrale stilling, som retslægerådet siden 1929 har indtaget med hensyn til efterundersøgelserne, bevares, selv om deres anvendelse væsentlig begrænses.

Ud fra de foran nævnte betragtninger foreslår udvalget, at den gældende bestemmelse i 1935-lovens § 5 erstattes af en bemyndigelse for justitsministeren til at fastsætte regler for efterundersøgelse af kastrerede personer, og at sådanne regler udfærdiges efter de forannævnte retningslinier.

IV. Udkast til lov om sterilisation og kastration

KAPITEL I

Lovens område.

§ 1.

Indgreb, hvorved kønsskirtlerne fjernes, eller behandlinger, hvorved de varigt sættes ud af funktion (kastration), såvel som andre indgreb eller behandlinger, der varigt ophæver forplantningsevnen (sterilisation), må kun foretages i overensstemmelse med reglerne i denne lov.

Stk. 2. Indgreb og behandlinger, der har til formål at helbrede legemlig sygdom, omfattes dog ikke af loven.

KAPITEL II

Sterilisation.

§ 2.

Sterilisation af en kvinde kan uden særlig tilladelse foretages, når forebyggelse af svangerskab under hensyn til forhold af ren eller dog ganske overvejende lægelig karakter må anses nødvendig for at afværge fare for hendes liv eller for en alvorlig og varig forringelse af hendes helbred.

Tilladelse til sterilisation kan meddeles:

1. Når der på grund af arvelige anlæg hos den pågældende kvinde eller mand er fare for, at et barn af denne vil blive lidende af legemlig eller sjælelig defekt eller sygdom af en sådan betydning, at det må anses for ønskeligt at forebygge fødsler. Ved afgørelsen af, om sådan fare foreligger, kan arvelige anlæg hos ægtefællen eller den, med hvem den pågældende samlever, tages i betragtning. Sterilisation af en kvinde kan endvidere tillades, når der af særlige grunde er betydelig fare for, at et fremtidigt svangerskab ikke kan gennemføres, at barnet vil blive født med væsentlige beskadigelser, eller at det ikke vil blive levedygtigt.

2. Når den pågældende kvinde eller mand på grund af sindssygdom eller anden sjælelig lidelse, åndssvaghed eller svag begavelse i øvrigt, grovere karakterafvigelser eller alvorlige legemlige sygdomme eller defekter må anses for ueg-

net til på forsvarlig måde at drage omsorg for børn.

3. Når det efter samtlige omstændigheder, herunder familiens helbredsmæssige, boligsmæssige og økonomiske forhold og antallet af allerede i hjemmet værende børn, må forventes, at flere børn vil medføre en væsentlig belastning af forholdene gennem forringelse af kvindens helbredstilstand, betydelig forøgelse af hendes arbejdsbyrde eller på anden måde, således at det af hensyn til kvinden, hjemmet eller børnenes forsvarlige opfostring findes påkrævet at undgå fødsel af flere børn. Det er herved en betingelse, at de foreliggende vanskelige forhold ikke kan antages kun at være af forbigående karakter.

Stk. 2. Selv om betingelserne ikke fuldt ud er opfyldt efter nogen enkelt af bestemmelserne i stk. 1, kan tilladelse dog meddeles, såfremt der foruden i en af disse bestemmelser haves væsentlig støtte herfor i en af de øvrige eller i § 2, og en samlet vurdering af forholdene tilsiger, at sterilisation foretages.

§ 4.

Såfremt der er grundlag for foretagelse af sterilisation i henhold til § 2, § 3, stk. 1, nr. 1 eller 2, eller § 3, stk. 2, men vægtige lægelige eller andre ganske særlige hensyn taler imod, at den pågældende selv steriliseres, kan tilladelse meddeles til, at sterilisation i stedet foretages på ægtefællen eller den, med hvem den pågældende samlever. Bortset fra de i § 2 nævnte tilfælde er det tillige en betingelse, at forebyggelse af svangerskab eller fødsel af børn skønnes ganske særlig påkrævet. Beror faren i de i § 3, stk. 1, nr. 1, nævnte tilfælde på en kombination af egenskaber hos ægtefæller eller faktisk samlevende kan tilladelsen meddeles enten kvinden eller manden.

Stk. 2. I de i § 3, stk. 1, nr. 3, nævnte tilfælde kan tilladelsen meddeles kvinden eller hendes ægtefælle eller den, med hvem hun samlever.

§ 5.

Ved afgørelsen af, om sterilisation kan foretages, vil der være at lægge særlig vægt på, om de forhold, der begrunder foretagelsen, må antages at være af varig karakter, således at der ikke inden for en rimelig tid kan forventes ændringer, der ville gøre sterilisation upåkrævet. Det vil endvidere være at tage i betragtning, om der er rimelig udsigt til, at forebyggelse af svangerskab kan opnås på anden måde.

§ 6.

Tilladelse til sterilisation, jfr. § 8, stk. 3, må kun meddeles efter skriftlig begæring af den, på hvem sterilisationen skal finde sted. Er den pågældende på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager varigt ude af stand til at forstå betydningen af sterilisationen, kan begæringen dog fremsættes af en hertil efter indstilling af det sociale udvalg beskikket værge.

Stk. 2. Den, der fremsætter begæring om sterilisation, skal forud af en læge være vejledet om indgrebet eller behandlingens beskaffenhed og direkte følge samt den risiko, der må antages at være forbundet med foretagelsen.

§ 7.

Personer under 18 år må ikke steriliseres, med mindre ganske særlige grunde taler derfor.

Stk. 2. Tilladelse til sterilisation, jfr. § 8, stk. 3, må kun meddeles, når følgende betingelser er opfyldt:

1. Til sterilisation af personer, der er under 21 år eller umyndiggjort i personlig henseende, kræves samtykke fra værgen, med mindre afgørende omstændigheder taler derimod.
2. Er den, der begærer sig steriliseret, sindssyg eller åndssvag, eller findes det i øvrigt på grund af personens psykiske tilstand, herunder svag begavelse, betænkeligt at lade den pågældende på egen hånd fremsætte begæringen, skal denne tiltrædes af en hertil overensstemmende med § 6, stk. 1, beskikket værge. Er personen umyndig, kan dens værge tiltræde begæringen uden beskikkelse.
3. Er den pågældende gift og samlever med sin ægtefælle, skal der gives denne lejlighed til at udtale sig, med mindre særlige omstændigheder taler derimod.

§ 8.

Sterilisation må kun foretages af en autoriseret læge på et af statens eller kommunens sygehuse eller på et privat sygehus, der modtager

offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

Stk. 2. Bestemmelse om sterilisation i henhold til § 2 kan træffes af overlægen på den sygehusafdeling, hvor indgrebet eller behandlingen skal foretages.

Stk. 3. Tilladelse til sterilisation i henhold til § 3 eller § 4 meddeles af de i § 6 A i lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956 om mødrehjælpsinstitutioner omhandlede samråd, der endvidere kan meddele tilladelse **til**, at sterilisation foretages i henhold til § 2. Ved afgørelsen af, om tilladelse skal meddeles personer, der er undergivet foranstaltninger i henhold til § 70 i Borgerlig Straffelov af 15. april 1930, eller som er omfattet af lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold, eller som modtager hjælp i medfør af lov nr. 192 af 5. juni 1959 om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede, tiltrædes samrådet af en dertil beskikket dommer, jfr. § 9.

Stk. 4. Det i henhold til lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956 § 6 A, stk. 3, oprettede nævn følger samrådenes virksomhed og virker gennem rådgivning over for disse for en ensartet praksis også i sager angående sterilisation.

§ 9.

Beskikkelse af dommere og stedfortrædere for disse i henhold til § 8, stk. 3, foretages af justitsministeren for 4 år ad gangen efter indstilling af Højesterets præsident. Beskikkelsen kan omfatte et eller flere samråd.

Stk. 2. Honorarer og andre udgifter til de beskikkede dommere og disses stedfortrædere afholdes af snitskassen.

§ 10.

Ønkes sterilisation foretaget i henhold til § 2, kan henvendelse herom rettes til vedkommende overlæge, jfr. § 8, stk. 2.

Stk. 2. I øvrigt sker henvendelse om sterilisation til en mødrehjælpsinstitution, jfr. dog stk. 4. Institutionen undersøger, om betingelserne for foretagelsen er til stede, og bør herunder i almindelighed indhente oplysninger fra den pågældendes sædvanlige læge. Tillige skal mødrehjælpsinstitutionen i fornødent omfang søge assistance af speciallæge, indhente erklæring fra arvebiologisk institut eller foranledige indlæggelse på sygehus eller dertil egnet hjem til observation eller behandling.

Stk. 3. Sagen forelægges derefter for samrådet, der træffer bestemmelse om, hvorvidt steri-

lisation kan foretages, jfr. § 8, stk. 3. Tilladelse hertil kan kun meddeles, når der foreligger enstemmighed herom i samrådet.

Stk. 4. Ønskes tilladelse til sterilisation af en af de i § 8, stk. 3, 2. punktum, nævnte personer, indsender vedkommende overlæge (anstalts- eller institutionsleder) med sin udtalelse en begæring direkte til vedkommende samråd, bilagt de fornødne erklæringer og øvrige oplysninger.

§ 11.

Når tilladelse til sterilisation er meddelt, skal den pågældende på begæring modtages på det sygehus (sygehusafdeling), hvorunder han eller hun hører. Sygehusets (sygehusafdelingens) overlæge er berettiget til at forelægge spørgsmålet om indgrebet eller behandlingens foretagelse for det i § 8, stk. 4, omhandlede nævn til vejledende erklæring. Nægter overlægen at foretage indgrebet eller behandlingen, kan patienten indlægges på et andet sygehus, om fornødent ved vedkommende mødrehjælpsinstitutions foranstaltning.

Stk. 2. Sterilisationen foretages snarest muligt og i hvert fald inden 6 måneder efter, at tilladelsen er meddelt.

KAPITEL III

Kastration.

§ 12.

Justitsministeren kan efter indhentet erklæring fra retslægerådet meddele tilladelse til kastration af den, hvis kønsdrift udsætter ham for at begå forbrydelser eller medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse for ham.

§ 13.

Kastration må ikke foretages på personer under 21 år, med mindre ganske særlige grunde taler derfor.

Stk. 2. Bestemmelserne i § 6 og § 7, stk. 2, nr. 1—3, finder tilsvarende anvendelse på kastration.

§ 14.

Når tilladelse til kastration er meddelt, foretages indgrebet eller behandlingen snarest muligt og i hvert fald inden 6 måneder af en autoriseret læge på et af de i § 8, stk. 1, nævnte sygehuse. Om foretagelsen giver lægen straks underretning til justitsministeriet.

§ 15.

Justitsministeren kan fastsætte regler om lægelig efterundersøgelse af personer, der har været underkastet kastration.

KAPITEL IV

Forskellige bestemmelser.

§ 16.

Udgifterne ved sterilisation og kastration og ved de i § 15 nævnte efterundersøgelser afholdes af statskassen. I de i § 2 nævnte tilfælde af sterilisation afholdes udgifterne dog efter de om udgifterne ved sygdomsbehandling i almindelighed gældende regler.

§ 17.

Den, som uhjemlet foretager sterilisation eller kastration, straffes, for så vidt forholdet ikke efter den øvrige lovgivning medfører højere straf, med bøde, der tilfalder statskassen.

§ 18.

Denne lov træder i kraft den

Stk. 2. Samtidig ophæves §§ 6-9 i lov nr. 171 af 16. maj 1934 om foranstaltninger vedrørende åndssvage som ændret ved lov nr. 178 af 11. juni 1954 og lov nr. 68 af 26. marts 1958, jfr. § 16, stk. 1, i lov nr. 192 af 5. juni 1959 om for sorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede. Endvidere ophæves lov nr. 176 af 11. maj 1935 om adgang til sterilisation og kastration og § 1, stk. 4, i lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m.v.

§ 19.

Denne lov gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft i disse dele af riget med de afvigelser, som de særlige forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovudkastet

Som bilag 1-4 er optaget de gældende bestemmelser om sterilisation og kastration og de bestemmelser i svangerskabsloven og mødrehjælpsloven, som skønnes at være af interesse for de af betænkningen omfattede spørgsmål.

Der er foran i kapitel II og III redegjort for de generelle betragtninger, som ligger til grund for udvalgets forslag.

ad § 1.

I stk. 1 gives en definition af begreberne sterilisation og kastration i lovudkastets forstand. En sådan definition findes ikke i loven af 1935 bortset fra, at sterilisation betegnes som ufrugtbargørelse. Loven af 1934 definerer derimod i § 8 sterilisation som sådanne indgreb i kønsorganerne, som lægevidenskabeligt betegnes vascetomi for mænds vedkommende og resectio tubarum (salpingectomi) for kvinders vedkommende. Det er fundet naturligt i en ny almindelig lov på dette område at fastslå, hvortil der sigtes med ordene »sterilisation« og »kastration«. Efter formuleringen er det afgørende den virkning, der opnås, og ikke den metode, der bringes i anvendelse. Det er anset uforholdt at udtale, at indgreb eller behandling, der har til formål at opnå den i loven nævnte virkning, omfattes af bestemmelsen, selv om resultatet på forhånd måtte være tvivlsomt. Såvel kastration som sterilisation foretages i almindelighed ad operativ vej, således at man ved kastration fjerner kønskirtlerne og ved sterilisation underbinder eller fjerner et stykke af æggelederne, henholdsvis sædstrengene. Også andre metoder, f. eks. røntgenbestråling, kan dog bringes i anvendelse. Loven angår imidlertid efter bestemmelsen kun behandlinger, ved hvilke der er tale om en varig virkning i de omhandlede henseender. Gennem hormon- eller andre behandlinger kan der øves indflydelse på kønsfunktionerne, men så længe der ikke herigennem søges opnået en varig ophævelse af funktionerne, er sådanne behandlinger ikke regulerede af lovens regler.

Ifølge stk. 2 er indgreb og behandlinger, der har til formål at helbrede legemlig sygdom, ikke omfattet af loven. Der kan herom henvises til bemærkningerne foran side 26 om sterilisation og side 59 om kastration. Det understreges, at

bestemmelsen alene angår legemlig sygdom. For så vidt angår helbredelse af sjælelig sygdom er der fundet at være en så nøje forbindelse med de grunde, der i øvrigt kan føre til sterilisation eller kastration, at lovens regler bør komme til anvendelse. Skulle der således blive spørgsmål om at foretage kastration for at helbrede sinds sygdom, må tilladelse hertil indhentes, jfr. § 12.

ad § 2.

Bestemmelsen angår sterilisation på medicinsk indikation. Foretages sterilisation for at helbrede legemlig sygdom, falder den dog uden for lovens område, jfr. § 1, stk. 2.

Udvalgets begrundelse for at medtage en medicinsk indikation i loven og for den foreslåede afgrænsning af denne er anført ovenfor i kapitel II, side 2.6 ff., hvortil henvises.

Bestemmelsen omhandler kun sterilisation af kvinder. Skulle hensynet til en mands helbredsmæssige tilstand undtagelsesvis gøre en sterilisation ønskelig, må tilladelse hertil søges i medfør af reglerne i § 3.

Kun forhold af ren eller dog ganske overvejende Lægelig karakter kan efter § 2 komme på tale som grundlag for sterilisation. Som nævnt side 27 har man fundet det vanskeligt at begrænse lægens skøn ved indikationsstillingen til udelukkende at angå det rent lægelige, fordi der ofte er en så nær sammenhæng mellem en patients helbredsudsigter og livsvilkår, at det er ugørligt at bedømme det forventede sygdomsforløb uden at tage den pågældendes livsvilkår i betragtning. Bestemmelsen forudsætter imidlertid, at eventuelle ikke-lægelige hensyn er et underordnet led i indikationen. I modsat fald kan patienten kun steriliseres, hvis der er meddelt tilladelse hertil i henhold til § 3.

Det er vedkommende sygehusoverlæge, der afgør, om indikationen er tilstede. Såfremt kvinden har henvendt sig til en mødrehjælpsinstitution, kan tilladelse dog meddeles af mødrehjælpsens samråd. Der henvises herom til bemærkningerne foran side 37.

ad § 3.

Udvalgets generelle betragtninger vedrørende

indikationsrammerne for sterilisation er fremsat i kapitel II, side 23-31. Sammenfattende kan det nævnes, at man ikke har ment at kunne stille forslag om en fri adgang til sterilisation, men at man har søgt at opstille kriterier for, i hvilke tilfælde sterilisationsindgreb bør kunne foretages, svarende til de erfaringer om behovet for sterilisation, som er indvundet i praksis i de knapt 30 år, de gældende sterilisationslove har været i kraft.

Efter 1935-loven kan sterilisation tillades, når samfundsmæssige hensyn taler derfor, og nogle angivne betingelser er opfyldt. Som nævnt side 26 er det udvalgets opfattelse, at man ikke bør blive stående herved, men at de grunde, der skal kunne føre til sterilisation, nærmere bør angives i loven. Når dette sker, er det på den anden side unødvendigt særligt at fremhæve de samfundsmæssige hensyn. Udvalgets forslag udelukker i øvrigt ikke, at sterilisation tillades af grunde, der væsentligst har hensyn til den pågældende selv og kun indirekte kan siges at være af samfundsmæssig karakter.

I § 3 gives en udtømmende opregning af de omstændigheder - bortset fra de i § 2 nævnte lægelige hensyn - som efter udvalgets opfattelse bør kunne begrunde sterilisation. De hensyn, der efter forslaget skal kunne lægges til grund for en sterilisationstilladelse, er samlet i tre hovedgrupper, hvoraf den første omhandler eugenisk indikation og visse andre forhold, som findes at burde ligestilles hermed. I den anden gruppe lægges vægten på den pågældendes manglende egnethed til at drage omsorg for børn, og for den tredje gruppes vedkommende beror afgørelsen på, om en samlet vurdering af familiens forhold under hensyntagen til kvinden, hjemmet og de i dette værende børns forsvarende opfostring gør sterilisation påkrævet.

Medens § 2 kun angår sterilisation af kvinder, omfatter § 3 - bortset fra nr. 1, sidste punktum - også sterilisation af mænd.

Forinden en sterilisation, som støttes på reglerne i denne paragraf, udføres, skal der foreligge en tilladelse hertil meddelt af et samråd ved en mødrehjælpsinstitution, jfr. § 8, stk. 3.

1. § 3, stk. 1, nr. 1, omhandler først og fremmest den eugeniske indikation. Om begrundelsen for denne bestemmelse henvises til side 28. Medens loven af 1935 taler om »fare for afkommets arvelige belastning«, har man fundet det rigtigst nærmere af præcisere, hvori arverisikoen skal bestå, men der er ikke herved tilset nogen realitetsændring i forhold til den

nuværende regel, således som denne fortolkes i praksis. Som nævnt side 28 er bestemmelsen ikke begrænset til de i svangerskabslovens § 1, stk. 1, nr. 3, nævnte alvorlige sygdomme og defekter, og man har derfor også ment at kunne udelade de i denne bestemmelse nævnte eksempler. Udvalget har heller ikke ment, at der således som med hensyn til svangerskabsafbrydelse bør stilles krav om en nærliggende fare for arvelig belastning. Hvor stor faren for arvelig belastning af afkommet bør være, for at der kan gives tilladelse til sterilisation, må afhænge af lidelsens art. Ved svære defekter eller sygdomme bør der ikke stilles for store krav til arverisikoen, medens en mindre alvorlig lidelse omvendt kun bør kunne begrunde sterilisation, hvis risikoen for, at børnene arver den, er betragtelig. Undertiden beror arverisikoen på eller forstærkes af en kombination af bestemte arveanlæg hos forældrene. Det foreslås derfor, at der ved afgørelsen af, om der foreligger indikation for sterilisation, også kan tages hensyn til arvelige anlæg hos ansøgerens ægtefælle eller samlever. I sidstnævnte henseende kommer alene et fast samlivsforhold, der må antages at være af varig karakter, i betragtning.

For kvinders vedkommende kan der gøre sig særlige forhold gældende, som lige så vel som eugeniske grunde gør det rimeligt at imødekomme et ønske om sterilisation. Det kan være en udpræget tilbøjelighed til spontane aborter eller dødfødsler eller særlige anatomiske forhold, som medfører betydelig fare for, at barnet vil blive født med væsentlige beskadigelser. Endvidere henvises til det side 28 om de såkaldte rhesusbørn anførte.

2. Om bestemmelsen i § 3, stk. 1, nr. 2, henvises til bemærkningerne foran side 28 f. Denne bestemmelse vil formentlig finde størst anvendelse ved sterilisation af åndssvage. Der vil ganske vist hyppigt tillige være eugenisk indikation i henhold til reglerne i nr. 1 for sterilisation af en åndssvag person, men dels er åndssvaghed ikke altid arvelig, dels er eugeniske betragtninger af mindre væsentlig betydning for spørgsmålet om sterilisation af åndssvage end det forhold, at de almindeligvis ikke evner at opfylde de pligter, som påhviler forældre med hensyn til børns forsørgelse og opdragelse m. v. I de gældende regler om sterilisation af åndssvage er der da også tillagt dette forhold særlig vægt som Sterilisationsgrund. Hensynet til eventuelle børn taler således for sterilisation af en åndssvag, men indgrebet vil også være til gavn for

den åndssvage selv, idet den pågældende efter at være blevet steriliseret vil have bedre muligheder for at kunne klare sig i en fri tilværelse. Da åndssvagegrænsen ikke er skarp, har man valgt at sidestille svag begavelse i øvrigt med åndssvagheit i relation til spørgsmålet: om sterilisation, jfr. foran side 29.

De synspunkter, der er anført til fordel for at tillade sterilisation af åndssvage, gør sig også gældende for sindssyges vedkommende, ligesom de vil kunne finde anvendelse på personer med grovere karakterafvigelser.

Personer med alvorlige legemlige sygdomme eller defekter vil kunne være så hæmmede af deres lidelse, at de ikke føler sig i stand til at drage omsorg for børn på forsvarlig måde og heller ikke kan anses for egnede dertil. Sådanne mennesker har efter udvalgets mening et rimeligt krav på at kunne opnå den sikkerhed mod at få afkom, som ligger i en sterilisation, hvorfor man har medtaget en bestemmelse herom i lovudkastet.

3. Bestemmelsen i § 3, stk. 1, nr. 3, omfatter den praktisk vigtige medicinsk-sociale indikation. Der henvises til side 30 f. Det er i kapitel II anført, at ca. 70 % af de sterilisationstilladelser, der i årene 1957-59 er meddelt af justitsministeriet, er givet på dette grundlag. I det typiske tilfælde har ansøgeren været en gift kvinde, som i løbet af forholdsvis få år har fået en række børn, og som i social henseende har været således stillet, at hun ikke har haft økonomisk mulighed for at blive aflastet i det daglige arbejde i tiden omkring fødslerne. De tæt på hinanden følgende fødsler har i forbindelse med den betydelige arbejdsbyrde, der har påhvilet hende både i hjemmet og ikke sjældent tillige som medhjælper i mandens erhverv, nedbrudt hende fysisk og psykisk, således at hun virker udslidt og ældet. Det kunne forudses, at yderligere fødsler ville medføre en betydelig risiko for, at hun ville bryde sammen, hvorved opretholdelsen af hjemmet ville bringes i fare.

Efter udvalgets opfattelse er det i høj grad i samfundets interesse, at der gives sådanne kvinder eller deres mænd adgang til at lade sig sterilisere for om muligt at standse en udvikling, som i særlig grad vil gå ud over de børn, der allerede er i hjemmet.

Udvalgets forslag til en sterilisationsbestemmelse på dette område er udformet på grundlag af de erfaringer, der er indvundet i gældende sterilisationspraksis.

Da det navnlig er familiemæssige hensyn, der

taler for sterilisation i disse tilfælde, omfatter forslaget i første række sterilisation af gifte eller af personer, der har etableret et fast samlivsforhold, men bestemmelsen kan dog også - når betingelserne i øvrigt er opfyldt - komme til anvendelse på ugifte kvinder, der har et eller flere børn hos sig, selvom der ikke foreligger noget sådant fast forhold.

Ved afgørelsen af, om tilladelse til sterilisation bør meddeles, må samtlige de omstændigheder, der er af betydning for bedømmelsen af familiens situation, tages i betragtning. Der må navnlig lægges vægt på familiens helbreds- og økonomiske forhold og antallet af allerede i hjemmet værende børn. I denne forbindelse bemærkes, at det efter forslaget er en forudsætning, at familien ved sterilisationsandragendets indgivelse har mindst 1 barn, der opholder sig i hjemmet. Det kan derimod ikke være afgørende, om der er tale om et fællesbarn eller en af parternes særbarn. Sterilisation kan kun tillades, hvis det må forventes, at flere børn vil medføre en væsentlig belastning af forholdene gennem forringelse af kvindens helbredstilstand, betydelig forøgelse af hendes arbejdsbyrde eller på anden måde, således at indgrebet af hensyn til kvinden, hjemmet eller børnenes forsvarlige opfostring må anses for påkrævet. Gennem ordene »væsentlig belastning« og »påkrævet« har udvalget villet udtrykke, at ikke enhver ulempe er nok, men at der skal meget til. Det fremgår af udkastet til § 5, at der ved enhver sterilisationsafgørelse skal lægges særlig vægt på, om de forhold, der begrunder Indgrebet, må antages at være af varig karakter. Udvalget finder, at man især bør være opmærksom herpå for de sterilisationers vedkommende, der er tale om i § 3, stk. 1, nr. 3, og har derfor fundet det naturligt særligt at fremhæve i denne bestemmelse, at tilladelse til sterilisation er betinget af, at de foreliggende vanskelige forhold ikke kan antages kun at være af forbigående karakter.

Det er som tidligere nævnt udvalgets indtryk, at en ikke ringe del af de sterilisationer, der efter nuværende praksis udføres på medicinsk indikation, d.v.s. uden at justitsministeriets tilladelse til indgrebet er indhentet, støttes på blandede medicinsk-sociale hensyn. Ved den foreslåede affattelse af § 3, stk. 1, nr. 3, er det fra udvalgets side tilsigtet, at sterilisationer af denne type for fremtiden kun må foretages, efter at der af vedkommende myndighed er meddelt tilladelse dertil.

Det forekommer jævnlige, at der til støtte for

en sterilisation kan anføres en række momenter, som hver for sig ikke er af tilstrækkelig vægt til at bære en indikation, men som tilsammen skønnes at kunne begrunde indgrebet. I hidtidig praksis efter 1935-loven har man anerkendt, at indikationen kan bygges op på denne måde, og det er udvalget bekendt, at lignende synspunkter anlægges ved indikationsstilling for svangerskabsafbrydelse, selv om svangerskabsloven i modsætning til 1935-loven opstiller særlige indikationsrammer, jfr. herved beretning fra nævnet angående svangerskabsafbrydelse (1959) s. 39.

Udvalget finder denne praksis hensigtsmæssig og har i udkastets § 3, stk. 2, optaget en regel, hvorefter der er adgang til at foretage en sådan kombination. Efter udkastet er tilladelse til sterilisation betinget af, at der i mindst to af bestemmelserne i stk. 1, nr. 1-3, eller i en af disse og i § 2 haves væsentlig støtte herfor og tillige af, at en samlet vurdering af forholdene tilsiger, at sterilisation foretages.

ad § 4.

Som nævnt foran side 31 vil der undertiden foreligge lægelige eller andre grunde, der taler imod, at en person, som opfylder betingelserne for sterilisation, underkaster sig sådan operation. Hvis den pågældende er gift eller rent faktisk samlever med en anden, opstår da spørgsmål om, hvorvidt ægtefællen eller samleveren kan få tilladelse til at lade sig sterilisere i stedet. Det er nævnt i kapitel II, side 16 f., at justitsministeriet, selvom udtrykkelige bestemmelser herom ikke findes i den nugældende lovgivning, i et vist omfang har imødekommet andragender herom. Efter udvalgets mening bør man ikke i en kommende sterilisationslov udelukke muligheden heraf, når omstændighederne tilsiger det, men adgangen bør nærmere reguleres i loven.

Når indikation for sterilisation kun foreligger hos den ene af to ægtefæller eller samlevende, må den alt overvejende hovedregel være, at sterilisation udføres på denne, hvilket også er antaget i hidtidig praksis. Af hensyn til muligheden for ægteskabets eller samlivsforholdets opløsning, bør sterilisation af den anden part, der i et senere ægteskab kan tænkes at ville have børn, kun kunne tillades rent undtagelsesvis. Som grunde, der kan føre til, at en sådan tilladelse meddeles, nævner udvalgets udkast i første række, at vægtige lægelige hensyn taler imod, at den, hos hvem indikationen findes, selv steriliseres. Der tænkes herved på tilfælde, hvor en

Sterilisationsoperation som følge af den pågældendes helbredstilstand medfører en særlig risiko, hvilket navnlig vil kunne foreligge for kvinders vedkommende. Foruden de vægtige lægelige hensyn nævner udkastet »andre ganske særlige hensyn«. Der forekommer tilfælde, hvor en kvinde af religiøse grunde ikke ønsker at lade sig sterilisere, skønt indgrebet er velmotiveret, idet f. eks. betingelserne efter § 2 er tilstede, og hvor hendes ægtefælle andrager om tilladelse til at lade sig sterilisere i stedet, og det kan også ske, at en kvinde, om hvis sterilisation der er tale, nærer en panisk rædsel for operationer. Man har ej heller villet udelukke, at tilladelse også i andre tilfælde kan meddeles en mand, der kan anføre vægtige grunde for, at han - for hvem indgrebet i øvrigt er forbundet med mindre risiko - steriliseres i stedet for hustruen. Der bør imidlertid efter udvalgets opfattelse stilles strenge krav til de »ganske særlige hensyn«, således at bestemmelsen kun finder anvendelse i rene undtagelsestilfælde.

Behovet for således at kunne tillade, at en person steriliseres i stedet for sin ægtefælle eller samlever, foreligger navnlig, når forebyggelse af svangerskab er påkrævet af lægelige grunde for at afværge fare for en kvindes liv eller helbred (udkastets § 2). I sådanne tilfælde træder betænelighederne ved at lade manden sterilisere i stedet, når vægtige lægelige eller andre særlige hensyn taler imod, at hun selv steriliseres, i baggrunden. Er sterilisation derimod alene begrundet i de hensyn, der nævnes i § 3, stk. 1, nr. 1 (eugeniske grunde m. v.) eller nr. 2 (uegnet til at drage omsorg for børn) eller samlebestemmelsen i § 3, stk. 2, er betænelighederne væsentlig større, og udvalget har overvejet, om tilladelse til sterilisation af den anden part overhovedet skulle kunne meddeles i sådanne tilfælde. Der kan imidlertid forekomme tilfælde, hvor det, f. eks. som følge af betydelig fare for, at et barn på grund af arvelige anlæg hos moderen skal blive lidende af en alvorlig defekt eller sygdom, vil kunne være rimeligt at imødekomme et andragende fra manden om sterilisation, hvis vægtige lægelige eller andre hensyn taler imod, at kvinden steriliseres. I erkendelse heraf har udvalget ikke ment at burde begrænse reglen til at angå sterilisation i henhold til § 2. Derimod foreslår man, at reglen uden for § 2-tilfældene kun skal kunne anvendes under den yderligere betingelse, at forebyggelse af svangerskab eller fødsel af børn skønnes ganske særlig påkrævet.

I almindelighed vil spørgsmålet være, om tilladelse skal meddeles manden i stedet for kvin-

den, men reglen er formuleret således, at den også gælder det omvendte tilfælde.

En ganske anden problemstilling foreligger, hvis indikationen for sterilisation ikke kan henføres specielt til den ene part, men skyldes forhold, der gør sig gældende for begge vedkommende. Det kan være tilfældet med en eugenisk indikation, hvis faren beror på en kombination af egenskaber hos de pågældende, og det vil altid gælde for de i § 3, stk. 1, nr. 3, nævnte indikationer, som netop hviler på en vurdering af familiens forhold. Det foreslås derfor, at man i begge disse situationer kan meddele sterilisationsstilladelsen enten til kvinden eller til manden, og sterilisation af manden er således ikke betinget af, at der foreligger vægtige lægelige eller andre ganske særlige hensyn, der taler imod, at kvinden steriliseres.

Når bestemmelserne nævner samlevende, tænkes herved, ligesom tilfældet er i § 3, kun på personer, der har etableret et fast samlivsforhold, der må antages at være af varig karakter.

ad § 5.

I kapitel II, side 38-39, er der redegjort for, at mulighederne for at ophæve virkningerne af en sterilisation er meget ringe. Det er derfor af største vigtighed, at man forud for enhver sterilisation nøje undersøger, om de forhold, der begrunder indgrebet, må anses for varige, eller om der inden for en rimelig tid kan forventes ændringer, der gør sterilisation upåkrævet. I sidstnævnte tilfælde er det indlysende, at et andragende om sterilisation bør afslås, uanset om indgrebet i øjeblikket måtte være velindiceret. Der er særlig grund til at være opmærksom herpå for de sterilisationsandragendes vedkommende, der støttes på de i § 3, stk. 1, nr. 3, nævnte social-medicinske grunde, hvorfor udvalget har fundet anledning til specielt at fremhæve dette hensyn i den nævnte bestemmelse.

Der henvises i øvrigt til betragtningerne side 31.

ad § 6.

I § 6, stk. 1, foreslås det, at tilladelse til sterilisation som hovedregel kun må meddeles efter skriftlig begæring af den, på hvem sterilisationen skal ske. Bestemmelsen svarer til de gældende regler i sterilisationsloven af 1935, men det er en nydannelse i loven, at den principielt også skal gælde for sterilisation af åndssvage. Herom henvises til bemærkningerne foran side 25.

Det kan ikke ubetinget fastholdes, at den på-

gældende altid selv skal søge om sterilisation. Hvis vedkommende på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager af varig karakter er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, har det intet formål at afæske den pågældende en erklæring; men da gennemførelse af sterilisation på den ene side kan være ønskelig og på den anden side ikke bør kunne foretages, uden at nogen optræder for den pågældende, foreslås det, at begæringen kan fremsættes af en værge, som beskikkes hertil efter indstilling af det sociale udvalg. Svangerskabsloven indeholder i § 2, nr. 2, en tilsvarende bestemmelse, og sterilisationsloven af 1935 foreskriver i § 1, stk. 4, at andragende om sterilisation, såfremt den pågældende som følge af mentale mangler er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan underskrives af en dertil beskikket værge alene. Såfremt den pågældende er umyndig og således i forvejen har en værge, vil denne naturligvis kunne beskikkes til at fremsætte begæringen; derimod har man ikke ment at burde foreslå, at den faste værge skal kunne gøre dette uden beskikkelse. Antallet af begæringer om sterilisation af personer, der er ude af stand til at forstå betydningen heraf, er ganske ringe. På den anden side er det af vigtighed, at den, der fremsætter begæringen i stedet for personen selv, er absolut egnet hertil, og dette sikres bedst gennem en beskikkelse. Den hidtidige adgang i 1935-loven for anstaltsledelsen til under de nævnte omstændigheder at underskrive andragendet for patienter under anstaltsforsorg har haft ringe praktisk betydning og har i de senere år overhovedet ikke været benyttet. Da den tillige minder om åndssvage-lovens tvangsregler, som nu søges forladt, foreslås den ophævet.

Bestemmelserne i § 6, stk. 1, finder kun anvendelse, når tilladelse søges hos mødrehjælpens samråd, jfr. § 8, stk. 3, og gælder således ikke for sterilisation, der foretages efter beslutning af vedkommende sygehusoverlæge på medicinsk indikation i henhold til § 2, jfr. § 8, stk. 2. Når sterilisation således foretages efter overlægens beslutning af lægelige grunde for at afværge fare for den pågældende kvindes liv eller helbred, findes det at måtte afhænge af almindelige regler for operationers foretagelse, hvorledes patientens samtykke skal foreligge.

Således som det også er foreskrevet i 1935-lovens § 1, stk. 2, jfr. § 3, stk. 1, og i 1934-lovens § 6, stk. 2, skal den, der fremsætter begæring om sterilisation, forud af en læge være vejledet om indgrebets beskaffenhed og direkte

følge. Man har endvidere fundet det rigtigst, at vejledningspligten tillige omfatter den risiko, der er forbundet med indgrebets foretagelse.

ad § 7.

I 1935-lovens § 1, stk. 3, er den laveste aldersgrænse for sterilisation af psykisk normale fastsat til myndighedsalderen, d.v.s. 21 år, dog at sterilisation i ganske særlige tilfælde kan tillades, uanset at andrageren ikke har nået denne alder. Loven indeholder ingen aldersgrænse for sterilisation af psykisk abnorme, men justitsministeriet har i praksis vist megen tilbageholdenhed med hensyn til at tillade sterilisation af ganske unge personer. Heller ikke i 1934-lovens bestemmelser om sterilisation af åndssvage er der anført nogen minimumsalder som betingelse for sterilisation. Efter sterilisationsnævnets praksis tillader man dog ikke sterilisation af åndssvage under 18 år, medmindre der foreligger ganske særlige omstændigheder.

De gældende regler og den på grundlag heraf udviklede praksis må ses som udtryk for, at der bør udvises stor forsigtighed med at sterilisere ganske unge personer, og dette kan udvalget ganske tiltræde. De unge vil ofte savne den modenhed, der udkræves for at kunne overveje de hensyn, der måtte tale for og imod en sterilisation, og træffe bestemmelse med hensyn til denne indgribende og oftest uoprettelige operation. Men hertil kommer, at der netop for de unges vedkommende må tages hensyn til muligheden for en udvikling, der i løbet af nogle år kan gøre sterilisation upåkrævet. Finder en sådan udvikling sted, vil det kunne føles som en ulykke, såfremt den pågældende som følge af en foretagen sterilisation er afskåret fra at få børn. På den anden side vil der for visse åndssvage og for andre personer med psykiske afvigelser kunne være trang til at kunne gennemføre en sterilisation i en tidlig alder, ligesom medicinske eller eugeniske hensyn kan gøre sterilisation af ganske unge, psykisk normale personer påkrævet. Da en absolut aldersgrænse således ikke kan fastsættes, har udvalget overvejet, om man helt kunne undlade en aldersgrænse i loven, således at det overlodes til den, der skal administrere loven, at tage fornødent hensyn til den pågældendes alder. For at understrege vigtigheden af de særlige forhold, der gør sig gældende for de unges vedkommende, har man imidlertid fundet det rigtigst at fastsætte en aldersgrænse i loven, således at sterilisation af personer under denne alder kun må finde sted, når ganske særlige grunde taler derfor. Under hensyn til, at

reglen skal gælde for alle personer, herunder også for åndssvage, har man ikke ment at burde sætte grænsen højere end til 18 år, men udvalget finder grund til at understrege, at der også for så vidt angår unge personer over denne alder bør udvises varsomhed med hensyn til at tillade sterilisation.

I svangerskabslovens § 2, nr. 1, indeholdes en regel om, at der, når kvinden er under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, skal indhentes samtykke til svangerskabsafbrydelse fra indehaveren af forældremyndigheden, henholdsvis værgeren, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod. En tilsvarende regel bør efter udvalgets opfattelse gælde med hensyn til sterilisation såvel af kvinder som af mænd, men under hensyn til, at der kun er meget ringe mulighed for en omgørelse, har man fundet det rigtigst at sætte aldersgrænsen til 21 år svarende til myndighedsalderen. Da indehaveren af forældremyndigheden og værgeren efter de i 1957 skete ændringer af myndighedsloven normalt vil være sammenfaldende, og da der kun undtagelsesvis bliver spørgsmål om sterilisation af personer, der er under forældremyndighed, har man ment at kunne affatte reglen således, at kun værgeren nævnes som den, fra hvem samtykke skal indhentes. I 1935-loven er for psykisk normale, der som foran nævnt i almindelighed først tillades steriliseret i en alder af 21 år, alene foreskrevet, at værgens erklæring skal indhentes, hvis andrageren er umyndiggjort i personlig henseende. For psykisk abnorme gælder ligesom efter 1934-loven ingen særlige regler i så henseende, men der skal uden hensyn til alderen foreligge en tiltrædelseserklæring fra en særligt beskikket værge. I praksis har man dog stort set krævet de betingelser opfyldt, som nu foreslås lovfæstet i udkastets § 7, stk. 2, nr. 1, jfr. foran side 20. Ligesom tilfældet er i svangerskabsloven har udvalget skønnet det nødvendigt at åbne mulighed for at bortse fra kravet om samtykke fra værgeren, hvis afgørende omstændigheder taler imod kravet. Heri ligger, at man i så fald enten kan undlade at søge samtykke indhentet, eller kan tilsidesætte en nægtelse af samtykke. Som eksempler kan nævnes, at det ikke er muligt at komme i forbindelse med forældrene, der normalt vil være værger, at disse har mistet enhver kontakt med deres barn, eller at der som følge af åndssvaghed ikke vil kunne tillægges deres samtykke eller nægtelse af samtykke nogen betydning. Det understreges, at alders- og samtykkebetingelserne også må opfyldes, selv om sterilisationsandragen-

det i henhold til § 6 fremsættes af en dertil beskikket værge.

I § 6 er som nævnt givet en regel om, at begæring om sterilisation kan fremsættes af en hertil beskikket værge, såfremt den, om hvis sterilisation der er spørgsmål, på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller andre årsager er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet. Værgens begæring træder i så tilfælde *i stedet* for en begæring fra den pågældende selv. Også i tilfælde, hvor den pågældende forstår betydningen af sterilisation og således selv kan fremsætte begæring herom, kan der imidlertid være spørgsmål om at lade en værge optræde, nemlig *ved siden af* den pågældende, således at værgen tiltræder dennes begæring. En bestemmelse herom er optaget i § 7, stk. 2, nr. 2, hvorefter andrageren om sterilisation fremsat af sindssyge, åndssvage eller personer, hvis psykiske tilstand i øvrigt, herunder svag begavelse, gør det betænkeligt at lade dem fremsætte begæring på egen hånd, skal tiltrædes af en værge. Bestemmelsen svarer til de gældende regler, jfr. 1935-lovens § 1, stk. 4, og 1934-lovens § 6, stk. 2. Udvalget har dog søgt at formulere en smidigere regel, således at kravet om tiltrædelse af en værge kun gælder ubetinget for sindssyge og åndssvage, mens kravet i øvrigt beror på et skøn over, om det er betænkeligt at lade andrageren på egen hånd fremsætte begæring. Efter formuleringen vil kravet også kunne stilles med hensyn til sinker, såfremt det skønnes påkrævet. Udvalget har overvejet, om der er tilstrækkelig grund til at opretholde en sådan regel om værgebeskikkelse. Hensigten med reglen er at skabe en betryggelse for, at begæringen om sterilisation virkelig er i den pågældendes interesse og er udtryk for hans stilling til spørgsmålet. Om reglen virker efter sin hensigt vil i høj grad afhænge af, hvem der beskikkes til værger. Om praksis i så henseende kan for de åndssvages vedkommende, hvor værgebeskikkelse særlig er kommet til anvendelse, henvises til side 20. Selv om man bestræber sig for at søge beskikket en egnet person, der har tilknytning til den, der påtænkes steriliseret, har dette dog ikke altid kunnet lade sig gøre. Det er efter de indvundne erfaringer udvalgets opfattelse, at der ikke kan tillægges reglen om værgebeskikkelse nogen afgørende værdi til betryggelse af, at der ikke fremkommer begæring, der er uovervejede eller ikke er udtryk for andragerens virkelige opfattelse og interesse. Den reelle garanti må søges i, at sagen undergives en grundig forberedelse, hvorunder alle oplysninger af betydning

fremskaffes, og at afgørelsen træffes af et sagligt kompetent og uafhængigt organ. Alligevel har udvalget ment, at en regel om værgebeskikkelse bør opretholdes. I de tilfælde, hvor den pågældende er under forsorg på en institution, må det anses for ønskeligt, at en uden for institutionen stående person varetager den pågældendes interesser i en så indgribende sag, men også i øvrigt vil det kunne være en hjælp for den pågældende, at han har en person, som han kan drøfte sagen med. Er den pågældende under forsorg, vil det dernæst også for den forsorgsmyndighed, der skal tage stilling til, om begæringen kan anbefales, være en betryggelse, at ikke blot den pågældende psykisk abnorme selv, men også en udenforstående har haft lejlighed til at tage stilling til begæringen. Ikke mindst dette synspunkt, der har været stærkt fremhævet af de medlemmer af udvalget, der repræsenterer åndssvageforsorgen, har været afgørende for udvalgets stillingtagen. Da reglen også kan have reel betydning i visse andre tilfælde og være til støtte for de pågældende selv, har man dog ikke ment at burde begrænse den til kun at omfatte personer under forsorg. Det foreslås, at værgen ligesom i § 6 skal beskikkes efter indstilling af det sociale udvalg, men hvis andrageren er umyndig, vil det være praktisk, at den faste værge kan afgive erklæringen, og det findes ikke nødvendigt, at værgen som i 1935-loven foreskrevet, og som foreslået af udvalget med hensyn til § 6, særligt beskikkes hertil. Den tilsynsværge, der måtte være beskikket for en person i henhold til § 12 i lov nr. 192 af 5. juni 1959 om forsorgen for åndssvage og andre særlig svagtbegavede, § 6 i lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold, § 70, stk. 2, i Borgerlig Straffelov af 15. april 1930 eller andre love, kan derimod ikke afgive erklæringen uden særlig beskikkelse.

Forskriften i § 7, stk. 2, nr. 3, om indhentelse af erklæring fra andragerens ægtefælle findes også i sterilisationsloven af 1935, jfr. § 1, stk. 2, og stemmer med praksis efter 1934-loven. En tilsvarende regel findes ligeledes i svangerskabslovens § 2, nr. 3. Der udkræves ikke samtykke fra ægtefællen, men der skal normalt gives denne lejlighed til at udtale sig.

I bemærkningerne til § 6, stk. 1, er det anført, at det ved sterilisation, der sker efter vedkommende overlæges beslutning på medicinsk indikation efter § 2, må bero på almindelige regler for operationers foretagelse, hvorledes patientens samtykke skal foreligge. Det samme findes at måtte gælde med hensyn til indhentel-

se af erklæring fra forældre, værge eller ægtefælle, og § 7, stk. 2, er derfor affattet således, at de deri indeholdte betingelser kun stilles, når tilladelse søges hos et samråd, jfr. § 8, stk. 3. Bestemmelsen i § 7, stk. 1, om, at personer under 18 år ikke må steriliseres, medmindre ganske særlige grunde taler derfor, skal derimod også iagttages ved sterilisation i henhold til beslutning af vedkommende overlæge efter § 2.

ad § 8.

I stk. 1 bestemmes, at sterilisation kun må foretages af en autoriseret læge på et offentligt eller dermed ligestillet sygehus. En tilsvarende bestemmelse gælder i henhold til svangerskabslovens § 3, stk. 1, for afbrydelse af svangerskab. Efter 1934-loven § 6, stk. 3, foretages indgrebet af en dertil af sundhedsstyrelsen autoriseret læge. I 1935-loven § 3, stk. 2, kræves blot, at indgrebet skal foretages af en læge med fornøden kirurgisk uddannelse. Udvalget finder det mest betryggende, at det ligesom i svangerskabsloven udtrykkelig fastslås, at sterilisation kun må foretages på et sygehus, men anser det så på den anden side for upåkrævet, at den læge, der skal foretage indgrebet eller behandlingen, særlig autoriseres hertil.

Stk. 2-4 indeholder regler om, hvem der skal kunne træffe beslutning om sterilisation. Der er i kapitel II, afsnit B, udførligt redegjort for de betragtninger, der ligger til grund for udkastet, således at der på dette sted kun skal fremdrages nogle hovedpunkter:

I stk. 2 foreslås det, at lægerne som hidtil skal kunne træffe bestemmelse om sterilisation på medicinsk indikation, jfr. foran side 32. Da indgrebet m.v. i henhold til stk. 1 kun må foretages på et sygehus, foreslås afgørelsen henlagt til overlægen på den sygehusafdeling, hvor det skal udføres.

Tilladelse til sterilisation skal efter stk. 3 i øvrigt meddeles af et samråd ved en mødre - hjælpsinstitution, jfr. side 32 ff., hvor der nærmere er gjort rede for udvalgets forslag om, at samrådet også skal kunne tillade sterilisation på medicinsk indikation.

Personer, der i henhold til dom er undergivet foranstaltninger i henhold til straffelovens § 70, eller som er omfattet af lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold eller som modtager hjælp i henhold til åndssvageforsorsloven, vil kunne føle sig mindre frit stillede over for spørgsmålet om sterilisation, navnlig hvis de opholder sig på anstalt eller hospital m.v. Ud fra et retsbeskyttelseshensyn

har man, således som der nærmere er redegjort for side 35, anset det for rettest, at samrådene ved afgørelser med hensyn til sådanne personer tiltrædes af en dertil beskikket dommer. Nogen praktisk trang til at lade reglen gælde også andre grupper, herunder personer, der afsoner tidsbestemt frihedsstraf, er der efter udvalgets opfattelse ikke.

For at sikre en ensartet praksis foreslås det, at det nævn, som nu fører tilsyn med samrådenes virksomhed, også skal være rådgivende for samrådene i sterilisationsspørgsmål, og nævnet har overfor udvalget erklæret, at man ikke har indvendinger imod at påtage sig denne opgave. Forslaget nødvendiggør muligvis en ændring af mødrehjælpsloven.

ad § 9.

Som anført side 33 findes der i alt 20 samråd, heraf 5 i København. Antallet af sager, i hvilke en dommer skal deltage, vil næppe blive særlig stort; langt den største gruppe vil formentlig udgøres af åndssvage under forsorg, og antallet af tilladelser til sterilisation af åndssvage har i de senere år udgjort 80-90 årligt. Det kan endvidere forudses, at sagerne vil samle sig om samrådene for de distrikter, hvor institutioner af den pågældende art er beliggende. Under disse omstændigheder bør der være mulighed for at lade beskikkelsen omfatte flere samråd, hvorved det vil kunne opnås, at den enkelte dommer kommer til at deltage i behandlingen af et passende - ikke for lille - antal sager. Det vil således kunne være praktisk, at én dommer beskikkes for alle fem københavnske samråd, og en lignende ordning bør også kunne træffes uden for København.

ad § 10.

§ 10 indeholder en beskrivelse af den praktiske fremgangsmåde ved ansøgning om sterilisation.

I stk. 1 bestemmes, at henvendelse om sterilisation på medicinsk indikation kan ske til vedkommende sygehusoverlæge. I almindelighed vil det formentlig være patientens sædvanlige læge, der henviser den pågældende til overlægen. Reglen er selvfølgelig og kunne for så vidt undværes. Når udvalget dog har medtaget den, skyldes det, at man har ment i loven at måtte optage de i stk. 2-4 givne regler om henvendelse til en mødrehjælpsinstitution m.v., og man har da fundet det naturligt, at lovens regler på dette område blev udtømmende. Der er fra lægelig side inden for udvalget lagt vægt på, at såvel patient

som praktiserende læge direkte i loven kan søge oplysning om fremgangsmåden.

Søges sterilisation af andre grunde end de i § 2 nævnte, må andrageren, som foreskrevet i stk. 2, henvende sig til en mødrehjælpsinstitution. I mange tilfælde, hvor sterilisation ønskes, vil det ikke på forhånd stå den pågældende klart, om sterilisation kan ske i henhold til den ene eller den anden af bestemmelserne, og henvendelse sker da ligeledes til en mødrehjælpsinstitution. Denne indhenter de lægelige og sociale oplysninger, der i det enkelte tilfælde skønnes nødvendige for samrådets bedømmelse af andragendet. I reglen bør der indhentes en erklæring fra den pågældendes sædvanlige læge, og om fornødent bør denne erklæring suppleres med undersøgelse hos en speciallæge. Der vil også kunne blive tale om at indhente en udtalelse fra arvebiologisk institut, hvis andragendet støttes på eugeniske grunde, ligesom observation eller behandling på sygehus kan være påkrævet, før der kan tages stilling til andragendet. De sociale oplysninger vil normalt blive tilvejebragt af institutionens socialrådgiver under besøg i hjemmet. En forberedelse af sagen efter de retningslinier, der er angivet i stk. 2, foregår allerede i dag i de sager, der passerer mødrehjælpen, og det er som tidligere nævnt de allerfleste, jfr. side 12.

Efter endt forberedelse skal sagen forelægges samrådet til afgørelse, jfr. § 10, stk. 3. Samrådet kan ikke blot meddele tilladelse i henhold til § 3 eller § 4, men også i henhold til § 2, jfr. foran side 37. Som for svangerskabsafbrydelsers vedkommende foreslås det i stk. 3, at samrådet kun kan tillade sterilisation, hvis beslutningen er enstemmig.

Kun for så vidt angår de personer, der nævnes i § 8, stk. 3, 2. punktum, er forberedelse gennem en mødrehjælpsinstitution upåkrævet. Forberedelsen, herunder tilvejebringelse af de fornødne lægelige og sociale oplysninger, vil i disse tilfælde kunne foretages af institutionen selv, jfr. § 10, stk. 4.

ad § 11.

Bestemmelser, svarende til stk. 1, findes for så vidt angår svangerskabsafbrydelse i svangerskabslovens § 3, stk. 4.

I 1935-lovens § 3, stk. 2, er det bestemt, at sterilisation skal foretages snarest muligt og i hvert fald inden 3 måneder efter, at tilladelse er meddelt. En tilsvarende regel findes ikke i 1934-loven. Da tilladelse til sterilisation meddeles på grundlag af de foreliggende forhold, bør til-

ladelsen ikke kunne benyttes efter så lang tids forløb, at situationen kan være blevet en anden. Dette må gælde, uanset at der ved afgørelsen vil være at lægge særlig vægt på, om de forhold, der begrundet foretagelsen, må antages at være af varig karakter, jfr. udkastets § 5. Udvalget har derfor i udkastets § 11, stk. 2, gentaget reglen fra 1935-loven, idet man dog, da 3 måneders-fristen har vist sig at være vel kort, foreslår den forlænget til 6 måneder. Såfremt tilladelsen ikke måtte være udnyttet inden udløbet af denne frist, og der derefter ønskes foretaget sterilisation, må nyt andragende indsendes.

Det er ikke fundet påkrævet at medtage 1935-lovens § 3, stk. 3, hvorefter en ny begæring, når afslag er givet, normalt først kan indgives efter et års forløb, og det samme gælder den omtrent tilsvarende bestemmelse i 1934-lovens § 6, stk. 4, 2. punktum.

ad § 12.

Ifølge § 2, stk. 1, i 1935-loven kan kastration af en person tillades, når den pågældendes kønsdrift enten udsætter ham for at begå forbrydelser og således betyder en fare for samfundet eller medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse for ham. Der er ovenfor side 58 nærmere redegjort for, at denne bestemmelse efter udvalgets opfattelse har virket tilfredsstillende, og at udvalget derfor ikke har fundet det påkrævet at foreslå ændringer. Udvalget finder endvidere, jfr. side 60, at den hidtil gældende ordning, hvorefter tilladelse til kastration meddeles af justitsministeren efter indhentet erklæring fra retslægerådet, bør opretholdes. Overensstemmende hermed er § 12 affattet således, at den i det hele svarer til § 2, stk. 1, i loven af 1935.

Efter § 1, stk. 2, i udvalgets udkast omfattes indgreb og behandlinger, der har til formål at helbrede legemlig sygdom, ikke af loven. Såfremt sygdom i kønsorganerne gør det nødvendigt at fjerne kønskirtlerne, kan operationen således foretages uden tilladelse. Det samme gælder, såfremt helbredelse af legemlig sygdom i andre tilfælde skulle kunne opnås gennem en sådan operation. For så vidt angår helbredelse af sjælelig sygdom er der derimod fundet at være en så nøje forbindelse med de grunde, der i øvrigt kan føre til kastration, at lovens regler bør komme til anvendelse, og udvalget har ikke fundet, at der inden for lovens område er behov for særlige regler om adgang til kastration af rent lægelige grunde, således som tilfældet er med hensyn til sterilisation, jfr. udkastets § 2.

ad § 13.

193 5-lovens § 2, stk. 3, opstiller som betingelse for kastration af psykisk normale, at den pågældende har nået myndighedsalderen, medens loven ikke indeholder nogen aldersbetingelse for så vidt angår kastration af psykisk abnorme. Da en kastration, der foretages inden pubertetens afslutning, må antages at kunne hæmme personens udvikling, bør kastration i almindelighed først iværksættes, efter at puberteten er afsluttet, og udvalget foreslår derfor i stk 1, at kastration ikke må foretages på personer under 21 år, og at denne regel skal gælde for såvel psykisk normale som psykisk abnorme personer. Da der i særlige tilfælde, navnlig for så vidt angår åndssvage, kan være grund til at foretage kastration før det 21. år, har man dog formuleret reglen således, at undtagelse kan gøres, når ganske særlige grunde taler derfor. Der henvises i øvrigt til bemærkningerne side 59.

I stk. 2 har man samlet de øvrige, mere formelle betingelser for, at kastration kan tillades, og man har ment at kunne gøre det gennem en henvisning til de tilsvarende bestemmelser i udkastets §§ 6 og 7 vedrørende sterilisation.

Hovedbestemmelsen findes i § 6, stk. 1, hvorefter der kræves en skriftlig begæring fra den pågældende selv. Hvis den pågældende på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan begæringen dog fremsættes af en dertil beskikket værge. Tilsvarende regler findes i 1935-lovens § 2, stk. 3 og 4. Den i sidstnævnte bestemmelse indeholdte regel om, at anstaltsledelsen i visse tilfælde kan underskrive begæringen alene, jfr. ovenfor side 42, har man ikke fundet det rigtigt at medtage. Også reglen i stk. 4, sidste punktum, om, at andragendet skal være tiltrådt af anstaltslægen eller en embedslæge i de tilfælde, hvor den, der ønskes kastreret, er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, er udeladt. Det tilsigtedes med denne regel at skabe en ekstra beskyttelse i disse særlige tilfælde, hvor begæringen fremsættes, uden at den pågældende selv medvirker hertil. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at en erklæring fra embedslægen i de yderst få tilfælde, hvor en begæring angår personer, der ikke er under behandling på en institution, er upåkrevet, idet retslægerådets behandling af sagen vil give al fornøden garanti for, at de lægelige oplysninger er fyldestgørende. For så vidt angår personer, der er under behandling på en institution, er det en selvfølge, at der skal foreligge en erklæring fra institutionens læge, og det kan vel

vanskeligt tænkes, at begæringen vil blive imødekommet, såfremt lægen ikke kan tiltræde den, men afgørelsen herom findes at burde overlades til retslægerådet og justitsministeriet.

Bestemmelserne i § 7, stk. 2, nr. 1-3, om værgesamtynke og indhentelse af erklæring fra ægtefælle med hensyn til sterilisation findes at kunne anvendes også med hensyn til kastration. De svarer i alt væsentligt til de allerede gældende regler.

ad § 14.

Bestemmelsen svarer til § 3, stk. 2, i 1935-loven. Ligesom i sterilisationstilfældene foreslås det dog, at fristen for indgrebets foretagelse forlænges til 6 måneder, og at indgrebet skal foretages af en autoriseret læge på et sygehus, jfr. herved bemærkningerne til § 11, stk. 2, og § 8, stk. 1.

Det er ikke fundet påkrævet at medtage reglen i § 3, stk. 3, i 1935-loven.

ad § 15.

Ifølge 1935-lovens § 5 påhviler det den, der er underkastet sterilisation eller kastration i henhold til denne lov, at lade sig underkaste lægelig efterundersøgelse efter nærmere af justitsministeren fastsatte regler. De gældende regler er udfærdiget den 10. marts 1951.

Efter udvalgets opfattelse er der ikke grund til fortsat at foreskrive efterundersøgelse af steriliserede personer, jfr. side 38. Det kan herved anføres, at sådanne undersøgelser efter reglerne af 1951 § 1, stk. 2, kun skal finde sted i tilfælde, hvor der af justitsministeriet efter indstilling af retslægerådet er truffet særlig bestemmelse herom.

For de kastrerede personers vedkommende foreslår udvalget, at den almindelige pligt til at underkaste sig efterundersøgelse bortfalder. Det er dog udvalgets opfattelse, at efterundersøgelse stadig bør kunne kræves forud for prøveudskrivning og anbringelse under friere forsorgsformer af personer, der er anbragt på forvaringsanstalt eller på hospital for åndssvage og sindslidende. Endvidere mener udvalget, at der bør være adgang for de kastrerede til på egen begæring at få foretaget sådan undersøgelse. Man har imidlertid ikke ment det påkrævet at optage regler i loven om forpligtelse og berettigelse til efterundersøgelse, men anser det for tilstrækkeligt og mest praktisk, at der i loven gives justitsministeren bemyndigelse til at fastsætte regler herom og om foretagelsen af disse undersøgelser i det hele. Der henvises til bemærkningerne foran side 62 ff.

ad § 16.

I 1935-lovens § 6, stk. 1, er det bestemt, at udgifterne ved sterilisation og kastration efter lovens §§ 1 og 2 betales af den pågældende selv. Hvis han ikke har midler hertil, afholdes udgifterne dog af statskassen eller, for så vidt den pågældende er inddraget under en af de i § 66 i forsorsloven af 1933 nævnte forsorsgrene, af vedkommende anstalt. Ifølge § 6, stk. 6, i 1934-loven afholdes udgifterne ved foretagelsen af sterilisation af den pågældende anstalt. Om betaling af udgifterne ved sterilisation på medicinsk indikation, der ikke sker i henhold til nogen lovbestemmelse, er lovregler ikke givet. Om udgifterne i anledning af svangerskabsafbrydelse indeholdes i svangerskabslovens § 9, stk. 1, en regel svarende til reglen i 1935-lovens § 6, stk. 1. I § 9, stk. 2 og 3, gives dernæst regler for det tilfælde, at kvinden indlægges på et sygehus uden for sit hjemsted.

Udvalget finder det mest praktisk og stemmende med tendensen i nyere lovgivning på andre områder at opgive sondringen mellem bemidlede og ubemidlede, således at udgifterne ved disse indgreb og behandlinger, der kun kan foretages, når bestemte, i loven foreskrevne betingelser er opfyldt, afholdes af statskassen. Kun for så vidt angår sterilisation på medicinsk indikation efter udkastets § 2, har man ment at burde gøre undtagelse. I disse tilfælde kan sterilisation foretages uden tilladelse fra en offentlig myndighed, og der er i det hele en sådan lighed med almindelig sygdomsbehandling, at det skønnes rimeligt, at udgifterne afholdes efter samme regler, som er gældende for sådan behandling.

ad § 17.

Bestemmelsen svarer til § 7, stk. 1, i 1935-loven og til § 9, stk. 1, i 1934-loven. Det er ikke fundet påkrævet at knytte en straffebestemmelse til reglen i udkastets § 14, 2. punktum eller til bestemmelsen i § 15, jfr. for så vidt angår denne bestemmelse udvalgets bemærkninger side 63.

I svangerskabslovens § 4 findes en regel om tavshedspligt for læger og sygehuspersonale med henvisning til straffelovens § 263, jfr. § 275, og i § 5 en bestemmelse om straf efter straffelovens § 162 for den, som til brug ved afgørelse af, om betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger, bevidner noget, hvorom han intet kendskab har, eller forsætlig afgiver urigtige oplysninger. Tilsvarende bestemmelser har ikke hidtil været indeholdt i sterilisationslovgivnin-

gen, og udvalget har ikke fundet tilstrækkelig anledning til at optage sådanne bestemmelser i udkastet, idet fornøden beskyttelse i alt væsentligt må antages at findes i allerede gældende regler.

ad § 19.

Såvel 1935-loven som 1934-loven er gældende for Færøerne. Derimod gælder ingen af lovene for Grønland. Om sterilisationsspørgsmål er der gennem landslægen på Grønland tilgået distriktslægerne en vejledning af 9. august 1957.

Svangerskabsloven af 1956 kan ifølge dens § 13, stk. 3, sættes i kraft på Færøerne, eventuelt med sådanne ændringer, som måtte følge af øernes særlige forhold. Dette er endnu ikke sket. Loven gælder derimod for Grønland, idet § 13, stk. 4, dog bestemmer: »Indtil der i Grønland kan oprettes mødrehjælpsinstitutioner eller dertil svarende institutioner, skal svangerskabsafbrydelse i Grønland i de i § 3, stk. 3, omhandlede tilfælde kunne ske efter samråd mellem den autoriserede læge, der foretager indgrebet, og en anden autoriseret læge.«

Mødrehjælpsloven er ikke sat i kraft for Færøerne eller Grønland. Lovudkastets regler om fremgangsmåden med hensyn til opnåelse af sterilisationstilladelse vil således ikke for tiden kunne praktiseres her, og de særlige forhold, i hvert fald for så vidt angår Grønland, vil muligt tilsige, at andre af udkastets bestemmelser ikke uændret bør finde anvendelse. Det foreslås derfor, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland, men kan sættes i kraft her med de fornødne afvigelser.

Da 1934 loven som nævnt er gældende for Færøerne, og da en gennemførelse af udvalgets lovudkast medfører, at det ved 1934-loven oprettede sterilisationsnævn bortfalder for den øvrige del af landets vedkommende, bør der formentlig, såfremt loven ikke straks kan sættes i kraft for Færøerne, tages stilling til, hvorledes færøske sager vedrørende sterilisation af åndssvage fremtidig skal behandles.

Et medlem af udvalget med særligt kendskab til Grønland (Carl Clemmesen) ønsker at fremhæve, at den rationalisering og liberalisering med hensyn til sterilisation, som en lovgivning efter udvalgsbetænkningens retningslinier vil indebære, snarest bør komme befolkningen og sundhedsvæsenet i Grønland til gode på grund af de her herskende særlig vanskelige sociale forhold til dels optrædende som følge af den overordentlig store fødselshyppighed.

Lov nr. 176 af 11. Maj 1935 om Adgang til Sterilisation og Kastration

§ 1.

Sterilisation (Ufrugtbargørelse) af en Person kan efter indhentet Erklæring fra Retslægeraadet tillades af Justitsministeren, naar samfundsmæssige Hensyn taler derfor og nedennævnte Betingelser er opfyldt.

Der skal foreligge en Begæring, ledsaget af en Lægeerklæring og indeholdende fyldestgørende Oplysninger om de for Andragendet bestemmende Grunde og Erklæring om, at den, der fremsætter Begæringen, for saa vidt det ikke er en Anstaltsledelse, forud af en Læge er vejledet om Indgrebets antagelige Følger. Er den paagældende gift, uden at Samlivet er ophævet ved Separation eller længere Tids faktisk Adskillelse, skal Ægtefællens Erklæring saa vidt muligt indhentes.

For psykisk normale endvidere følgende: At særlige Hensyn, navnlig Fare for Afkommets arvelige Belastning, taler for Sterilisation, at han har naaet Myndighedsalderen, og at han selv andrager derom. Er Andrageren umyndiggjort i personlig Henseende, skal Værgens Erklæring indhentes. I ganske særlige Tilfælde kan Sterilisation dog tillades, uanset at Andrageren ikke har naaet Myndighedsalderen.

For psykisk abnorme, der ikke er aandssvage: At det maa anses for gavnligt for den paagældende, at han sættes ud af Stand til at faa Afkom, at han selv med Tiltræden af en dertil beskikket Værge andrager derom. Er han umyndig, kan hans Værge beskikkes til at afgive Erklæringen. Er den paagældende som Følge af mentale Mangler ude af Stand til at forstaa Betydningen af et saadant Indgreb, kan Andragendet underskrives af Værgen alene. Er han inddraget under Forsorg af en Statsanstalt eller en i Henhold til § 67 i Lov Nr. 181 af 20. Maj 1933 om offentlig Forsorg godkendt Anstalt, kan Anstaltsledelsen underskrive alene.

Om Sterilisation af aandssvage gælder Reglerne i Lov Nr. 171 af 16. Maj 1934.

§ 2.

Kastration af en Person kan efter indhentet Erklæring fra Retslægeraadet tillades af Justits-

ministeren, naar den paagældendes Kønndrift enten udsætter ham for at begaa Forbrydelser og saaledes betyder en Fare for Samfundet eller medfører betydelige sjælelige Lidelser eller social Forringelse for ham. I øvrigt skal følgende Betingelser være opfyldt:

Der skal foreligge en Begæring, ledsaget af en Lægeerklæring og indeholdende fyldestgørende Oplysninger om de for Andragendet bestemmende Grunde og Erklæring om, at den, der fremsætter Begæringen, for saa vidt det ikke er en Anstaltsledelse, forud af en Læge er vejledet om Indgrebets antagelige Følger. Er den paagældende gift, uden at Samlivet er ophævet ved Separation eller længere Tids faktisk Adskillelse, skal Ægtefællens Erklæring saa vidt muligt indhentes.

For psykisk normale endvidere følgende: At han har naaet Myndighedsalderen, og at han selv andrager om Kastration. Er han umyndiggjort i personlig Henseende, skal Værgens Erklæring indhentes.

For psykisk abnorme, herunder aandssvage: At han selv med Tiltræden af en dertil beskikket Værge andrager derom. Er han umyndig, kan hans Værge beskikkes til at afgive Erklæringen. Er den paagældende som Følge af mentale Mangler ude af Stand til at forstaa Betydningen af et saadant Indgreb, kan Andragendet underskrives af Værgen alene. Er han inddraget under Forsorg af en Statsanstalt eller en i Henhold til § 67 i Lov Nr. 181 af 20. Maj 1933 om offentlig Forsorg godkendt Anstalt, kan Anstaltsledelsen underskrive alene. I de to sidste Tilfælde skal Andragendet være tiltraadt af Anstaltslægen eller en Embedslæge.

§ 3.

Forinden Justitsministeren meddeler Tilladelse til Foretagelse af de i denne Lov omhandlede Indgreb, skal Ministeren forvisse sig om, at den paagældende, efter Omstændighederne Værgen, er klar over Beskaffenheden og de antagelige Følger af det Indgreb, som der bliver Spørgsmaal om at foretage.

Tillader Justitsministeren Foretagelse af Ste-

rilisation eller Kastration, foretages Indgrebet snarest muligt og i hvert Fald inden 3 Maanedes af en Læge med fornøden kirurgisk Uddannelse efter den paagældendes eller Anstaltsledelsens Valg. Det paahviler Lægen, naar Indgrebet er foretaget, herom uopholdelig at underrette Justitsministeriet.

Afslaar Justitsministeren Henvendelsen, maa denne ikke fornyes, før 1 Aar er forløbet efter Afslagets Datum, medmindre der er indtraadt Omstændigheder af Betydning for Afgørelsen, der ikke forelaa ved den tidligere Henvendelse.

§ 4.

Kastration af en Person kan efter indhentet Erklæring fra Retslægeraadet bestemmes af Retten, naar han efter opnaaet Myndighedsalder findes skyldig i en af de nedenfor under a) og b) nævnte Forbrydelser under saadanne Omstændigheder, at Gerningen karakteriserer ham som en paa dette Omraade farlig Forbryder, og det maa antages, at der er nærliggende Fare for, at hans Kønssdrift vil drive ham til nye alvorlige Sædelighedsforbrydelser, og at Udsigten til Straf ikke vil afholde ham derfra.

De Forbrydelser, der i denne Henseende kommer i Betragtning, er:

- a) Voldtægt efter Borgerlig Straffelov af 15. April 1930 § 216 eller Forsøg derpaa,
- b) en af de i samme Lov §§ 217, 1ste og 2det Stykke, 218 og 222 samt disse Paragraffer og § 216 sammenholdt med §§ 224 og 225, 1ste Stykke, nævnte Forbrydelser eller Forsøg derpaa.

Hvor en Domfældelse alene finder Sted for en af de under b) nævnte Forbrydelser, er det derhos en Betingelse, at den paagældende findes at burde dømmes til i Medfør af Borgerlig Straffelovs § 70 at anbringes i en Anstalt eller i Medfør af samme Lovs § 65 at indsættes i Sikkerhedsforvaring.

Bestemmelsen om Kastration kan træffes i Forbindelse med Afgørelsen af Skyldspørgsmaalet eller ved en senere Afgørelse, med Hensyn til hvilken der da i Dommen tages Forbehold.

Hvor den skyldige er en Kvinde, bliver det ved Afgørelsen at tage særlig i Betragtning, at

Indgrebet for Kvindens Vedkommende er af mere indgribende og farligere Karakter.

Træffes Bestemmelse om Kastration, foretages denne - under Hensyn til den paagældendes almindelige Sundhedstilstand - snarest muligt af en Læge med fornøden kirurgisk Uddannelse efter Fængsels- eller Anstaltsledelsens Valg. Hvis den paagældende forlanger det, skal Indgrebet - for saa vidt der ikke foreligger lægelig Kontraindikation derfor - foretages under universel Narkose. Lægen indberetter straks til Justitsministeren, naar Indgrebet er foretaget.

Det paahviler den, der er underkastet Sterilisation eller Kastration i Henhold til denne Lov, at lade sig underkaste lægelig Efterundersøgelse efter nærmere af Justitsministeren fastsatte Regler.

§ 6.

Udgifterne ved de i §§ 1 og 2 omhandlede Indgreb betales af den paagældende selv. Hvis vedkommende ikke har Midler hertil, afholdes Udgifterne af Statskassen eller, for saa vidt den paagældende er inddraget under en af de i § 66 i Lov Nr. 181 af 20. Maj 1933 nævnte Forsorgsgrene, af vedkommende Anstalt.

Udgifterne ved de i § 4 omhandlede Indgreb afholdes som Udgifterne ved den paagældendes Fængsels- eller Anstaltsophold.

§ 7.

Den, som uhjemlet foretager de i denne Lov omhandlede Indgreb, straffes, for saa vidt Forholdet ikke efter den øvrige Lovgivning medfører højere Straf, med Bøder fra 500 Kr.

Overtrædelse af de i § 3, 2det Stykke, 2det Punktum, § 4, sidste Stykke, sidste Punktum, og § 5 indeholdte Bestemmelser straffes med Bøder fra 10 Kr.

Bøderne tilfalder Statskassen.

§ 8.

Denne Lov træder i Kraft den 1. Juli 1935. Samtidig ophæves Lov Nr. 130 af 1. Juni 1929 om Adgang til Sterilisation, jfr. Lov Nr. 143 af 2. Maj 1934 om Ændring i den nævnte Lov.

**§§ 6-9 i lov nr. 171 af 16. maj 1934 om foranstaltninger vedrørende åndssvage,
jfr. socialministeriets lovbekendtgørelse nr. 230 af 11. juni 1954**

§ 6.

Stk. 1. Vedkommende anstaltsled else skal snarest gøre indstilling til det i § 7 omhandlede nævn om foretagelse af sterilisation, jfr. § 8, af en åndssvag, når samfundsmæssige hensyn, såsom at pågældende på grund af åndssvaghed skønnes ikke at være i stand til på forsvarlig måde at opdrage sine børn eller ved eget arbejde at forsørge dem, taler for, at den åndssvage sættes ud af stand til at få afkom, eller når sterilisation vil være gavnlig for den åndssvage selv, idet sterilisation vil gøre det forsvarligt at undlade inddragelse under forsorg eller vil muliggøre den åndssvages overgang:

- a) fra anstaltsanbringelse til kontrolleret familiepleje eller udskrivning,
- b) fra kontrolleret familiepleje til udskrivning eller
- c) til en friere form henholdsvis under anstaltsanbringelse eller kontrolleret familiepleje.

Stk. 2. Med anstaltsledelsens indstilling til nævnet skal følge en af anstaltslægen afgiven erklæring, og sagen skal i øvrigt i det omfang, hvori det skønnes af betydning for det rejste spørgsmål, være ledsaget af de anstalten bekendte oplysninger om den åndssvages og hans families forhold samt af fødselsattest for den åndssvage. Indstillingen skal endvidere være ledsaget af en udtrykkelig udtalelse fra en særlig i sagens anledning beskikket værge om, at han er klar over beskaffenheden og de antagelige følger af det indgreb, som der bliver spørgsmål om at foretage, samt at han tiltræder, at indgrebet foretages.

Stk. 3. Er der i nævnet enighed om at tiltræde anstaltsledelsens indstilling om foretagelse af sterilisationsindgreb, drager anstalten snarest muligt omsorg for, at indgrebet foretages af en dertil af sundhedsstyrelsen autoriseret læge.

Stk. 4. Er der i nævnet ikke enighed om godkendelse af indstillingen, vil indgrebet ikke være at foretage. Sagen kan dog atter optages efter 1 års forløb.

Stk. 5. Det påhviler den læge, der foretager indgrebet, uopholdelig at underrette nævnet, når operationen er foretaget.

Stk. 6. Udgifterne ved foretagelsen af indgrebet afholdes af pågældende anstalt.

§ 7.

Stk. 1. Til at behandle de i den foregående paragraf nævnte indstillinger fra anstaltsledelsen om foretagelse af sterilisationsindgreb på åndssvage nedsætter socialministeren et nævn, der skal bestå af en dommer som formand, en socialpraktiker samt en læge, der er uddannet i psykiatri eller åndssvageforsorg.

Stk. 2. Udgifterne ved nævnets virksomhed, herunder honorarer til medlemmerne, afholdes af staten og bevilges på finansloven.

§ 8.

Ved sterilisation forstås i denne lov sådanne indgreb i kønsorganerne, som lægevidenskabeligt betegnes Vasectomi for mænds vedkommende og Resectio tubarum (Salpingectomi) for kvinders vedkommende.

§ 9.

Stk. 1. Den, som uhjæmlet foretager de i § 6 omhandlede sterilisationsindgreb, straffes, for såvidt forholdet ikke efter den øvrige lovgivning medfører højere straf, med bøder fra 500 kr.

Stk. 2. Forsømmelse af at give den i § 6, næstsidste stykke, omhandlede underretning straffes med bøder fra 10 kr.

Stk. 3. Bøderne tilfalder statskassen.

**Uddrag af lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger
i anledning af svangerskab ni. v.**

§ 1.

Stk. 1. En kvinde kan få sit svangerskab afbrudt i følgende tilfælde:

1) Når svangerskabets afbrydelse er nødvendig for at afværge alvorlig fare for kvindens liv eller helbred. Ved bedømmelsen af denne fare skal der på grundlag af en vurdering af samtlige omstændigheder, herunder de forhold, hvorunder kvinden må leve, tages hensyn ikke alene til fysisk eller psykisk sygdom, men også til tilstedeværende eller truende fysiske eller psykiske svækkelsestilstande.

2) Når kvinden er blevet besvangret under sådanne omstændigheder, som omhandles i Borgerlig Straffelov af 15. april 1930 § 210 eller § 210, jfr. § 212, samt når svangerskabet skyldes krænkelse af kvindens kønsfrihed under sådanne omstændigheder, der omhandles i straffelovens §§ 216-223 eller disse paragraffer sammenholdt med § 224.

3) Når der er nærliggende fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller på grund af beskadigelser eller sygdom, pådraget i fosterlivet, vil blive lidende af sindssygdom, åndssvaghed, andre svære mentale forstyrrelser, epilepsi eller alvorlig og uhelbredelig abnormitet eller legemlig sygdom.

4) Når i ganske særlige tilfælde alvorlige fysiske og psykiske defekter eller andre lægeligt begrundede forhold medfører, at kvinden skønnes uegnet til at tage vare på sit barn.

Stk. 2. Afbrydelse af svangerskab må i de i § 1, stk. 1, nr. 2-4, omhandlede tilfælde normalt ikke foretages efter udløbet af den 16. svangerskabsuge.

Stk. 3. Skyldes svangerskabet krænkelse af kvindens kønsfrihed under sådanne omstændigheder, som omhandles i straffelovens § 216, § 217, stk. 2, § 218 og § 221 eller disse paragraffer sammenholdt med § 224, må afbrydelse af svangerskab ikke finde sted, medmindre der er sket anmeldelse til politiet om forbrydelsen, og anmeldelsen — efter stedfunden politiundersøgelse — ikke er afvist som urigtig.

Stk. 4. Såfremt svangerskabsafbrydelse skal foretages på grund af sådanne arvelige anlæg, som omtales i § 1, stk. 1, nr. 3, og disse anlæg stammer fra kvinden, vil der i forbindelse med svangerskabsafbrydelsen uden særlig tilladelse kunne foretages sterilisation af kvinden, såfremt hun indvilger heri, og ikke særlige grunde taler derimod. Bestemmelserne i § 2, nr. 1 og 3, finder anvendelse i sådanne tilfælde.

§ 2.

Svangerskabsafbrydelse må, medmindre den er begrundet i en som følge af sygdom foreliggende alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, ikke finde sted, forinden følgende betingelser er opfyldt:

1) Er kvinden under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, skal der indhentes samtykke fra indehaveren af forældremyndigheden, henholdsvis værgen, medmindre afgørende omstændigheder taler derimod.

2) Er kvinden på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af andre årsager ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan begæringen om dettes foretagelse fremsættes af en hertil efter indstilling af det sociale udvalg beskikket særlig værge eller, forsåvidt hun er inddraget under forsorg af en statsanstalt eller en i henhold til § 67 i lov om offentlig forsorg godkendt anstalt, af anstaltslederen.

3) Er kvinden gift og samlever med sin ægtefælle, skal der gives denne lejlighed til at udtale sig, medmindre særlige omstændigheder taler derimod.

§ 3.

Stk. 1. Afbrydelse af svangerskab må kun foretages af en autoriseret læge på et af statens eller kommunens sygehuse eller på et privat sygehus, der modtager offentlig støtte, eller på hvilket patienter indlægges for offentlig regning.

Stk. 2. Såfremt faren for kvindens liv eller helbred i de i § 1, stk. 1, nr. 1, omhandlede

tilfælde er begrundet i sygdom og dette er konstateret på et af de i nærværende paragrafs stk. 1 omhandlede sygehuse, kan bestemmelse om svangerskabsafbrydelse træffes af sygehusets overlæge.

Stk. 3. Ønsker i andre tilfælde en kvinde sit svangerskab afbrudt, må hun rette henvendelse herom til en mødrehjælpsinstitution. Den pågældende mødrehjælpsinstitution undersøger, om de i §§ 1 og 2 fastsatte betingelser for indgrebets foretagelse er tilstede, og bør herunder i almindelighed indhente oplysninger fra kvindens sædvanlige læge. Tillige skal mødrehjælpsinstitutionen i fornødent omfang søge assistance af speciallæge, indhente erklæring fra arvebiologisk institut eller lade kvinden indlægges på sygehus eller dertil egnet hjem til observation eller behandling. Bestemmelse om, hvorvidt svangerskabsafbrydelse kan foretages, træffes derefter af det i § 6 A, stk. 1, i lov nr. 119 af 15. marts 1939 om mødrehjælpsinstitutioner, som ændret ved lov nr. 176 af 23. juni 1956, omhandlede samråd, bestående af 2 læger og mødrehjælpsinstitutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person med tilsvarende uddannelse.

Stk. 4. Når bestemmelse om svangerskabsafbrydelse foreligger, skal kvinden på begæring modtages på det sygehus (sygehusafdeling), hvorunder hun hører. Sygehusets (sygehusafdelingens) overlæge er berettiget til at forelægge spørgsmålet om indgrebets foretagelse for det i § 6 A, stk. 3, i lov nr. 119 af 15. marts 1939

om mødrehjælpsinstitutioner, som ændret ved lov nr. 176 af 23. juni 1956, omhandlede nævn til vejledende erklæring. Nægter overlægen at foretage indgrebet, kan patienten indlægges på et andet sygehus, om fornødent ved vedkommende mødrehjælpsinstitutions foranstaltning.

§ 9.

Stk. 1. Udgifterne i anledning af svangerskabsafbrydelse afholdes af pågældende selv. Hvis hun ikke har midler hertil, afholdes udgifterne af statskassen eller, forsåvidt hun er inddraget under en af de i § 66 i lov nr. 181 af 20. maj 1933 nævnte forsorgsgrene, af vedkommende anstalt.

Stk. 2. I det i § 3, stk. 4, sidste punktum, omhandlede tilfælde afholdes den del af udgifterne, som ville være forbundet med indlæggelse og foretagelse af indgrebet på sygehuset på kvindens hjemsted, i overensstemmelse med stk. 1. Indenrigsministeren kan fastsætte bestemmelser om, at de med kvindens sygehusophold i øvrigt forbundne udgifter for det sygehus, hvor indgrebet foretages, helt eller delvis skal refunderes af sygehuset på kvindens hjemsted.

Stk. 3. Vedkommende mødrehjælpsinstitution kan, såfremt særlige hensyn til kvinden taler derfor, godkende, at indgrebet foretages på et sygehus udenfor kvindens hjemsted. I så fald afholdes de derved forårsagede udgifter i overensstemmelse med stk. 1.

**Uddrag af lovbekendtgørelse nr. 227 af 24. august 1956
om mødrehjælpsinstitutioner**

§ 6.

Stk. 1. Mødrehjælpsinstitutionens bestyrelse vælger en leder af institutionen. Valget godkendes af socialministeren efter forhandling med mødrehjælpens tilsynsråd.

Stk. 2. Lederen skal være en kvinde, der har gennemgået et anerkendt kursus for socialhjælpere, eller er i besiddelse af en dermed ligestillet uddannelse, og som ved praktisk arbejde på det sociale område har vist evner, der gør hende særlig egnet til leder af en mødrehjælpsinstitution.

§ 6A.

Stk. 1. Ved hver mødrehjælpsinstitution oprettes et eller om fornødent flere samråd, jfr. § 3, stk. 3, i lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v., bestående af institutionens leder eller en anden ved institutionen ansat person med tilsvarende uddannelse og 2 læger, hvoraf så vidt muligt den ene skal være speciallæge i gynækologi eller kirurgi, om muligt en stedlig overlæge, den anden speciallæge i psykiatri. Samrådenes medlemmer og de fornødne suppleanter for dem udpeges af social-

ministeren, de lægelige medlemmer og disses suppleanter efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen og for højst 4 år ad gangen.

Stk. 2. Det påhviler samrådet i overensstemmelse med § 3, stk. 3, i lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m. v. at træffe bestemmelse om, hvorvidt betingelserne for svangerskabsafbrydelse foreligger. Bestemmelse om, at svangerskabsafbrydelse kan foretages, kan kun træffes, når der foreligger enstemmighed herom i samrådet.

Stk. 3. Der oprettes et for hele landet fælles nævn til at følge samrådenes virksomhed og gennem rådgivning overfor disse at virke for en ensartet praksis i sager angående svangerskabsafbrydelse. Nævnet består af en leder af en mødrehjælpsinstitution eller en socialpraktiker med nøje kendskab til mødrehjælpsinstitutionernes arbejde og 2 læger, hvoraf den ene skal være speciallæge i psykiatri, den anden speciallæge i gynækologi eller kirurgi. Nævnets medlemmer og de fornødne suppleanter for dem udpeges af socialministeren for højst 4 år ad gangen, de lægelige medlemmer efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen.

Regler for efterundersøgelse af steriliserede og kastrerede personer

I henhold til § 5 i lov nr. 176 af 11. maj 1935 om adgang til sterilisation og kastration fastsætter justitsministeriet følgende regler for efterundersøgelse af steriliserede og kastrerede personer:

Det påhviler den, der er blevet steriliseret eller kastreret, at underkaste sig lægelig efterundersøgelse til nærmere bedømmelse af operationens virkninger.

Efterundersøgelse af *steriliserede personer* skal fremtidig kun finde sted i tilfælde, hvor der af justitsministeriet efter indstilling af retslægerådet er truffet særlig bestemmelse herom. Såfremt efterundersøgelse skal finde sted, vil undersøgelsen i almindelighed være at foretage ca. et år efter operationen. Yderligere efterundersøgelse vil ikke finde sted, medmindre særlige forhold gør sig gældende; bestemmelse herom træffes i så fald af retslægerådet.

Efterundersøgelse af *kastrerede personer* skal i almindelighed finde sted første gang 6 à 12 måneder efter operationen, derefter med et eller flere års mellemrum.

I tilfælde, hvor det findes påkrævet, kan retslægerådet træffe bestemmelse om efterundersøgelse af kastrerede personer til andre tider end foran bestemt, eller om at efterundersøgelser helt skal ophøre.

§ 2.

Efterundersøgelserne foretages af nedennævnte læger:

- a) Personer, der har bopæl i København, Frederiksberg, Københavns amts nordre birk og Københavns amts søndre birk m. v., derunder personer, der er anbragt på forvaringsanstalterne i Herstedvester og på statsfængslet i Vridsløselille, efterundersøges, indtil videre af professoren i retsmedicin på Universitetets retsmedicinske Institut eller - for så vidt angår forvarede eller fængslede — eventuelt på de nævnte anstalter, (jfr. dog b).

- b) Personer, der befinder sig på anstalter eller hospitaler eller i et under disse hørende plejehjem eller i en af anstalten (hospitalet) kontrolleret familiepleje, efterundersøges af vedkommende anstalts eller hospitals overlæge, afdelingslæger eller reservelæger, eventuelt på det sted, hvor de opererede har ophold. Når særlige omstændigheder taler derfor, kan efterundersøgelserne ske ved en anden læge.

- c) Alle andre personer efterundersøges af embedslægen på dennes bopæl; kun under ganske særlige omstændigheder på den opereredes bopæl.

Rimelige ønsker om efterundersøgelse ved anden læge end foran bestemt vil dog kunne efterkommes. Afgørelsen herom træffes af retslægerådet, i de under b) omhandlede tilfælde i forening med overlægen ved vedkommende anstalt eller hospital.

- § 3.
I tilfælde, hvor efterundersøgelse skal finde sted, tilkendegives det ansøgeren i den af justitsministeriet meddelte tilladelse til operationens foretagelse, af hvem og hvornår første efterundersøgelse vil være at foretage.

Efterundersøgelser bør ikke foretages, før der fra retslægerådet er tilgået den undersøgende læge anmodning herom i hvert enkelt tilfælde.

Såfremt den pågældende ved tilladelsens meddelelse er anbragt på anstalt eller hospital, påhviler det, dersom den pågældende senere udskrives, anstalten eller hospitalet at give underretning herom samt om vedkommendes nye adresse til retslægerådet og samtidig tilstille dette genparter af skemaer vedrørende eventuelle tidligere efterundersøgelser.

I andre tilfælde påhviler det på tilsvarende måde den læge, der har foretaget efterundersøgelse af en person, som fremtidig skal efterundersøges af en anden læge, at underrette retslægerådet herom og samtidig tilstille dette sine

genparter af skemaer vedrørende tidligere efterundersøgelser.

Da det erfaringsmæssigt i visse tilfælde kan være til ulempe for de opererede personer at modtage skrivelser, af hvis kuvert det fremgår, at de er afsendt af en læge eller en lægelig myndighed, skal man henlede opmærksomheden på, at det vil være formålstjenligt, at indkaldelser ekspederes i kuverter, der alene er forsynet med angivelse af afsenderens bopæl.

§ 4.

Efterundersøgelsens resultat indføres i et af retslægerådet udarbejdet skema, der af rådet tilstilles den undersøgende læge, resp. anstalt eller hospital i to eksemplarer samtidig med anmodningen om foretagelse af efterundersøgelse. Det udfyldte skema indsendes til retslægerådet, medens den undersøgende læge beholder en genpart af skemaet til eget brug ved eventuelle senere undersøgelser af den pågældende.

§ 5.

Honoraret for efterundersøgelse er efter forhandling med arbejds- og socialministeriet fastsat til et beløb, der for efterundersøgelser af steriliserede andrager 36 kr., for efterundersøgelser af kastrerede 48 kr. for hver undersøgelse.

Regningerne vil af vedkommende læge være at indsende til retslægerådet.

Alle regninger må indeholde oplysning om, hvorvidt den pågældende er under åndssvageforsorg eller ej.

Disse regler træder i kraft den 15. marts 1951.

Samtidig ophæves de af justitsministeriet under 15. august 1940 (M.T. 1940 nr. 208) udfærdigede regler for efterundersøgelse af steriliserede og kastrerede personer.

De herved fastsatte regler finder også anvendelse på personer, der er steriliseret eller kastreret før den 15. marts 1951. Efterundersøgelse af personer, der er steriliseret før denne dato, skal således ikke finde sted, selvom der måtte være optaget bestemmelse herom i den skrivelse, ved hvilken tilladelsen er meddelt, medmindre andet i det enkelte tilfælde bestemmes af justitsministeriet efter indstilling af retslægerådet.

Justits ministeriet, den 10. marts 1951.

Helga Pedersen.

/ Schibbye.

Fremmed ret

Udvalget har fundet det hensigtsmæssigt at begrænse indsamlingen af materiale til belysning af retstilstanden på dette område i fremmede lande til at angå nogle lande, som i samfundsmæssig henseende kan sammenlignes med Danmark. Man har herefter indhentet oplysninger om tilsvarende lovgivning i de andre nordiske lande samt i England, Holland og Den tyske Forbundsrepublik. Endvidere har man medtaget Schweiz, hvor der gennem en lang årrække har udviklet sig en praksis med hensyn til sterilisation og kastration, som har en vis lighed med de danske regler.

a) *Finland.*

Medens den første sterilisationslov fra 1935 også omfattede kastration, fandt man det ved lovrevisionen i 1950 mest formålstjenligt at behandle emnerne i 2 særskilte love, der stadfæstedes 17. februar 1950. Samme dato stadfæstedes Finlands første svangerskabslov, der også indeholder regler om sterilisation. Supplerende bestemmelser findes i de til lovene knyttede 3 forordninger af 5. maj 1950.

Sterilisation.

Sindssyge eller sjæleligt underlødige personer kan steriliseres efter beslutning af medicinalstyrelsen uden deres samtykke, hvis underlødigheden er af en sådan art, at den vil kunne overføres på afkommet eller medføre, at den pågældende ikke kan drage tilbørlig omsorg for sine børn. Såfremt vedkommende er inddraget under forsorg på anstalt, tilkommer det anstaltens forstander at indstille patienten til sterilisation. I andre tilfælde afgives indstillingen af en anden i statens eller kommunens tjeneste ansat læge, som har undersøgt den syge. Endvidere kan indstilling om sterilisation indgives af »hälsovårdsnämnden« eller af fattigvæsenet, såfremt den pågældende, hans hustru eller børn lever af fattighjælp, samt af børneværnet, hvis dette har grebet ind i henhold til børnebeskyttelsesloven. Personer, som ikke er fyldt 17 år,

må ikke indstilles til sterilisation, medmindre særlige hensyn taler herfor.

Sterilisation kan dernæst foretages på grundlag af en tilladelse fra medicinalstyrelsen. Begæring om tilladelse til sterilisation skal fremsættes af andrageren personlig, og det er en betingelse, at han er i besiddelse af retlig handleevne. Dog kan en mindreårig, som er fyldt 18 år, og som må formodes at forstå indgrebets formål og nødvendighed, også søge tilladelse.

Tilladelsen kan meddeles, såfremt andrageren på grund af sine arvelige anlæg med føje må antages at kunne overføre sindssygdom, sjælelig underlødighed eller anden alvorlig sygdom eller legemsfejl på sit afkom. Andragendet vil ligeledes kunne imødekommes, hvis andrageren på grund af en sygelig forstyrrelse af sjælsevnerne, på grund af misbrug af alkohol eller narkotiske midler eller på grund af sin asociale levemåde skønnes åbenbart uskikket til at drage omsorg for sine børn. Endelig kan der gives tilladelse til sterilisation af en kvinde, som lider af en alvorlig sygdom eller legemsfejl, hvis et svangerskab vil medføre fare for hendes liv eller helbred. I det sidstnævnte tilfælde kan sterilisation i øvrigt foretages uden forudgående tilladelse fra medicinalstyrelsen, såfremt den læge, som foretager indgrebet, samt en anden af medicinalstyrelsen særlig godkendt læge skriftligt erklærer, at forudsætningerne for indgrebet er tilstede og nøje angiver årsagen til operationens udførelse.

Ved svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation vil kvinden, hvis de uheldige arveanlæg findes hos hende, tillige blive steriliseret, medmindre særlige hensyn taler herimod. Afbrydes et svangerskab på medicinsk indikation, uden at den sædvanlige prøvelse af betingelserne har fundet sted, idet indgrebet ikke kunne opsættes uden fare for kvinden, kan den opererende læge tillige sterilisere hende, hvis der foreligger skellig grund til at antage, at det forhold, som har begrundet indgrebet, i tilfælde af nyt svangerskab vil medføre alvorlig fare for hendes liv eller helbred. Er kvinden ude af stand til selv

at give samtykke til sterilisationen, bør lægen så vidt muligt indhente samtykke fra en af hendes nære pårørende.

En indstilling om sterilisation eller et andragende om tilladelse hertil skal bl. a. ledsages af en erklæring afgivet af en uvildig læge på grundlag af hans personlige undersøgelse af den pågældende.

Der skal endvidere indhentes skriftlig erklæring fra vedkommendes eventuelle ægtefælle eller værge. Er der tale om en indstilling, skal den pågældende selv have lejlighed til at udtale sig i sagen, for så vidt han er i stand til at forstå indgrebet betydning, og drejer det sig om en person, der er anbragt på anstalt, indhentes tillige en erklæring fra vedkommende anstalts forstander, for så vidt denne ikke selv har indstillet patienten til sterilisation.

Medicinalstyrelsens afgørelse skal træffes i overværelse af ekstraordinære, sagkyndige medlemmer repræsenterende retsvidenskaben, psykiatrien, arvelighedsforskningen og den sociale sagkundskab. Afgørelsen er endelig.

Sterilisationen skal i almindelighed foretages på et sygehus, som er godkendt af medicinalstyrelsen, af en dér ansat læge. Operationen må ikke udføres senere end 1 år efter meddelelsen af beslutningen eller tilladelsen.

Den opererende læge skal inden 1 måned efter sterilisationens foretagelse sende indberetning herom til medicinalstyrelsen. Dette gælder også med hensyn til sterilisationer, som foretages på grund af en sygdom i kønsorganerne, uanset at lovens regler i øvrigt ikke finder anvendelse i disse tilfælde.

En læge, som foretager sterilisation i strid med lovens bestemmelser, straffes med bøde eller fængsel i indtil 2 år, for så vidt strengere straf ikke er hjemlet i den øvrige lovgivning. Samme straf ifalder den, som mod bedre vidende afgiver urigtig erklæring til en myndighed eller en læge i sterilisationsager.

Kastration.

Loven giver hjemmel for at foretage kastration uden den pågældendes samtykke af personer, som ved dom er fundet skyldige i en forbrydelse eller i forsøg herpå, der viser, at de på grund af deres kønsdrift er farlige for andre. Det samme gælder sjæleligt underlødige eller uheldredeligt sindssyge personer, som er anbragt på sindssygehospital eller dermed ligestillet anstalt, såfremt det kan godtgøres, at de på grund af deres kønsdrift er farlige for andre.

Den, som er i besiddelse af retlig handleevne,

kan få tilladelse til at lade sig kastre, hvis man med føje kan frygte, at hans kønsdrift udsætter ham for at begå forbrydelser, eller hvis kønsdriften på grund af dens abnorme styrke eller retning medfører sjælelig lidelse eller anden alvorlig ulempe for ham.

Kastration kan ikke finde sted af personer under 21 år.

Medicinalstyrelsen træffer afgørelse i kastrationssagerne. Beslutningen skal tages i overværelse af bisidderne, som repræsenterer strafferetsvidenskaben og psykiatrien.

Indstilling om kastration af personer, der er anbragt i straffeanstalt, på sindssygehospital eller lignende anstalt, afgives af vedkommende anstalts forstander. I andre tilfælde indstiller politiet den pågældende til kastration. Det påhviler domstolene i alvorligere sædelighedssager inden 60 dage efter dommens afsigelse at fremsende retsbogsudskrift til justitsministeriet, der videresender den til den myndighed, der skal afgive indstilling om kastration. Tilsvarende gælder i andre straffesager, hvis det må antages, at forbrydelsen har sin rod i en sådan abnorm kønsdrift, at der kan blive tale om kastration. For så vidt angår de grovere sædelighedsforbrydere, har vedkommende anstalt pligt til at forelægge spørgsmålet om kastration for medicinalstyrelsen.

Kastration af en person, som er i besiddelse af retlig handleevne, må ikke foretages, medmindre den pågældende og, hvis han er gift, så vidt muligt hans ægtefælle har haft lejlighed til at udtale sig i sagen. Savner han retlig handleevne, skal der, hvis det er muligt, og det kan ske uden at medføre ulemper for hans fremtidige livsførelse, gives hans ægtefælle, forældre eller værge lejlighed til at udtale sig i sagen. Medicinalstyrelsen kan om fornødent tillige begære vidneafhøring foretaget i retten på vedkommendes hjemsted med henblik på at fremskaffe yderligere oplysninger i sagen.

Andragendet eller indstillingen skal bl. a. ledsages af en lægeerklæring indeholdende oplysninger om vedkommendes kønsdrift, hans farlighed for omgivelserne og andre relevante omstændigheder. Det skal fremgå af erklæringen, at den pågældende er blevet vejledet af lægen om betydningen af kastrationen og om virkningerne af denne. Erklæringen skal afgives af en læge ansat i statens eller en kommunes tjeneste på grundlag af lægens personlige undersøgelse af patienten. Hvis den pågældende er anbragt på anstalt eller indlagt på hospital, afgives erklæringen af en af institutionens læger.

Medicinalstyrelsens beslutning om kastration skal indeholde bestemmelser om, på hvilken måde kastrationen og en eventuel efterundersøgelse eller efterbehandling skal iværksættes, og på hvilket hospital operationen og eventuelle senere behandlinger skal foretages. Ingen kan dog tvinges til at lade sig underkaste efterundersøgelse eller -behandling.

Medicinalstyrelsens afgørelse i sager om tvungen kastration kan indbringes til prøvelse for højesteret; efter loven bør afgørelsen altid forelægges for højesteret, hvis det kræves af et medlem af medicinalstyrelsen eller af en af bisidderne, og afgørelsen vedrører en person, som ikke er i besiddelse af retlig handleevne.

Sker det, at den, der i henhold til retskraftig beslutning skal underkastes kastration, modsætter sig operationens udførelse, eller foreligger der andre særlige grunde til at opsætte kastrationen, skal der straks gives medicinalstyrelsen underretning herom. Styrelsen kan da enten påbyde, at kastrationen skal gennemføres under anvendelse af passende tvangsmidler, eller at den skal udskydes på bestemt tid. Udsættes operationen, kan medicinalstyrelsen bestemme, at den pågældende, for så vidt han ikke afsoner straf, skal interneres en vis tid eller til kastrationen er gennemført.

Hvis medicinalstyrelsen i de tilfælde, hvor operationen udsættes, finder, at den pågældende ikke længere som følge af sin kønsdrift er farlig for andre, skal afgørelsen ophæves.

Den opererende læge skal inden 1 måned efter udførelsen af kastrationen sende indberetning herom til medicinalstyrelsen.

Foretagelse af ulovlige kastrationer straffes efter tilsvarende regler, som gælder for uretmæssige sterilisationer.

Loven finder ikke anvendelse på kastrationer, der er nødvendige på grund af legemlig sygdom.

Ifølge udtalelse fra den finske medicinalstyrelse har loven om kastration i sin nuværende affattelse vist sig ikke at være formålstjenlig.

Statistik.

I 1956 og 1957 udførtes henholdsvis 1.582 og 1.728 sterilisationer i henhold til loven. Af disse blev i 1956 475 og i 1957 525 foretaget efter medicinalstyrelsens beslutning, medens resten - henholdsvis 1.107 og 1.201 - udførtes på grundlag af 2 lægers tilladelse, bortset fra 2 tilfælde i 1957, hvor forelåg en nødsituation.

Antallet af udførte kastrationer var i årene 1956, 1957 og 1958 henholdsvis 3, 2 og 1.

b) *Island.*

Efter de islandske regler om sterilisation og kastration, der findes i lov nr. 16 af 13. januar 1938, er adgangen til at foretage sådanne indgreb i kønsorganerne væsentlig mere begrænset end det er tilfældet her i landet. Uden for lovens område falder indgreb, der er nødvendige for at helbrede eller forebygge en sygelig tilstand hos dem, indgrebene foretages på. Loven har i øvrigt i hovedtræk følgende indhold:

Sterilisation kan tillades

- a) hvis der er grund til at formode, at vedkommende har nedarvede dispositioner, der efter al sandsynlighed vil vise sig hos afkommet som alvorlig vanskabthed, farlig åndelig eller legemlig sygdom, åndssvaghed eller anlæg for forbrydelser, eller at der er tilsvarende fare for hans afkom af andre grunde. Det er en forudsætning, at man ikke på anden måde kan råde bod herpå.
- b) hvis vedkommende er åndssvag eller uheldelig sindssyg eller lider af en anden alvorlig, langvarig sygdom, og der er grund til at antage, at han ikke ved eget arbejde kan ernære sig selv eller sit afkom.

Kastration kan tillades, hvis der er grund til at formode, at den pågældendes unormale kønsdrift sandsynligvis vil føre til seksualforbrydelser eller til andre farlige lovovertrædelser, og man ikke på anden måde kan råde bod herpå.

Andragende om tilladelse til sterilisation eller kastration kan indgives af

- 1) den pågældende selv,
- 2) forældre eller værge, hvis vedkommende er under 16 år eller umyndiggjort,
- 3) en ad hoc beskikket værge (tilsynsmand) for en sindssyg eller åndssvag, der ikke er umyndiggjort,
- 4) vedkommende politimester, hvis han mener, at den pågældendes unormale kønsdrift kan føre til forbrydelser.

Kastration kan dog kun ske efter begæring fra vedkommende selv eller politimesteren.

Med andragendet skal følge en lægeerklæring og en erklæring fra vedkommendes eventuelle ægtefælle.

Tilladelsen meddeles af landslægen, efter at sagen har været behandlet i et særligt udvalg, bestående af 3 medlemmer. Blandt udvalgets medlemmer skal findes en læge, fortrinsvis en

specialist i sindssygdomme, og en jurist, helst en dommer. Landslægen må kun tillade indgrebet, hvis et flertal af udvalgets medlemmer anbefaler det. Nægter landslægen at give tilladelse, uanset at udvalgets flertal har anbefalet indgrebet, kan ansøgeren indbringe sagen for justitsministeren, der kan pålægge udvalget at udfærdige tilladelsen.

Den læge, der udfører indgrebet, skal sende indberetning herom til landslægen.

Foretagelse af ulovlige indgreb straffes med bøde, såfremt strengere straf ikke er forskyldt efter andre bestemmelser.

Statistik

I perioden fra 1938 til 1957 er der til de omhandlede indgreb udfærdiget 243 tilladelser for kvinder og 8 for mænd. I samme tidsrum afslog man ansøgninger fra 48 kvinder og 2 mænd.

c) Norge.

Som i Danmark kan sterilisation og kastration udføres på medicinsk indikation uden myndighedernes tilladelse. I andre tilfælde kræves tilladelse i henhold til lov nr. 2 af 1. juni 1934 om adgang til sterilisering m.v. som ændret ved lov nr. 2 af 28. april 1961.

I modsætning til den danske lovs bestemmelser gælder i Norge ensartede betingelser for tilladelse til sterilisation og kastration. Loven sammenfatter disse indgreb under betegnelsen »seksualindgreb«. Der skelnes mellem tilladelser til følgende persongrupper:

I. Psykisk normale personer over 21 år:

Det kræves, at den pågældende selv søger om tilladelse, og at han har en »aktverdig grunn« til sit andragende. Med andragendet skal følge en lægeerklæring, der nærmere skal belyse, at sidstnævnte betingelse er opfyldt. Efter den foreliggende praksis kommer følgende indikationer navnlig i betragtning:

- Psykiatrisk indikation.
- Protektionistisk indikation, d. v. s. tilfælde, hvor den pågældende ikke vil blive i stand til at sørge tilbørligt for sig selv og sit afkom, og hvor hensynet til børnene derfor spiller den væsentlige rolle.
- Eugenisk indikation.
- Udvidet medicinsk indikation (begrebet »slitt mor«).
- Social indikation.
- Medicinske grænsetilfælde, d. v. s. tilfælde,

hvor der foreligger nogen medicinsk indikation, som imidlertid ikke alene kan motivere indgrebet, men hvor der tillige foreligger andre biindikationer.

II. Personer under 21 år eller personer, som har en alvorlig sindslidelse eller er hæmmet i sjælelig udvikling eller er sjælelig svækket, men som dog er i stand til selv at fremsætte begæring om seksualindgreb.

Udover de under gruppe I anførte betingelser kræves samtykke fra værgen (eventuelt en ad hoc beskikket værge). Lægeerklæringen skal endvidere være noget fyldigere, for så vidt angår beskrivelsen af ansøgerens mentale tilstand.

III. Personer, som har en alvorlig sindslidelse eller i høj grad er hæmmet i sjælelig udvikling eller i høj grad er sjælelig svækket og som af den grund er ude af stand til selv at tage stilling til indgrebet.

Begæring kan i disse tilfælde fremsættes af værgen (herunder også en ad hoc beskikket værge) eller af vedkommende politimester med værgens samtykke. Er den pågældende anbragt på anstalt eller i fængsel, kan anstaltens, resp. fængslets, forstander indgive begæringen, men andragendet skal da tiltrædes af værgen.

Tilladelse kan kun meddeles, hvis der ikke er håb om helbredelse eller væsentlig bedring, og der er grund til at antage,

- at den pågældende ikke vil blive i stand til ved eget arbejde at sørge for sig og sit afkom, eller
- at en sygelig sjælstilstand eller en betydelig legemlig mangel vil blive overført på afkommet, eller
- at den pågældende på grund af en abnorm kønsdrift vil begå sædelighedsforbrydelser.

Før der meddeles tilladelse til seksualindgreb på en gift person, skal ægtefællen såvidt muligt have adgang til at udtale sig om begæringen.

Tilladelse gives i de under gruppe I anførte tilfælde af helsedirektøren og ellers af et sagkyndigt råd, som består af helsedirektøren som formand og 4 andre medlemmer. Blandt medlemmerne skal være mindst 1 kvinde, 1 dommer og 2 Leger.

Den myndighed, der meddeler tilladelse, bestemmer samtidig indgrebets art og foreskriver, af hvem det skal udføres, og hvor operationen skal finde sted.

Statistik.

I 1957 steriliseredes ialt 492 kvinder og 35 mænd. Der var indgivet henholdsvis 536 og 48 andragender. 447 af de steriliserede kvinder henførtes under gruppe I, 39 under gruppe II og 6 under gruppe III. Af sterilisationerne under gruppe I udførtes 192 på udvidet medicinsk indikation og 104 på psykiatrisk indikation.

Samme år gaves tilladelse til kastration af 7 mænd, medens 8 andragender blev afslået. De tilsvarende tal for kvinder var 0 og 1.

d) Sverige.

Sterilisation.

Sveriges første sterilisationslov er fra 1934. Den tog kun sigte på sterilisation af personer, som på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller anden varig sjælelig forstyrrelse var ude af stand til at give gyldigt samtykke til indgrebet, idet man antog, at sterilisation af psykisk normale kunne finde sted uden lovhjæmmel, hvis den pågældende gav samtykke hertil, og den opererende læge skønnede, at vigtige eugeniske, sociale, humanitære eller kriminalpolitiske hensyn talte for indgrebet. Dette medførte en stærkt svingende praksis landet over i disse sager, hvilket fra et samfundsmæssigt synspunkt var utilfredsstillende. Hertil kom, at det efter vedtagelsen af svangerskabsloven i 1938 blev følt som et savn, at medicinalstyrelsen ikke i forbindelse med en tilladelse til svangerskabsafbrydelse kunne tage stilling til, om kvinden samtidig burde steriliseres.

En revision af sterilisationsloven fandtes derfor påkrævet, og de gældende regler om sterilisation findes nu i lov nr. 282 af 23. maj 1941 med tilhørende kundgørelse af 13. juni 1941. Indgreb, som er nødvendiggjort af sygdom i kønsorganerne, falder uden for lovens rammer. Efter loven kan operationen udføres på følgende grundlag:

- 1) På eugenisk indikation, hvis der er grund til at antage, at en person som følge af sine arvelige anlæg vil kunne overføre sindssygdom, åndssvaghed eller anden alvorlig sygdom eller legemsfejl på sit afkom. - Det kan i denne forbindelse nævnes, at svangerskabsafbrydelse på eugenisk indikation i almindelighed ikke må finde sted, medmindre kvinden samtidig steriliseres.
- 2) På social indikation, hvis en person på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller anden forstyrrelse af sjælselvernerne eller på grund

af asocial livsførelse skønnes at være åbenbart uegnet til at drage omsorg for børn.

- 3) På medicinsk indikation, hvis det på grund af sygdom, legemsfejl eller svagelighed hos en kvinde er påkrævet, at hun steriliseres for at forebygge et svangerskab, som ville medføre alvorlig fare for hendes liv eller helbred. Sterilisation af mænd kan ikke finde sted på medicinsk indikation.

Det er en betingelse, at den pågældende giver skriftligt samtykke til indgrebets udførelse, medmindre han på grund af forstyrrelse af sjælselvernerne er ude af stand hertil.

Sterilisation kræver i almindelighed tilladelse fra medicinalstyrelsen, men foreligger der medicinsk indikation hos en kvinde som følge af legemlig sygdom eller legemsfejl, må hun med sit samtykke steriliseres uden sådan tilladelse, hvis den læge, som udfører indgrebet, sammen med en læge i en af de i kundgørelsen nærmere anførte stillinger (normalt en embedslæge) skriftligt erklærer, at betingelserne for foretagelse af indgrebet er tilstede. Tilladelse er også uformøden, hvis sterilisationen foretages i tilslutning til en svangerskabsafbrydelse, udført med hjemmel i svangerskabslovens § 7. Efter denne bestemmelse kan et svangerskab afbrydes på grund af sygdom eller legemsfejl hos kvinden uden den sædvanlige prøvelse af, om lovens betingelser er opfyldt, hvis indgrebet ikke uden skade kan opsættes. Såfremt den opererende læge finder, at det forhold, der giver anledning til svangerskabsafbrydelsen, ved et nyt svangerskab vil medføre alvorlig fare for kvindens liv eller helbred, kan han samtidig sterilisere hende. Er hun på grund af forstyrrelse af sjælselvernerne ude af stand til at give gyldigt samtykke hertil, skal lægen, om tiden tillader det, indhente samtykke fra en af hendes slægtninge.

Sterilisationsandragende kan indgives af

- 1) vedkommende selv,
- 2) forældremyndighedens indehaver,
- 3) værger for en umyndiggjort,
- 4) »fattigvårdsstyrelsen«, hvis den pågældende, hans ægtefælle eller mindreårige børn oppebærer fattighjælp,
- 5) børneværnsudvalget, hvis den pågældende selv eller hans børn er undergivet foranstaltninger i henhold til børneværnsloven,
- 6) visse hospitalslæger og embedslæger.

Kundgørelsen pålægger disse læger pligt til, hvis de gennem deres virksomhed bliver bekendt med tilfælde, hvor sterilisation ud fra en

almindelig betragtning synes påkrævet, at foranstalte de fornødne undersøgelser, og - såfremt resultatet af undersøgelsen tilsiger det - at sørge for, at ansøgning om sterilisation indsendes til medicinalstyrelsen. Lægerne er også pligtige at følge en offentlig myndigheds henstilling om foretagelse af en sådan undersøgelse. Bestemmelsens formål er navnlig at fremme sterilisation af åndssvage.

Før tilladelsen meddeles, skal der så vidt muligt gives den pågældendes eventuelle ægtefælle, eller - hvis det drejer sig om en mindreårig eller en umyndiggjort — forældremyndighedens indehaver eller værgen lejlighed til at udtale sig i sagen, men deres samtykke kræves ikke. Er der tale om en anstaltsanbragt, skal der indhentes en udtalelse fra anstalts læge og forstander.

Andragendet skal være ledsaget af en lægeerklæring afgivet på en af medicinalstyrelsen godkendt blanket.

Der er ikke fastsat nogen laveste aldersgrænse for foretagelse af sterilisation.

Afslås andragendet, kan afgørelsen påklages til regeringsrätten.

Operationen skal for kvinders vedkommende udføres på et hospital eller dermed ligestillet anstalt. Hospitalsindlæggelse kræves ikke for mænds vedkommende. Medicinalstyrelsen kan i tilknytning til tilladelsen fastsætte nærmere forskrifter for udførelsen af indgrebet. Der er ikke hjemmel til at gennemføre operationen mod den pågældendes protest under anvendelse af fysisk tvang.

Den læge, som udfører operationen, skal inden 1 måned indsende indberetning derom til medicinalstyrelsen.

Udnyttes en tilladelse ikke inden 1 år, efter at den er meddelt, bortfalder den.

Den, som foretager sterilisation i strid med lovens bestemmelser, eller som afgiver falsk erklæring i sterilisationssager, straffes, for så vidt forholdet ikke efter den øvrige lovgivning medfører højere straf, med dagbøder eller fængsel i indtil 1 år.

Kastration.

Kastrationslovgivningen i Sverige er af ret ny dato, idet der først ved lov nr. 133 af 24. marts 1944, jfr. kundgørelse nr. 285 af 26. maj 1944, blev givet retsregler herom. Indtil da havde det ligesom for sterilisationsindgrebets vedkommende været antaget, at en person lovligt kunne kastreres, såfremt han samtykkede heri, og vedkommende læge skønnede, at der forelå vægtige grunde til at foretage indgrebet.

Bortset fra tilfælde, hvor indgrebet er nødvendigt på grund af legemlig sygdom, kan kastration finde sted på følgende grundlag:

- 1) Hvis en person på grund af sin kønsdrift med føje må antages at ville kunne begå forbrydelser, som medfører alvorlig fare eller skade for andre.
- 2) Hvis kønsdriftens abnorme retning eller styrke medfører svære sjælelige lidelser eller anden alvorlig ulempe for ham.

Det er i almindelighed en betingelse, at den pågældende giver skriftligt samtykke til operationen.

Ingen må kastreres før sit fyldte 23. år, medmindre særlige grunde kræver det.

Kastration må i reglen kun ske efter indhentet tilladelse fra medicinalstyrelsen. Tilladelse er dog uforvøden, når kastration af en psykisk normal sker med hans samtykke af de under 2) nævnte grunde, og den behandlende læge i forening med en af de i kundgørelsen anførte læger (fortrinsvis en læge ansat ved et sindssygehospital) afgiver en skriftlig erklæring om, at forudsætningerne for at udføre operationen er til stede. Patienter på et sindssygehospital eller en lignende anstalt eller forvarede kan ikke kastreres efter denne bestemmelse, hvis praktiske betydning derfor er ringe.

Andragende om kastration kan foruden af den, hvem andragendet angår, indgives af

- 1) forældremyndighedens indehaver,
- 2) værgen for en umyndiggjort,
- 3) forstandere for visse anstalter,
- 4) visse læger, herunder navnlig anstaltslæger.

Om lægernes pligt til at indsende andragende gælder tilsvarende bestemmelser som nævnt under afsnittet om sterilisation.

Med andragendet skal følge en lægeerklæring og oplysninger fra ægtefælle eller andre pårørende om de omstændigheder, som har betydning for sagens bedømmelse.

Tilladelsen må ikke meddeles, forinden vedkommendes eventuelle ægtefælle, værge eller forældremyndighedens indehaver, hvis der er tale om en mindreårig, så vidt muligt har haft lejlighed til skriftligt at udtale sig i sagen. Angår sagen en anstaltsanbragt, skal anstalts læge og forstander tillige afgive erklæring.

Medicinalstyrelsens afgørelse kan påklages til regeringsrätten. Klagefristen er 1 måned. Indgrebet må ikke foretages, før afgørelsen er retskraftig.

Kastrationen skal i almindelighed finde sted

på et hospital. Medicinalstyrelsen kan i forbindelse med tilladelsen give nærmere forskrifter om indgrebets udførelse.

Det påhviler den læge, der foretager indgrebet, at underrette medicinalstyrelsen herom inden 1 måned efter operationen.

Tilladelsen bortfalder, hvis den ikke er udnyttet inden 1 år efter, at den er blevet retskraftig.

Den, der kastreres i henhold til en tilladelse fra medicinalstyrelsen, skal efter 3 års forløb lade sig lægeundersøge med henblik på konstatering af kastrationens virkninger, og resultatet af undersøgelsen skal meddeles medicinalstyrelsen.

Straffen for at foretage kastration i strid med lovens bestemmelser eller for mod bedre viden at afgive urigtig erklæring i kastrationssager er dagbøder eller fængsel i indtil 1 år, medmindre strengere straf er forskyldt i henhold til den øvrige lovgivning.

Statistik.

I 1956 blev der indgivet 2.067 andragender om sterilisation. Heraf imødekom medicinalstyrelsen 1.865. Samme år udførtes 1.630 sterilisationsoperationer i henhold til medicinalstyrelsens tilladelse. 1.382 af disse skete på medicinsk indikation.

I årene 1954, 1955 og 1956 kastreredes henholdsvis 28, 20 og 7 personer i henhold til lovens bestemmelser. Næsten alle kastrationer udførtes på grundlag af tilladelse fra medicinalstyrelsen.

e) England.

Der findes ingen lovgivning om sterilisation eller kastration, og heller ikke domstolene har direkte taget stilling til, under hvilke betingelser sådanne indgreb kan anses for retmæssige. Den almindelige anskuelse er imidlertid, at operationer af denne art er retstridige, med mindre de udføres i god tro for at redde patientens liv eller helbred - herunder hans psykiske sundhed. Sterilisations- eller kastrationsindgreb på andre indikationer vil formentlig blive anset for retstridige og medføre strafansvar. Patientens samtykke kan ikke medføre, at en operation, der ellers ville være retstridig, bliver retmæssig.

f) Holland.

Heller ikke i Holland findes nogen lovgivning om sterilisation og kastration. Disse indgreb kan kun udføres på lægelig indikation.

Justitsministeren kan dog efter indhentet erklæring fra en psykiater tillade, at lovovertrædere, som på grund af deres sjælelige tilstand ikke - eller dog kun delvis - er fundet ansvarlige for deres kriminelle handlinger, og som derfor er idømt andre retsfølger end straf, lader sig kastrere efter derom fremsat begæring. Lægen må ikke tilråde kastration, hvis andragerens formål alene er at opnå en formildelse af den idømte sanktion.

g) Den tyske Forbundsrepublik.

Indtil 1945-46 gjaldt den under det nazistiske styre gennemførte »Erbgesundheitsgesetz«, der gav hjemmel til tvangssterilisation på eugenisk grundlag og endvidere bestemte, at sterilisation og kastration kunne foretages på medicinsk indikation med den pågældendes samtykke, ligesom mænd kunne lade sig kastrere, hvis det måtte befrygtes, at deres kønsdrift udsatte dem for at begå nogle nærmere angivne forbrydelser. Endelig kunne domstolene med hjemmel i straffelovgivningen i visse tilfælde træffe bestemmelse om kastration af mandlige sædelighedsforbrydere.

Efter det tredje riges sammenbrud blev »Erbgesundheitsgesetz« udtrykkeligt ophævet i nogle af forbundsrepublikkens enkeltstater, og for de øvrige stater vedkommende anses lovens bestemmelser om tvangssterilisation på eugenisk indikation ligeledes for bortfaldne.

De ovenfor nævnte lovbestemmelser om kastration - frivillig eller tvungen - ud fra kriminologiske synspunkter er også bortfaldet.

Med hensyn til spørgsmålet om adgangen til frivilligt at lade sig sterilisere eller kastrere er retstilstanden ikke den samme i alle forbundsrepublikkens stater. I de stater, der har ophævet den nævnte »Erbgesundheitsgesetz«, som f. eks. Bayern og Hessen, antages det, at lovligheden af sådanne indgreb — uanset indikationernes art - udelukkende må bedømmes efter straffelovens (Strafgesetzbuch) § 226 a, hvorefter den, der foretager en legemsbeskadigelse med den pågældendes samtykke, kun handler retstridigt, hvis gerningen trods samtykket er stridende mod »de gode sæder« (die guten Sitten). Udvalget er ikke bekendt med, hvilken praksis der knytter sig til denne bestemmelse.

For så vidt angår de øvrige stater kan sterilisation og kastration i henhold til § 14, stk. 1, i »Erbgesundheitsgesetz« ske på medicinsk indikation, hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge en alvorlig fare for den pågældendes liv eller

helbred, og patienten har givet samtykke til operationen. Det er omtvistet, om sterilisation på eugenisk indikation er tilladt, og yderligere indikationer ses i hvert fald ikke at kunne komme på tale.

h) *Schweiz.*

Den retlige regulering af adgangen til at foretage sterilisation eller kastration er ikke et forbundsanliggende, men henhører under de enkelte kantoners kompetence. Kun én af disse har lovregler herom. Det drejer sig om kanton Vaud, som ved lov af 23. maj 1939 »sur les malades mentaux et autres psychopathes« har åbnet mulighed for tvangssterilisation eller -kastration af sjæleligt abnorme personer, hvis tilstand frembyder fare for dem selv, for deres omgivelser, for sædeligheden eller for den offentlige orden. Indgrebet kan kun foretages med sundhedsrådets samtykke og efter enstemmig indstilling af to af rådet udpegede læger. Det er endvidere en betingelse, at den pågældendes sygdom må anses for uhelbredelig, og at hans afkom efter al sandsynlighed vil blive defekt.

I den øvrige del af landet, hvor området som nævnt er ulovbestemt, er der i tidens løb i praksis skabt visse vejledende principper for behandlingen af disse sager. Et cirkulære af 5. februar 1931 fra socialdirektoratet for kanton Bern om de sociale myndigheders medvirken til

sterilisation af kvinder har i så henseende været af væsentlig betydning.

Man kræver altid samtykke fra den pågældende og dennes eventuelle ægtefælle. Endvidere skal der foreligge medicinsk, social eller eugenisk indikation for indgrebet. Afgørelsen afhænger af vedkommende læges skøn over, om grundlaget for operationens udførelse er fyldestgørende. Nogen tilladelse fra en offentlig myndighed kræves således i almindelighed ikke. Myndighederne i Bern har henstillet til lægerne ikke at sterilisere en gift kvinde, medmindre hun er fyldt: 30 år og allerede har mindst 3 børn.

Med hensyn til sterilisation af ugifte kvinder gælder i kanton Bern, at der - foruden den pågældendes og eventuelle værges samtykke — skal foreligge en begæring fra vedkommende kommunale myndighed. Sagen afgøres derefter af en kommission nedsat af socialdirektoratet. Kommissionen skal til brug for sagens behandling bl.a. indhente en erklæring fra en speciallæge i psykiatri. Tilladelsen vil kun blive givet, hvis kvinden har en sjælelig eller legemlig brist, og sterilisation af mindreårige kan kun ske, hvis medicinske grunde gør operationen nødvendig.

I Bern kræves endvidere i henhold til det nævnte cirkulære en tilladelse fra socialdirektoratet, hvis det drejer sig om sterilisation af en kvinde, der modtager offentlig hjælp, og indgrebet er foreslået af den sociale myndighed.

Redegørelse fra mødrehjælpen for behandling af sterilisationsspørgsmål i mødrehjælpsinstitutionerne

I. *Indledende bemærkninger.*

Efter at mødrehjælpsinstitutionerne i henhold til den første svangerskabslov af 1937 og loven om mødrehjælpsinstitutioner, der begge trådte i kraft i 1939, i stigende grad blev draget ind i arbejdet med kvinder, der søgte svangerskabsafbrydelse, måtte man efterhånden også komme ind på spørgsmålet om sterilisation.

Der har ikke været ført nogen systematisk statistik over antallet af sterilisationsindgreb, der formidledes gennem mødrehjælpen, men for året 1958/59 foreligger en omhyggelig statistisk bearbejdelse af institutionernes praksis i denne henseende. Der skal her redegøres for dette talmateriale. Indledningsvis skal man meddele visse oplysninger vedrørende fremgangsmåden ved behandlingen af sterilisationssager og desuden fremsætte nogle almindelige betragtninger vedrørende indikationsstillingen for sterilisation.

II. *Behandlingen af sterilisationssager i mødrehjælpsinstitutionerne.*

I de første år efter 1939 foretoges i det væsentlige indgreb, for hvilke man havde søgt og opnået bevilling i henhold til lov om sterilisation og kastration. I de senere år er imidlertid langt de fleste indgreb foretaget på medicinsk indikation. Svangerskabsloven af 1956 skabte en ny ramme for sterilisationsindikationer, men kun et relativt lille antal indgreb er foretaget i henhold hertil. I nogle få tilfælde har man også indstillet til sterilisation i henhold til lov om åndssvage, men oftest er disse patienter forundersøgt og indstillet af åndssvageforsorgens egne læger.

For patienter, for hvilke sterilisationsindgreb viser sig påkrævet i forbindelse med abortus provocatus, er det ofte en fordel, om indgrebene foretages samtidig. I samråd med justitsministeriet og retslægeråd har man fundet en ekspeditionsform, der, hvor det er påkrævet, gør det muligt at opnå tilladelsen så betids, at indgrebene kan udføres samtidig. Findes ikke indikation for abortus provocatus, eller er tidspunktet her-

for forpasset, kan sterilisation komme på tale efter graviditetens afslutning. I stigende omfang er sådanne indgreb foretaget straks i puerperiet, dels fordi indgreb på dette tidspunkt indebærer visse operationsmæssige fordele, dels fordi mange kvinder foretrækker, at indgrebet overstås samtidig med, at de er indlagt til fødsel på hospital.

Mens sterilisationsspørgsmålet i de fleste tilfælde er taget op i forbindelse med ansøgning om ab. prov., henvender der sig herudover et vist antal kvinder gravide såvel som ikke gravide, som uden ønske om abortindgreb ønsker sterilisation. Disse tilfælde omtales i det følgende som »rene sterilisationstilfælde« og behandles særskilt statistisk. De to materialer er dog i praksis ikke skarpt adskilte, idet kvinder der har søgt, men fået afslået abort i foregående finansår og er steriliseret i omhandlede finansår, af tekniske grunde har måttet registreres som »rene sterilisationstilfælde«. Herfor redegøres nærmere på side 105. Desuden har et mindre antal mænd henvendt sig om sterilisation, jfr. side 106.

Allerede i de første år udførtes også i et vist omfang sterilisation på medicinsk indikation, idet det ikke sjældent var indiceret at kombinere abort på medicinsk eller medicinsk-social indikation med sterilisation på medicinsk grundlag. På dette tidspunkt var der imidlertid en del kirurgiske afdelinger, som principielt ikke ønskede at udføre sterilisationsindgreb, mens andre nærede betydelige betænkeligheder, især når det drejede sig om indgreb på medicinsk indikation uden forudgående autoritativt godkendelse. Mødrehjælpen fremsendte i en del sådanne tilfælde ansøgninger til ministeriet, som efter at have hørt retslægerådet tilbagesendte dem med oplysning om, at rådet fandt, at der forelå medicinsk indikation, eller at de behandlende læger burde overveje, hvorvidt sådan indikation måtte foreligge. Herved skabtes et sådant autoritativt grundlag for de medicinske indikationer, at de kirurgiske afdelinger med større tryghed kunne udføre indgrebene, ligesom man opnåede, at det blev justitsministeriet og retslægerådet, der fast-

lagde den praksis, hvorefter sterilisationsindgreb kunne udføres. I overensstemmelse hermed måtte mødrehjælpen, hvor blot medicinske faktorer af en vis alvor var til stede, indstille til sterilisation på medicinsk grundlag.

I denne praksis skete en yderligere ændring, efter at de i 1956 oprettede samråd trådte i funktion. Om baggrunden for denne ændring kan anføres:

Ved svangerskabslovens § 1, stk. 4, blev der givet hjemmel til uden særlig tilladelse at foretage sterilisation af en kvinde, hvis svangerskab blev afbrudt af eugeniske grunde, såfremt de arvelige anlæg, der begrundede indgrebet, stammede fra hende. Afgørelsen af, hvorvidt bestemmelsens betingelser var opfyldt, henlagdes til sygehusoverlægen. Det er naturligt, at overlægen ved overvejelserne vedrørende anvendelsen af denne nye bestemmelse i de enkelte tilfælde med samrådet drøfter de herhenhørende spørgsmål, herunder om den pågældende kvinde må formodes at være i stand til at forstå betydningen af indgrebet.

Det er en naturlig følge af disse drøftelser, at den kirurgiske afdeling også f.s.v. angår spørgsmålet om evt. medicinsk indikation for sterilisation jævnligt ønsker vejledning i samrådet. Idet man således har fået lejlighed til at diskutere sagerne og få dem belyst også fra psykiatrisk og juridisk/social side og derved få det helhedsbillede, som man tidligere savnede, er de ovenfor nævnte betænkeligheder ved at udføre sterilisationsindgreb uden særlig tilladelse forsvundet. Ikke mindst abortprofylaktiske hensyn har medført, at mange kirurgiske afdelinger tværtimod i dag ofte finder det påkrævet, at sterilisation tages under overvejelse for at undgå evt. fremtidige abortindgreb. En del kirurgiske afdelinger har imidlertid kun ønsket at udføre sterilisationsindgreb i h.t. svangerskabslovens § 1, stk. 4, og på medicinsk indikation, når der forelå en

udtalelse fra samrådet til støtte herfor. Dette har også været tilfældet for så vidt det drejede sig om sterilisation af ikke-gravide kvinder på medicinsk indikation »rene sterilisationer«. Sådanne sager har derfor lejlighedsvis været drøftet uden for dagsordenen i samrådenes møder.

Mødrehjælpen har fundet ønsket om forudgående samrådsdrøftelse rimeligt, dels fordi problemstillingen i mange henseender var identisk med den, der motiverede et evt. abortindgreb, dels fordi man i samrådets sammensætning har ment at finde en garanti for, at sagen blev grundigt og alsidigt belyst. Det må dog bemærkes, at man kun er gået ind for sterilisation i de tilfælde, hvor det medicinske moment skønnedes at være tungtvejende, mens man, hvor det sociale moment har været fremherskende, har fremsendt ansøgning til justitsministeriet. En væsentlig baggrund for denne udvikling har det videre været, at nævnet ang. svangerskabsafbrydelser dels i udtalelser i konkrete sager har taget stilling til sterilisationsspørgsmålet, dels ved generelle skrivelser har opfordret samrådene til at tage disse spørgsmål op.

Endvidere har sundhedsstyrelsen ved cirkulære af 20.6.1959 for så vidt angår sterilisation efter svangerskabslovens § 1, stk. 4, fremhævet det hensigtsmæssige i, at sygehusoverlægen gøres bekendt med samrådets overvejelser desangående. Da beslutninger om sterilisationsindikationer ikke henhører under samrådenes formelle kompetence, har disse beslutninger i almindelighed ikke været protokolleret i samrådsprotokollerne, men resultatet af samrådets drøftelse er indført i mødrehjælpens journal og som påtegning på de skrivelser, der tilgår de kirurgiske eller gynækologiske afdelinger vedr. samrådsbeslutningerne.

Som anført har man indtil 1958/59 kun få statistiske oplysninger om sterilisationssager behandlet i mødrehjælpen, men man skal dog op-

Tabel 1. Sterilisationer 1952/53-1955/56 og 1958/59.

	Samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse	Heraf steriliserede		»Rene sterilisationstilfælde«	Ialt steriliserede
		abs.	i % af samtlige i året		
1952/53	9303	ca. 910	ca. 9,8	uoplyst	-
1953 54	8797	1027	11,7	159	1186
1954 55	9160	ca. 1060	ca. 11,6	165	ca. 1225
1955/56	9317	1300	14,0	156	1456
1958/59	7656 ¹⁾	1591	20,8 ¹⁾	332	1923

1) I modsætning til tidligere år er der i 1958/59-materialet som omtalt side 96 set bort fra kvinder, der viste sig ikke at være gravide, som aborterede spontant før lægeundersøgelse eller som frafaldt abortønske før lægeundersøgelse. Det sam-

lede antal ans. om svangerskabsafbr. i 1958/59 er 8366, jfr. side 96. Sterilisationsfrekvensen udregnet i forhold hertil er 19,0 %.

lyse følgende om det antal sterilisationsindgreb, der blev foretaget gennem mødrehjælpen i årene op til den nye svangerskabslov, idet man sammenligningsvis anfører tallene for 1958/59, jfr. tabel 1.

III. *Betragtninger vedrørende indikations stillingen for sterilisation.*

Som anført må sterilisation ofte være hensigtsmæssig i forbindelse med ab. prov., idet indikationen herfor ofte vil være til stede med samme styrke ved fremtidige graviditeter. Dette er i udpræget grad tilfældet, hvor det drejer sig om eugeniske forhold, specielt hvor den arvelige belastning i kvindens egen slægt er så udtalt, at den alene indicerer abortindgrebet. I det enkelte tilfælde må der dog tages hensyn til, hvilke arvelige lidelser der er tale om, ligesom til kvindens alder, børnetal og lign. Selv ved relativt svær eugenisk risiko vil det være betænkeligt at sterilisere f.eks. en ganske ung kvinde, der ikke har børn. Hun vil måske senere i livet ønske at få et barn til trods for risikoen og vil måske også komme til at leve under sådanne forhold, at hun bedre kan påtage sig en eventuel risiko. De arvelige faktorerers vægt som indicerende abort og sterilisation er også afhængig af de muligheder, der til enhver tid findes for behandling af de pågældende lidelser. Beror den arvelige belastning på forhold i mandens slægt, kan dette evt. indicere et abortindgreb, men støtter kun sterilisation af kvinden i den udstrækning det kan forudses, at hun også fremtidig samlever med den pågældende mand; er ægteskabet usikkert, kan dette forhold således tale imod at supplere abort med sterilisation.

Også hvor det drejer sig om medicinske abortindikationer, er der jævnlig også fremover indikation herfor og dermed for steriliserende indgreb. I mange tilfælde er det imidlertid vanskeligt at overskue prognosen på længere sigt. Jo yngre den pågældende kvinde er, des vanskeligere kan prognosen for resten af hendes fertile periode overskues. Positive sterilisationsindikationer må bl.a. af denne grund først og fremmest optræde hos kvinder, der er noget nærmere menopause, jfr. tabel 5 og tabel 21 om aldersfaktorens betydning. På den anden side vil man hos kvinder, der er meget nær menopause være relativt tilbageholdende, fordi risikoen for yderligere graviditeter er ringe.

I praksis spiller belastningssyndromet den alt-afgørende rolle blandt de medicinske sterilisationsindikationer. Det drejer sig om tilstande, der i høj grad er betinget af sociale, personlige og

ægteskabelige omstændigheder. Blandt disse indtager antallet af tidligere graviditeter en fremtrædende rolle, jfr. f.eks. tabel 9 og tabel 23, dels fordi mange tidligere graviditeter, især hvis de er fulgt tæt på hinanden, har bevirket en svækkelse af helbredstilstanden, dels fordi det større børneantal bidrager til belastningen. Netop fordi belastningssyndromet udgør den overvejende sygdomsgruppe, er det vanskeligt at skelne mellem tilfælde, hvor helbredsmæssige forhold alene indicerer sterilisation, og tilfælde, hvor overvejende samfundsmæssige hensyn taler derfor. Således som lov om sterilisation og kastration er fortolket i ministerium og retslægeråd, vil patienter, der steriliseres i henhold til denne lov, i mange henseender være helt side-stillet med de patienter, hos hvilke der udvikler sig et belastningssyndrom. Ministeriet har således ment, at samfundsmæssige hensyn taler for sterilisation, f.eks. af en husmoder, når hun allerede havde mange børn, levede i vanskelige sociale og ægteskabelige forhold, og når hjemmets og familiens sammenhold var truet, hvis flere fødsler indtraf. Netop hos disse kvinder vil et belastningssyndrom ofte være veludviklet, således at både psykiatriske og somatisk/medicinske argumenter taler for sterilisationsindgreb. I en del af disse tilfælde gør også eugeniske forhold sig gældende. I praksis har det derfor ofte været vanskeligt at afgøre, om en patient kunne steriliseres uden yderligere formaliteter alene på medicinsk indikation, eller indgrebet måtte bero på en forudgående ansøgning til justitsministeriet.

Belastningssyndromet udvikles oftest, når en række belastende faktorer har gjort sig gældende gennem en længere periode. I visse tilfælde kan det imidlertid udvikles allerede i tidlig alder, og såvel styrken af den ydre belastning som den helbredsmæssige tilstand kan aktualisere sterilisationsspørgsmålet på et sådant relativt tidligt tidspunkt i livet. Det drejer sig her om kvinder, der dels ofte er mindre resistente over for belastning, f. eks. som følge af legemlig svækkelse eller sygdom, intelligensmæssig eller anden psykisk reduktion, dels tidligt har været udsatte for stor belastning, f. eks. en række hurtigt på hinanden følgende graviditeter, en socialt og ægteskabeligt belastende tilværelse og lign. Ikke helt sjældent står man hos 20-25 årige kvinder i den situation, at de pågældende allerede har 3-4 børn og måske oven i købet 1-3 gange tidligere har fået foretaget ab.prov., og hvor alt taler for, at hverken det sociale pres eller den nedbrudte helbredstilstand vil forsvinde, medmindre man

netop gennem et sterilisationsindgreb bringer en afslutning på den stadige række af graviditeter, jfr. tabellerne 10, 11 og 13. I sådanne tilfælde har man fundet enten medicinsk indikation eller søgt og opnået bevilling til sterilisation på social/medicinsk indikation for sterilisation, idet man herunder også har taget hensyn til den helbredsmæssige risiko i forbindelse med gentagne abortus provocatus indgreb. I denne gruppe er relativt flere i øvrigt steriliserede i h. t. lov om kastration og sterilisation.

Af special interesse blandt de medicinske indikationer er en række tilfælde, hvor sterilisation søges på gr. af voldsom til det paniske grænsende frygt for ny besvangring. Det kan dreje sig om kvinder med et eller ganske få børn, der lever i tilfredsstillende sociale forhold og jævnlig også i godt ægteskab. Dog vil det seksuelle samliv hyppigt være kompromitteret og ægteskabets stabilitet af denne grund truet. I visse tilfælde synes frygten rationelt motiveret bl. a. af ønsket om at opretholde en vis social status, men i andre tilfælde er frygten betinget af neurotiske mekanismer, som også mere alment præger de pågældende patienter. I førstnævnte tilfælde vil sterilisation i almindelighed ikke kunne foretages, hverken på medicinsk indikation eller i henhold til lov om sterilisation og kastration, mens man i sidstnævnte tilfælde jævnlig har fundet medicinsk indikation for sterilisation.

I alle tilfælde har man forud undersøgt den pågældende kvindes muligheder for at benytte antikonception. Herunder er der taget hensyn såvel til de anatomiske som til de psykologiske og sociale forhold, idet sidstnævnte ikke sjældent direkte forhindrer gennemførelsen af konsekvente antikonceptionelle foranstaltninger.

IV. *Sterilisationer formidlet af mødrehjælpsinstitutionerne i 1958/59.*

I det følgende skal man som anført redegøre for en statistisk bearbejdning af et talmateriale vedrørende sterilisationer, som er udarbejdet på basis af mødrehjælpsinstitutionernes statistik for finansåret 1958/59. Man skal mere indgående redegøre for sterilisationssager, som blev taget op i forbindelse med ansøgning om svangerskabsafbrydelse (afsnit A); tillige skal der kort redegøres for et antal tilfælde, hvor kvinder henvendte sig til institutionerne med ønske om sterilisation, uden at dette skete umiddelbart i forbindelse med en ansøgning om svangerskabsafbrydelse, her omtalt som »rene sterilisations-

tilfælde« (afsnit B). Sluttelig omtales de med bistand af mødrehjælpen steriliserede mænd (afsnit C).

Afsnit A.

Sterilisationsspørgsmål i forbindelse med ansøgning om svangerskabsafbrydelse.

I 1958/59 henvendte 8.366 kvinder sig til mødrehjælpen med ønske om svangerskabsafbrydelse. Heraf viste 266 kvinder sig ikke at være gravide, - de 214 ved lægeundersøgelsen i mødrehjælpen — 140 aborterede spontant inden lægeundersøgelse. Endelig var der 304 kvinder, der frafaldt deres ønske om svangerskabsafbrydelse, før man nåede at lægeundersøge dem. Dels af principielle, dels af tekniske grunde er disse 3 sidstnævnte grupper (ialt 710 kvinder) udeladt i materialet, således at det materiale, der her redegøres for, omfatter 7.656 kvinder.

I 31 % af tilfældene (2.385 tilfælde) overvejede man under sagens behandling i mødrehjælpen sterilisationsspørgsmålet, oftest på foranledning af patienterne selv, men af og til også på initiativ af lægerne eller socialrådgiverne. I 1.668 tilfælde stilledes en positiv indikation for sterilisation, evt. gaves bevilling hertil af justitsministeriet eller i henhold til lov om åndssvage.

I yderligere 102 tilfælde blev spørgsmålet om sterilisation taget op på den gynækologiske eller kirurgiske afdeling, hvor indgrebet derefter blev foretaget. Der blev således i ialt 1.770 tilfælde (23 %) stillet positiv indikation for (givet bevilling til) sterilisation.

I 90 % af tilfældene blev dette indgreb effektiviseret, mens man for de resterende 10 %'s vedkommende af forskellige grunde afstod herfra, enten fordi indgrebet lægeligt var kontraindiceret, eller fordi patienten frafaldt ønsket. Effektiviseringsprocenten er noget varierende for de forskellige indikationers vedkommende; således effektiviseredes indgrebet for 96 % af de kvinder, der opnåede tilladelse i h. t. lov om sterilisation og kastration, men kun for 85 % af dem, der havde indikation i h. t. svangerskabslovens § 1. stk. 4. Hvor der var medicinsk indikation, effektiviseredes indgrebet i 90 % af tilfældene. Kun 2 af de 4 åndssvage, for hvilke der var stillet indikation i h. t. åndssvage-loven, blev steriliseret. De 1.591 kvinder, der blev steriliseret, udgør 20,8 % af de 7.656 kvinder, der søgte svangerskabsafbrydelse. Kvinderne blev steriliseret i medfør af følgende indikationer:

Tabel 2. Indikationsrammer.

	Effektuerede sterilisationer	
	abs.	%
I h. t. lov om sterilisation og kastration	102	6,4
I h. t. svangerskabslovens § 1, stk. 4 ...	73	}75 4,7
ell. i h. t. lov om åndssvage	2	
Medicinsk indikation	1414	88,9
I alt	1591	100,0

Langt de fleste sterilisationsindgreb blev udført i tilslutning til ab. prov., jfr. nedenstående tabel 3:

Tabel 3. Tidspunkt for indgrebets foretagelse.

	Effektuerede sterilisationer	
	abs.	%
I tilslutning til abortindgreb	1360	85,5
I puerperium	141	8,9
Senere ¹⁾	90	5,6
I alt	1591	100,0

1) Som anført side 93 har man af tekniske grunde i det under afsnit A behandlede materiale ikke kunnet medregne sådanne tilfælde, hvor sterilisationsindgrebet først blev foretaget i følgende finansår. Skønsmæssigt beregnes denne gruppe at indeholde endnu ca. 80 tilfælde.

Betragtes kvinder udelukkende med positiv indikation for ab. prov., findes naturligvis en større procentdel steriliserede end blandt samtlige abortansøgere. I hele landet stilledes indikation for ab. prov. i 3.702 tilfælde; 1521 eller 41 % af disse fik samtidig positiv indikation

for sterilisation, som effektueredes i 1391 tilfælde (37,6 %). Blandt disse er relativt lidt flere end i det samlede materiale steriliseret på medicinsk indikation (91 %) og lidt færre steriliserede i h. t. lov om sterilisation og kastration (2 %).

I provinsinstitutionerne steriliseres relativt flere (tabel 4). I hovedstaden med forstæder søger ca. 164 kvinder pr. 1.000 fødende kvinder svangerskabsafbrydelse gennem mødrehjælpen, i provinsbyerne med forstæder 123 pr. 1.000 fødende kvinder og i landkommuner med stationsbyer 77 pr. 1.000 fødende kvinder*). Dette indebærer antagelig, at der i provinsen og specielt på landet skal mere tungtvejende grunde til at søge svangerskabsafbrydelse. Indstillingsprocenten i Københavnsinstitutionen, der kun dækker få landdistrikter, er derfor relativt lav.

Blandt de statistisk registrerbare forhold, der spiller størst rolle ved overvejelsen af indikationer for sterilisation, fremtræder navnlig: *kvindens alder, kvindens civilstand, børneantal* – af praktiske grunde her registreret som *antal af tidl. graviditeter, antal af tidl. legale svangerskabsafbrydelser* samt *boligforhold*. Endvidere har man haft mulighed for at belyse sterilisationshyppigheden i forhold til forskellige *erhvervsgrupper*. I det følgende vil man nærmere analysere de 1591 tilfælde, hvor sterilisation er effektueret, i relation til disse faktorer. Videre har man foretaget sammenligninger med hensyn til ovennævnte faktorer mellem kvinder, *der har fået foretaget sterilisation*, og ansøgere, der ikke

*) Opgørelse for 1960.

Tabel 4. Effektuerede sterilisationer fordelt på mødrehjælpsinstitutionerne.

Institutionen i	Ansøgere om svangerskabsafbrydelse	Indstillet til svangerskabsafbrydelse		Sterilisation effektueret ²⁾	
		abs.	% af ansøgere om ab. prov.	abs.	% af ansøgere om ab. prov.
København	3372	1596	47,3	499	14,8
Næstved	726	378	52,1	128	17,6
Odense	542	256	47,2	181	33,4
Esbjerg	493	214	43,4	139	28,2
Sønderborg	700	368	52,6	173	24,7
Ålborg	593	275	46,4	180	30,4
Århus	1186	597	50,3	282	23,8
Bornholm	44	18	40,9	9	20,5
Samtlige institutioner	7656	3702	48,4 ¹⁾	1591	20,8

1) Udregnes indstillingsprocenten i forhold til samtlige ansøgere incl. patienter, der ikke blev lægeundersøgt eller viste sig ikke gravide, ev. aborterede inden afgørelsen, bliver den 44,3 %.

2) Heri indgår også sterilisationer effektueret på kvinder, der ikke er indstillet til ab. prov.

er blevet steriliseret («*øvrige ansøgere*») samt det *samlede ansøgertal*. Tabeller herover findes samlede i underbilag 1.

Kvindens alder.

Som venteligt er sterilisationshyppigheden stærkt stigende med stigende alder:

Tabel 5. Effektuerede sterilisationer fordelt på aldersgrupper.

Alder	Samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse	Steriliserede i aldersgruppen	
		abs	%
Under 15 år	34	0	0
15-19 år	985	5	0,5
20-24 år	1721	106	6,2
25-34 år	3090	826	26,7
35 år og derover	1826	654	35,8
Samtlige	7656	1591	20,8

Tabel 21 i underbilag 1 viser aldersfordelingen for steriliserede kvinder sammenlignet med aldersforskellen for «*øvrige ansøgere*» og samtlige ansøgere.

Der er en vis forskel mellem de forskellige aldersgrupper med hensyn til de indikationer, der har været stillet, jfr. nedenfor tabel 7.

Sterilisation på eugenisk indikation og i h. t. lov om sterilisation og kastration spiller en relativt større rolle i de unge aldersgrupper, mens omvendt medicinske indikationer dominerer i

de ældre aldersgrupper, hvor langt de fleste indgreb foretages.

Civilstand.

Sterilisation foretages hyppigst hos gifte kvinder, der gennemsnitligt er ældre, har gennemgået flere graviditeter og i det hele ofte har været hårdere belastet end ugifte kvinder. Der vil også være større betænkeligheder ved at afskære en ugift kvinde fra at få børn i evt. senere ægteskab. Tidligere gifte kvinder fordeler sig med hensyn til alder og tidl. graviditeter omtrent som gifte kvinder, men risikoen ved at afskære dem fra senere at få børn i et nyt ægteskab kan gøre sterilisation betænkelig. Svarende hertil findes sterilisationshyppigheden størst for gifte ansøgere og lavest for ugifte, mens den for fraskilte, fraseparerede kvinder og enker ligger midt imellem.

Tabel 6. Effektuerede sterilisationer fordelt på civilstand.

Civilstand	Samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse	Steriliserede i civilstandsgrup.	
		abs.	%
Gifte	5327	1438	27,0
Fraskilte, frasep. og enker	685	108	15,8
Ugifte	1644	45	2,7
Samlet antal	7656	1591	20,8

Tabel 7. Effektuerede sterilisationer fordelt på aldersgrupper og indikationsrammer.

	15-19 år		20-24 år		25-34 år		35 år og derover		Samtlige aldersgrupper	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
I h. t. lov om sterilisation og kastration	0	0	21	19,8	60	7,3	21	3,2	102	6,4
I h. t. svangerskabslovens § 1, stk. 4, og åndssvage-loven	3	—	17	16,0	36	4,3	19	2,9	75	4,7
Medicinsk indiktion	2	—	68	64,2	730	88,4	614	93,9	1414	88,9
	5	—	106	100,0	826	100,0	654	100,0	1591	100,0

Tabel 8. Effektuerede sterilisationer fordelt på civilstand og aldersgrupper.

	Gifte			Tidligere gifte			Ugifte		
	Samlet antal	Steriliserede		Samlet antal	Steriliserede		Samlet antal	Steriliserede	
		abs.	i % af aldersgrup.		abs.	i % af aldersgrup.		abs.	i % af aldersgrup.
Under 25 år	1210	86	7,1	142	9	6,3	1388	16	1,2
25-34 år	2579	753	29,2	330	58	17,6	180	15	8,3
35 år og derover	1538	599	38,9	212	41	19,3	76	14	18,4
Samlet antal	5327	1438	27,0	684	108	15,8	1644	45	2,7

Blandt de gifte er altså 27 % steriliseret, blandt de tidl. gifte 16 %, blandt de ugifte ca. 3 %.

Tabel 22 i underbilag 1 viser civilstandsfordelingen for steriliserede sammenlignet med civilstandsfordelingen for »øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere.

Tabel 8 viser, at den udtalte relation mellem alder og sterilisation også gør sig gældende indenfor de enkelte civilstandsgrupper.

*Antal tidligere graviditeter *).*

Kun tungtvejende grunde kan motivere sterilisation af en kvinde, der ingen børn har eller kun har et enkelt barn. Mange børn vil derimod være blandt de forhold, der direkte eller indirekte stærkest motiverer sterilisationsindgreb.

Tabel 9 viser da også som hovedregel en stigende procentdel steriliserede med stigende graviditetsantal.

Medens godt 20 % af samtlige ansøgere om

svangerskabsafbrydelse steriliseres, gælder dette næsten 60 % af kvinder med 7 graviditeter og derover og kun 5 % af kvinder med mindre end 3 tidligere graviditeter.

Tabel 23 i underbilag 1 viser fordelingen af tidligere graviditeter for henholdsvis steriliserede, »øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Tabel 9. Effektuerede sterilisationer fordelt på graviditetsantal.

Tidligere graviditet	Samtlige ansøgere om svangerskabsafbryd.	Steriliserede	
		abs.	i % af gruppen
0 tidl. graviditeter ...	1337	11	—
1 tidl. graviditet	844	39	5
2 tidl. graviditeter ...	1464	137	9
3-4 tidl. graviditeter ...	2540	666	26
5-6 tidl. graviditeter ...	1026	478	47
7 tidl. graviditeter ...	445	260	58
I alt	7656	1591	21

Tabel 10. Ansøgere med 5 graviditeter og derover blandt samtlige ansøgere og steriliserede fordelt på aldersgrupper.

	Samtlige ansøgere om sv. afbrydelse			Steriliserede ansøgere om sv. afbryd.		
	Ialt	Med 5 tidligere graviditeter og derover		Ialt	Med 5 tidligere graviditeter og derover	
		abs.	i % af aldersgrup.		abs.	i % af aldersgrup.
Under 25 år	2740	67	2,4	111	25	22,5
25-34 år	3090	737	23,9	826	375	45,4
35 år og derover	1826	667	36,5	654	338	51,7
Samtlige	7656	1471	19,2	1591	738	46,4

Tabel 11. Ansøgere med 3 graviditeter og derover blandt samtlige ansøgere og steriliserede fordelt på aldersgrupper.

	Samtlige ansøgere om sv. afbrydelse			Steriliserede ansøgere om sv. afbryd.		
	Ialt	Med 3 tidligere graviditeter og derover		Ialt	Med 3 tidligere graviditeter og derover	
		abs.	i % af aldersgrup.		abs.	i % af aldersgrup.
Under 25 år	2740	531	19,4	111	79	71,2
25-34 år	3090	2102	68,0	826	743	90,0
35 år og derover	1826	1378	75,5	654	582	89,0
Samtlige	7656	4011	52,4	1591	1404	88,2

*) Graviditetsantallet er antallet før den graviditet, der giver anledning til henvendelse om svangerskabsafbrydelse. Hvor dette sidste svangerskab gennemføres, vil kvinden, når hun steriliseres, have gennemgået yderligere 1 graviditet. Tabellerne giver altså snarest indtryk af for få graviditeter.

Indenfor samtlige aldersgrupper findes et relativt større antal tidligere graviditeter blandt de steriliserede end blandt samtlige ansøgere. Denne forskel er særlig udpræget i de yngre aldersklasser, jfr. tabellerne 10 og 11.

Medens kun 2 % af det samlede ansøgertal

under 25 år har haft 5 graviditeter eller derover, gælder dette 23 % blandt steriliserede under 25 år, og medens 19 % af det samlede ansøgertal under 25 år har haft 3 graviditeter eller derover, gælder det 71 % af steriliserede under 25 år. Sterilisationsindgreb i de unge aldersklasser er altså i særlig høj grad foretaget: hos kvinder, der har haft mange graviditeter i forhold til deres alder. Forskellen er også til stede i de højere aldersklasser, men mindre udtalt.

Tidligere svangerskabsafbrydelser.

Tidligere foretagen abortus provocatus giver naturligvis anledning til, at sterilisationsspørgsmålet tages under alvorlig overvejelse, såfremt den pågældende kvinde igen henvender sig med ønsket om svangerskabsafbrydelse. Nedenstående tabel viser, at sterilisationer er betydeligt hyppigere blandt kvinder, der tidligere har fået svangerskabsafbrydelse.

Tabel 12. Effektuerede sterilisationer i relation til tidligere svangerskabsafbrydelser:

	Samtlige ansøgere om sv. afbryd.	Steriliserede	
		abs.	i % af samtl. i grup.
Ingen tidl. svangerskabsafbr. ...	6842	1247	18,2
1 tidl. svangerskabsafbr.	737	301	40,8
2 ell. fl. tidl. svangerskabsafbr.	77	43	55,8
Samtlige	7656	1591	20,8

41 % af de kvinder, der tidligere har fået svangerskabsafbrydelse én gang, er steriliseret. Blandt de 77 kvinder, der har fået foretaget svangerskabsafbrydelse mere end én gang, er over halvdelen blevet steriliseret. Det bemærkes, at langt de fleste er steriliseret i tilslutning til abortus provocatus, således at abortantallet burde forhøjes med 1 i hver gruppe. Tabel 24 i underbilag 1 viser fordelingen af tidligere svanger-

skabsafbrydelser for henholdsvis steriliserede, »øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere.

Ligesom tidligere graviditeter, jfr. ovenfor, var særlig hyppige blandt de steriliserede, specielt i de unge aldersklasser, har også et relativt større antal blandt de steriliserede tidligere fået foretaget svangerskabsafbrydelse. Også her er forskellen særlig udpræget i de unge aldersklasser, jfr. tabel 13.

Blandt de steriliserede kvinder under 25 år har altså 23 % tidligere fået svangerskabsafbrydelse, mens kun 5 % blandt samtlige ansøgere under 25 år tidligere har fået svangerskabsafbrydelse.

Blandt samtlige ansøgere har som venteligt stigende med alderen relativt flere tidligere fået svangerskabsafbrydelse. Blandt de steriliserede er forholdet nærmest det omvendte, idet relativt flest blandt de unge tidligere har fået svangerskabsafbrydelse.

De steriliserede 111 kvinder under 25 år har altså både haft relativt mange tidligere svangerskaber og relativt ofte fået svangerskabsafbrydelse tidligere. Disse forhold synes at være tungtvejende ved overvejelser over sterilisationsindikationer og modvirker betænkelighederne ved de pågældendes unge alder.

Kvindernes erhverv.

Man har i undersøgt, om sterilisationshyppigheden er forskellig inden for forskellige erhvervsgrupper. Tabel 14 viser ikke helt ringe variationer. Det havde været ønskeligt at skelne mellem gifte og ugifte, men dette har ikke været teknisk muligt.

For husmødre og medhjælpere i mandens erhverv er sterilisationshyppigheden relativt stor, henholdsvis 27 % og 35 %. Begge disse grupper repræsenterer imidlertid så godt som udelukkende gifte kvinder, hvor sterilisationshyppigheden, som det fremgår af tabel 6, ligger på 27 %. Kun tallet for medhjælpende hustruer er

Tabel 13. Effektuerede sterilisationer blandt kvinder, der tidligere har fået foretaget svangerskabsafbrydelse, i relation til forskellige aldersgrupper.

Aldersklasser	Samtlige ansøgere	Heraf med tidligere svangerskabsafbrydelse	i % af samtl. i aldersgruppen	Steriliserede	Heraf med tidligere svangerskabsafbrydelse	i % af samtlige aldersgruppen
Under 25 år	2740	145	5,3	111	26	23,4
25-34 år	3090	415	13,4	826	197	23,8
35 år og derover	1826	254	13,9	654	121	18,5
Samtlige	7656	814	10,6	1591	344	21,6

Tabel 14. Effektuerede sterilisationer, fordelt på kvindens erhverv.

Erhvervsgruppe	Samtl. ansøgere om sv.af-bryd.	Steriliserede	
		abs.	i % af samtlige i erhvervsgruppen
Husmødre	3943	1075	27,3
Under uddannelse	315	2	—
Husligt arbejde	973	146	15,0
Kontor- og butiksarbejde	738	65	8,8
Fabriksarbejde o. a. industriarbejde	958	130	13,6
Arbejde med børn og syge	157	9	5,7
Medhjælp i ægtemandens erhverv	382	134	35,1
Andet arbejde	171	29	17,0
Uoplyst	19	1	—
Samtlige	7656	1591	20,8

således egentligt bemærkelsesværdigt (se senere). I samtlige andre erhvervsgrupper ligger procenten af steriliserede under gennemsnittet, lavest blandt kvinder, der arbejder ved kontor- og butiksarbejde og blandt en lille gruppe, der arbejder med børn og syge, men begge disse grupper repræsenterer også relativt unge og oftest ugifte kvinder.

Af tabel 25 i underbilag 1 fremgår kvindernes erhvervsfordeling, fordelt henholdsvis på

steriliserede, »øvrige ansøgere« og samlede ansøgetal.

Der er grund til at tro, at gruppen »medhjælpere i mandens erhverv«, hvoriblandt som nævnt relativt mange er steriliseret, er forskellig i by og på land. På landet repræsenterer gruppen i vidt omfang landmandshustruer. I mødrehjælpens provinsinstitutioner, der dækker store länddistrikter, udgør gruppen »medhjælpere i mandens erhverv« 8 % af ansøgerne mod 2 % i København.

Tabel 15 viser, at den større sterilisationshyppighed for medhjælpende hustruer især er fremtrædende i provinsinstitutionerne.

I København steriliseres ca. 15 % af ansøgere om abort, og medhjælpere i mandens erhverv steriliseres med praktisk talt samme hyppighed. I provinsen steriliseres 26 % af ansøgere om abort, men 38 % af medhjælpere i mandens erhverv. Særlige forhold må derfor tale for sterilisation i denne gruppe, der må antages at være stærkt belastet. Disse forhold belyses yderligere af den høje sterilisationsprocent (43 %) hos kvinder, gift med »selvstændige landbrugere«, jfr. tabel 16.

Ægtefælles erhverv.

For de 5327 gifte ansøgers vedkommende er i tabel 16 sterilisationshyppigheden opgjort i relation til ægtemandens erhverv.

Tabel 15. Sterilisation af medhjælpere i mandens erhverv fordelt på mødrehjælpsinstitutioner.

	Ansøgere om svangerskabsafbrydelse							
	Samtlige			Steriliserede				
	I alt	Medhjælpere i mandens erhverv		Samtlige		Medhjælpere i mandens erhverv		
		abs.	i % af samtlige ansøgere i inst.	abs.	i % af samtlige ansøgere i inst.	abs.	i % af samtlige ansøgere i inst., der er medhj. i æms. erhverv	
København	3372	50	1,5	499	14,8	7	14,0	
Provinsinstitutionerne:								
Næstved ¹⁾	726	69		128	17,6	8	11,6	
Odense	542	34		181	33,4	16	47,1	
Esbjerg	493	38		139	28,2	16	42,1	
Sønderborg	700	59		173	24,7	30	50,8	
Ålborg	593	51		180	30,4	23	45,1	
Århus	1186	81		282	23,8	34	42,0	
Rønne	44	0		9	20,5	0	0	
I alt provinsinstitutioner	4284	332	7,7	1092	25,5	127	38,3	
Hele landet	7656	382	5,0	1591	20,8	134	35,1	

¹⁾ Tallene for Næstved-institutionen adskiller sig i denne tabel fra de øvrige provinsinstitutioner. Dette skyldes antagelig tekniske registreringsforhold.

Tabel 16. Effektuerede sterilisationer, fordelt på ægtefællens erhverv.

	Samtlige ansøgere om sv.afbrydelse	Steriliserede	
		abs.	i % af samtlige i erhvervsgruppen
Selvstændige	522	148	28,4
Liberale erhverv	111	11	9,9
Tjenestemænd, funktionærer	850	169	19,9
Fagl. arbejdere	1295	292	22,5
Ufagl. arbejdere	1791	571	31,9
Selvst. landbrugere ¹⁾	385	164	42,6
Landbrugsmedhj.	146	45	30,6
Lærlinge	2-1	0	0
Andre erhverv	169	30	17,8
Uoplyst erhverv	34		
Smtl. gift. kvinder	5327	1438	27,0

i) Incl. selvstændige fiskere.

Der er ret betydelige variationer, hyppigst er sterilisation af kvinder, gift med selvstændige landbrugere. Kvinder, gift med ufaglærte arbejdere og landbrugsmedhjælpere steriliseres lidt hyppigere end gennemsnittet. Kvinder, gift med mænd i liberale erhverv, samt med tjenestemænd, funktionærer og faglærte arbejdere, steriliseres sjældnere end gennemsnittet.

Til nærmere belysning af ovenstående har man undersøgt antallet af tidligere graviditeter i relation til ægtefællens erhverv, jfr. tabel 17.

Det vil ses, at den gruppe, hvor den relativt største del har haft 5 tidligere graviditeter eller derover, netop er kvinder, gift med selvstændige landbrugere, den gruppe, hvor sterilisati-

onshypigheden er størst. Lignende, men knapt så udtalte forhold, findes for kvinder, gift med ufaglærte arbejdere og med landbrugsmedhjælpere.

Kvinder, gift med selvstændige erhvervsdrivende, har en lidt højere sterilisationsprocent end gennemsnittet, men ligger lidt under gennemsnittet, for så vidt angår 5 graviditeter og derover - til gengæld også under gennemsnittet med hensyn til få graviditeter, idet denne gruppe har det relativt største antal med 3-4 graviditeter. 42 % af samtlige gifte kvinder har haft 3-4 graviditeter, medens det for denne gruppe er 48 %. Muligt findes i denne gruppe ret mange »medhjælpende hustruer«, hvis sterilisationsprocent som tidligere omtalt er høj. Denne gruppe er en ret sammensat gruppe (småhandlende, små håndværksmestre, ismejeriere og lign.), hvor hustruen ofte har stort ansvar og arbejde. Muligt omfatter gruppen også en del, der hører til de mere ambitiøse, som er i færd med at oparbejde en virksomhed eller lignende, og hvor hustruen derfor slider ret hårdt på sig selv.

47 % af de steriliserede gifte kvinder har 5 eller flere tidligere graviditeter (tabel 18). Blandt samtlige gifte ansøgere (tabel 17) har kun 25 % 5 eller flere tidligere graviditeter. 10 % af de steriliserede gifte kvinder har mindre end 3 tidligere graviditeter mens 33 % af samtlige gifte ansøgere (tabel 17) har mindre end 3 tidligere graviditeter. Tabellerne viser, at de steriliserede kvinder inden for alle erhvervsgrupperne er relativt mere børnerige end det samlede antal ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Tabel 17. Antal tidl. graviditeter hos gifte kvinder, fordelt på ægtefællens erhverv.

Erhverv	Gifte ansøgere om svangerskabsafbrydelse							
	Samtlige	Under 3 graviditeter		3-4 graviditeter		5 graviditeter og derover		Steriliseret i % at samtlige i erhvervsgruppen
		abs.	i %	abs.	i %	abs.	i %	
Selvstændige	522	146	28,0	252	48,3	124	23,7	28,4
Liberale erhverv	111	56	50,5	44	39,6	11	9,9	9,9
Tjenestemænd, funkt.	850	361	42,5	351	41,3	138	16,2	19,9
Fagl. arbejdere	1295	515	39,7	538	41,5	243	18,8	22,5
Ufagl. arbejdere	1791	455	25,4	750	41,9	586	32,7	31,9
Selvst. landbrugere	385	70	18,2	172	44,7	143	37,1	42,6
Landbrugsmedhjælpere	146	37	25,2	67	45,6	43	29,2	30,6
Lærlinge	24	20	83,4	2	8,3	2	8,3	0,0
Andre erhverv	169	66	39,1	69	40,8	34	20,1	17,8
Uoplyst	34	15	-	11	-	7	-	-
Samtlige gifte ansøgere om sv.-afbrydelse	5327	1741	32,7	2256	42,3	1331	25,0	27,0

Tabel 18. Effektuerede sterilisationer hos gifte kvinder, fordelt på antal tidligere graviditeter og ægtefællens erhverv.

Gifte steriliserede ansøgere om svangerskabsafbrydelse							
	Samtlige	Under 3 graviditeter		3-4 graviditeter		5 graviditeter og derover	
		abs.	i % af samtlige i erhvervsgruppen	abs.	i % af samtlige i erhvervsgruppen	abs.	i % af samtlige i erhvervsgruppen
Selvstændige	148	18	12,2	62	41,9	68	45,9
Liberale	11	2	-	6	-	3	-
Tjenestemænd, funktionærer	169	27	16,0	84	49,7	58	34,3
Fagl. arbejdere	292	35	12,0	131	44,9	126	43,2
Ufagl. arbejdere	571	45	7,9	221	38,7	305	53,4
Selvst. landbrugere	164	11	6,7	70	42,7	83	50,6
Landbrugsmedhjælpere	45	4	-	17	-	24	-
Andre erhverv	30	5	-	14	-	11	-
Uoplyst	8	2	-	3	-	3	-
Samtl. steriliserede gifte ansøgere om sv.-afbrydelse	1438	149	10,4	608	42,2	681	47,4

I tabel 19 er samtlige gifte ansøgere om svangerskabsafbrydelse, der tidligere henholdsvis ikke har og har fået foretaget svangerskabsafbrydelse, fordelt i forhold til ægtemandens erhverv. Det vil af denne tabel fremgå, om de erhvervsgrupper, hvor sterilisation er særlig hyppig, også repræsenterer grupper med stor frekvens af tidligere svangerskabsafbrydelse. Dette synes ikke i særlig grad at være tilfældet.

Det vil ses, at 88 % af de gifte kvinder aldrig tidligere har fået svangerskabsafbrydelse, medens 12 % har fået svangerskabsafbrydelse

mindst én gang. Se i øvrigt bemærkningerne til tabel 12, side 101. Tabellen viser kun ubetydelige variationer mellem erhvervsgrupperne. Kvinder gift med selvstændige landbrugere og med landbrugsmedhjælpere, har dog relativt sjældnere tidligere fået svangerskabsafbrydelse. I Københavnsinstitutionen har 14 % af de gifte kvinder tidligere fået svangerskabsafbrydelse; 2 % mere end én gang. I provinsinstitutionerne har 11 % tidligere fået svangerskabsafbrydelse, 1 % mere end én gang. Der synes således i provinsen - formentlig navnlig blandt landbohustruer - at være tendens til, at kvinden først sø-

Tabel 19. Gifte ansøgere om svangerskabsafbrydelse, fordelt på tidligere svangerskabsafbrydelse og ægtemandens erhverv.

Gifte ansøgere om svangerskabsafbrydelse					
Ægtemandens erhverv	Samtlige	Ingen tidligere svangerskabsafbrydelse		Een eller flere tidligere svangerskabsafbrydelse	
		abs.	i % af samtlige i gruppen	abs.	i % af samtlige i gruppen
Selvstændige	522	454	87,0	68	13,0
Liberale	111	99	89,2	12	10,8
Tjenestemænd, funktionærer	850	754	88,7	96	11,3
Faglærte arbejdere	1295	1140	88,0	155	12,0
Ufaglærte arbejdere	1791	1547	86,4	244	13,6
Selvstændige landbrugere	385	357	92,7	28	7,3
Landbrugsmedhjælpere	146	130	89,0	16	11,0
Lærlinge	24	23	-	1	-
Andre erhverv	169	151	89,3	18	10,7
Uoplyst	34	31	-	3	-
Samtlige gifte kvinder	5327	4686	88,0	641	12,0

ger svangerskabsafbrydelse, når hun har et stort antal børn, på hvilket tidspunkt hun ofte er så medtaget, at der er grundlag for såvel svangerskabsafbrydelse som sterilisation.

Boligforhold.

Man har specielt interesseret sig for spørgsmålet om beboelsestætheden og har delt klienterne i følgende grupper: 1) Ansøgere i boliger med højst 2 personer pr. værelse, 2) mere end 2 personer pr. værelse, 3) ansøgere med bolig på arbejdssted, institution - uden fast bopæl eller lignende samt 4) personer, hvis boligforhold er uoplyste.

Tabel 20 viser, at sterilisationsprocenten stiger med beboelsestætheden.

Tabel 20. Effektuerede sterilisationer, fordelt på beboelsestæthed.

Boligkategori	Samtlige ansøgere om sv. afbryd.	Steriliserede	
		abs.	i % af alle i gruppen
Højst 2 personer pr. værelse	5734	1099	19,2
Mere end 2 personer pr. værelse	1176	444	37,8
Arbejdssted, Institution m. v.	429	28	6,5
Uoplyst	317	20	6,3
Samtlige	7656	1591	20,8

Mere end 2 personer pr. værelse betegnes i almindelighed som overbefolkning. 38 % af kvinder i overbefolkede lejligheder er steriliseret mod 19 % af kvinder i mindre tæt befolkede lejligheder. Relationen er dog antageligt delvis den samme som den i tabel 9 påviste sammenhæng mellem sterilisation og børneantal (antal tidligere graviditeter). Kvinder, der bor på arbejdsstedet m. v., repræsenterer mange unge, ugifte, f. eks. husassistenter; 74 % er under 25 år, i hvilken aldersgruppe sterilisationsprocenten som nævnt er særlig lav (7 % for under 25-årige).

Tabel 27 i underbilag 1 fordeler boligkategorierne i relation til henholdsvis steriliserede kvinder, »øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Inden for alle boligkategorier vokser sterilisationshyppigheden med alderen. Det kan således nævnes, at sterilisationsprocenten blandt kvinder over 35 år, der bor i overbefolkede lejligheder, er 55.

Afsnit B.

Rene sterilisationstilfælde.

Foruden de kvinder, der er steriliserede i tilslutning til ansøgning om abortus provocatus, henvendte 514 kvinder sig i 1958/59 til mødrehjælpsinstitutionerne i hele landet med ønsket om sterilisation uden eller uden umiddelbar tilknytning til et uønsket svangerskab. Af tekniske grunde har man dog, som foran nævnt, ikke helt kunnet adskille sterilisationer i forbindelse med abortus provocatus-ansøgninger fra de såkaldte rene sterilisationstilfælde. En del (maksimalt formentlig 25 %) af de 514 sager vedrører således patienter, der primært henvendte sig med henblik på abortus provocatus, men hvor sterilisationssagen først blev rejst i det følgende finansår og derfor ikke kunne indgå i den sædvanlige statistik, der kun omfatter finansåret. Sterilisationen blev kun gennemført i 332 af de 514 tilfælde; i en del tilfælde fandtes der ikke indikation for sterilisation, i andre tilfælde fik patienterne selv betænkeligheder og frafaldt ønsket om sterilisation, af og til som et resultat af de lægelige og sociale samtaler i institutionerne, af og til fordi venner og bekendte havde frarådet det; i enkelte tilfælde frafaldt de selv ønsket, efter at de havde opnået bevilling (eller eventuelt medicinsk indikation). I en del tilfælde var patienterne blevet gravide, således at sterilisationsspørgsmålet i hvert fald måtte udskydes, til den pågældende graviditet var overstået.

De effektuerede sterilisationer fordeler sig med ca. 27 % på sterilisationer, der foretoges i puerperiet (et betydeligt antal af disse patienter har søgt det aktuelle svangerskab afbrudt), og ca. 73 % på sterilisationer, der foretoges uden for graviditet. Ikke helt få af de patienter, der søger sterilisation uden tilknytning til ansøgning om ab. prov., har givet udtryk for, at de enten frygtede ab. prov.-indgrebet eller havde modvilje derimod, eventuelt etiske og religiøse betænkeligheder. Enkelte, der tidligere havde fået foretaget ab. prov., havde fundet disse indgreb så modbydende, at de ikke ønskede senere at opleve noget lignende. I en del tilfælde rejstes sterilisationssagen efter, at tilpasning af antikonception havde vist sig umulig. En ret betydelig del af patienterne har søgt tidligere svangerskaber afbrudt -- en del har også tidligere fået ab. prov. foretaget, som det fremgår af tabel 32 i underbilag 1. I underbilag 1, tabellerne 28-35, findes statistiske oplysninger om de 332, steriliserede i relation til indikationsramme, alder, civilstand, antal tidligere graviditeter, antal tidli-

gere svangerskabsafbrydelser, erhvervs- og bolig-mæssige forhold, idet man har sammenlignet disse 332 kvinder med de i afsnit A og tabellerne 21-27 omtalte 1591 kvinder.

Afsnit C.

Sterilisation af mand.

I 1958/59 er 50 mænd - alle gift med kvin-

der, der havde søgt mødrehjælpen - blevet steriliseret ved mødrehjælpen foranstaltning. I nogle af disse tilfælde har ægtefællerne været enige med mødrehjælpen om, at ægtemanden skulle lade sig sterilisere fremfor hustruen, der måske helbredsmæssigt var medtaget. I andre tilfælde har der været tale om arvelig belastning på ægtemandens side.

Underbilag 1

Tabelmateriale

Vedrørende afsnit A.

Tabel 21 (jfr. side 99).

Aldersfordeling for steriliserede, ikke-steriliserede (»Øvrige ansøgere«) og samlede antal ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Aldersklasse	Steriliserede		»Øvrige ansøgere«		Samtlige ansøgere	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Under 15 år	0	0	34	0,6	34	0,4
15-19 år	5	0,3	980	16,2	985	12,9
20-24 år	106	6,7	1615	26,6	1721	22,5
25-34 år	826	51,9	2264	37,3	3090	40,4
35 år o. over	654	41,1	1172	19,3	1826	23,8
Alle	1591	100,0	6065	100,0	7656	100,0

De steriliserede er betydeligt ældre end de »Øvrige ansøgere«. Medens 41 % af de steriliserede er 35 år eller derover, er dette kun tilfældet for knap 19 % af »Øvrige ansøgere«. 7 %

Tabel 22 (jfr. side 99).

Civilstandsfordeling for steriliserede, »Øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Civilstand	Steriliserede		»Øvrige ansøgere«		Samtlige ansøgere	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Gift	1438	90,4	3890	64,1	5327	69,6
Ugifte	45	2,8	1599	26,4	1645	21,5
Fraskilte, fraseparerede, enker	108	6,8	576	9,5	685	8,9
Alle	1591	100,0	6065	100,0	7656	100,0

af de steriliserede er under 25 år mod 43 % af de øvrige ansøgere. Over halvdelen af de steriliserede er i aldersklassen 25-34 år. Det fremgår af tabellen, at langt de fleste må ligge nærmest de 34 år, idet der er et stort spring fra tallene i foregående aldersgruppe, men kun et lille spring til tallene i følgende aldersgruppe.

90 % af de steriliserede er gifte. Kun 3 % er ugifte, medens disse udgør 22 % af det samlede ansøgerantal. Tidligere gifte kvinder udgør 7 % af de steriliserede, medens denne gruppe udgør 10 % af samtlige ansøgere, jfr. nærmere ovenfor side 99.

Tabel 23 (jfr. side 100).

Antal tidl. grav. hos steriliserede, »Øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Antal tidligere graviditeter	Steriliserede		»Øvrige ansøgere«		Samtlige ansøgere	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ingen tidligere	11	0,7	1326	21,9	1337	17,4
1 tidligere	39	2,4	805	13,3	844	11,0
2 »	137	8,6	1327	21,9	1464	19,1
3-4 »	666	41,9	1874	30,9	2540	33,2
5-6 »	478	30,0	548	9,0	1026	13,4
7 o. derover	260	16,4	185	2,1	445	5,9
Alle	1591	100,0	6065	100,0	7656	100,0

Blandt de steriliserede har 46 % haft 5 graviditeter eller derover mod 12 % af »Øvrige ansøgere«. Blandt de steriliserede har kun 3 % haft én tidl. graviditet eller aldrig været gravide mod 35 % af »Øvrige ansøgere«.

Tabel 24 (jfr. side 101).

Antal tidligere svangerskabsafbrydelser blandt steriliserede, »øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

	Steriliserede		»Øvrige ansøgere«		Samtlige abortansøg.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ingen tidl.	1247	78,4	5595	92,2	6842	89,4
1 tidl.	301	18,9	436	7,2	737	9,6
2 ell. flere	43	2,7	34	0,6	77	1,0
Alle	1591	100,0	6065	100,0	7656	100,0

Blandt steriliserede har 22 % tidligere fået svangerskabsafbrydelse mod 8 % af »øvrige ansøgere«.

Tabel 25 (jfr. side 102). Erhvervsfordeling for steriliserede, »øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Erhverv	Steriliserede		»Øvrige ansøgere«		Samtlige ansøgere	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Husmødre	1075	67,6	2868	47,3	3943	51,5
Under uddannelse	2	0,1	313	5,2	315	4,1
Husligt arbejde	146	9,2	827	13,6	973	12,7
Kontor- og butiksarbejde	65	4,1	673	11,1	738	9,6
Fabriksarbejde og andet industriarbejde ...	130	8,2	828	13,7	958	12,5
Arbejde med børn og syge	9	0,6	148	2,4	157	2,1
Medhjælp i æ.m.s erhverv	134	8,4	248	4,1	382	5,0
Andet arbejde	29	1,8	142	2,3	171	2,2
Uoplyst	1	0,0	18	0,3	19	0,3
Alle	1591	100,0	6065	100,0	7656	100,0

Husmødrene udgør 68 % af de steriliserede, men kun 47 % af de øvrige ansøgere. Forholdsvis mange husmødre steriliseres, hvilket således

står i forbindelse med, at husmødrene gennemgående er de ældste og de børnerigeste og for de flestes vedkommende gifte.

Tabel 26 (jfr. side 103). Ægtemandens erhverv for steriliserede, »øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Æ.m.s erhverv	Steriliserede		»Øvrige ansøgere«		Samlet ansøgertal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Selvstændige	148	10,3	374	9,6	522	9,8
Liberale erhverv	11	0,8	100	2,6	111	2,1
Tjenestemænd, funktionærer m. v.	169	11,7	681	17,5	850	16,0
Faglærte arbejdere	292	20,3	1003	25,8	1295	24,3
Ufaglærte arbejdere	571	39,7	1220	31,4	1791	33,6
Selvstændige landbrugere	164	11,4	221	5,7	385	7,2
Landbrugsmedhjælper	45	3,1	101	2,6	146	2,8
Lærlinge o. a. uddannelse	0	0	24	0,6	24	0,4
Andre erhverv	30	2,1	139	3,6	169	3,2
Uoplyst	8	0,6	26	0,6	34	0,6
Alle	1438	100,0	3889	100,0	5327	100,0

Både absolut og relativt udgør kvinder gift med ufaglærte arbejdere den største gruppe blandt de steriliserede. Også kvinder, gift med

selvstændige landbrugere er overrepræsenterede blandt de steriliserede, jfr. nærmere analyse heraf side 103.

Tabel 27 (jfr. side 105). Boligkategorier for steriliserede, »øvrige ansøgere« og samtlige ansøgere om svangerskabsafbrydelse.

Boligkategorier	Steriliserede		»Øvrige ansøgere«		Samtlige ansøgere	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Højest 2 personer pr. værelse	1099	69,1	4635	76,4	5734	74,9
Mere end 2 personer pr. værelse	444	27,9	732	12,1	1176	15,3
Bolig på arbejdsstedet	28	1,8	401	6,6	429	5,6
Uoplyst	20	1,2	297	4,9	317	4,2
Alle	1591	100,0	6065	100,0	7656	100,0

De fleste ansøgere bor i hjem med højst 1–2 personer pr. værelse. I overbefolkede lejligheder (mere end 2 personer pr. værelse) bor relativt flere af de steriliserede, nemlig 28 % mod 12 % af »øvrige ansøgere«.

Vedrørende afsnit B.

Sammenligning mellem de i afsnit A omhandlede 1591 steriliserede kvinder og de i afsnit B omhandlede 332 »rene sterilisationstilfælde«.

Som anført er den skarpe adskillelse mellem A- og B-materialerne kun delvis berettiget, da en del af patienterne i B-materialet reelt burde medregnes i A-materialet omhandlende sterilisation i forbindelse med ansøgning om svangerskabsafbrydelse. Forskellen mellem de 2 materialer må derfor i nogen grad antages at være udviskede. Da der dog forekommer karakteristiske forskelle, har man alligevel fundet det af værdi at redegøre for en sammenligning mellem de to materialer.

Tabel 28. Indikationsrammer.

	A-materialet		B-materialet	
	Steriliserede i forbindelse med sag om svangerskabsafbr.		»Rene sterilisationstilfælde«	
	abs.	%	abs.	%
Indikation i h. t. lov om sterilisation og kastration .	102	6,4	184	55,4
I h. t. svangerskabslovens § 1, stk. 4	73	4,7	3	0,9
el. i h. t. lov om ændringsvage				
Med. indikation ...				
Alle	1591	100,0	332	100,0

I B-materialet er betydeligt flere steriliserede i h. t. lov om sterilisation og kastration og betydeligt færre på medicinsk indikation. Svangerskabslovens § 1, stk. 4, som er anvendt i 4–5 %

i A-materialet, forekommer naturligvis ikke i B-materialet – tilsvarende tilfælde må her falde ind under de 55 %, der er steriliseret i h. t. lov om sterilisation og kastration. Dette ændrer dog ikke, at »rene sterilisationstilfælde« omfatter mange tilfælde, hvor samfundsmæssige, sociale og eugeniske forhold motiverer sterilisationsindgrebet. At B-materialet repræsenterer en socialt dårligere stillet gruppe, støttes også af tabellerne 34 og 35. Også i B-materialet finder man en med alderen stigende anvendelse af den medicinske indikation.

Tabel 29. Aldersfordeling.

	A-materialet		B-materialet	
	a. s.	%	abs.	%
Under 15 år	0		0	
15–19 år	5	0,3	0	
20–24 år	106	6,7	40	12,0
25–34 år	826	51,9	228	68,7
35 år og over	654	41,1	64	19,3
I alt	1591	100,0	332	100,0

Kvinderne i B-materialet er betydeligt yngre end i A-materialet, hvilket også er i overensstemmelse med den mindre anvendelse af medicinsk indikation i B-materialet, der rummer en del forholdsvis unge kvinder – ikke sjældent ret børnerige, jfr. også tabel 31, der er sinker eller karaktereologisk defekte, hvorfor såvel sociale som eugeniske forhold har talt for sterilisation.

Tabel 30. Civilstandsfordeling.

Civilstand	A-materialet		B-materialet	
	abs.	%	abs.	%
Gifte	1438	90,4	309	93,1
Ugifte	45	2,8	7	2,1
Fraskilte, frasep., enker	108	6,8	16	4,8
I alt	1591	100,0	332	100,0

Der er ingen væsentlig forskel på A- og B-materialerne.

Tabel 31. Tidligere graviditeter.

	A-materialet		B-materialet	
	abs.	%	abs.	%
Ingen tidligere	11	0,7	3	0,9
1 tidligere	39	2,4	5	1,5
2 »	137	8,6	13	3,9
3-4 »	666	41,9	120	36,1
5-6 »	478	30,0	120	36,1
7-8 »	189	11,9	46	13,9
9 og derover	71	4,5	25	7,6
I alt	1591	100,0	332	100,0

58 % i B-materialet har haft 5 tidl. graviditeter mod 46 % i A-materialet. En del kvinder, der er stærkt socialt og arbejdsmæssigt belastede af mange børn, har ikke kunnet opnå abortus provocatus på medicinsk indikation, men derimod efter afsluttet svangerskab sterilisation på social indikation.

Tabel 32. Antal tidligere svangerskabsafbrydelser.

	A-materialet		B-materialet	
	abs.	%	abs.	%
Ingen tidligere	1247	78,4	267	80,4
1 tidligere	301	18,9	58	17,5
2 ell. fl. tidligere .	43	2,7	7	2,1
I alt	1591	100,0	332	100,0

Der er her ikke nogen større forskel, idet der dog i B-materialet snarest er lidt færre, der tidligere har fået svangerskabsafbrydelse end i A-materialet, jfr. ovenfor side 105 bl.a. om kvinder med modvilje mod svangerskabsafbrydelse.

Tabel 33. Erhvervsfordeling blandt kvinderne.

Erhverv	A-materialet		B-materialet	
	abs.	%	abs.	%
Husmoder	1075	67,6	274	82,6
Under uddannelse .	2	0,1	0	
Husligt arbejde ...	146	9,2	16	4,8
Kontor- og butiksarbejde	65	4,1	4	1,2
Fabriksarbejde og andet industriarb. .	130	8,2	18	5,4
Arbejde m. børn og syge	9	0,6	1	0,3
Medhjælp i mandens erhverv	134	8,4	15	4,5
Andet arbejde	29	1,8	4	1,2
Uoplyst	1	0,0	0	-
I alt	1591	100,0	332	100,0

Der er relativt flere husmødre i B- end i A-materialet, jfr. tabel 31, ifølge hvilken B-materialet er mere børnerigt. Alle de andre grupper er relativt mindre i B- end i A-materialet.

Tabel 34. Ægtemandens erhverv.

Erhverv	A-materialet		B-materialet	
	abs.	%	abs.	%
Selvstændige	148	10,3	14	4,5
Liberale erhverv ...	11	0,8	1	0,3
Tjenestemænd, funkt.	169	11,7	21	6,8
Faglærte arb.	292	20,3	63	20,5
Ufaglærte arb.	571	39,7	158	51,3
Selvst. landbrugere	164	11,4	29	9,4
Landbrugsmedhj. .	45	3,1	16	5,2
Lærlinge	0	-	0	-
Andre erhverv	30	2,1	6	2,0
Uoplyst	8	0,6	0	-
I alt	1438	100,0	308	100,0

Der er relativt flere ansøgere, gift med ufaglærte arbejdere, i B- end i A-materialet. Det relativt store antal ufaglærte arbejdere i B-materialet er i overensstemmelse med den relativt større børnerigdom, idet ufaglærte arbejdere også i A-materialet er den børnerigeste af alle ægtemandserhvervsgrupperne.

Tabel 35. Bolikategorier.

	A-materialet		B-materialet	
	abs.	%	abs.	%
Højest 2 personer pr. værelse	1099	69,1	192	57,8
Mere end 2 personer pr. værelse ...	444	27,9	121	36,5
Bolig på arbejdsstedet	28	1,8	14	4,2
Uoplyst	20	1,2	5	1,5
I alt	1591	100,0	332	100,0

Det vil ses, at der i B-materialet er relativt mange, der bor i overbefolkede lejligheder, 37 % mod 28 % i A-materialet, formentlig udtryk for den større børnerigdom.

Resumé af mødrehjælpens redegørelse

Spørgsmålet om sterilisation rejser sig ofte i forbindelse med abortus provocatus. I de første år efter svangerskabslovens ikrafttræden foretoges de fleste sterilisationsindgreb i henhold til lov om sterilisation og kastration. Grænsen mellem social/eugeniske og medicinske sterilisationsindikationer er imidlertid flydende. Støttet af retslægerådets og justitsministeriets synspunkter samt senere under indflydelse af nævnet vedrørende svangerskabsafbrydelser og samrådenes virksomhed er et stigende antal indgreb foretaget på medicinsk indikation, hvis blot medicinske forhold af en vis alvor motiverer indikation. De fleste sterilisationer foretages samtidig med abortindgreb — en del dog også i puerperiet og et mindre antal uden forbindelse med graviditet. Gennem årene er et stigende antal abortansøgere steriliseret. Der redegøres for de almindelige indikationsprincipper samt for tre statistiske materialer vedrørende året 1958/59; dels A-materialet, der omhandler kvinder steriliseret i tilslutning til ansøgning om abortus provocatus, dels B-materialet omhandlende kvinder, der søger sterilisation uden direkte forbindelse med ansøgning om abortus provocatus, samt C-materialet vedrørende steriliserede mænd.

A-materialet omfatter 7656 ansøgere om svangerskabsafbrydelse, hvoraf 1591 steriliseredes. Næsten 90 % steriliseredes på medicinsk indikation, kun 6 % i henhold til lov om sterilisation og kastration. 85 % af sterilisationerne foretoges i umiddelbar forbindelse med abortus provocatus, knap 10 % i puerperiet. I Københavnsinstitutionen steriliseredes ca. 15% af alle abortansøgere, i provinsinstitutionerne mellem 18 % og 33 %. Formentlig arbejder man i provinsen med et helbredsmæssigt tungere klientel.

Sterilisationshyppigheden er i udpræget grad tiltagende med alderen. Indikation i henhold til lov om sterilisation og kastration er noget hyppigere i de unge aldersklasser. Sterilisation er væsentlig hyppigere blandt gifte end blandt ugifte i alle aldersgrupper. Størst sterilisations-

hyppighed findes blandt kvinder, der tidligere har været gravide mange gange, og som tidligere har fået foretaget abortus provocatus. De yngre steriliserede kvinder repræsenterer først og fremmest kvinder, der har født for mange børn og tidligere har fået abortus provocatus. Husmødre og kvinder, der er medhjælpere i mandens erhverv, steriliseres særlig hyppigt. På landet forekommer sidstnævnte kategori særlig hyppigt (kvinder gift med landmænd). Man har her indtryk af, at disse kvinder først søger abort efter at have fået mange børn og da er så medtagne, at der også er sterilisationsindikation.

Kvinder gift med ufaglærte arbejdere og med landbrugere steriliseres væsentligt hyppigere end kvinder gift med mænd i andre erhverv. De er samtidig ældre og mere børnerige.

B-materialet omfatter 514 kvinder, der henvendte sig om sterilisation uden umiddelbar tilknytning til en abortsag. Ca. 25 % af dette materiale burde dog af tekniske grunde tilhøre A-materialet, da kun det forhold, at sterilisation søgtes i det følgende finansår medførte, at de ikke medregnedes i A-materialet. Sterilisation effektueredes i 332 tilfælde, heraf 27 % i puerperiet. 55 % af disse ansøgere steriliseredes i henhold til lov om sterilisation og kastration, 44 % på medicinsk indikation.

Kvinderne i B-materialet er yngre, men alders- og civilstandsrelationerne såvel som relationerne til antallet af tidligere graviditeter og svangerskabsafbrydelser er som i A-materialet. B-materialets kvinder rummer dog flere meget børnerige. B-materialet har snarest lidt færre, der tidligere har fået abortus provocatus, svarende til, at en del af disse patienter af forskellige grunde nærer modvilje herimod. Der er flere husmødre i B-materialet og flere gift med ufaglærte arbejdere samt flere boende i overbefolkede lejligheder.

I alt 50 mænd er steriliseret ved mødrehjælpens foranstaltning (afsnit C). De var alle gift med kvinder, der havde søgt mødrehjælpen.

Redegørelse fra overlæge Niels Pape for en undersøgelse af en gruppe børn født af åndssvage kvinder

En social-psykiatrisk undersøgelse af en gruppe børn, født af kvinder, der senere er steriliseret i medfør af åndssvage-loven i årene 1940—49.

Undersøgelsen er foretaget i årene 1954-55 fra åndssvageanstalten »Andersvænge« med det formål at danne sig et billede af de arvemæssige og sociale virkninger af sterilisation af de åndssvage ifølge lov nr. 171 af 16. marts 1934 om foranstaltninger vedrørende åndssvage.

Undersøgelsesmateriale er udvalgt på følgende måde:

De til sterilisationsnævnet indgivne indstillinger til sterilisation er gennemgået i kronologisk rækkefølge, og man har udtaget dem blandt de steriliserede kvinder, der har født et eller flere børn før den foretagne Sterilisationsoperation.

Af praktiske hensyn har man blandt disse kvinder (voksen-probander) udvalgt dem, hvis sterilisationsandragender er tiltrådt af nævnet i tidsrummet 1.1.1940 til 31.12.1949, og hvor indstillingen var sket fra Ø.A.s område, idet man mente:

1) at undersøgelsen ville være vanskelig at gennemføre fuldkomment, hvis der var gået mere end ca. 15 år fra operationstidspunktet, idet der erfaringsmæssigt finder hyppige flytninger sted blandt åndssvage og deres familier,

2) såfremt man medinddrog voksen-probander steriliseret efter 1949, ville der i materialet kunne være så unge børne-probander, at man ikke ville kunne opnå en tilstrækkelig nøjagtig intelligensundersøgelse af disse,

3) at der i Ø.A.s område var steriliseret et så stort antal voksen-probander, at man kunne få signifikante tal til statistisk bearbejdelse af materialet.

Vedrørende metodik ved undersøgelsen kan oplyses, at man gennem folkeregistre, ved forespørgsel hos praktiserende læger og gennem journaler fra sygehuse, sindssygehospitaler og åndssvageanstalter har efterspurgt de steriliserede voksen-probander og deres børns opholdssteder, hvor de er opsøgt, underkastet social-psy-

kiatrisk interview og intelligensundersøgelse. Intelligensundersøgelsen er foretaget dels a.m. Binet-Simon (Dansk Standard 1943), dels a.m. Raven (Ravens progressive matrices) og oftest med begge de nævnte prøver. De i åndssvageinstitutioner anbragte børne-probander er ikke genundersøgte, såfremt der fra institutionens side har været foretaget intelligensundersøgelser inden for det sidste år.

På *alle* øvrige børneprobander under 15 år er der såvel foretaget undersøgelse a.m. Binet-Simon som a.m. Raven.

Det har ikke været muligt inden for denne undersøgelse at bevæge alle børne-probander over 15 år til at medvirke ved systematisk Binet-Simon prøve, men samtlige har villet underkaste sig en intelligensundersøgelse a.m. Raven.

De af børneprobanderne over 15 år, der har klaret præstationerne ved intelligensundersøgelsen svarende til middelværdien ved Ravens test er ikke forsøgt undersøgt yderligere med Binet-Simons prøve. De blandt børneprobanderne, der har opnået resultat svarende til Ravens »Group IV og IV ÷« og »Group V« er alle yderligere undersøgt a.m. Binet-Simon og praktisk talt alle har gennemført denne prøve; kun i enkelte tilfælde har prøven ikke systematisk kunnet gennemføres enten på gr. af børneprobandens vægring eller på gr. af omgivelsernes indblanding. For børneprobanderne over 15 år er den »intelligensmæssige« diagnose stillet således: »Normalt begavet« på baggrund af Ravens test og det kliniske skøn. Diagnosen »inferioritas intellectualis« (sinke) er i enkelte tilfælde baseret på Ravens test men med en forsigtig vurdering, således at tvivlstilfælde er medregnet til normales gruppe, medens resten af denne gruppe er undersøgt ved hjælp af begge intelligensundersøgelsesmetoderne.

Diagnosen oiigofreni (åndssvaghed i forsørgsmæssig betydning) er i alle tilfælde stillet efter undersøgelse a.m. Binet-Simon.

For alle børneprobanders vedkommende er indhentet oplysninger fra skoler om børnenes adfærd og standpunkt samt klasse¹ ærerens vurdering af børnenes intelligens, og der har ikke været større divergenser mellem undersøgelses-

resultaterne og skolens vurdering. Dog er åndssvage ofte af klasselæreren kaldet sinker - og inferiøre er hyppigt kaldet dårligt begavede.

Antallet af *tiltrådte* sterilisationsandragender udgjorde: (I tallene er der ikke taget hensyn til, hvorvidt de af nævnet tiltrådte sterilisationsandragender er efterfulgt af sterilisationsoperationer.)

1940.....	217
1941.....	179
1942.....	342
1943.....	313
1944.....	236
1945.....	246
1946.....	296
1947.....	248
1948.....	252
1949.....	283
I alt 1940-49.....	2612

Af de 2612 i tidsrummet 1940-49 tiltrådte sterilisationsandragender opfyldte 186 de ovenfor nævnte kriterier (ca. 7 %).

Disse 186 voksenprobander har tilsammen før den foretagne sterilisation født i alt 426 børn med følgende fordeling på de enkelte årgange:

År	Ster. sager	Pro-bander	%	Antal horn	Børn pr. proband
1940	217	19	8,5	24	1,3
1941	179	15	8,0	36	2,4
1942	24	7,0	44	1,8	
1943	313	30	9,5	94	3,1
1944	236	18	8,0	30	1,7
1945	216	21	9,0	66	3,1
19-16	296	17	6,0	34	2,0
1947	248	16	7,0	37	2,3
1948	252	11	4,5	29	2,6
1949	283	15	5,0	32	2,1
	2612	186		426	2,3

Hver af probanderne har gennemsnitligt fået 2,3 børn før sterilisationen.

Af de 186 probander var 39, dvs. $\frac{1}{5}$ steriliseret før det 21. år.

Af de 186 probander er 147, dvs. $\frac{4}{5}$, steriliseret efter det 21. år.

Af de 186 probander er de 174 åndssvage af arvelige (endogene) årsager.

Af de 186 probander er de 12 åndssvage af udefrakommende (exogene) årsager.

Af de 186 probander tilhørte 49 (25 %) hovedstadsområdet.

Af de 186 probander tilhørte 27 (20 %) provinsbyerne i Ø.A.s område.

Af de 186 probander tilhørte 100 (55 %) Ø.A.s øvrige område.

Af de 186 probander var på undersøgelsestidspunktet:

- 4 atter indlagte på anstalter,
- 2 i åndssvageforsorgens andre institutioner,
- 20 i »kontrolleret familiepleje«, prøveudskrivning eller i delvis fri tjeneste,
- 5 var døde (heraf 1 efter Sterilisationsoperation på gr. af komplicerende lungebetændelse),
- 155 af voksenprobanderne var uden for åndssvagforsorg.

Børneprobanderne:

Der er af de 186 voksenprobander før sterilisationsoperationen født i alt 426 børneprobander.

Heraf har de endogent betingede 174 åndssvage kvinder født 399 børn (94 % af det totale antal), og de exogent betingede åndssvage kvinder har født 27 børn før operationen (6 % af det totale antal).

Af samtlige 426 børn er 74 døde (17,4 %). Af den endogene gruppe på 399 er 70 døde (17,5 %).

Af den exogene gruppe på 27 er 4 børn døde (16 %).

De døde børn grupperer sig således:

Dødfødt.....	20
Døde i første levedøgn.....	8
Døde i første leveår.....	37
Døde efter første leveår.....	9

I alt.....74

Dødelighedsprocenten er ca. 8 gange så stor som i totalbefolkningen (inkl. åndssvage), og det forhold, at dødelighedsprocenten er praktisk taget lige stor i den endogene og exogene gruppe må tydes derhen, at det mindre beror på konstitutionelle forhold hos individerne og mere på miljøfaktorer, at dødelighedsprocenten er overmåde høj.

Af de 352 på undersøgelsestidspunktet levende børneprobander er:

112 åndssvage dvs. I.Q. mindre end 75 (26,3 %) af samtlige.

127 inferiøre dvs. I.Q. mellem 75 og 90 (29,8 % af samtlige).

113 normalt begavede dvs. I.Q. over 90 (26,5 % af samtlige).

Af de 113 med I.Q. over 90 er 16 (14,1 %)

psykopater i sværere grad, og ca. 50 (44 %) lider af nervøse forstyrrelser og adfærdforstyrrelser i lettere grad. Kun 5 af børneprobanderne viste I.Q. på over 100.

Sammenfattede kan man sige, at $\frac{1}{3}$ af de på undersøgelsestidspunktet levende børneprobander født af åndssvage kvinder og deres »tilfældige« partnere er forsorgsberettigede eller for-

sorgskrævende. Af resten er halvdelen sinker og $\frac{1}{4}$ behæftet med psykopatiske karaktertræk/eller nervøse lidelser.

Kun ca. 50 af de 352 børneprobander er mentalt sunde (ca. $\frac{1}{7}$) på undersøgelsestidspunktet, hvilket svarer til ca. 12 % af samtlige fødte børn.

Geografisk fordeling.

De 49 voksenprobander, der tilhørte hovedstadsområdet, fødte 95 børn, hvoraf 11 døde (13 0/0)			
» 37 » » » » provinsbyerne, » 71 » » 12 » (20 0/0)			
» 100 » » » » landområderne, » 260 » » 51 » (24 0/0)			
De 186	426	74	(17,4 0/0)

Disse tal tyder også på, at den høje dødelighedsprocent blandt åndssvages børn i væsentlig grad skyldes »miljøfaktorer«, idet der er en signifikant forskel på dødelighedsprocenten i hovedstadsområdet og i landområderne.

I hovedstadsområdet er fødselshjælpen og den hospitalsmæssige omsorg for nyfødte væsentlig mere effektiv og udbygget end i landområderne, resulterende i, at dødelighedsprocenten i hovedstadsområdet kun er halvt så stor som i landområderne. Efterhånden vil foranstaltninger til imødegåelse af den perinatale dødelighed blive udviklet i landområderne (og provinsbyerne), og man vil derefter forvente, at dødelighedsprocenten også for åndssvage børn vil gå ned med et øget antal af levende børn af åndssvage med arveligt betingede intellektuelle retarderinger.

De i hovedstadsområdet fødte børneprobander er:

Åndssvage i.....	21	tilfælde
Sinker i.....	24	»
»Normale« i.....	39	»
	84	tilfælde

Pro vinsområdet:

Åndssvage i.....	13	tilfælde
Sinker i.....	26	»
»Normale« i.....	20	»
	59	tilfælde

Landområdet:

Åndssvage i.....	78	tilfælde
Sinker i.....	77	»
»Normale« i.....	54	»
	209	tilfælde

Der ses her en relativ mindre gennemslagskraft af åndssvagheden hos børneprobanderne i

hovedstadsområdet, hvilket antageligt skyldes, at de åndssvage mødres seksualpartnere er et udsnit af »normalpopulationen«, medens der i landområderne antageligt er sket en såkaldt »negativ udvælgelse«, hvor den åndssvage kvinde ofte er kendt og skyet som erkendt åndssvag er besvangret af en åndssvag resp. inferior partner.

Af de 174 »endogent« åndssvage voksenprobander fødtes:

111 åndssvage børneprobander (33 %)
121 sinker (40 %)
95 »normale« (27 %)

327

Af de 12 »exogent« åndssvage voksenprobander

1 åndssvag (blødersygdom) (4 %)
6 sinker (24 %)
18 »normale« (72 %)

25

Disse tal er ikke overraskende, men viser klart de endogene faktorerers gennemslagskraft for oligofreniens vedkommende.

Teoretisk ville man vente, at intelligensfordelingen for de »exogene« åndssvage voksenprobanders afkom fordelte sig som i normalbefolkningen, men kun under forudsætning af, at fædrene til afkommet kunne betragtes som et normalt udsnit af befolkningen. Det er imidlertid berettiget at antage, at der også her har fundet en »negativ udvælgelse« sted af mindre lodige barnefædre, idet også de »exogent« betingede åndssvage kvinder ofte er lidet tiltrækkende af ydre og væsen, samtidig med at de ofte er let forledelige.

Aldersfordeling							
0-7 år	22	deraf åndssvage	10	sinker	4	"normale"	8
7-14 år	197	»	»	»	68	»	77
14-21 år	98	»	»	»	38	»	24
over 21 år	35	»	»	»	17	»	4
352		112		127		113	

Anbringelse:

I hjemmet hos forældre, moder eller fader.	99
I adoptivhjem.	26
I plejehjem.	47
I børnehjem og lign. institutioner.	40
I sinkehjem.	14
Husmødre.	14
Husassistenter og landarbejdere.	50
Soldater.	5
I åndssvageanstalter incl. familiepleje.	44
Diverse andre.	13
I alt.	352

/ alt er 34 af børneprobanderne bortadopterede

deraf 2 åndssvage
5 sinker
2 udtalte psykopater.

Af de 112 åndssvage børneprobander er oligofrenien kun »erkendt« for undersøgelsen hos ca. halvdelen. Der er næppe tvivl om, at i den nærmeste fremtid vil op mod 100 % af oligofrene blive erkendt senest i skolealderen, og man må stræbe efter, at oligofrene børn undervises i åndssvageforsorgens externat subsidiært internat skoler, hvorfor pladsbehovet her utvivlsomt vil stige.

På grundlag af foranstående tal kan der opstilles en grov sandsynlighedsberegning over antallet af børn, der ville være blevet født af de personer, som er blevet steriliseret i medfør af åndssvagebogen.

Beregningsen er usikker på flere punkter; bl. a. er der i totaltallet af sterilisationer 1940-49 både mænd og kvinder, medens undersøgelsesmateriale kun omfatter kvinder, og det er herefter forudsat, at mænd gennemsnitligt sætter lige så mange børn i verden som kvinder. Det bemær-

kes dog, at der er steriliseret et væsentligt større antal åndssvage kvinder end mænd. Hver kvinde i undersøgelsesmateriale har født gennemsnitligt 2,3 børn inden sterilisationen, men da sterilisationen, der ofte er sket i tidlig alder, har bevirket, at voksenprobanderne er hindret i at sætte flere børn i verden, må tallet 2,3 betragtes som et minimumstal.

I tiden fra åndssvagebogens ikrafttræden og til udgangen af 1955 er der steriliseret i alt ca. 4700 åndssvage i medfør af åndssvagebogen. Med et gennemsnit af 2,3 barn pr. voksenproband ville disse 4700 personer have fået i alt ca. 11.000 børn, hvis fødsel er eller ville kunne være hindret ved sterilisation i rette tid (antagelig omkring det 18. år). Går man ud fra et forsigtigt anslået tal på 10.000 børn, får man på grundlag af foranstående tal følgende fordeling af disse børn:

17,4 %	eller 1740	døde
26,3 %	eller 2630	åndssvage
28,8 %	eller 2980	sinker
26,5 %	eller 2650	»normalt« begavede, af disse ville 14,1 % eller 374 være psykopater af sværere grad, 44,2 % eller 1171 have nervøse forstyrrelser m. v.

Det synes efter denne undersøgelse klart at fremgå, at sterilisation af åndssvage efter hidtil gældende praksis har nedsat antallet af åndssvage, af andre intelligensdefekte samt af karakterafvigende personer i betydeligt omfang.

Glostrup den 10/9-62

Niels Pape.

Sterilisationer på kvinder i hele landet 1957, 1958 og 1959

	1957	1958	1959
I. Antal sterilisationer.....	2269	2453	2210
II. Grundlaget for operationens udførelse:			
1. Medicinsk indikation.....	1831	2030	1832
2. Tilladelse fra justitsministeriet i henhold til loven om sterilisation og kastration.....	282	279	243
3. Godkendelse fra sterilisationsnævnet i henhold til loven om foranstaltninger vedrørende åndssvage.....	60	60	65
4. På eugenisk indikation i henhold til svangerskabslovens § 1, stk. 4.....	96	84	70
III. Antal indgreb i forbindelse med			
1. fødsel.....	270	331	306
2. svangerskabsafbrydelse.....	1326	1399	1237
IV. Antal dødsfald i forbindelse med operationen.....	1	—	1
V. Antal alvorligere komplikationer under sygehusopholdei.			
Ved sterilisation:			
1. i forbindelse med fødsel.....	14	6	9
2. i forbindelse med svangerskabsafbrydelse.....	31	41	33
3. i øvrigt.....	11	11	4
VI. Antal tilfælde med eftersygdomme eller senere komplikationer.			
Ved sterilisation:			
1. i forbindelse med fødsel.....	1	3	1
2. i forbindelse med svangerskabsafbrydelse.....	28	20	8
3. i øvrigt.....	10	6	4

RETSLÆGERAADET

København, den 15. november 1961.

Til Sterilisationsudvalget,
formanden, hr. højesteretsdommer Th. Gjerulff,
Gardes Allé 1,
Hellerup.

I besvarelse af sterilisationsudvalgets skrivel-
se af 25. maj 1961 skal retslægerrådet udtale:

De metoder, som kan bringes i anvendelse
ved refertilisering af kvinder, afhænger i nogen
grad af, hvilken teknik der er anvendt ved steri-
lisationen. Sterilisation foretages i udstrakt
grad ved 1) en afbrydelse af midterste del af
æggeledeerne, såkaldet Madleners sterilisation.
Endvidere 2) ved fjernelse af inderste del af
æggeledeerne, samt eventuel udskæring af liv-
moderens hjørner. Endelig 3) i nogle tilfælde
fjernelse af hele æggelederen på begge sider.

Ved forsøg på genoprettelsen af passagen for
ægget fra æggestokken ind til livmoderhulhe-
den, kan man efter foretagen operation 1) og
2) implantere den sunde ende af æggelederen
gennem en operativt konstrueret kanal i hjørnet
af uterus (såkaldet tubaimplantation). Hvis hele
æggelederen er fjernet, kan selve æggestokken,
eventuelt efter operativt tildannelse, implanteres
i en kunstigt dannet kanal i livmoderens hjørne,
den såkaldte Este's operation. Endelig vil man,
såfremt Madleners sterilisation er foretaget,
eventuelt kunne sy de sunde ender af æggeleder-
ne sammen, en såkaldt end-to-end-anastomose.

For mænds vedkommende består refertilise-
ringsoperation i genforening af de to under-
bundne ender af den overskårne (ligerede eller
resecerede) sædstreng (end-to-end-anastomose),
idet der i de forenede lysninger midlertidigt ind-
lægges en fishgut eller rustfri metaltråd.

Der foreligger en del erfaringer med hensyn
til resultaterne af tubaimplantation, som er fore-
taget som Sterilisationsoperation i tilfælde, hvor
sygelige processer, særlig betændelser har bloke-

ret den inderste del af æggeledeerne. Endvidere
foreligger der et tysk materiale, hvor tubaim-
plantation er foretaget som refertiliseringsope-
ration efter tidligere udført Madleners opera-
tion.

Udsigterne til heldig gennemført implantati-
onsoperation, d.v.s. med det resultat, at der her-
efter fødes et levende barn, vil være afhængigt
af det operative materiales art og operatørens er-
faring og rutine. Såfremt operationen udføres
sjældent, vil den pågældende klinik næppe kun-
ne regne med mere end en størrelsesorden af
omkring 15 %'s succes. Hertil kommer, at så-
danne operationer erfaringsvis medfører en ikke
helt ringe risiko for senere opståen af svanger-
skab uden for livmoderen (hyppigheden heraf
anslås i forskellige materialer til mellem 7 og
10 %). Med hensyn til end-to-end-anastomose
foreligger, såvidt rådet bekendt, ingen større er-
faringsmateriale i litteraturen.

Implantation af æggestokken i selve uterus
må betegnes som en lidet udsigtsrig operation
med risiko for senere komplikationer.

Mulighederne for refertilisering af mænd ef-
ter overskæring af sædstrengen, eventuelt med
fjernelse af et stykke af denne, må betegnes som
usikre. Efter et tysk materiale (jfr. vedlagte af-
handling af Karl Traenckner) på 31 refertilise-
ringer fandtes der kun i to tilfælde ved en efter-
undersøgelse spermatozoer og da i disse tilfælde
en spermatozoproduktion i betydelig nedsat
grad.

Der fødtes ikke børn i disse mænds ægteskab.

Det er ikke rådet bekendt, at der her i landet
foreligger større opgjorte materialer over de
herhenhørende operationer.

I sagens behandling har professorerne Bertel-
sen, Brandstrup, Dahl-Iversen og Gormsen del-
taget. *Harald Gormsen/P. O. Hansen*

RETSLÆGERAADET

København, den 9. april 1963.

Til Sterilisationsudvalget,
formanden, hr. højesteretsdommer Th. Gjerulff,
Gardes Allé 1,
Hellerup.

Efter at retslægerrådet har haft lejlighed til at
gennemgå dr. Gunner Koudahl's manuskript,
der lå til grund for den redegørelse for nyere

litteratur vedrørende resultater af refertilise-
rings-operationer på mænd, som dr. Koudahl
den 22. januar 1963 afgav over for sterilisa-
tionsudvalget, skal retslægerrådet i besvarelse af
hr. formandens forespørgsel af 24. januar 1963
udtale:

Den fremlagte litteraturoversigt giver efter

retslægerådets opfattelse ikke anledning til ændring af rådets udtalelse af 15. november 1961, i henhold til hvilken resultaterne af refertiliseringsoperationer på mænd er usikre. Erfaringsmæssigt publiceres oftest de heldigste behandlingsserier, og i materialer som de publicerede må »pater semper incertus«-begrebet nok i særlig grad haves in mente. Hertil kommer, at i de fleste af de refererede tilfælde, i hvilke der foreligger postoperative spermaundersøgelser, tillader det anførte ikke nogen sikker vurdering af spermas kvalitet.

I besvarelse af spørgsmålet om, hvorvidt et gunstigt resultat forudsætter stor erfaring og ru-

tine hos vedkommende operatør, skal rådet udtale, at personlig erfaring med den omhandlede operation, ligesom med alle andre ikke helt simple operationer, afgjort spiller en rolle, men at operationen teknisk dog ikke er vanskeligere, end at enhver urinvejs — respektive plastik — kirurg må antages at kunne udføre den med nogenlunde samme sikkerhed som kirurger, der måtte have speciel erfaring med denne operation.

I sagens behandling har professorerne Bertelsen, Brandstrup, Dahl-Iversen og Gormsen deltaget.

Harald Gormsen/E. Stamm.

Redegørelse fra overlæge Henrik Hoffmeyer om
efterundersøgelser af steriliserede

Sterilisationsoperationens historie synes - bortset fra muligt steriliserende indgreb i primitive kulturer — ikke at være ret gammel — de første indgreb er rapporteret fra visse amerikanske stater i sidste decennium af forrige århundrede. Både herhjemme, i Amerika og en række nord- og vesteuropæiske stater diskuteredes spørgsmålet med stigende styrke i perioden efter 1. verdenskrig.

Debatten var dels præget af en vis uklarhed med hensyn til adskillelsen mellem sterilisation og kastration — en uklarhed der endnu i nogen grad prægede forarbejderne til den første danske lovgivning. Uklarheden accentueredes af, at debatten dengang i det væsentlige vedrørte indgreb på kriminelle, specielt sådanne som havde gjort sig skyldige i seksuel kriminalitet. Da disse grupper i vor epoke spiller en underordnet rolle blandt de steriliserede, vil det være hensigtsmæssigt at koncentrere en oversigt over efterundersøgelser af steriliserede om de arbejder, der beskæftiger sig med et klientel, der i højere grad ligner det klientel, som i vore dage steriliseres i henhold til dansk lovgivning. Der findes især fra schweizisk og amerikansk side en sådan omfattende litteratur også vedrørende efterundersøgelser af steriliserede, men mange af arbejderne lider af den svaghed, at man ikke ved efterundersøgelsen har kunnet opnå kontakt med en væsentlig del af de steriliserede i udgangsmaterialet, hvorved man kun har kunnet drage konklusioner med begrænset værdi. I den følgende oversigt vil man derfor indskrænke sig til kun mere fyldigt at referere nogle af de mere betydningsfulde bidrag til belysning af sterilisationsindgrebets følger *).

*) De fleste arbejder er refererede på grundlag af originalartikler, men enkelte på grundlag af referat andet steds, specielt er dr. *Ekblads* monografi fra 1961 anvendt som kildemateriale i denne henseende.

Diskussionen om sterilisationsindgrebets virkninger har i vidt omfang været præget af verdensanskuelsesmæssige synspunkter og rationel udforskning af indgrebets virkninger kommer først sent. Den medicinske betragtning af indgrebet indskrænker sig i begyndelsen af århundredet i det væsentlige til at fastslå, at indgrebene ikke har fysiske bivirkninger udover ufrugtbargørelsen og således må betragtes som uskadelige. Gynækologen *Döderlein* gør dog i 1912, gynækologen *Winter* i 1920 og psykiateren *Lange* i 1933 opmærksom på de uheldige sjælelige og ægteskabelige følger sterilisationsindgrebet kan have samt på i hvor høj grad et menneskes selvagtelse kan undergraves derigennem. Et af de første egentlige efterundersøgelsesarbejder er schweizeren *Milt's* fra 1928. 27 af 48 steriliserede kvinder fik menstruationsforstyrrelser, 26 (= 55 %) havde uforandrede, kun 5 (= 10 %) havde forbedrede og 17 (= 35 %) havde væsentligt forværrede seksuelle forhold efter sterilisationen. 6 (= 12 %) fortrød alvorligt operationen.

I Amerika foreligger allerede fra 1929 og -30 usystematiske efterundersøgelser af patienter steriliserede i henhold til liberal sterilisationslovgivning i enkelte stater som f. eks. Californien **). Resultaterne synes stort set gunstige, idet svangerskabsfrygt er svundet, og helbredet er forbedret. Også åndssvage synes at blive hjulpet gennem sterilisation.

Gosney og *Popenoe* skildrer i et arbejde fra 1930 en spørgeskemaefterundersøgelse af flere tusinde i Californien frivilligt steriliserede kvinder. Blandt 155 normale kvinder angav 92 (= 59 %), at deres seksuelle forhold var uforandret, 56 (= 36 %), at deres seksuelle forhold

***) *Popenoe* (1929), *Vruwinck* og *Popenoe* (1930).

var forbedret og 7 (= 5 %), at deres seksuelle forhold var forværret efter sterilisationen. Forværringerne havde ingen sammenhæng med operationen. Man fandt blandt flere tusinde ikke en eneste som var utilfreds. Muligt skyldtes dette gunstige resultat spørgeskema-fremgangsmåden.

I 1936 offentliggjorde amerikaneren *Craft* en efterundersøgelse af 175 steriliserede åndssvage kvinder. Af 127, der svarede, var 98 tilfredse, 21 indifferente og 8 utilfredse. Promiskuiteten forøgedes ikke.

Et af de vigtigste arbejder på dette område er den schweiziske psykiater *Hans Binders* arbejde fra 1937: *Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisierung der Frau durch partielle Tubenresektion*. Dette arbejde har været grundlæggende for indikationsstillingen overalt i verden og skal derfor udførligt refereres.

Binders materiale består af 293 kvinder, som er frivilligt steriliserede 3 til 10 år før efterundersøgelsen, som har bestået i en egentlig og grundig psykiatrisk undersøgelse. Materialet består væsentligst af de i en bestemt periode i Basel og omegn steriliserede, idet man dog kun har opnået kontakt med 70 % af disse. Hertil kommer en række andre tilfælde, som man af forskellige grunde er kommet i kontakt med. Man har udelukket sådanne som led af egentlige sindssygdomme. Langt de fleste tilhører byens lavere sociale klasser, men en del middelstandstilfælde indgår også.

Binder gør opmærksom på vanskeligheden ved at bedømme resultaterne entydigt, idet man i mange tilfælde må veje fordele mod ulemper ved opgørelsen af efterundersøgelsens resultat. Ved en samlet bedømmelse af materialet når han imidlertid til følgende konklusion:

Gruppe a: Resultatet overvejende fordelagtigt, kun ubetydelige ulemper 176 60 %

Gruppe b: Resultatet overvejende fordelagtigt, men dog med betydelige ulemper 87 30%

Gruppe c: Resultatet overvejende uheldigt, dog med betydelige fordele 21 7 %

Gruppe d: Resultatet uheldigt, kun betydningsløse fordele 9 3 %

Binder finder således ikke at kunne bekræfte den almindelige antagelse om, at sterilisationsindgrebet er helt harmløst, og når til dette resultat ved også at tage de psykiske og personlige skader og ulemper, som det kan forvolde, i betragtning.

Opdelt efter indikationerne fordeler resultaterne sig som i følgende tabel:

	Positive		Negative	
	Gruppe a	Gruppe b	Gruppe c	Gruppe d
Medicinske indikationer (128)	81	46	1	0
Eugeniske indikationer (22)	9	12	1	0
Sociale indikationer (143)				
Udslidthed, psykiske følger efter overbelastning p. gr. af børn	50	13	1	1
Overdreven svangerskabsfrygt p. gr. af alt for stor personlig ængstelighed	13	4	1	0
Modløse kvinder i dårlige ægteskaber, som ikke ønsker flere børn med en forhadet mand	1	5	6	2
Steriliseret på ægtemandens opfordring, men mod kvindens indre natur	1	6	9	5
Af fornuftsgrunde ønskes ikke flere børn	14	1	2	1
Bekvemmelighed	7	0	0	0

De medicinske indikationer omfatter her kun somatiske (fysiske) lidelser. Som omtalt omfattede materialet ikke egentlig sindssyge. Ved disse sterilisationer har man i almindelighed måttet se bort fra, at de pågældende kvinder evt. kunne ønske sig børn senere, men ved bedømmelsen af resultatet har man også ladet hensynet til fordelene for det fysiske helbred overveje hensynet til de evt. sjælelige komplikationer. Det forhold, at sterilisationen har været nødvendig for at beskytte det legemlige helbred, har da også hos de fleste af disse kvinder skabt forståelse for indgrebet. På den anden side omfatter denne gruppe også netop en række yngre kvinder med få børn. Disse forhold forklarer, at man alt i alt kun i et enkelt tilfælde måtte betegne resultatet som negativt, mens man i et betydeligt antal af de positivt bedømte tilfælde dog måtte anføre visse ulemper.

De på eugenisk indikation steriliserede omfatter fortrinsvis egentlig åndssvage, men derudover også svært asociale psykopater. Idet der ved bedømmelsen er taget hensyn til den samfundsmæssige interesse i, at disse patienter er steriliserede er langt de fleste resultater ved efterundersøgelsen bedømt positivt. Men mens de rent positive resultater dominerede over resultater med visse mindre ulemper, hvor det drejede sig om medicinske indikationer, dominerer

resultater med visse ulemper her overfor de rent positive. Selvom disse indgreb er udført på frivilligt grundlag, føler mange af de steriliserede det dog - især som ældre - smerteligt, at være bedømt som mindreværdige. Ikke sjældent lider åndssvage kvinder, som er steriliserede, under deres utilfredsstillende moderdrift.

De sociale indikationer omfatter først gruppen af forslidte mødre, hvor opdragelsen af yderligere børn i socialt dårligt stillede hjem enten skaber en fysisk udmattelsestilstand eller fremkalder en ugunstig sjælelig udvikling i form af legemlig-nervøs overfølsomhed og svækkelse, tiltagende sjælelig apathi og viljeløshed eller tiltagende depression og ubeslutsomhed med indslag af angst, irritabilitet og aggressivitet. En yderligere belastning vil enten fremkalde et legemligt sammenbrud eller en dybtgående sjælelig forstyrrelse. Da man ikke varigt kan fjerne en sådan kvinde fra hendes miljø, er der ingen udsigt til på anden måde end gennem sterilisation at bedre hendes tilstand.

Sterilisationen er i de fleste af disse tilfælde bedømt positivt - de sjældne negative tilfælde repræsenterer tilfælde, hvor de sociale forhold siden har ændret sig i gunstig retning. Væsentligt hyppigere er tilfælde, der ved efterundersøgelsen på grund af de åbenbare fordele alt i alt er bedømt positive, men hvor der dog forekommer visse ulemper i form af mindreværdsfølelser og anger over indgrebet. Påfaldende er det dog, at sådanne tilfælde (gruppe b) forekommer relativt sjældnere blandt disse udslidte mødre, end hvor sterilisationen er foretaget på rent medicinsk indikation. Dette er tildels udtryk for, at det her drejer sig om lidt ældre kvinder med flere børn.

Den følgende gruppe omhandler kvinder, hvor frygten for nye svangerskaber har udviklet sig til en overlødig idé. I nogle af tilfældene begrundedes frygten med, at den pågældende kvinde selv var vokset op i en meget børnerig familie eller havde været et uønsket barn. Svangerskabsfrygten er en så pinfuld tilstand, at sterilisationen i langt de fleste af disse tilfælde fører til et gunstigt resultat, og kun få knytter senere nye frygtkomplekser til den udførte operation og er således ikke bedrede.

I den følgende gruppe drejer det sig om kvinder, der lever i meget slette ægteskaber og ikke ønsker at sætte børn i verden, der skal opvokse i et sådant ægteskabs atmosfære. Ofte frygter de også, at de ikke vil kunne elske et barn, hvis fader de afskyr til trods for, at de i virkeligheden selv ønsker sig børn. Resultaterne i denne

gruppe er i almindelighed ret dårlige - mange af disse kvinder udvikler neurotiske komplikationer efter sterilisationen.

Endnu ugunstigere er resultaterne i den følgende gruppe, hvor sterilisationen gennemføres, fordi ægtemanden mere eller mindre groft tvinger hustruen dertil. Hos mange af disse kvinder udvikler der sig alvorlige trods- og hadindstillinger, som ødelægger ægteskabet. Kun hvor ægteskabet er meget godt, og hvor kvinden derfor kan indstille sig på på denne måde at »ofre« sig for manden, kan resultatet være nogenlunde gunstigt. Overfor den indikationsstillende læge anfører sådanne kvinder en række forskellige i det væsentlige sociale motiver, og man må forske meget nøje for at afsøre, at det i virkeligheden er på mandens opfordring eller på grund af hans trusler, at hun lader sig sterilisere.

I den følgende gruppe drejer det sig om en helt anden kategori af kvinder, nemlig kvinder med en udpræget rationel indstilling, som finder det uhensigtsmæssigt med flere børn, fordi de vil kunne gøre det vanskeligt for hende at fortsætte sin virksomhed, vil vanskeliggøre hendes mands karriere eller vil vanskeliggøre familiens sociale fremgang. Ikke sjældent drejer det sig om forretningskvinder med stor selvstændighedstrang. Sterilisationen tåles i de fleste af disse tilfælde godt, fordi den ikke er i konflikt med den dybere følelsesmæssige indstilling hos disse kvinder. Kun undtagelsesvist, når ydre forhold eller indre forandringer senere i livet vækker stærkere, hidtil slumrende kvindelige og moderlige instinkter, kan der udvikles sværere skyld- og angerfølelser.

Den sidste gruppe beskrives som bestående af overfladiske, egoistiske kvinder med en indskrumpet moderfølelse, som, fordi de ønsker et materielt ubesværet liv, »fri for barneskrig«, lader sig sterilisere. De motiverer ønsket om sterilisation med at overdrive vanskelighederne ved en almindelig tilværelse og ved at tale om »retten til at have en selvstændig personlighed« og tåler på grund af den beskrevne livsholdning sterilisationsindgrebet godt.

Binder konkluderer, at der ligger mange helt forskellige reale grunde bag det, som i almindelighed betegnes som »social indikation«, og at efterundersøgelsesresultatet derfor også bliver forskelligartet fra gruppe til gruppe. »Alle forsøg på en konkret afgrænsning af begrebet »social indikation« vil vise sig fuldstændig vilkårlig«. *Binder* konkluderer videre, at de to førstnævnte af de sociale grupper, de forslidte mødre og kvinder med svær svangerskabsangst, i virke-

ligheden må betragtes som medicinske indikationer. I de øvrige tilfælde mener han, at nøjere undersøgelse og måske navnlig tilbud om behandling og rådgivning i mange tilfælde kunne medføre, at sterilisationen blev anset for unødvendig — muligvis efterladende en lille gruppe, hvor der dog ville vise sig at være medicinsk indikation. *Binder* vender sig derimod imod egentlige sociale indikationer og finder således ikke, at der burde være indikation for sterilisation i de to sidstnævnte grupper, hvor alene fornuftsgrunde eller bekvemmelighed taler for sterilisation — der bør sættes en stopper for tidens mere og mere udbredte tendens til, at sunde mennesker ikke vil påtage sig en normal tilværelses møjsommeligheder.

Gennemsnitsalderen ved sterilisation var i dette materiale 33 år. I aldersgruppen 21-25 år findes ved efterundersøgelsen ingen negativt bedømte tilfælde — i denne aldersgruppe er kun sådanne med meget påtrængende somatiske eller eugeniske indikationer steriliserede. For de følgende aldersgrupper finder man ved efterundersøgelsen de fleste negative tilfælde i den yngste aldersgruppe, gruppen fra 26-30 år, mens der slet ingen negative tilfælde er i aldersgrupperne over 40. *Binder* konkluderer, at negativt udfald af Sterilisationsoperation efter det fyldte 35. år hører til de absolutte sjældenheder.

Gennemsnitligt havde de steriliserede kvinder 2,8 børn. De ved efterundersøgelsen negativt bedømte tilfælde falder med stigende børneantal, og negativ bedømmelse er yderst sjælden hos kvinder, der i forvejen havde mere end 4 børn. Det er imidlertid iøjnefaldende, at der selv blandt kvinder med store børneantal stadig er ikke få, som må henføres til gruppe b, d.v.s. hvor der er visse mindreværdsfølelser og andre negative virkninger af operationen, som dog overskygges af den positive effekt på helbreds-tilstanden eller de sociale forhold.

Stilles efterundersøgelsesresultatet i relation til den psykiske tilstand før indgrebet viser det sig, at de psykisk normale har den gunstigste prognose med hensyn til den psykiske forarbejdning af sterilisationen, hvorimod depressive, ængstelige, astheniske og sensitive psykopater (karakterneurotikere) og i særdeleshed kvinder med sværere neuroser har den dårligste prognose med hensyn til efterforløbet efter sterilisation.

Inddeles materialet i relation til kvaliteten af de ægteskaber, de pågældende kvinder levede i, viser det sig, at der overhovedet ikke forekommer negative resultater i gruppen af »gode æg-

teskaber«, hvorimod der er 10 negative blandt de 105 kvinder, der levede i middelgode ægteskaber og 18 negative blandt de 82, der levede i dårlige ægteskaber.

Binder har sluttelig forsøgt at vurdere moderdriftens styrke og finder en udpræget korrelation mellem stærk moderdrift og relativt mange med negative følger af Sterilisationsoperationen.

Binder har herefter i detaljer undersøgt virkningen af sterilisationsindgrebene og beskæftiger sig først med operationens *indflydelse på menstruationen*. Man har forsøgt at se bort fra effekten af samtidig korrigerende indgreb som f. eks. plastiske operationer, fjernelse af svulster og lign. Det viser sig da, at menstruationerne er uforandrede hos 85 %, bedre hos 6 % og værre hos 9 %. Forandringerne optræder ofte med 1/2-1 års latenstid. Ugunstige eftervirkninger kan af og til atter tabe sig, når nogen tid er gået.

De bedrede fordeler sig stort set på følgende 3 typer:

1. For rigelige (menorrhagiske) menstruationer normaliseres. Det drejer sig oftest om nervøse kvinder med udtalt svangerskabsfrygt og utilfredsstillet seksualitet.
2. For sparsomme (oligomenorrhøiske) menstruationer normaliseres. Det drejer sig oftest om forslidte og udmattede kvinder.
3. Ophør af forstemninger eller smerter i tilslutning til menstruationen. Det drejer sig oftest om ængsteligt-hypokondre, seksuelt utilfredsstillede kvinder med udtalt svangerskabsfrygt.

Med hensyn til de ugunstige virkninger fordeler de sig på tilsvarende grupper: 1. Menstruationen bliver for rigelig (menorrhagisk). Forekommer kun hos kvinder, som på grund af en ugunstig psykisk forarbejdning af operationen efter denne ikke mere kan opnå seksuel udløsning. 2. Menstruationen bliver for sparsom (oligomenorrhøe). Kvinder som efter operationen udvikler tiltagende sjælelig forkrøbling, som forhindrer enhver seksuel afreaktion. 3. Forstemninger og underlivssmerter i tilslutning til menstruationen efter sterilisationen. Dette er den hyppigste klage og optræder hos 17 af de undersøgte. Forekommer hvor sterilisationen fremkalder en særlig udtalt følelse af utilfredsstillet moderdrift. Hver ny menstruation er en bekræftelse på deres ufrugtbarhed. Menstruationerne opleves som meningsløse, når man ikke længere kan få børn.

Binder undersøger derefter sterilisationens *effekt på udslidestilstanden*, de neurastheniske reaktioner. I mange af disse tilfælde har sterili-

sationen, måske i nogle tilfælde kombineret med virkningen af hospitalsopholdet, som for enkelte af disse kvinder er den første ferie de nogensinde har haft, medført en helbredelse af neurasthenien — de blomstrer op, tager på i vægt, får deres vegetative og psykiske balance tilbage, ligesom trætheds-frigiditeten forsvinder. Effekten er naturligvis afhængig af, hvilke byrder der fremover påhviler en sådan kvinde, samt i særlig grad af i hvilket omfang neurasthenien er konstitutionelt betinget. Som regel medfører sterilisationen imidlertid, at det fuldstændige sammenbrud forebygges.

Med hensyn til de *gunstige psykiske jorløb* efter sterilisation beror disse først og fremmest på bortfaldet af svangerskabsfrygten. Det betones imidlertid, at man hyppigt hos en og samme kvinde på den ene side møder en frygt for at få yderligere børn og på den anden side også udtryk for utilfredsstillet moderdrift - en konflikt mellem forstand og hjerte. Svangerskabsfrygten kan i mange tilfælde føre til frigiditet, angst- og organneurotiske forstyrrelser samt betydelige ægteskabelige vanskeligheder, som sekundært kan manifestere sig i form af seksuelle og neurotiske forstyrrelser også hos ægtemanden. I sådanne tilfælde kan også anticonceptionprocedurerne kompliceres, og der kan udvikle sig en »antikonceptionsneurose«. I sådanne tilfælde kan sterilisationen virke som en fuldstændig kur og kan gennemgribende sanere ægteskabet. I materialet indgår 23 kvinder, d.v.s. 8 % af det samlede materiale, hvor sterilisationen medførte en helbredelse eller vidtgående bedring af udprægede organ- og angstneuroser alene som en følge af operationen. Dette var også tilfældet hos en del patienter, hvis øvrige omstændigheder var ret ugunstige, f. eks. med relativt uharmonisk ægteskab, eller hvor der var kraftige modforestillinger mod sterilisation på grund af utilfredsstillet moderdrift eller af religiøse grunde. Mange af ægtemændene udviklede sig i mere hensynsfuld retning. *Binder* refererer følgende sygehistorie: Begge ægtefæller meget flittige og samvittighedsfulde, men noget ængstelige og tilbageholdende, dog slet ikke i psykopatisk grad. Ægteskab 1919; i de første 4 år får man 3 børn; så 10-årig periode, hvor man anvender forskellige præventive midler med tiltagende svangerskabsfrygt. Hustruen henvender sig i 1933 i den psykiatriske konsultation: Tidligere normal orgasme, men nu gennem mange år fuldstændig frigid. Gedefobi (patienten har den forestilling, at folk på gaden kikker på hendes lidt stærkt udviklede bryster og tror,

at hun er gravid), hjertebanken, søvnforstyrrelser, hovedpine, for lange blødninger (menorrhagier). Man indkaldte manden: Af angst for at besvange hustruen var han atter begyndt at onanere; svær hypokondrisk angst på grund af dette. Efter en bronchitis neurotisk fixation af åndedrætsbesværet og udvikling af en pinefuld neurotisk asthma. Man anbefalede sterilisation af hustruen og aftalte psykoterapi efter operationen. 2 måneder senere kom hustruen og forklarede, at hun og manden ikke behøvede komme mere, da alle besvær var forsvundet efter operationen. 1936, 3 år senere, efterkontrol: Begge ægtefæller fuldstændigt sunde og besværsfri; normalt seksuelt forhold med gensidig tilfredsstillelse.

Over for eksempler som det refererede står imidlertid en række andre tilfælde, hvor frigiditeten ikke påvirkes af operationen, nemlig sådanne tilfælde, hvor frigiditeten beror på dybtliggende neurotiske hæmninger, som er uden forbindelse med svangerskabsangsten. I enkelte andre tilfælde kan sterilisationen få en ugunstig effekt, fordi bortfaldet af svangerskabsfrygten skaber en vis erotisk opblomstring hos kvinden, som ægtemanden muligvis ikke kan leve op til. I andre tilfælde har kvinden og evt. begge ægtefæller efter sterilisationen følt det seksuelle samvær berøvet sin dybere mening - har evt. sammenlignet det seksuelle samvær med selvtilfredsstillelse. Endelig findes der tilfælde, hvor mandens holdning efter sterilisationen er blevet mere hæmningsløs og hensynsløs.

Binder understreger, at sterilisation altså ikke har nogen »obligatorisk« psykisk effekt, men at alt afhænger af omstændighederne og af personlighederne hos de ægtefæller.

De *ugunstige følger efter sterilisation* er så godt som udelukkende af psykisk art. Hos 117 registreredes lettere eller sværere ulemper eller negative følger. Disse inddeler sig i 66 (23 % af det samlede materiale) med klager over utilfredsstillet moderfølelse, 42 (14 %) med følelse af ødelagt legemlig integritet og 9 (3 %) med moralsk-religiøse skyldfølelser.

Med hensyn til *den utilfredsstillede moderfølelse* mener *Binder*, at en sådan følelse af beklagelse og tomhed må betragtes som en normal reaktion på en sterilisation, og at en fuldstændig mangel af sådanne følelser snarest må betragtes som abnorm. Disse normalreaktioner overvindes imidlertid som tiden går. Følelsen er imidlertid uafhængig af de rationelle motiveringer sterilisationsindgrebet kan have haft. Ikke sjældent optræder reaktionen med en betydelig latenstid

efter operationen. Den bliver især udtalt, hvis ens barn dør og provokeres i øvrigt af situationer, hvor disse kvinder møder spæde børn. Ikke sjældent dukker den op i drømmevirksomheden. Mange oplever følelsen som en udprøget mindreværdsfølelse. Af og til kompenseres den gennem omsorg for plejebørn, husdyr etc. Også ægtemanden, og de børn hun allerede har, kan udsættes for den steriliserede kvindes overdrevne plejebøvhov, hvilket ikke altid forløber konfliktfrit. I visse tilfælde påvirkes seksualiteten, og den steriliserede bliver frigid, og der opstår ægteskabelige problemer. Alene anticonception kan fremkalde sådanne reaktioner. Disse ugunstige følger ses kun, hvor moderdrift og seksualitet er nært sammenknyttede, men en sådan sammenkobling fandt man dog næsten hos halvdele af de kvinder, hvis moderfølelser var påvirkede af sterilisationen. Dette syntes især at være tilfældet hos de udpræget feminine kvinder samt hos de psykisk mere differentierede.

Med hensyn til *følelsen af ødelagt legemlig integritet* fremhæver *Binder*, at operative indgreb på genitalorganerne naturligvis er tilbøjelig til at fremkalde særligt udtalte følelsesmæssige reaktioner, og der udvikler sig let kraftige mindreværdsfølelser, som sekundært fører til hypokondriske fornemmelser i form af følelse af svækkelse, tomhed, lammelse, af at skrumpede eller tage til, dødhedsfornemmelse i underlivet, følelse af at noget er indeklemt, at man kun er en halv kvinde etc. Også her udvikledes ofte svære seksuelle forstyrrelser.

Kun i 9 tilfælde dominerer de *moralsk-religiøse skyldfølelser*, således at disse bliver et hovedproblem efter sterilisationen. Sådanne skyldfølelser forekommer imidlertid i i alt 50 af tilfældene (17 % af det samlede materiale) — af disse 50 er 20 protestanter, 18 katolikker og 12 tilhørende andre sekter. I det samlede materiale forekommer 4 gange så mange protestanter som katolikker.

Mindreværdsfølelser forekommer i 40 % af tilfældene, men i $\frac{3}{4}$ af disse tilfælde opvejer fordelene ved sterilisationsindgrebet tydeligt de ulemper, som disse mindreværds- og nederlagsfølelser er udtryk for. Meget fremtrædende er hos mange følelsen af at have mistet ægtemandens respekt, af at være ydmygede, hvorfor man skammer sig. En enkelt anførte, at hun i en tilsvarende situation nok ville have ladet sig sterilisere, men ville have foretrukket, at ægtemanden intet vidste derom. I enkelte tilfælde berettede primitive kvinder, at de efter sterilisationen

var frigide over for deres egen mand, men ikke over for andre mænd, for hvilke de kunne skjule operationen. I andre tilfælde udvikledes mindreværdsfølelserne, således at de pågældende kvinder følte, at andre så ned på dem, betragtede som letsindige og letfærdige etc. I 14 tilfælde fandtes en sådan (projicerende paranoid) indstilling i udtalt grad.

Påvirkningen af seksualiteten gøres op med følgende resultat:

Ingen forandring:

145 tilf. (= 50 % af materialet).

Gunstig forandring:

88 tilf. (= 30 % af materialet).

(Bedring af udmattelsestilstande og bortfald af svangerskabsangst).

Ugunstige forandringer:

60 tilf. (= 20 % af materialet).

(30 tilf. af i alt 60 tilf. af utilfredsstillet moderfølelse, 28 af i alt 42 tilf. med følelse af ødelagt legemlig integritet, 2 af i alt 9 tilf. af udtalte moralsk-religiøse skyldfølelser).

I alle tilfælde drejer det sig om en sjælelig indflydelse på seksualiteten. Materialet giver intet holdepunkt for at antage, at organiske følger efter sterilisation har haft nogen indflydelse på disse resultater.

På grundlag af de *behandlingsmæssige (psykoterapeutiske) erfaringer* man har haft, har *Binder* videre været i stand til at bedømme, i hvilken udstrækning sterilisationerne efterfulgtes af egentlig neurotisk udvikling, d.v.s. udviklingen af ubevidste konflikter omkring sterilisationen med deraf følgende neurotisk symptomdannelse. Konflikterne har været: af samme art som de allerede beskrevne, d.v.s. præget af mindreværdsfølelser, af utilfredsstillet moderfølelse, af at være blevet »kastret« og af at være blevet straffet for formodede synder. I behandlingsperioden har patienterne aflagt talrige vidnesbyrd om sådanne opfattelser. Udelukkes alle sådanne tilfælde, hvor der i forvejen bestod en neurotisk tilstand, samt alle sådanne tilfælde, hvor en senere neurose ved nærmere analyse viste sig ikke at have sammenhæng med sterilisationen, fandtes 51 (= 17 %) tilfælde med »sterilisationsneurose«. (I 30 tilfælde organneuroser af simpel, hypokondrisk eller hysterisk natur) og i 21 tilfælde psykoneuroser, enten angstneuroser eller karakterneuroser).

Med hensyn til de *ægteskabelige forholds udvikling* efter en sterilisation viste materialet, at 59 tilfælde udviklede sig gunstigt og 32 ugunstigt. De gunstige udviklinger skyldtes dels aflastningen for svangerskabsfrygt samt stadig graviditeter samt endelig forbedrede seksuelle

forhold. Den ugunstige udvikling syntes ofte at stå i forbindelse med den tomhed, som indfandt sig efter operationen, samt i mindreværdsfølelserne og de seksuelle komplikationer. Mange mænd syntes at få en anden holdning til den steriliserede hustru, behandlede hende mere som en »genstand«. 17 af de steriliserede kvinder udviklede efter operationen jalousi mod deres mand, men i 45 tilfælde udvikledes eller forstærkedes allerede tilstedeværende jalousi hos de steriliserede mænd. Dette var især tilfældet, hvor han i forvejen havde haft visse mindreværdsfølelser over for hende. Han frygtede, at hun nu uden risiko kunne have forho'd til andre mænd. Hos 7 kvinder og hos 3 mænd svandt jalousi, som havde været til stede før sterilisationen - dette syntes at stå i forbindelse med bedringen af de seksuelle forhold. Om ægteskabsbrud forekom med øget hyppighed lod sig ikke nøjagtigt konstatere - kun 9 af mændene og 6 af kvinderne tilstod sådanne, således at *Binder* mener at kunne bekræfte *Maiers* tyske og *Wildenskovs* danske samt amerikanske erfaringer gående ud på, at sterilisation ikke fremmer promiskuiteten. Materialet indeholder eksempler på, at sexuel holdningsløshed svandt efter operationen. Enkelte åndssvage opfattede operationen som en straf for deres letsind.

Binder konkluderer, at det vidt udbredte dogme, at sterilisationen er uskadelig er urigtigt. I de fleste tilfælde har indgrebet såvel fordele som ulemper - betydelige ulemper fandtes hos 40 %, men kun hos 10 % var ulemperne så svære, at de overvejede fordelene. Ved bedømmelsen af sterilisationsindikationer har følgende momenter en prognostisk ugunstig betydning: 1. Ung alder hos kvinden. 2. Få børn. 3. Depressive, angstbetonede, astheniske og sensitive karakterafvigelser samt især sværere neurotiske tilstande. 4. Dårligt ægteskab. 5. Særlig ugunstig synes prognosen, såfremt kvinden bærer sterilisationen til trods for, at hun fortrænger indre ønsker om stadig at kunne få børn, enten fordi hun ikke vil have børn med en forhadet mand, eller fordi han presser hende til indgrebet. 6. Stærk moderfølelse. 7. Tilbøjelighed til hypokondri. 8. Religiøs indstilling, der betragter sterilisation som syndig. 9. Ugunstig indflydelse på sexualiteten kan især ventes hos differentierede, udtalt feminint-moderlige kvinder, der tidligere har haft svag, i totalpersonligheden integreret sexualitet, der let påvirkes af træthedstilstande og lignende.

I 1939 offentliggjorde *Alice Bruun* og *fens Chr. Smith* en på basis af indberetninger foreta-

get efterundersøgelse af de 1001 sager vedrørende personer steriliseret i henhold til lov om åndssvage fra lovens ikrafttræden i 1934 indtil 1. januar 1939. Sterilisation gennemførtes i 974 tilfælde, 314 mænd og 680 kvinder, over 70 % i aldersklassen 18-25 år. Kun 29 under 18 år steriliseredes i denne periode. 73 % var debile. Nogle få (7) var sinker, væsentligst steriliserede i de første år loven virkede og sådanne sinker, som fungerede som egentlig åndssvage. Senere holdt man en skarpere afgrænsning. Af de 974 steriliserede efterundersøgte 574. 10 % af de opererede havde haft mindre fysiske gener efter indgrebene. 37 angav forbigående menstruationsbesværigheder. I 1 tilfælde komplaceredes operationen af en kvinde med tarmlammelse og død, i to tilfælde med senere tarm-slyng, i det ene tilfælde med døden til følge. 424 eller 74 % opnåede en anbringelse under friere forhold end ved indstillingen, 96 eller 17 % forblev i familiepleje eller under forsyrg, 52 eller 9 % forblev på anstalt men ofte under friere forhold. Ved indstillingen var 468 eller 82 % anbragt på anstalt, ved efterundersøgelsen kun 53 eller 9 %. Man konkluderede, at det vil være ønskeligt, om det var muligt for kvinder, der nærmede sig klimakteriet at gennemføre sterilisationen som røntgensterilisation. Endvidere fandt man behov for, at sterilisation også for så vidt angår åndssvage kunne gennemføres på eugenisk indikation, idet der fandtes let åndssvage som vel kunne forsørge et eller to børn, men hvor risikoen for defekt afkom var åbenbar. Man fandt endvidere behov for obligatorisk efterundersøgelse af personer steriliserede i henhold til lov om åndssvage.

I almindelighed gælder det, at forholdene er så komplicerede, da sterilisationen har så mange og så forskelligartede, ja ofte modsatte virkninger på individet og dets sociale omgivelser, at indikationerne ikke kan stilles på grundlag af skematiske regler. Fordele må altid vejes mod ulemper.

Fra 1939 foreligger en efterundersøgelse foretaget i Schweiz af *Bauman* og *Geiser*. 187 af 293 steriliserede kvinder besvarede et spørgeskema. 9 % fortrød og yderligere 10 % angav væsentlige men, dog ikke afgørende ulemper. Forfatterne understreger betydningen af, at der ikke udøves pres, når kvinder overtales til at lade sig sterilisere og advarer mod, at man tilråder sterilisation til kvinder, der aldrig spontant ville have tænkt på at tage dette skridt.

Wenner offentliggjorde i 1939 en lignende spørgeskemaundersøgelse af 1069 kvinder, der i

årene 1920-33 var steriliseret på den gynækologiske klinik i Basel. Man modtog svar fra 69 %. 5 % angav at fortryde, 7 på grund af fysiske besvær, 4 af religiøse grunde, 7 på grund af mindreværdsfølelser, 10 på grund af utilfredsstillet moderfølelse og 7 på grund af frigiditet.

1947 offentliggør *Hinder er* (Schweiz) en efterundersøgelse af 22 steriliserede mænd, der var steriliserede dels på eugenisk indikation (ægteskabsbetingelse), dels som vilkår for abortus provocatus hos hustruen. *Hinderer* konkluderer, at sterilisation af manden lige så lidt som sterilisation af kvinden er et indifferent indgreb.

I arbejder fra North Carolina, USA, fra 1949 redegør *Woodside* for efterundersøgelser af 48 steriliserede gifte, psykisk normale kvinder, først og fremmest udslidte, der er steriliseret på medicinsk indikation. Resultaterne var stort set gunstige. De seksuelle følelser var uforandrede hos 33, forbedrede hos 6 og forringede hos 6. Forringelsen skyldtes især træthed og fysiske ulemper efter operationen. Dårlige resultater fandtes især hos i forvejen neurotiske kvinder. *Woodside* understreger betydningen af, at befolkningen er oplyst om sterilisationslovgivningen og sterilisationens store muligheder for at skabe gunstige resultater, således at ikke al slags overtro er udbredt og afficerer dem, der lader sig sterilisere. Forfatteren understreger endvidere, at et menneskes personlighed ikke ændres gennem en sterilisation, og at en i forvejen asocial naturligvis ikke bliver mindre asocial som følge af en operation.

Melcher foretog i 1951 spørgeskemaundersøgelse af 340 steriliserede kvinder bosiddende i et landdistrikt i Schweiz. 65 % svarede. 11 % fortrød og ville ikke lade sig sterilisere igen kunne de vælge, 3 % vidste ikke. De ugunstige virkninger var: Menstruationsforstyrrelser, forværring af det seksuelle forhold, følelse af legemligt mindreværd og utilfredsstillet moderfølelse.

Naville undersøgte i 1952 230 psykisk normale kvinder, som var steriliseret i Zürich i årene 1943-46. 119 af disse var steriliseret på »konventionel« indikation, d.v.s. de var over 30 år og havde mindst 3 børn. 76 steriliseredes på samme indikation, men opfyldte ikke begge betingelser. Resultaterne var helt gunstige hos 82 %, i det væsentlige gunstige hos 13 %, i det væsentlige ugunstige hos 3 % og helt ugunstige hos 2 %. Ugunstige resultater var 5 gange hyppigere hos kvinder, der var under 30 år. Steriliseres der på konventionel indikation, bør man derfor ikke gå under denne alder — sterilisa-

tionsønsket er ofte betinget af en temporær svaghedstilstand. De 5 kvinder, der enten var over 30 år eller mindst havde 3 børn og alligevel var utilfredse, demonstrerede, at man skal være meget forsigtig med at sterilisere kvinder, der er meget samvittighedsfulde og har stærke moderfølelser, har udtalte religiøse følelser og en tilbøjelighed til hypokondriske reaktioner.

I et interessant arbejde fra den psykiatriske universitetspoliklinik i Zürich har *A. Holenstein* i 1952 redegjort for en efterundersøgelse af 95 på psykiatrisk indikation mere end 6 år tidligere steriliserede kvinder. Materialets sammensætning er formentlig omtrent som *Binders*. I modsætning til *Binder* bedømmer *Holenstein* imidlertid resultatet som negativt, såfremt den pågældende selv beklager indgrebet på grund af en eller anden ulempe uanset om en mere objektiv eller lægelig betragtning ville klassificere resultatet som overvejende positivt. 9 af de 95 registreres på denne måde negativt ved efterundersøgelsen. En relativ meget stor del af de 9 er over 35 år - dette er i modsætning til *Binders* fund, der fortrinsvis fandt negative resultater blandt de yngre. Andre faktorer end aldersfaktoren må således have indflydelse på de subjektive sterilisationsfølger, som registreres i denne undersøgelse. 55 kvinder ønsker ved efterundersøgelsen, at de kunne få endnu et barn. 7 af de 9 med subjektivt negativt resultat findes blandt disse, hvilket demonstrerer moderfølelsens store betydning for resultatet. Med hensyn til sterilisationens indflydelse på de ægteskabelige forhold viser undersøgelsen kun eksempler på, at de ægteskabelige forhold er bedre som følge af bortfald af svangerskabsfrygten, mens kun enkelte af de i forvejen dårlige ægteskaber er endt med skilsmisse. I 24 tilfælde finder man ved efterundersøgelsen fysiske og psykiske klager, som formentlig er neurotisk betingede. Klagerne går ud på trækkende og stikkende fornemmelser i underlivet, fornemmelser i hjerteregionen, rysten af hænderne og hyppigst rygsmærter, svimmelhed og hovedpine.

Ved en gennemgang af de negative tilfælde findes ikke ét, hvor en objektiv, lægelig bedømmelse anser ulemperne for overvejende, således at resultaterne bedømt efter *Binders* metode må anses for rent positive. De subjektivt negative bedømmelser forekom især, hvor operationen primært blev udført på grund af mandens forhold (alkoholisme, åndssvaghed, brutalitet). I sådanne tilfælde bør man stræbe efter, at det er manden, der steriliseres. Negative reaktioner fandtes også, hvor kvinden ikke selv primært

havde ønsket sterilisation, men hvor ønsket fortrinsvis var andres, f. eks. mandens. Endvidere fandtes negative reaktioner som anført hos meget moderlige kvinder med mindre end 3 børn. Efterundersøgelsen afslørede også, hvor megen uklarhed, der hos de pågældende kvinder eksisterer med hensyn til sterilisationens følger, og hvor meget de derfor til stadighed beskæftiger sig med spørgsmålene - dette til trods for, at de i forvejen er nøje orienterede herom. Dette kunne tale for, at der fandtes en eller anden form for rådgivning for disse kvinder, der åbenbart befinder sig i en slags psykisk særtilstand.

Amstein offentliggjorde i 1953 i Schweiz en efterundersøgelse af 26 ægteskaber, hvor sterilisation havde været en betingelse for retten til at indgå ægteskab. De pågældende ægtefæller var åndssvage eller psykopater. Både individuelt og samfundsmæssigt havde sterilisationen i mange tilfælde virket efter sin hensigt, men en forudsætning var en rigtig selektion og en omhyggelig, psykiatrisk forundersøgelse.

Koya, Muramatsu, Agata og *Suzuki* offentliggjorde i 1955 fra Japan en efterundersøgelse af 338 (udgørende 79 % af det oprindeligt steriliserede materiale) steriliserede kvinder 2-18 måneder efter operationen. Det var psykisk normale kvinder, der steriliseredes på grund af svagheit, forslidthed, mange børnefødsler samt af økonomisk-sociale grunde. 89 % havde mindst 1 legal abort tidligere eller samtidig med sterilisationen. 31 % følte helbredet bedret, væsentligst på grund af bortfald af svangerskabsfrygt. 6 % følte helbredet forværret. 92 % erklærede sig tilfredse med sterilisationen. 85 % erklærede, at de uforbeholdent ville anbefale en anden at lade sig sterilisere, 10 % ville ikke dette. Resten gav intet sikkert svar. Grunden til, at 10 % ikke ville anbefale operationen, var i almindelighed en følelse af tomhed, fordi de ikke kunne få flere børn.

I et arbejde: *Nachuntersuchungen von 100 auf Grund psychiatrischer Indikation ohne vorherige Interruptio graviditas sterilisierten Frauen* har *Hoppeler* fra den psykiatriske universitetspoliklinik i Basel i 1955 offentliggjort en efterundersøgelse foretaget med henblik på at belyse i hvilken udstrækning de negative eftervirkninger påvist i tidligere arbejder stod i sammenhæng med, at et betydeligt antal af de tidligere schweiziske efterundersøgelser var baserede på materialer, hvor en betydelig del af patienterne havde fået foretaget sterilisation i tilslutning til svangerskabsafbrydelse, således at efterreaktionerne muligvis snarere beroede på den tidligere

foretagne svangerskabsafbrydelse. Man havde endvidere til hensigt at vurdere sterilisationen i relation til mere konservative svangerskabsregulerende metoder, da sterilisationen trænger sig på i stigende grad som anticonceptionel metode.

Efterundersøgelserne er foretaget som egentlige psykiatriske undersøgelser mindst 3 år efter operationen. Alle tilfælde, hvor der tidligere havde været foretaget svangerskabsafbrydelse, udelukkedes af materialet. De 100 efterundersøgte fremgår af et udgangsmateriale på 152, hvor, af mere eller mindre systematiske grunde, kun 100 undersøgtes. 89 var tilfredse med sterilisationen, 5 var overvejende tilfredse og 6 subjektivt utilfredse med sterilisationen og ville på efterundersøgelsestidspunktet ikke lade sig sterilisere påny, om de kunne vælge. Negative bedømmelser fandtes hyppigere blandt katoliker. Med hensyn til aldersforholdene fandtes ikke som hos *Binder* færre negative tilfælde blandt de ældre - formentlig fordi man på dette tidspunkt har taget vidtgående hensyn til *Binders* fund ved indikationsstillingen. Ej heller fandtes flere negative bedømmelser blandt patienter med få børn. Da der også forekommer negative efterreaktioner hos patienter, der var steriliserede på grund af fysisk sygdom, anbefaler forfatteren, at der også i sådanne tilfælde foretages en psykiatrisk undersøgelse for at vurdere evt. psykiatriske kontraindikationer. I 90 tilfælde var indikationen social-medicinsk. Kun 7 af disse angav, at økonomiske hensyn ikke havde været de hovedsagelige, men der var dog fra et medicinsk synspunkt ikke tvivl om, at det i alle 90 tilfælde ikke kun drejede sig om bekvemmelighedsindikationer, men om alvorlige social-medicinske insufficienstilstande. Blandt de 27, som var over 30 år, og havde 3 børn, fandtes 3 helt negative subjektive bedømmelser; blandt de resterende, der enten ikke var over 30 år eller ikke havde 3 børn, fandtes 3 helt negative og 5 tvivlsomt positive reaktioner. Tvivlsomme tilfælde bør derfor altid psykiatrisk forundersøges. 7 angav, at de havde ladet sig sterilisere under pres eller tvang til trods for, at de over for både psykiater og gynækolog havde ladet som om deres ansøgning var frivillig. 3 af disse bedømmer resultatet som negativt og 2 som tvivlsomt positivt. På efterundersøgelsestidspunktet fandt 1, at læge, 1 at en embedsmand, 4 at ægtemanden, og 1 at sygdommen (epilepsi) havde udøvet tvangen. Visse omstændigheder taler dog for, at de pågældende i nogle tilfælde fejlbedømte de historiske kendsgerninger. Des større svangerskabsfrygt de steriliserede havde følt før sterili-

sationen, des mindre sandsynlige var negative efterfølger.

$\frac{1}{3}$ af de 100 kvinder var psykisk abnorme, $\frac{2}{3}$ normale. Der forekom flere negative reaktioner blandt de psykisk abnorme og specielt blandt de oligophrene. Psykisk normalitet udgør det bedste grundlag for sterilisation.

Kun hos 6 af de 100 kvinder konstateredes ved efterundersøgelsen ønske om at få flere børn. Dette tal er i modsætning til *Binders* 23% og *Holensteins* ikke mindre end ca. 60%. Forfatteren sætter dette gunstige resultat i forbindelse med, at indikationerne har været bedre takket være psykiatrisk forundersøgelse i de fleste tilfælde samt især med det forhold, at der ikke var tale om abortindgreb i noget tilfælde. Steriliserede kvinder med en forudgående svangerskabsafbrydelse lider altså hyppigere af utilfredsstillet moderdrift.

De ægteskabelige forhold forbedredes hyppigere end forringedes. *Binders* tese om, at negative efterfølger er hyppigere, hvis ægteskabet i forvejen er dårligt, bekræftes ikke i denne undersøgelse, hvor der forekommer flere negative tilfælde, hvor ægteskabet i forvejen er godt. Det antages dog, at de særlige omstændigheder i ægteskabet først og fremmest bør være vejledende ved en omhyggelig indikationsstilling. De seksuelle forhold bedredes i 33%, var uforandrede i 50% og forværredes i 12%, tal, der meget nøje svarer til *Binders*. 5 angav, at de første gang efter sterilisation havde oplevet seksuel tilfredsstillelse. 5 andre blev frigide efter sterilisationen. Kun i 1 tilfælde udviklede en ægtemand svær jalousi og i 1 tilfælde udvikledes sexuel holdningsløshed hos en patient.

Menstruationerne påvirkedes gunstigt i 28%, ugunstigt i 6% og var uforandrede i 66% af tilfældene - et resultat der er noget gunstigere end i de tilsvarende undersøgelser af *Binder* og *Holenstein*.

Ugunstige psykiske udviklingsforløb findes i denne undersøgelse væsentligt sjældnere end hos *Binder*. (*Binders* tal anføres i parentes).

Utilfredsstillet moderdrift: 6% (23%)

Religiøse og moralske skruper: 3% (3%)

Følelse af legemlig underlødighed: 1% (14%)

Frigiditet efter sterilisationen: 5% (?)

5 af de subjektivt helt negativt vurderede tilfælde forekommer i gruppen med utilfredsstillet moderdrift. Denne følelse er i øvrigt som hos *Binder* uafhængig af børneantallet.

Af 90 efter sterilisationen stadig gifte kvin-

der, angav 44 de sociale forhold som uforandrede, mens 38 angav dem forbedrede og 8 forværrede efter sterilisationen.

Om de af de steriliserede i forvejen anvendte antikonceptionelle metoder oplyses, at 42 havde anvendt coitus interruptus, 29 mekaniske og kemiske midler, 22 Knauss-Ogino-metoden og 7 aldrig nogen metode. Lige gyldighed og manglende acceptation af de mekaniske og kemiske metoder var oftest årsag til, at disse ikke anvendtes i større omfang. Skødesløshed med hensyn til praktiseringen af Knauss-Ogino-metoden samt uregelmæssige menstruationsforhold var årsag til, at denne metode ofte svigtede.

I 1955 har *Ernst Hauser* fra den psykiatriske universitetspoliklinik i Zürich offentliggjort en efterundersøgelse over steriliserede mænd: Die Sterilisation des Mannes zur Verhütung von Schwangerschaften. *Haus er* opererer med 3 forskellige indikationer for vaskectomi: 1. Vikarierende sterilisation i snævrere forstand - der er ingen kontraindikation mod sterilisation af kvinden, men manden stiller sig frivilligt til rådighed (6 tilfælde). 2. Vikarierende sterilisation i videre forstand - der er kontraindikation mod sterilisation af kvinden (15 tilfælde) og 3. Sterilisation af manden på grund af forhold hos ham selv eller i hans slægt (10 tilfælde). Alle indikationer er stillet af den psykiatriske poliklinik i årene 1940-51 og alle undtagen 3 er efterundersøgt mindst to år efter operationen. Yderligere 10 var indstillet til sterilisation, men ændrede beslutning inden operationen.

Sterilisationen virkede gunstigt på grund af den almene beroligelse og bortfald af svangerskabsfrygt, som den medførte såvel hos manden selv som hos hustruen - for sidstnævntes vedkommende i enkelte tilfælde i en sådan grad, at menstruationerne normaliseredes samt, at hun atter opnåede evne til orgasme. I et enkelt tilfælde ophørte mandens extramatrimonielle forhold, fordi hustruen nu kunne tilfredsstilles. Flere mænd angav almen bedring også af den fysiske tilstand. Ugunstige følger i form af legemlige besvær som følge af operationen konstateredes ikke, hvorimod sterilisationen i nogle tilfælde fremkaldte en kriseagtig tilstand i det seksuelle samliv enten på grund af mandens impotens (reiereret fra *Hinderers* undersøgelse) eller når hustruen efter sterilisationen fandt samlivet »formålsløst«. Også en øget fare for ægteskabsbrud anføres. Endelig forekom tilfælde, hvor den økonomiske forbedring af forholdene, som sterilisationen havde medført, havde ført til ønske om flere børn samt tilfælde, hvor

en skilsmisse og fornyet ægteskab samt et barns død førte til ønske om atter at kunne få børn.

De fleste mænd angav en forøgelse af libido og potens umiddelbart efter operationen - forholdene normaliseredes dog i alle tilfælde i løbet af nogle måneder. To i forvejen impotente mænd bedredes ikke. I 2 tilfælde indtrådte svangerskab efter sterilisationen. Følgende muligheder ventileres: Rekanalisation af sædlederen, evt. som følge af en infektion med fisteldannelse (sandsynliggjort i et af *Hinderers* tilfælde), ufuldstændig operation, hvor man ikke har overskåret sædlederen (kunne evt. kontrolleres ved mikroskopi af det fjernede vævstykke, såfremt man indførte en regel om obligatorisk kontrolmikroskopi af det fjernede væv), konception inden for karenstiden, som i almindelighed angives til 1-2 måneder inden for hvilken periode spermatozoer kan opholde sig oven for overskæringsstedet og stadig være befrugtningdygtige, samt endelig at hustruen har konciperet extramatrimonielt.

Forfatteren opstiller i øvrigt — følgende Binders inddelingsmåde - følgende skema over egne og *Hinderers* efterundersøgelseresultater:

	Hausers undersøgelser		Hinderers undersøgelser	
Gruppe a: Resultatet overv. fordelagtigt, kun ubet. ulemper	22	73 %	19	86 %
Gruppe b: Resultatet overv. fordelagtigt, dog med bet. ulemper	8	27 %	2	9 %
Gruppe c: Resultatet overv. uheldigt, dog med betydelige fordele	—	—	1	5 %
Gruppe d: Resultatet uheldigt, kun betydningsløse fordele	—	—	—	—

Mens 92 % af resultaterne i efterundersøgelserne over steriliserede kvinder (*Binder, Holenstein, Naville*) bedømmes positivt (gruppe a og b) er det tilsvarende tal for mænd 97,5 % (*Hinderer* og *Hausers*).

Fordeles resultaterne ved efterundersøgelsen på de forskellige indikationsgrupper fås følgende opstilling:

Indikationer	Resultater					
	Gruppe a		Gruppe b		Gruppe c + d	
Vikarierende sterilisation i snævrere betydning.....	5	83 ⁰ / ₀	1	17 ⁰ / ₀	0	0
Vikarierende sterilisation i udvidet betydning.....	10	67 ⁰ / ₀	5	33 ⁰ / ₀	0	0
Sterilisation p. gr. af forhold hos manden selv.....	7	78 ⁰ / ₀	22	22 ⁰ / ₀	0	0

Flest gunstige resultater er opnået ved den førstnævnte indikation som samtidigt er karakteriseret ved, at de pågældende har ladet sig sterilisere fuldstændigt frivilligt. Ved den anden indikation er manden til en vis grad steriliseret under truslen om de farer hans hustru ville udsættes for, såfremt hun steriliseredes. Ved den tredje indikation steriliseredes manden ofte, fordi dette har været et vilkår for, at hustruen har fået foretaget svangerskabsafbrydelse. Dog betinger de reelle helbredsmæssige eller arvehygiejniske momenter, som er til stede i disse tilfælde så megen mere acceptation af disse indikationer, at resultatet indtager en mellemstilling mellem de to første indikationsgrupper. *Hausers* konklusion - støttet også af de kliniske oplysninger fra de refererede enkelttilfælde - er, at graden af frivillighed med hvilken en mand lader sig sterilisere er af afgørende betydning for resultatet. Med hensyn til udviklingen af de ægteskabelige forhold viser det sig, at gode, ægteskabelige forhold ikke ødelægges af en sterilisation, hvorimod i forvejen slette ægteskabelige forhold i visse tilfælde forværrer yderligere. Ingen synes at udvikle holdningsløshed efter sterilisation, men en i forvejen holdningsløs kan forstærke sin holdningsløshed efter sterilisationen. Særlig forsigtighed bør udvises, hvis en skilsmisse kan forudses, idet der da senere i et nyt ægteskab kan opstå behov for yderligere børn.

Fra Danmark har *Preben Hertoft* i 1956 redegjort for en spørgeskema-efterundersøgelse af 139 kvinder steriliserede på Amts- og Bysygehuset i Nykøbing F. I alt udførtes i 1 0-året 1945-54 162 sterilisationer, men bl. a. de åndssvage efterundersøgte ikke. De fleste levede i dårlige kår, og de steriliserede havde gennemsnitligt 6 forudgående graviditeter. 120 fik foretaget abortus provocatus samtidigt - kun 38 havde aldrig fået foretaget abortus provocatus. Mødrehjælpen stillede indikationen i 95 tilfælde, åndssvagefor sorgen i 14 tilfælde, psykiater i 49 tilfælde, egen læge i 21 tilfælde og forskellige specialafdelinger i de resterende tilfælde. I 6 tilfælde var indikationen eugenisk, i 14 beroende på åndssvaghed, i 141 tilfælde medicinsk. De postoperative komplikationer har været få og betydelige.

ningsløse, letaliteten var 0. *Hertoft* citerer 3 tidligere danske arbejder, nemlig af *Fjeldborg* (1936): 0 døde af 60, af *Sand* (1935): 1 død af 88 (1,1 %) samt af *Trolle* (1942): 1 død af 300 (0,33 %).

Ved efterundersøgelsen er 123 glad for operationen, 9 har fortrudt den og 7 »ved ikke«. De tilfredse føler sig friere, og samlivet angives ofte bedret. 8 af de 9 utilfredse har samtidig fået foretaget abortus provocatus, og det synes navnlig at være dette indgreb, de har fortrudt. 6 var over 35 år, alle havde flere børn, en af dem endda 15. En åndssvag var steriliseret 22 år gammel efter at have fået 2 børn, var nu gift og ønskede sig børn.

22 angav at have haft gener efter operationen oftest i form af forstærkede menstruationssmerter eller blødninger - i enkelte tilfælde også i form af dårlige nerver eller frigiditet.

I 1957 har *Helge Berthelsen* redegjort for en lignende spørgeskema-efterundersøgelse, hvor også de opererede egne læger blev adspurgt. Undersøgelsen omfattede 198 kvinder steriliserede på den obstetrisk-gynækologiske afdeling på Landshospitalet i Sønderborg. Observationsperioden var 2-5 år. Indikationerne stilledes alle gennem Mødrehjælpen og var i 22 tilfælde rent medicinske, i 144 tilfælde psykiatriske og i 32 tilfælde i henhold til lov om sterilisation og kastration. 50 % levede i meget dårlige, økonomiske forhold, gennemsnitligt havde de steriliserede 5 børn. 109 fik foretaget abortus provocatus samtidigt, 31 steriliseredes i puerperiet. 167 erklærede sig ved efterundersøgelsen tilfredse og bedrede fysisk og psykisk og med bedre ægteskabeligt forhold. 18 var tilfredse, men grundlidelsen ikke bedret, 5 var tilfredse, men havde fået nye symptomer. Kun 8 fortrød operationen. 4 af disse indrømmer, at operationen har gavnet dem, men ville alligevel gerne have haft endnu et barn. De sidste 4 mener slet ikke at have haft gavn af operationen: En kvinde med udtalt nedsynkning af underlivsorganerne, som efter at have mistet et af sine 5 børn efter operationen, ønsker sig endnu ét; en kvinde med neurastheni og hysteri og en kvinde med meget lav intelligens, som begge mente at have fået dårlige nerver efter operationen og sluttelig en imbecil kvinde med to børn, som efter skilsmisse og nyt ægteskab, ønskede et barn med den ny ægtemand. 6 af 8, der fortrød, var intelligensdefekte - ialt indeholdt materialet 15 intelligensdefekte, hvoraf altså $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ fortrød.

Fra Mount Sinai Hospital i New York har *Alan Guttmacher* i 1957 redegjort for en efter-

undersøgelse af 157 kvinder steriliserede i efterbyrdsperioden. Da efterundersøgelsen har haft en rent oversigtsmæssig karakter, skal den kun refereres kortfattet: 80 % steriliseredes på grund af multiparitet, 12 % på grund af gentagne kejsersnit og 8 % af forskellige medicinske og obstetriske grunde (kun enkelte psykiatriske indikationer). 95 % var Puerto Ricanere eller negre. 55 % fandt helbredet uforandret, 29 % forbedret og 16 % forværret efter sterilisationen. 44 % fandt det seksuelle forhold uforandret, 37 % forbedret og 19 % forværret efter sterilisationen. 7 eller 4,7 % ville ikke ønske operationen foretaget, hvis de kunne vælge igen. Til trods for alvorlige fysiske sygdomme eller høje børneantal ønsker disse kvinder et eller flere børn, enten fordi et barn i mellemtiden er død, eller fordi de kun har børn af ét køn, eller fordi de følte sig misforståede eller under pres, da de accepterede operationen. På det foreliggende finder forfatteren det ikke muligt i forvejen at skønne over, hvornår sådanne reaktioner kan indtræffe.

Allan Barns og *Frederich Zupan*, Cleveland Ohio, offentliggjorde i 1958 et materiale omfattende 457 kvinder, der steriliseredes i perioden 1.1.1952-1.5.1955. I slutningen af 1955 og første halvdel af 1956 interviewede en socialrådgiver disse: patienter. 169 var privatpatienter, 288 lå på offentlig afdeling. Man opnåede kontakt med henholdsvis 54 % og 67 % af disse to grupper. Blandt privatpatienterne opnåede man ikke kontakt med en del af diskretionære grunde (katolikerne). Indikationerne fordelte sig med 66 på organisk sygdom, 65 på gentagne kejsersnit (3 kejsersnit accepteredes som indikation) og 180 på multiparitet (4 graviditeter og over 32 år accepteredes som indikation). Ved efterundersøgelsen spurgtes om patienten under samme omstændigheder ville have operationen udført igen. Idet man inddelte materialet i patienter, der havde ligget på offentlig og patienter, der havde ligget på privat afdeling, fandt man følgende:

	Private	Offentlige
Ja - uden begrænsning	56	68
Ja - med vis begrænsning	34	23
Nej - trods enighed mellem mand og hustru før operationen	6	4
Nej - den ene af parterne imod før operationen	4	5

I relation til indikationen for sterilisationen fordelte reaktionerne ved efterundersøgelsen sig således:

	Antal	Ingen beklagelser	Ambivalent	Be-klager
Organisk sygdom	66	67 %	30 %	3 %
Kejsersnit	65	67 %	19,5 %	13,5 %
Mange fødsler	180	92,2 %	6,1 %	1,7 %

Der er mange ambivalente i den første gruppe, fordi de på den ene side gerne ville have flere børn, men på den anden side erkender den helbredsrisiko. Der er mange negative reaktioner blandt de på grund af gentagne kejsersnit steriliserede, fordi disse ofte var overtalt af lægerne, mens der er flest positive reaktioner blandt de på grund af mange forudgående fødsler steriliserede på grund af bortfaldet af svangerskabsfrygten og de bedrede sociale forhold. En interessant afhængighed af, på hvilken måde sterilisationen er foreslået, fremgår endvidere af denne undersøgelse. Var sterilisationen foreslået af lægen var 27 % ambivalente og 5 % negative i deres reaktioner, mens henholdsvis kun 6,5 % var ambivalente og 2,5 % negative, hvis patienten selv havde foreslået sterilisationen.

Fra svensk side foreligger fra 1961 en vigtig monografi: *The Prognosis After Sterilization on Social-psychiatric Grounds — A Follow-up Study of 225 Women af Martin Ekblad*. Formålet med dette studie har været at belyse de psykiske og sociale komplikationer, som sterilisation på psykiatrisk eller social-psykiatrisk indikation kan medføre. De 225 kvinder var alle bosiddende i Stockholm såvel på operations- som på efterundersøgelsestidspunktet i henholdsvis 1951 og 1956. 1 schizofren kvinde og 1 kvinde, der nægtede at medvirke, udelukkede af materialet. 216 undersøgte personligt psykiatrisk, 9 kun pr. telefon. 191 (85%) steriliseredes i tilslutning til legal abort, men kun 16 (7 %) var ikke gravide, da de søgte om sterilisation. 58 (26 %) havde tidligere mindst 1 gang fået foretaget legal abort. 177 (79 %) var over 30 år, 14 (6 %) var endnu ikke 26 år. 193 (86 %) var gifte, 15 (7 %) var separerede, skilte eller enker og 17 (8 %) var ugifte. Den arvelige belastning med psykisk sygdom syntes ikke over gennemsnittet. 34 (18 %) af de 193 gifte, var gift med en alkoholiseret mand. 12 (5 %) havde ingen børn. 85 (38 %) havde ikke mere end 2 børn og kun 29 (13 %) havde over 4 børn. 40 (18 %) havde under middel intelligens, men

ingen var imbecile. Udover den ovenfor omtalte schizofrene led kun 2 af denne lidelse og kun 1 af manio-depressiv psykose. 2 havde epilepsi. 89 (40 %) frembød ingen symptomer på psykisk defekt eller lidelse, 69 (31 %) havde astheniske symptomer og 45 (20 %) frembød andre nervøse symptomer - den sociale og økonomiske situation hos udslidte mødre må have udgjort den væsentligste indikation. Til trods herfor fik 199 (88 %) foretaget sterilisation på medicinsk indikation, 24 (11 %) på eugenisk indikation og kun 2 (1 %) på social indikation. Indikationen var hos 216 (96 %) rent psykiatrisk eller social-psykiatrisk. Eugenisk indikation var hyppigere blandt ugifte end blandt gifte, hvilket sammenhænger med, at de ugifte i nogle tilfælde kunne få foretaget abortus provocatus på eugenisk indikation på betingelse af, at de samtidigt lod sig sterilisere.

Efterundersøgelsen viste følgende resultat:

Kvinder, som har været taknemmelige for og fuldt tilfredse med sterilisationen gennem hele perioden siden operationen.....	175	78 %
Kvinder, som aldrig har fortrudt sterilisationen, men som har følt større eller mindre ubehag efter at være steriliseret, og som derfor har følt sig beskadigede eller mindreværdige som kvinder eller blot »forskellige« fra, hvad de følte før sterilisationen.....	10	4 %
Kvinder, som hævdede, at de sommetider havde fortrudt eller været utilfredse med sterilisationen ell. havde haft selvbebrejdelser. Bekymringen havde imidlertid været af mild eller forbigående natur.....	25	11 %
Kvinder, som fortrød sterilisationen og led af svære psykiske bekymringer som følge deraf. I intet tilfælde havde disse besvær ført til indlæggelse eller arbejdsudygtighed.....	15	7 %

Kun med hensyn til 5 af de helt utilfredse mente forfatteren, at de ud fra både subjektive og objektive synspunkter ikke burde have været steriliserede. For alle de øvrige mere eller mindre negativt reagerendes vedkommende talte så stærke objektive faktorer for sterilisationen, at denne i alle tilfælde måtte anses for berettiget.

Forfatteren har derefter analyseret, hvilke faktorer, der er af særlig stor betydning for at fremkalde utilfredshed med en sterilisation:

Af 12 kvinder uden børn var kun én helt tilfreds. Blot kvinden har et enkelt barn synes risikoen for negativ reaktion at formindskes betydeligt.

Unge kvinder er utilfredse i meget højere

grad end ældre — efter 26—30 års alderen falder det relative antal af utilfredse.

Enhver form for tvangsmæssig påvirkning af kvinden til at lade sig sterilisere, fremkalder risiko for fortrydelse. Dette var især udtalt, hvor kvinden steriliseredes på eugenisk indikation som vilkår for at opnå abort på denne indikation i henhold til svensk lovgivning.

Psykastheniske og neurotiske kvinder fortryder ikke sterilisation i større udstrækning end psykisk normale, men synes dog i noget større udstrækning bekymrede over sterilisation. I modsætning til *Binders* fund synes sådanne personlighedstræk altså ikke at kontraindicere sterilisation. Kvinder med andre abnorme personlighedstræk viste derimod tendens til at fortryde i større målestok. Kvinder med lav intelligens fortrød ikke i særlig stort omfang. Heller ikke udtalt svangerskabsfrygt forud for sterilisation påvirkede resultaterne i negativ retning.

Der er mindre risiko for, at kvinden fortryder, hvis hun lever i et harmonisk og stabilt ægteskab.

Det var først og fremmest de kvinder, der på en eller anden måde fortrød sterilisationen, som efter operationen var psykisk forværrede med depressive utilstrækkelighedssymptomer og forøget irritabilitet. 44 (20 %) mente at have fået menstruationsforstyrrelser efter operationen (38 aborteret samtidig). 42 (19 %) angav fysiske symptomer efter operationen, især underlivs- eller rygsmerter, hovedpine og træthed. Ofte var disse symptomer formentlig udtryk for, at de ikke helt havde accepteret sterilisationen.

41 (18 %) havde efter sterilisationen forbedret deres økonomiske forhold betydeligt, mens 8 (4 %) havde fået forværrede forhold - alle disse 4 % levede i dårlige ægteskaber eller var blevet skilt.

36 (16 %) angav, at de efter sterilisationen havde følt en utilfredsstillet længsel efter børn. 3 (2 %) af de 183 kvinder med børn var blevet overdrevent ængstelige for at noget kunne tilstøde deres børn. 9 af de 30, som allerede forud havde næret sådan ængstelse, forværredes i denne henseende.

Sexuel tilfredsstillelse var uforandret i 121 tilfælde (54 %), forbedret i 75 (33 %) og formindsket i 29 (13 %). Forværelserne indtrådte især blandt kvinder, der var utilfredse med sterilisationen, men 12 (7 %) af de i øvrigt helt tilfredse havde fået reduceret deres evne til sexuel tilfredsstillelse, og det forekom, at de, der fortrød, havde bedret evnen til sexuel tilfredsstillelse. Af de 146 som forud led af svær svan-

gerskabsfrygt blev 68 (47 %) bedre sexuel tilpassede mod 7 (9 %) af de 79 som ikke led af svangerskabsfrygt. En stor del af de kvinder, der fortrød, blev frigide. Også enkelte af de tilfredse blev frigide, men anså de øvrige fordele for afgørende.

I intet tilfælde påvist promiskuitet som følge af sterilisation. I 5 tilfælde blev manden mere jaloux, end han allerede tidligere havde været, og i 2 tilfælde udvikledes jalousi som ikke forud eksisterede - i intet tilfælde dog i særlig svær grad.

Af de 191 kvinder, som fik foretaget abortus provocatus samtidig med sterilisationen, havde 41 (21 %) enten fortrudt aborten eller havde andre samvittighedsskrupler.

3 af materialets kvinder havde fået foretaget refertiliserende plastisk operation. En af disse var gravid på efterundersøgelsestidspunktet.

Af et arbejde fra 1961 af professor *Yosbio Koya* fra Japan fremgår, at Japan i 1948 fik en »eugenisk beskyttelseslovgivning« i henhold til hvilken, der foretages såvel abortus provocatus som sterilisation. Antallet af sterilisationer i henhold til den officielle statistik steg fra 5.695 i 1949 til 44.485 i 1956, hvorefter der er indtrådt et langsomt fald - i 1959 havde man 40.092. I 1949 var kun 1,4 % af de steriliserede mænd, i 1956 4,0 %, i 1959 3,0 %. Forfatteren regner med, at det virkelige antal sterilisationer er 3-4 gange højere, idet langt fra alle anmeldes. En nærmere analyse af tallene synes at vise, at langt de fleste indikationer har været socialmedicinske, mens eugeniske indikationer kun har spillet en mindre rolle. I 1958 foretog *Koya* og medarbejdere en efterundersøgelse af 812 steriliserede, 632 (78 %) kvinder og 180 (22 %) mænd. Materialet er således ikke repræsentativt med hensyn til kønsfordelingen og næppe heller i social og økonomisk henseende, men er det bedst opnåelige. 75 % af de steriliserede kvinder og hustruer til steriliserede mænd var over 30 år og havde 3 eller flere børn. Efterundersøgelsen viste med hensyn til de seksuelle reaktioner ingen forandring hos 68 %, forbedring hos 29 % og forværring hos 3 % af kvinderne. For mændenes vedkommende var ca. 94 % uforandrede, 3 % forbedrede og 3 % forværrede. Den psykologiske effekt (tilfredsheden med indgrebet) var gunstig hos 90 % af kvinderne, mens 10 % fortrød. Kun 4 % af mændene fortrød. De kvinder, der fortrød, ønskede endnu et barn eller følte, at manden foragtede dem på grund af sterilisationen. Det fremgår i øvrigt, at i en del af tilfældene har en af ægte-

fællerne lagt et vist pres på den anden for at få denne til at lade sig sterilisere. 60 % af kvinderne eller af hustruerne til de steriliserede mænd havde haft 1 eller flere legale aborter forud. Professor *Koyas* konklusion er: »Vi har ingen grund til at opmuntre sterilisation som et alternativ til andre svangerskabsforebyggende metoder i dette land«.

På basis af informationer fra den indiske sundhedsstyrelses familieplanlægningsafdeling, oberst *B. L. Raina*, har *C. P. Blacker* i 1962 redegjort for udviklingen i Indien, hvor man gennem de senere år har udviklet en aktiv sterilisationspolitik især i Madras og Maharashtrastaten som en reaktion på den stadig ubremsede befolkningstilvækst og på den manglende effekt af klassiske befolkningsbegrænsende metoder. I 1956 foretoges 7.823 sterilisationer i Indien, i 1961 46.613. I 1956 var 29,9 % af de steriliserede mænd, i 1961 72,5 %. Antallet af steriliserede kvinder steg til et maksimum i 1959, men er siden faldet. I staten Madras udførtes i 1956 695 sterilisationer (mænd 3,6 %), i 1961 25.335 (mænd 88,6 %).

I staten Maharashtra, hvor Bombay er beliggende, udførtes i årene 1958-60 næsten 60.000 sterilisationer. De fleste mandlige operationer udførtes i såkaldte »sterilisationslejr« - i en sådan lejr ved Satara udførtes i 1962 på 4 dage 1510 vasectomier. De vasectomerede er over 30, har mindst 3 børn, hvoriblandt mindst en dreng på 8 år eller derover. Oberst *Raina* har i en personlig meddelelse til undertegnede udtrykt den indiske regerings interesserede observation af denne af den pågældende stat (omfattende ca. 10 % af befolkningen) forsøgsmæssigt anlagte politik.

Dr. *Phadke* har fra Bombay i 1961 redegjort for en efterundersøgelse af 655 vasectomerede mænd. 89 % havde 3 eller flere børn, 22 % havde 6 eller flere børn. 95 % var over 30 år, 37 % over 40 år. 80 % havde indtægter over 100 rupier pr. måned, 13 % over 500 rupier, således efter indiske forhold snarest mellemklasse. Ved efterundersøgelsen fandtes mandens helbred uforandret hos 75 %, forbedret hos 23 % og forværret hos 2 %. Hustruens helbred var uforandret hos 92 %, forbedret hos 5 % og forværret hos 3 %. Mandens seksuelle funktioner var uforandret hos 80 %, forbedret hos 12 % og forringet hos 8 %. Udvalgte de tilfælde, hvor sterilisationen var foretaget 5-25 år tidligere, fandtes ikke væsentligt andre tal, dog et lidt mindre antal mænd, hvis seksuelle funktioner var forringede. I 32 tilfælde har man fore-

taget refertiliserende operation. 2 kunne ikke findes ved efterundersøgelsen, i 1 tilfælde var operationen uden held, men i 29 tilfælde påvises spermatozoer i sæden og i 20 tilfælde besvangredes hustruen.

I 1963 har *Martin Ekblad* offentliggjort en efterundersøgelse af 60 steriliserede kvinder, der ikke i forvejen havde børn. 12 af kvinderne indgik i det tidligere refererede materiale. Alle boede i Stockholm og var steriliserede i årene 1950-55, 45 på ren psykiatrisk, 10 på kombineret psykiatrisk-somatisk og 5 på somatisk indikation. I 29 tilfælde var indikationen eugenisk, i 31 medicinsk. 28 (47 %) erklærede sig helt tilfredse ved efterundersøgelsen 5-11 år efter operationen. 16 (27 %) var utilfredse og 16 (27 %) fortrød alvorligt indgrebet. I 3 af disse tilfælde fandt man det tvivlsomt, om operationen burde have været udført. Risikoen for utilfredshed var således væsentligt større i et materiale kun bestående af barnløse kvinder, men egentlig psykisk lidelse havde i intet tilfælde udviklet sig. 13 af kvinderne var under 26 år ved sterilisationen, kun en af disse var helt tilfreds. Risikoen for utilfredshed forøgedes, når patienterne havde været udsat for »tvang« eller overtalelse. Kvinder med middel intelligens og uden mere udtalte abnorme personlighedstræk fortrød sjældnere. Jo større den psykiatriske indikation synes jo større synes også risikoen i mange tilfælde for uheldige psykologiske eftervirkninger. Især var risikoen stor, når kvinden i henhold til den svenske abortlovs bestemmelser var steriliseret som vilkår for abortus provocatus på eugenisk indikation. 19 (32 %) mente at være blevet deprimerede eller nervøse som følge af sterilisationen. 10 (17 %) fik menstruationsforstyrrelser. 26 af de 32 utilfredse kvinder længtes efter eget barn. Hos 38 (63 %) var den seksuelle potens uforandret, hos 10 (17 %) var den bedret og hos 12 (20 %) formindsket. Der fandtes ikke tegn på øget promiskuitet eller jaloux hos partneren.

I et endnu ikke offentliggjort materiale, som 1 resumé har været forelagt nærværende udvalg, har dr. *Gunner Koudahl* redegjort for en gennemgang af de obligatoriske efterundersøgelser af de mellem 1934 og 1952 i henh. til lov om adgang til sterilisation og kastration steriliserede mænd. Materialet har været stillet til rådighed af retslægerådet. Efterundersøgelserne er foretaget af 70 læger landet over. Materialet omfatter 190 mænd (ca. 95 % af samtlige steriliserede indtil 1950, af de manglende var 2 døde på efterundersøgelsestidspunktet). Ef-

terundersøgelserne (en del er efterundersøgt flere gange) har fundet sted $1\frac{1}{2}$ –4 år efter vascetomien. Kun ganske få steriliserede efter 1950 er efterundersøgt, da man på dette tidspunkt (jvf. kap. II, afsn. B, nr. 4) opgav de obligatoriske efterundersøgelser. Enkelte steriliseredes i henhold til lov nr. 130 af 1. juni 1929 og en enkelt i henhold til lov om åndssvage, mens hovedparten steriliseredes i henhold til lov om adgang til sterilisation og kastration. I 96 % af tilfældene var indikationen eugemsk-social. 4 % opereredes på »vikarierende« indikation. I de senere år udgør de »vikarierende« indikationer for mændenes vedkommende omkring halvdelen, idet der har været en hastig stigning i disses andel gennem de sidste 8–9 år.

22 (11 %) angav på undersøgelsestidspunktet en eller anden form for seksuel insufficiens og satte den i relation til det steriliserende indgreb. Langt fra alle beklagede sig herover, flere udtalte tilfredshed. 4 angav total impotens. Frekvensen af seksuel insufficiens er ens inden for grupperne: Psykopater, sinker, sindssyge og epileptikere (ca. 10 % med seksuel insufficiens inden for alle disse grupper). Af de 7 der steriliseredes på »vikarierende« indikation angav 2 seksuel insufficiens, den ene i svær grad. Samme høje frekvens findes hos mænd steriliseret på grund af dystrofia musculorum progressiva (fremadskridende muskelsvind), men kan her skyldes grundlidelsen. 9 % af mændene i 3., 11 % i 4. og 27 % i 5. decennium angav seksuel insufficiens som sattes i relation til vascetomien. De yngre synes således mere resistent over for sterilisationsoperationer med hensyn til seksuelle komplikationer.

Kun 6 af de 22 mænd, der angiver seksuelle

komplikationer beklager sig over indgrebet. De øvrige finder fordelene så store, at den samlede subjektive opfattelse er absolut positiv. Den objektive vurdering, som inkluderer den subjektive opfattelse, indikationens vægt, den samfundsmæssige betydning etc. må i 20 tilfælde betragtes som værende absolut tilfredsstillende. I det ene af de resterende tilfælde drejede det sig om en 27-årig gift håndværker, der havde to børn. Han var psykisk afvigende og havde et par gange forsøgt selvmord. Søgte på eget initiativ sterilisation. Efter operationen tiltagende impotens og manglende erektionsevne og mange spekulationer herover. Hustruen blev utro og ægteskabet opløstes. Søgte senere om refertilisering. I det andet af de resterende tilfælde drejede det sig om en 40-årig gift håndværker med 6 børn, hvis hustru var overvægtig og led af forhøjet blodtryk. De økonomiske forhold var stramme. Indikationen var »vikarierende«. De første 3 måneder efter operationen tydelig forøget libido, derefter hastigt aftagende libido og potens. Det samlede resultat må vurderes relativt negativt i betragtning af den svære seksuelle insufficiens. I begge disse tilfælde synes efterundersøgelsen at vise, at indikationen har været tvivlsom. I et tredje tilfælde forlod en hustru sin mand på grund af hans seksuelle insufficiens uden at dette egentlig førte til beklagelser fra hans side. Der var 12 børn i ægteskabet.

3 mænd angav mindreværdsfølelser som mænd, den ene angav at føle sig sat i klasse med sædelighedsforbrydere. 3 mænd frygtede, at deres ægteskabsplaner skulle strandе på grund af manglende avledytighed. 1 udtalt psykopat mente, at han ville kunne benytte sin tilstand til seksuelle udskjelser.

Litteraturfortegnelse

- Amstein, H. H.*: Über den Verlauf von Ehen, deren einer Partner aus psychiatrischen Gründen vor der Heirat sterilisiert wurde. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. 71, 1-40. (1953).
- Barnes, A. C. & Zupan, F. P.*: Patient Reaction to Puerperal Surgical Sterilization. Am. J. Obst. and Gynec. 75, 65-71. (1958).
- Baumann, E. & Geiser, O.*: Zur Frage der Tubensterilisation. Schweiz. med. Wchnschr. 69, 189-190. (1939).
- Berthelsen, H.*: Sterilisatio tubarum: The Subjective sequelae as shown by a Follow-up of 198 Patients. Dan. Med. Bull. 4.107-11. (1957).
- Binder, H.*: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisierung der Frau durch

- partielle Tubenresektion. Schweiz. Arch. f. Neurol. Psychiat. 40, 1-49 og 249-276. (1937/38).
- Blacker, C. P.*: Voluntary Sterilization: Transitions Throughout the World. The Eug. Rev. 54,3. (1962).
- Bruun, A. & Smith, J. C.*: Om Sterilisation af aandsvage i Henhold til Lov Nr. 117 af 16. Maj 1934 om Foranstaltninger vedrørende aandsvage. Social Tidsskrift, XV årg., nr. 11-12, 1939.
- Craft, J. H.*: The Effects of Sterilization. As shown by a follow-up study in South Dakota. J. Hered. 27, 379-387. (1936).
- Döderlein*: Handbuch der operativen Gynäkologie. Leipzig. (1912).
- Ekblad, Al.*: The Prognoses After Sterilization on

- Social-Psychiatric Grounds: A Follow-up Study of 225 women. *Acta psych. Scand.* Vol. 37, suppl. 161,1-162. (1961).
- : Social-Psychiatric Prognosis after Sterilization of Women Without Children. *Acta Psych. Scand.* Vol. 39, 481-514, 1963.
- Fjeldborg, P.*: U.f.L. 98, 115. (1936).
- Gosney, E. S. & Popenoe, P.*: Sterilisierung zum Zwecke der Aufbesserung des Menschengeschlechts. Berlin og Köln. (1930).
- Gutmacher, A.*: Puerperal Sterilization on the Private and Ward Services of a Large Metropolitan Hospital. *Fert. and Steril.*, 8, 591-602. (1957).
- Hauser, E.*: Die Sterilisation des Mannes zur Verhütung von Schwangerschaften. *Praxis.* 44, 477-484 og 44, 500-506. (1955).
- Hertojt, P.*: En gennemgang af 162 sterilisationsoperationer på kvinder. U.f.L., 118, 1222-1224. (1956).
- Hinderer, M.*: Über die Sterilisation des Mannes und ihrer Auswirkungen. *Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych.* 60, 145-176. (1947).
- Holenstein, A.*: Nachuntersuchungen bei 95 auf Grund psychiatrischer Indikation sterilisierten Frauen. *Praxis.* 41, 413-419.
- Hoppeler, P. A.*: Nachuntersuchungen von 100 auf Grund psychiatrischer Indikation ohne vorherige Interruptio graviditatis sterilisierten Frauen. *Praxis.* 44, 24-30. (1955).
- Koudabl, Gunner*: Personlig meddelelse.
- Koya, Y., Muramatsu, M., Agata, S., Suzuki, N.*: A Survey of Health and Demographic Aspects of Reported Female Sterilizations in Four Health Centers of Shizuoka Prefecture, Japan. *Milb. Mem. Fund. Quart.* 33, 368-392. (1955).
- Koya, Y.*: Sterilization in Japan. *Eug. Quart.* 8,3. (1961).
- Lange*: Psychiatrische Bemerkungen zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. *Ztschr. f. Strafrechtswiss.* 53. (1933).
- Maier, H. W.*: Zum gegenwärtigen Stand der Frage der Kastration und Sterilisation aus psychiatrischer Indikation. *Ztschr. f. d.ges. Neurol. u. Psych.* 98. (1925).
- Melcher, R.*: Nachuntersuchungen über subjektive Späterscheinungen bei sterilisierten Frauen. Thesis. Zürich. (1961).
- Milt, B.*: Einfluss der Sterilisation auf die Menstruation und das Geschlechtsleben. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 98. (1925).
- Naville, A.*: Nachuntersuchungen bei 195 auf eigenes Begehren ohne vorherige psychiatrische Begutachtung sterilisierten Frauen. *Praxis.* 41, 1020-1024. (1952).
- Phadke, G. M.*: Vasectomy: Sterilization of the Male. *J. of the Ind. Med. Ass.* 37,5, 241-245. (1961).
- Popenoe, P.*: Eugenic Sterilization in California. *New England J.M.* 201, 880-882. (1929).
- The progress of Eugenic Sterilization. *J. Hered.*, 25, 19-25. (1934).
- Raina, B. L.*: Se Blacker, C. P.
— : Pers. meddelelse.
- Sand, Knud*: Den danske Sterilisationslov af 1. juni 1929 og dens Resultater, U.f.L. 97, 25, 62, 94. (1935).
- Trolle, D.*: *Nord. Med.* 12, 3547. (1942).
- Wenner, R.*: Spätresultate nach operativer Sterilisierung der Frau. *Helvet. m. acta* 6, 209-223. (1939).
- Wildenskov*: Sterilization in Denmark. *Eugenics Rev.* 23. (1932).
- Winter*: Die künstliche Sterilisierung der Frau. *Dtsche. med. Wschr.* 1920, nr. 1.
- Woodside, M.*: Psychological and Sexual Aspects of Sterilization in Women. *Marriage a. Fam. Liv.* 11, 72-73. (1949).
- : Sexual and Psychological Adjustment after Sterilization: A follow-up of 48 married sterilized women in North Carolina. *W. J. of Surg., Obst. and Gynec.* 57, 600-603. (1949).
- Vruwinck, J. & Popenoe, P.*: Postoperative Changes in the Libido Following Sterilization. *Am. f. Obst. & Gynec.* 19, 72-77. (1930).

Den 17. januar 1964.

Henrik Hoffmeyer,
overlæge
specialist i psykiatri

STATENS SERUMINSTITUT

Telefon: Asta 2817.
 Telegramadresse: Statsserum.
 Postgiro: 2817.
 Hormonafdelingen.

København S, den 13. marts 1962.

Til STERILISATIONSUDVALGET

Formanden

Højesteretsdommer Th. Gjerulff

Gardes Allé, Hellerup.

I skrivelse af 1. februar 1962 til overlæge dr. med. Chr. Hamburger har Sterilisationsudvalget fremsat en række spørgsmål vedrørende den le-gale kastration.

Disse spørgsmål skal jeg efter opfordring af overlæge Hamburger besvare nedenfor, idet jeg har valgt at tage spørgsmålene enkeltvis i den givne rækkefølge.

Sp. 1: *Har kastration af mænd andre biologiske virkninger end ufrugtbarhed else og svækkelse af kønsdriften, eventuelt virkninger, der bør tages hensyn til, når kastrationsindgreb overvejes?*

Svar: Ja. Bortfaldet af de testikulære androgene (såkaldt mandlige) og østrogene (såkaldt kvindelige) kønshormoner medfører væsentlige forandringer i legemets stofskifteprocesser, først og fremmest i proteinomsætningen. Ved kastration opstår i den første tid et proteintab. Muskelkraften falder og forbliver på et lavere niveau end tidligere. I forbindelse med denne ændring af muskulaturen optræder udskillelse af et proteinomsætningsprodukt, kreatin, i urinen. I reglen falder desuden blodprocenten. Omsætningen af visse fedtstoffer ændres, således at blodets indhold af kolesterol ligger noget højere end normalt. I sig selv medfører kastration kun meget sjældent tilbøjelighed til fedme, men udføres kastrationen på en mand med fedme, ændres legemsfordelingen af fedtvævet i kvindelig retning med fedtophobning på brystet (lignende brystkirtler), på sædet o.s.v. Almenudseendet kan derved i nogle tilfælde blive betydeligt afvigende fra det normale. I det lange løb efter kastration findes knoglerne mindre kalkholdige end normalt, og meget lang tid ef-

ter (årtier efter) kan der optræde svært kalktab, specielt: i rygsøjlen. Det må antages, at disse almenvirkninger reducerer ret betydeligt vitaliteten og den almene energi og initiativlyst.

Dernæst vil bortfaldet af kønskirtelfunktionen udløse de samme symptomer, som ses ved det kvindelige klimakterium, d.v.s. udløse hede-stigninger, svedudbrud, sikkert også emotionel instabilitet o.s.v. Disse symptomer plejer at gå over i løbet af nogle år, men det må påpeges, at de ofte er sværere og mere langvarige, når kønskirtel funktionen bortfalder i en ung alder.

Endelig kan påpeges, at kastration i enkelte tilfælde udløser en vækst af brystkirtlerne.

Sp. 2 og 3: *Er (2) påvirkningen af kønsdrijten en primær effekt hos mænd eller (3) er påvirkningen af kønsdrijten sekundær i jorhold til kastrationens øvrige biologiske virkninger, j.eks. en jølge af en almen svækkelse af vitalitet og energi?*

Svar: Det må påpeges, at meningerne herom varierer stærkt. Årsagen hertil er utvivlsomt, at spørgsmålet vanskeligt kan besvares, da kastrationen er uløseligt forbundet med de nævnte almenvirkninger, og effekten på kønsdriften således lige så vel kunne være 'primær' som 'sekundær' eller en blanding. Af besvarelsen af spørgsmål 1 fremgår, at kastration af manden har adskillige almen virkninger; disse resulterer i en vis svækkelse af den almene vitalitet og energi, og psykisk ses især en formindskelse af den virile aggressivitet. Dette kan i sig selv uspecifikt formindske kønsdriften. På den anden side kan den seksuelle potens være bevaret efter kastration i større eller mindre grad. Da man ikke med andre stoffer end kønshormoner kan forhindre kastrationens almenvirkninger, er det ikke muligt at afgøre i hvilken grad kønshormonerne har en primær (d.v.s. isoleret) virkning på kønsdriften.

Det er sandsynligt, at kastrationens svækken-

de virkning på kønsdriften er større, end man ved analogislutning fra medicinske almenlidelser skulle forvente efter kastrationens almen-virkninger; men helt er dette ikke opklaret, specielt da virkningerne af den legale kastration er vanskelige at vurdere på grund af de kastreredes ensidige interesse i at hævde, at kønsdriften er faldet bort.

Man kan tilføje, at hensigten med spørgsmål 2 og 3 ikke er ganske klarlagt ud fra det fremsendte. Et mere fyldestgørende svar kan måske afgives til et evt. tillægsspørgsmål med formulert baggrund og sigte.

Sp. 4: Kan hormoner af betydning for mænds kønsdrift tankes produceret i andre kirtler end testiklerne?

Svar: Ja. I binyrebarken produceres både mandlige kønshormoner (androgener) og kvindelige (østrogener). Den normale produktion er væsentlig mindre end testiklernes, men har utvivlsomt afgørende betydning for opretholdelsen af en (større eller mindre) kønsdrift efter kastration, idet man ved bortfald af hypofysefunktionen (hvor såvel kønskirtler som binyrer går i stå) ser et totalt bortfald af drift og potens.

Ved kastration opstår en forøget hypofysefunktion (en forøget produktion af kønskirtelstimulerende hormon). Det vides ikke, om denne i nogen grad (eller i nogle tilfælde) kan bevirke, at binyrebarkfunktionen forøges som et forsøg på, fra organismens side, at afbøde bortfaldet af kønskirtlernes hormoner.

Sp. 5: I de foreliggende efterundersøgelser synes påvirkningen af kønsdriften efter kastration hos mænd af og til først at indtræde efter adskillige — op til 10 — års forløb efter kastrationen. Lader dette sig forklare endokrinologisk?

Svar: Ja. Efter kastrationen er der tilbage kun binyrebarkens kønshormoner. Binyrebarkfunktionens størrelse er meget afhængig af alderen. Der nås et maximum omkring det 25. år, og derefter indtræder et stort fald, således at produktionen allerede 10 år senere er væsentligt lavere. Faldet fortsætter i øvrigt livet igennem. I svaret til sp. 4 er angivet, at binyrernes hormonproduktion utvivlsomt har en afgørende betydning for opretholdelsen af kønsdrift efter kastration, og med det store fald i denne produktion, som kommer med alderen, er det let-

forståeligt, at individet efterhånden kan komme ned under den grænse, som har opretholdt driften.

Hertil må dog føjes, at kastrater næppe adskiller sig fra normale mænd her. Også hos normale falder hormonproduktionen meget hurtigt efter maximum, ligesom den seksuelle aktivitet (som påvist af Kinsey) falder stærkt med alderen. De i spørgsmålet nævnte observationer kan være et udtryk for, at de undersøgte individer blot har forladt den seksuelle kulminationsalder.

Som nævnt under spørgsmål 1 optræder kalktab i knoglerne efter meget lang tids forløb efter kastrationen (10 år efter eller mere). Dette skyldes ikke, at knoglerne ikke kan miste kalk hurtigere (ved visse lidelser kan knoglerne blive afkalkede i løbet af få måneder) og må derfor tilskrives, at der først efterhånden kommer et så lavt niveau af kønshormoner, at denne effekt bliver mærkbar. Antagelig må man søge årsagen heri i det med alderen indsettende fald i binyrehormonproduktionen, jvnf. ovenfor.

Sp. 6: Der ønskes en endokrinologisk bedømmelse af betydningen af den nuværende nedre aldersgrænse (21 år) for udførelsen af legal kastration.

Svar: Betydningen af at have en aldersgrænse på 21 år er efter min opfattelse overordentlig stor. En kastration foretaget før denne alder har ikke blot en stærkere virkning, men en virkning af en helt anden (for individet langt mere dybtgribende art). Problemet har efter vor mening så store konsekvenser for dem, det måtte ramme, at det skal begrundes nærmere.

Tilstedeværelsen af kønskirtler er forudsætningen for, at pubertetsudviklingen kommer i stand og forløber til ende. Den mandlige pubertet er imidlertid så langstrakt, at den ikke er fuldendt før gennemsnitligt ved 21 års alderen. Først da er legemsvæksten afsluttet, først da er den fulde muskelkraft erhvervet, og først da er der kommet den fulde skægvækst.

Til gengæld er det således, at hvad der legemligt er erhvervet, kan i almindelighed ikke igen mistes selv om kønskirtlerne senere går tabt. Efter kastrationen af den voksne mand fortsætter skægvæksten, det mandige udseende, den dybe stemme o.s.v., ligesom de ydre kønsorganers størrelse forbliver nogenlunde uændret.

Såfremt kønskirtlerne fjernes før den fulde pubertetsudvikling er afsluttet, vil individet imidlertid blive stående i den udviklingsgrad, han havde nået på operationstidspunktet. Fjernes kønskirtlerne før pubertetsens start, vil indi-

videt forblive barnlig livet igennem; men også en kastration foretaget under selve puberteten vil få store virkninger for det pågældende individ.

På basis af kliniske undersøgelser af forskellige grader af kønslig underudvikling hos manden kan man opstille visse skøn over virkningen af kastration foretaget i forskellige aldre:

Kastration i 13-14 års alderen: Ydre kønsorganer forbliver barnlige, stemmen bliver vedvarende en ren barnestemme, ansigtet og hele udseendet bliver barnligt-uudviklet, kønsdrift opstår næppe overhovedet, legemsvæksten bliver abnorm med abnormt lange arme og ben i forhold til kroppen.

Kastration i 15-16 års alderen: Ydre kønsorganer vil undertiden forblive halvvejs barnlige, stemmen kan forblive noget for høj; individet får næppe skægvækst overhovedet og vil vedvarende have et påfaldende »baby-face«; en let grad af forøget legemsvækst må påregnes ligesom en større eller mindre psyko-infantilisme.

Kastration i 17-18 års alderen: Pt. vil senere afvige fra normale voksne ved kun at have en yderst ringe skægvækst på overlæbe og hage, dårlig muskulatur og et med alderen stedse mere påfaldende »teen-age-ansigt«. Mandlig kropsbehåring vil mangle; derimod vil de ydre kønsorganer være voksne. En ret væsentlig psykisk umodenhed må påregnes.

Kastration i 19-20 års alderen: I forhold til voksne vil pt. adskille sig i hvert fald ved kun at have en ringe skægvækst på læber og hage (krævende barbering måske 1-3 gange om måneden). Muskelkraften vil oftest være nedsat.

Et helt voksent præg (således som voksent kastrerede mænd bevarer det) mangler både legemligt og psykisk. Det kan ikke på forhånd udelukkes, at der vedblivende vil være et socialt meget uheldigt: psykisk præg af »halvvoksenhed«, måske med drift uden den helvoksnes modenhed og ansvarsfølelse.

Til ovenstående må føjes, at der her er talt om et gennemsnitsbegreb. Pubertetsprocesserne forløber med meget forskellig hastighed. Man kan således finde 17-årige, som går for at være fuldvoksne (dog uden fuld skægvækst), medens andre 17-årige er meget infantile.

Det afgørende i ovenstående er, at kastration foretaget før erhvervelsen af den fulde mandighed i alle henseender fra et endokrinologisk synspunkt er et så vidtrækkende skridt, at det ikke bør ske. Hvis man på anden måde (ved etablering af en gennemgribende medicinsk, endokrinologisk og psykiatrisk undersøgelse i hvert enkelt tilfælde) kan sikre tilstedeværelsen af en *komplet afsluttet* udvikling, kan den lovfæstede mindste alder måske sænkes 1 år eller 2. Men — stadigvæk fra et endokrinologisk synspunkt — er betænelighederne så store og gevinsten (i form af vinding af tid) så ringe, at jeg mener det bør frarådes.

Om det ønskes skal jeg gerne uddybe besvarelsen mundtligt over for udvalget, ikke mindst vedrørende spørgsmål 2 og 3, som man på basis af det foreliggende har måttet besvare ret vagt.

Svend G. Johnsen,
laborator, dr. med.

